

Årsstatistikk fra legevakt 2007

Rapport nr. 5 - 2009

UNIFOB
HELSE



Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

Tittel	Årsstatistikk fra legevakt 2007
Institusjon	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, Bergen
Ansvarlig Forfattere	Forskningsleder Steinar Hunskår Hogne Sandvik, forsker dr. med., Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Steinar Hunskår, prof. dr. med., Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
ISBN	978-82-92970-17-1 (pdf)
Rapportnummer	Nr. 5-2009
Tilgjengelighet	Pdf
Prosjekttittel	Årsstatistikk fra legevakt
Antall sider	27
Publiseringsmåned	September 2009
Oppdragsgiver	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
Sitering	Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2007. Rapport nr. 5-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin er etablert av Helsedepartementet. Senteret er organisert i UNIFOB AS/Unifob helse ved Universitetet i Bergen og knyttet faglig til Seksjon for allmenntilleggsmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen, 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 første rapport i en serie som 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 kontakttypene i forhold til døgnets timer, geografi, kjønn og alder, samt diagnosefordelingen. Slike data vil derfor ikke nødvendigvis bli analysert på nytt for hvert år, men sist tilgjengelige analyse vil bli inkludert i alle rapportene.

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, kontakttypene og takstbruk. Noen år kan det være aktuelt å gå særlig grundig inn i enkelte analyser, for eksempel bruk av spesielle takster eller diagnosekoder.

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 førstekonsulent Therese Sundell (NAV Statistikk og utredning), som har tilrettelagt dataene for analyse.

Innhold

Forord.....	3
Innhold	4
Legevakt	5
ICPC.....	5
Takstsystem	5
Materialet.....	5
Kontakter	7
Diagnoser.....	12
Deltakelse i legevakt.....	22
Takster	25
Referanser	27

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 (1). 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 (2, 3). 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 (4).

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 legeforeningen og staten (5).

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 allmenntilleggsmedisin, doktorgrad).

Materialet

Materialet til denne rapporten består av data fra regningskort som har blitt levert av legevaksleger i 2006 og 2007. 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 (6).

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 økte fra 6,1 % i 2006 til 10,4 % i 2007. Ved å sammenligne tallene fra 2006 og 2007, ser det ut til at yngre leger er overrepresentert blant de uidentifiserte (turnusleger?).

Det er også sannsynlig at det mangler opplysninger om en del av kontaktene som i sin helhet er betalt av pasientene. Dette gjelder i all hovedsak konsultasjoner (takstkodene 2ad, 2ak) og sykebesøk (takstkodene 11ad) med leger som ikke er spesialist i allmennmedisin. Omfanget er vanskelig å anslå presist. Fenomenet kan sees som et lite og plutselig fall i kurven (fig 1) som viser antall kontakter etter alder (fra 11 år med refundert egenandel til 12 år som er selvbetalende). Fra 11 år til 12 år avtok antall konsultasjoner og sykebesøk med 17,5 %. Imidlertid er ikke hele denne forskjellen underrapportering. Det var også en reell nedgang i antall kontakter, som avspeiles i en parallell nedgang på 9,5 % i bruk av tilleggstakst for spesialist i allmennmedisin. Det kan derfor antas at underrapportering av konsultasjoner og sykebesøk i 2007 utgjorde inntil 8 % for aldersgruppene 12 år og oppover.

Det arbeides med en elektronisk frikortløsning, og da vil man være avhengig av fullstendig rapportering av alle kontakter. Når denne løsningen innføres, vil man derfor kunne forvente en viss økning i antall registrerte kontakter.

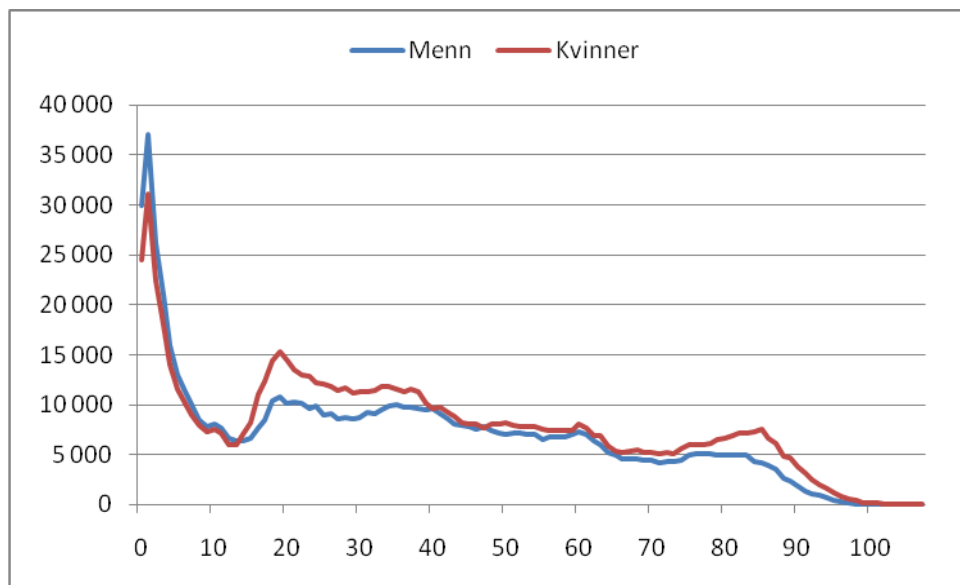
Kontakter

Tabell 1: Prosentvis fordeling av ulike kontakttypene

	Takstkoder	2006	2007
Konsultasjoner	2ad, 2ak, 2fk	76,2	76,0
Sykebesøk	11ad, 11ak	5,7	5,1
Telefonkontakter	1bd, 1bk, 1g	17,1	17,7
Enkle kontakter	1ad, 1ak, 1h	1,0	1,2
N		1 626 644	1 631 222

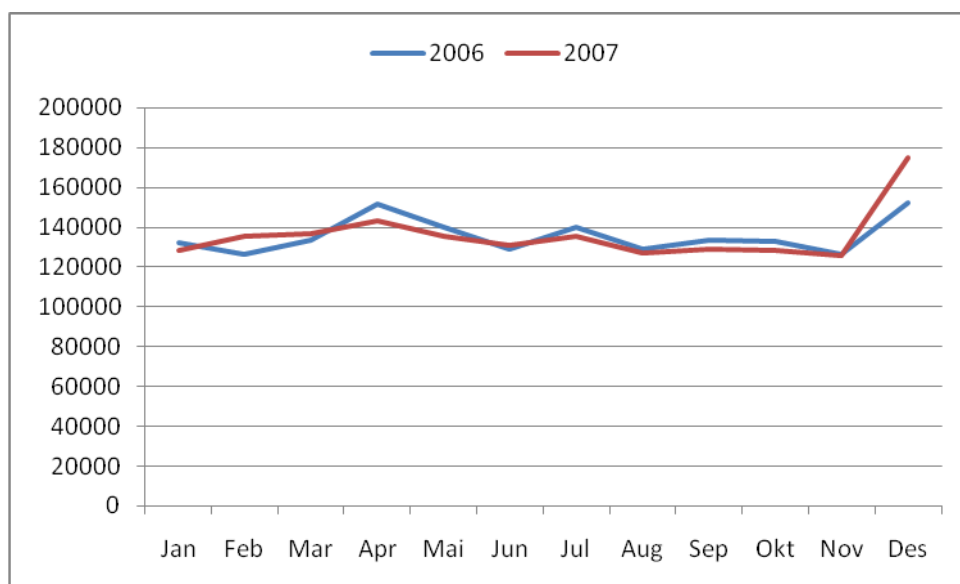
Det var en liten økning i antall kontakter fra 2006 til 2007, men forskjellen er så liten at den ligger godt innenfor mulig usikkerhet som følge av varierende grad av underrapportering. Relativt sett kan en merke seg at andelen sykebesøk er blitt redusert fra 2006 til 2007.

Reduksjonen i antall sykebesøk har pågått over lang tid. Ifølge takstbrukundersøkelsene til NAV var det i 1995 ca 685 000 sykebesøk på legevakt. I 1998 var dette redusert til 527 000 (7). Tall fra legeforeningen indikerte at i år 2000 var antall sykebesøk redusert ytterligere til 242 000 (8). Dette ble satt i sammenheng med utbyggingen av interkommunale, stasjonære legevakter. De siste tallene viser at reduksjonen i sykebesøk fortsetter i raskt tempo. I 2006 var det 92 543 sykebesøk på legevakt, og i 2007 var det 83 046.



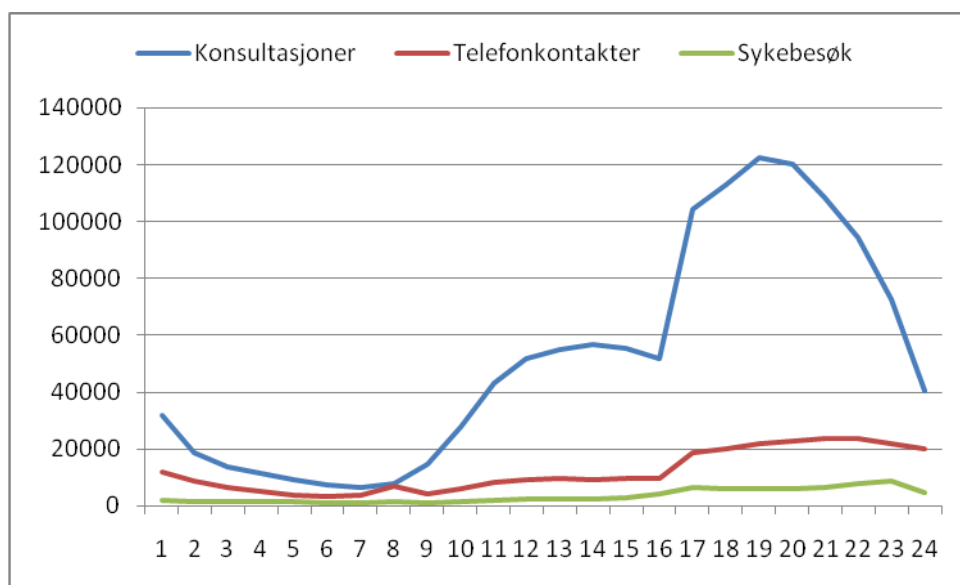
Figur 1: Antall kontakter for menn og kvinner etter alder (2007)

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 måned

Kontaktfrekvensen er relativt stabil gjennom året, med en viss stigning i desember. Dette kan dels skyldes mer sykdom denne måneden, dels at mange legekontor har stengt mange dager i forbindelse med julen. Mindre topper kan også sees i forbindelse med påske- og sommerferien.



Figur 3: Antall ulike kontaktyper per klokke (2007)

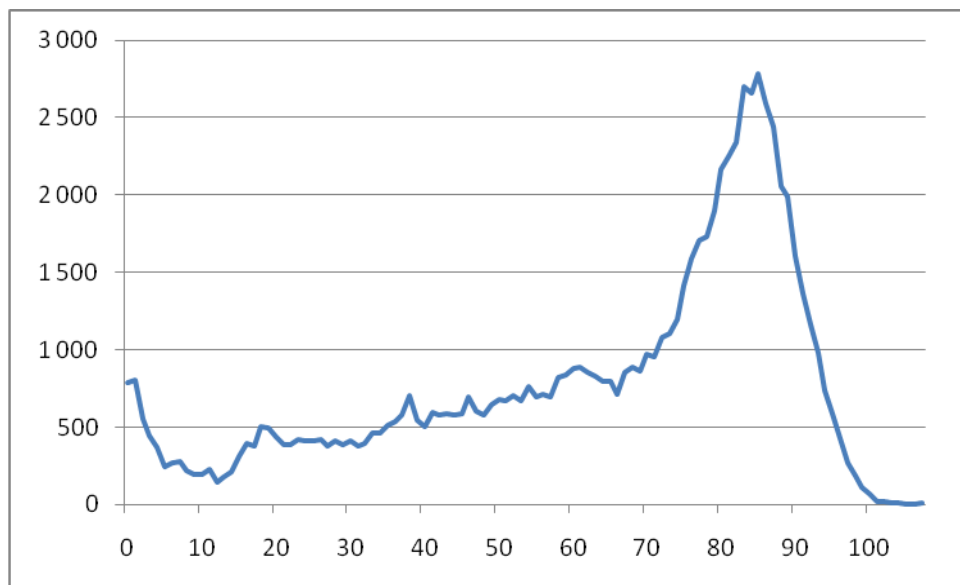
Kontaktfrekvensen på legevakt er klart høyest om kvelden. Dette gjelder alle kontaktyper (konsultasjoner, telefonkontakter og sykebesøk). Det skjer et tydelig hopp i antall kontakter ved arbeidstidens slutt, når fastlegkontorene stenger. Det er grunn til å anta at det meste av akutte henvendelser på dagtid foregår hos fastlegene og ikke på legevakt. Men i helgene skjer alle slike henvendelser til legevakt. Statistikken viser at det i 2007 på hverdager var gjennomsnittlig 368 legevaktkonsultasjoner og sykebesøk i ordinær arbeidstid (kl 08 – 16). Til sammenligning var det i samme tidsrom gjennomsnittlig 2 474 legevaktkonsultasjoner og sykebesøk per helgedag.

Tabell 2: Prosentvis fordeling av ulike kontakttyper etter geografi (legens praksiskommune)

Praksiskommune	N	Konsul- tasjoner	Sykebesøk	Telefon- kontakter	Enkle kontakter
Innb > 50 000	498 213	81,0	4,9	13,8	0,3
Innb 10 001 – 50 000	697 586	77,2	2,9	18,3	1,6
Innb 5 001 – 10 000	193 816	72,6	7,0	19,0	1,4
Innb 2 001 – 5 000	178 271	66,1	10,2	22,1	1,6
Innb < 2 001	52 132	60,3	11,7	26,9	1,0
Sentral	831 626	79,3	4,8	15,2	0,7
Noe sentral	392 966	76,0	2,7	19,4	1,8
Mindre sentral	124 876	74,8	5,7	18,4	1,1
Minst sentral	278 384	66,9	8,9	22,5	1,7

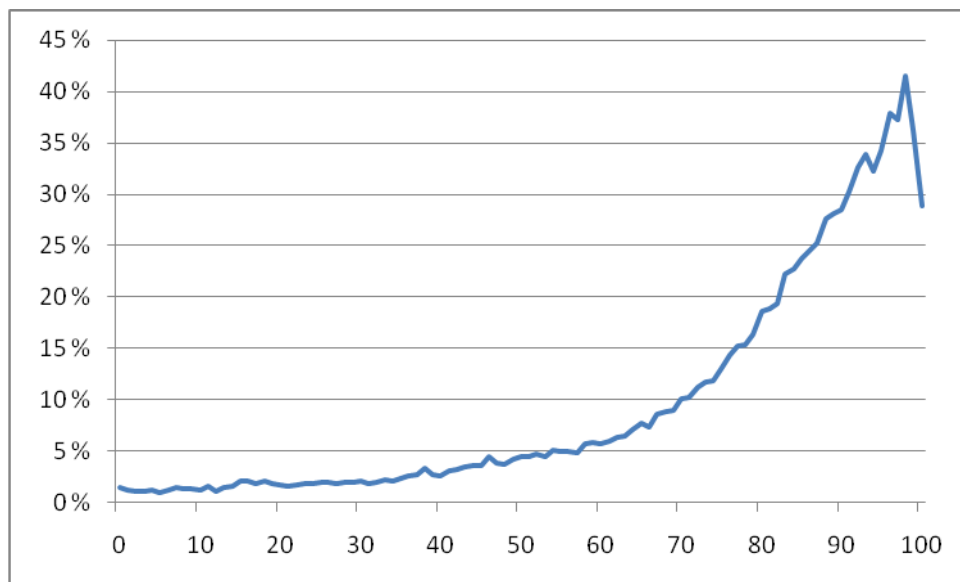
Det er tydelig at legevakten i små og perifere kommuner i større grad bruker telefonkontakter og sykebesøk enn større og mer sentrale kommuner. Dette kan ha sammenheng med at vaktlegene i utkantstrøk oftere kjenner pasientene fra før og derfor kan løse flere problemer på telefon. Antall henvendelser 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 (9).



Figur 4: Antall sykebesøk etter alder (2007)

Figur 4 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 5). Kurven når en topp ved 98 år hvor 41,5 % av alle kontakter skjer i form av sykebesøk.



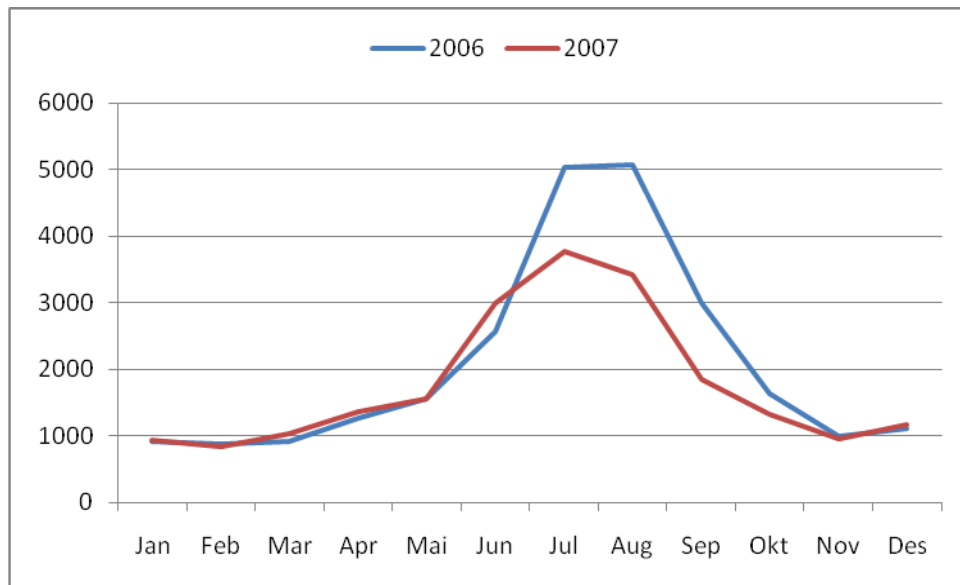
Figur 5: Sykebesøk som andel av alle kontakter etter alder (2007)

Diagnoser

Tabell 3: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter år

ICPC hovedgruppe	2006	2007	Konsultasjoner i kontortiden ¹⁰
A: allment	13,1	13,4	7
B: blod	0,3	0,3	1
D: fordøyelse	9,9	9,8	6
F: øye	4,5	4,4	2
H: øre	3,3	3,2	2
K: hjerte/kar	3,8	3,8	12
L: muskel/skjelett	14,8	15,0	20
N: nevrologi	3,7	3,8	3
P: psykiatri	4,8	4,8	8
R: respirasjon	21,3	21,4	14
S: hud	11,4	10,9	8
T: metabolsk	1,0	1,0	5
U: urin	5,1	5,2	3
W: svangerskap	1,2	1,2	5
X: kv. kjønnsorgan	0,9	0,9	3
Y: m. kjønnsorgan	0,7	0,7	1
Z: sosialt	0,2	0,2	
Sum kontakter	1 626 644	1 631 222	

Denne tabellen viser at fordelingen på diagnosegrupper er svært stabil fra det ene året til det andre. Den største forskjellen sees på ICPC hovedgruppe S (hudlidelser). En stor del av endringen kan tilskrives færre tilfeller av bitt/stikk og brennkopper i 2007 enn i 2006 (fig 6). Sommeren 2006 var rekordvarm (11).



Figur 6: Antall tilfeller av bitt/stikk og brennkopper i 2006 og 2007 (ICPC diagnoser S12, S13 og S84).

Den prosentvise fordelingen av diagnosegrupper i kontortiden er vist i den høyre kolonnen i tabell 3, og er hentet fra læreboken i allmennmedisin (10). En kan her se at legevakt er overrepresentert ved allmenne symptomer og sykdommer i respirasjonsorganene og underrepresentert ved psykiatri og hjerte- og karsykdommer.

Tabell 4: De hyppigst brukte enkeltdiagnosene i 2006, og tilsvarende diagnoser i 2007 (prosent av alle)

Diagnoser	2006	2007	Konsultasjoner i kontortiden ¹⁰
R74: akutt øvre luftveisinfeksjon	5,1	4,9	5
S18: åpent sår/kutt	3,6	3,5	4
U71: cystitt/urinveisinfeksjon	3,2	3,3	3
D01: abdominalsmerter	2,9	3,1	2
A03: feber	2,2	2,1	2
R05: hoste	2,1	2,0	2
R81: lungebetennelse	2,0	2,0	2
F70: infeksjons konjunktivitt	1,8	1,7	2
A29: generelle symptomer/plager	1,7	0,5	
L81: skade muskel/skjelett	1,7	1,7	2
H71: mellomørebetennelse akutt	1,6	1,6	2
R78: akutt bronkitt/bronkiolitt	1,6	1,5	3
R76: akutt tonsillitt	1,4	1,4	2
R75: bihulebetennelse	1,2	1,3	1
R96: astma	1,0	0,9	
R21: hals symptomer/plager	1,0	1,0	
R83: luftveisinfeksjon	1,0	1,1	
A11: brystsmerte	0,9	1,1	
S76: hudinfeksjon	0,9	0,9	
D73: gastroenteritt antatt infeksjons	0,9	0,8	
R80: influensa	0,9	0,9	
L02: rygg symptomer/plager	0,9	0,9	
Sum diagnoser	1 626 644	1 631 222	

Det er også små endringer i bruk av de vanligste enkeltdiagnosene fra det ene året til det andre. Den største endringen fra 2006 til 2007 er en nedgang i bruk av den uspesifiserte diagnosekoden A29 (generelle symptomer/plager). Dette skyldes dels at vaktlegene har gått over til å bruke noe mer

spesifiserte diagnoser (for eksempel A11: brystsmerte), dels at det har vært en økning (fra 0,4 % til 1,1 %) i en annen uspesifisert diagnose (A58: terapeutisk rådgivning/samtale).

De ti hyppigste diagnosene utgjorde 25,8 % av alle kontaktene, mens de 20 hyppigste diagnosene utgjorde 37,1 %. Dette viser at legevaktlegene må forholde seg til et bredt utvalg av diagnoser

Den prosentvise fordelingen av enkeltdiagnoser i kontortiden er vist i den høyre kolonnen i tabell 4, og er hentet fra læreboken i allmennmedisin (10). Her er det god overensstemmelse, noe som bekrefter at mange av problemstillingene på legevakt er de samme man møter i vanlig allmennpraksis.

Tabell 5: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kontaktttype (2007)

ICPC hovedgruppe	Alle kontakter	Konsultasjoner	Sykebesøk	Telefonkontakt
A: allment	13,4	9,5	20,6	27,7
B: blod	0,3	0,3	0,4	0,4
D: fordøyelse	9,8	9,6	9,5	11,1
F: øye	4,4	5,2	0,8	2,1
H: øre	3,2	3,6	0,8	2,3
K: hjerte/kar	3,8	3,4	10,1	3,6
L: muskel/skjelett	15,0	16,1	11,9	11,8
N: nevrologi	3,8	3,5	5,8	4,4
P: psykiatri	4,8	3,5	9,8	8,1
R: respirasjon	21,4	24,1	17,3	11,8
S: hud	10,9	12,3	4,3	6,8
T: metabolsk	1,0	0,6	2,0	2,1
U: urin	5,2	5,4	4,9	4,1
W: svangerskap	1,2	1,2	0,5	1,5
X: kv. kjønnsorgan	0,9	0,9	0,4	1,2
Y: m. kjønnsorgan	0,7	0,7	0,7	0,6
Z: sosialt	0,2	0,2	0,3	0,4
Sum kontakter	1 631 222	1 240 235	83 046	288 778

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 er terapeutisk rådgivning/samtale (A58) hyppigste diagnosekode. Øyesykdommer håndteres oftest som konsultasjon og hyppigste enkelt diagnose er infeksjøs 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 kontaktttype. Når det gjelder kontakter for sykdommer i åndedretsorganene er hyppigste enkelt diagnose akutt øvre luftveisinfeksjon (R74) ved konsultasjoner, lungebetennelse (R81) ved sykebesøk og hoste (R05) ved telefonkontakt. Hudsykdommer behandles oftest i konsultasjon og den hyppigste enkelt diagnosen er åpent sår/kutt (S18).

Tabell 6: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kontakttidspunkt i løpet av døgnet (2007)

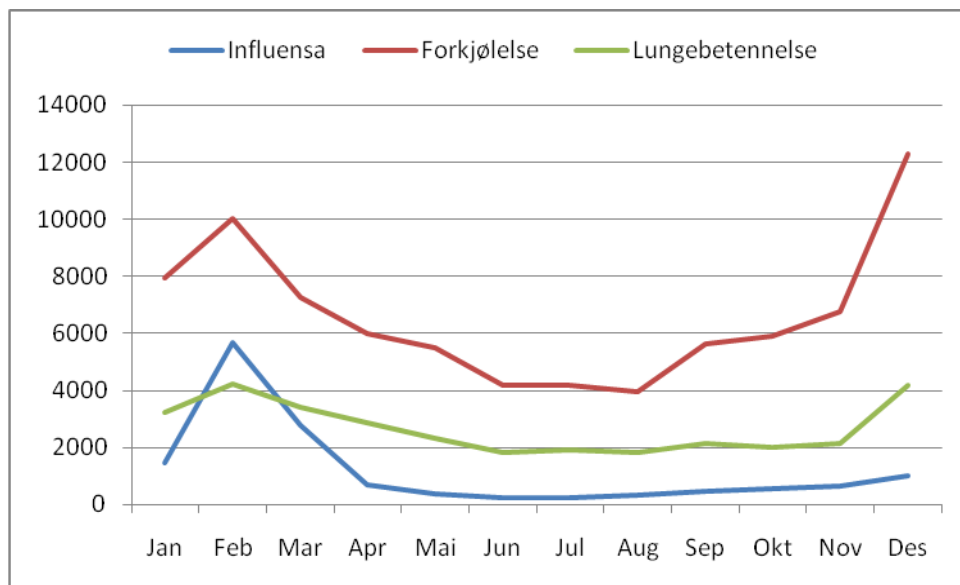
ICPC hovedgruppe	Natt	Dag	Kveld
A: allment	17,2	12,4	13,2
B: blod	0,2	0,3	0,3
D: fordøyelse	15,0	8,4	9,5
F: øye	2,1	5,4	4,4
H: øre	1,6	3,5	3,3
K: hjerte/kar	5,5	3,7	3,5
L: muskel/skjelett	11,3	15,7	15,4
N: nevrologi	4,9	3,2	3,8
P: psykiatri	9,5	3,9	4,4
R: respirasjon	15,1	23,3	21,6
S: hud	9,1	10,4	11,5
T: metabolsk	1,0	1,0	0,9
U: urin	4,5	5,8	5,0
W: svangerskap	1,3	1,2	1,3
X: kv. kjønnsorgan	0,8	0,9	0,9
Y: m. kjønnsorgan	0,6	0,7	0,7
Z: sosialt	0,5	0,3	0,2
Sum kontakter	170 003	453 060	1 008 159

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 (2007)

ICPC hovedgruppe	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
A: allment	14,3	14,2	13,5	13,1	12,2	13,1	12,7	12,2	13,4	13,9	14,4	13,5
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	9,2	8,1	9,5	10,0	10,2	9,7	10,3	9,8	9,9	10,5	10,4	9,9
F: øye	4,1	3,3	4,2	4,9	5,0	5,1	4,3	4,1	4,6	4,7	4,6	4,3
H: øre	3,7	4,3	3,9	3,2	2,9	2,5	2,8	2,7	2,9	2,8	3,1	3,6
K: hjerte/kar	3,6	3,2	3,6	4,0	3,9	3,9	4,0	4,0	3,8	3,9	3,7	3,5
L: muskel/skjelett	14,1	12,4	14,5	15,9	16,0	16,6	16,1	16,7	16,1	15,4	14,6	12,8
N: nevrologi	3,7	3,3	3,8	3,7	3,9	3,7	3,7	4,0	4,2	4,1	4,1	3,4
P: psykiatri	4,5	3,9	4,5	4,8	5,1	5,0	5,0	5,4	5,1	5,3	4,9	4,3
R: respirasjon	25,6	32,4	24,9	19,9	19,5	15,5	14,9	15,1	18,4	19,1	21,6	27,3
S: hud	8,6	7,2	8,9	10,7	11,6	15,4	15,4	15,3	11,6	10,5	9,2	8,1
T: metabolsk	1,0	0,9	1,0	1,0	1,0	1,1	1,0	0,9	0,9	1,0	0,9	1,0
U: urin	4,6	4,0	4,5	5,3	5,2	5,2	6,1	6,1	5,5	5,2	5,0	5,3
W: svangerskap	1,2	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,4	1,4	1,4	1,3	1,2	1,1
X: kv. kjønnsorgan	0,8	0,7	0,9	1,0	1,0	0,9	1,1	1,0	0,9	1,0	0,9	0,8
Y: m. kjønnsorgan	0,7	0,6	0,7	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,7	0,6
Z: sosialt	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2
Sum kontakter	128 472	135 793	136 838	143 268	135 189	131 256	135 556	127 080	128 696	128 231	126 054	174 789

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



Figur 7: Fordeling av antall tilfeller av influensa (R80), forkjølelse (R74) og lungebetennelse (R81) gjennom året

Tabell 8: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kjønn (2007)

ICPC hovedgruppe	Kvinner	Menn
A: allment	13,3	13,5
B: blod	0,3	0,3
D: fordøyelse	10,4	9,0
F: øye	3,6	5,4
H: øre	3,0	3,4
K: hjerte/kar	3,7	3,8
L: muskel/skjelett	14,6	15,7
N: nevrologi	3,9	3,6
P: psykiatri	4,5	5,2
R: respirasjon	21,4	21,2
S: hud	9,1	13,1
T: metabolsk	0,9	1,0
U: urin	6,9	3,3
W: svangerskap	2,3	-
X: kv. kjønnsorgan	1,7	-
Y: m. kjønnsorgan	-	1,4
Z: sosialt	0,3	0,2
Sum kontakter	852 112	749 593

Bortsett fra de kjønnsspesifikke diagnosene, har kvinner hyppigere urinveislidelser og menn mer hudlidelser. De dominerende enkeltdiagnosene er henholdsvis urinveisinfeksjon (U71) og åpent sår/kutt (S18).

Tabell 9: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter aldersgrupper (2007)

ICPC hovedgruppe	Aldersgrupper								
	0 - 1	2 - 4	5 - 9	10 - 15	16 - 25	26 - 40	41 - 60	61 - 80	81 -
A: allment	23,5	17,3	13,6	10,2	10,8	10,5	11,2	13,5	18,7
B: blod	0,1	0,3	0,4	0,3	0,2	0,2	0,3	0,5	0,6
D: fordøyelse	10,5	8,7	10,2	8,9	10,7	10,0	9,1	9,9	9,6
F: øye	7,1	6,6	5,0	4,0	4,2	4,9	4,5	2,8	1,3
H: øre	7,5	9,4	7,9	4,1	2,0	2,1	1,8	1,1	0,6
K: hjerte/kar	0,1	0,1	0,2	0,3	0,9	1,8	4,9	10,2	12,8
L: muskel/skjelett	1,6	4,2	10,3	25,5	16,4	17,0	20,2	15,6	14,3
N: nevrologi	2,2	2,3	3,0	4,4	4,1	4,2	4,2	4,0	3,7
P: psykiatri	0,2	0,1	0,2	1,7	6,1	7,4	8,3	4,1	3,2
R: respirasjon	36,9	33,2	24,7	20,7	19,6	19,8	16,6	18,1	16,4
S: hud	8,2	13,4	19,6	16,4	12,3	10,1	10,4	8,4	6,0
T: metabolsk	0,4	0,2	0,2	0,3	0,4	0,6	1,2	2,2	2,7
U: urin	1,0	3,0	3,5	1,9	6,0	4,9	5,4	7,9	8,9
W: svangerskap	0,1	0,0	0,0	0,1	3,4	3,8	0,1	0,0	0,0
X: kv. kjønnsorgan	0,1	0,2	0,2	0,4	1,8	1,7	0,9	0,5	0,4
Y: m. kjønnsorgan	0,5	1,1	0,9	0,6	0,7	0,6	0,5	0,8	0,7
Z: sosialt	0,0	0,0	0,1	0,2	0,5	0,4	0,3	0,1	0,1
Sum kontakter	128 869	120 714	98 675	85 496	231 722	313 833	312 403	219 869	119 641

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.

Deltakelse i legevakt

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

Legegruppe	2006	2007
Fastlege	43,7	42,7
Spesialist i allmenmedisin	29,9	28,8
Kvinne	20,9	20,3
Alder < 30	13,6	10,9
Alder 30 – 39	36,0	35,5
Alder 40 – 49	24,7	23,1
Alder 50 – 59	16,9	16,5
Alder 60 –	2,7	3,6
Uidentifisert lege	6,1	10,4
Sum kontakter	1 626 644	1 631 222

Her skal en merke seg at antall uidentifiserte leger økte betydelig fra 2006 til 2007. Dette skyldes trolig at fastlønte vaktleger i økende grad leverer regningskort på kommunens eller legevaktens organisasjonsnummer. De uidentifiserte legene har neppe samme distribusjon som de identifiserte, og den tilsynelatende betydelige nedgangen i vakt deltakelse blant de yngste legene, 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.

Tabell 11: Deltakelse i legevakt (antall identifiserte leger).

Legegruppe	2006	2007
Fastlege	2 220	2 150
Spesialist i allmenmedisin	1 486	1 386
Kvinne	1 597	1 386
Alder < 30	884	657
Alder 30 – 39	1 835	1 630
Alder 40 – 49	1 078	983
Alder 50 – 59	820	776
Alder 60 –	112	117
Sum identifiserte leger	4 729	4 163

Denne tabellen bekrefter at det har vært en nedgang i antall *identifiserte* vaktleger fra 2006 til 2007. Dette gjelder særlig for yngre leger, trolig mange turnusleger.

Tabell 12: Fastlegenes deltakelse i legevakt (prosent av alle kontakter med identifisert lege) etter praksiskommunens størrelse og sentralitet.

Praksiskommune	2006	2007
Innb > 50 000	40,1	41,0
Innb 10 001 – 50 000	49,8	50,3
Innb 5 001 – 10 000	48,5	51,2
Innb 2 001 – 5 000	48,6	52,2
Innb < 2 001	46,4	51,0
Sentral	43,3	43,3
Noe sentral	52,5	54,9
Mindre sentral	50,5	53,4
Minst sentral	45,9	48,4

Siden de uidentifiserte legene er ekskludert i denne tabellen, vil fastleger være overrepresentert og dermed tilsynelatende øke sin vakt deltakelse fra 2006 til 2007. Det er størst endring i de minste og mest perifere kommunene, trolig fordi andel uidentifiserte leger er størst her (større andel turnusleger i vakt?).

Takster

Tabell 13: De hyppigst brukte takstkodene i 2006 og tilsvarende takstkoder i 2007 (prosent av alle)

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

Den tydeligste endringen fra 2006 til 2007 er en økning i bruk av laboratorietaksten (701a). Det har vært en reduksjon i bruken av takst for spesialisttillegg, noe som indikerer at spesialister i

allmenntidning har redusert sin vakttdeltakelse. Denne tabellen omfatter alle kontakter, også med uidentifiserte leger.

Tabell 14: Hyppighet av noen ulike takster (målt i prosent av antall konsultasjoner)

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

Igjen sees en reduksjon i bruk av spesialisttakst og økt bruk av laboratorietakst. En skal også merke seg en økt bruk av sykmeldinger.

Referanser

1. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. www.lovdatab.no/for/sf/ho/xo-20000414-0328.html.
2. Sandvik H, Hunskaar S. Hvilke leger mottar trygderefusjon for legevaktarbeid? Tidsskr Nor Legeforen 2007; 127: 1347-50.
3. Sandvik H, Zakariassen E, Hunskaar S. Fastlegenes deltakelse i legevakt. Tidsskr Nor Legeforen 2007; 127: 2513-6.
4. ICPC-2 - Den internasjonale klassifiseringen for primærhelsetjenesten. Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren. www.kith.no/templates/kith_WebPage____1186.aspx.
5. Normaltariffen. Den norske legeforening. www.legeforeningen.no/cocoon/legeforeningen/normaltariff.xsp.
6. Nossen JP. Hva foregår på legekantorene? Konsultasjonsstatistikk for 2006. NAV-rapport nr 4 2007. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet, oktober 2007.
7. St.meld. nr. 43 (1999-2000) Om akuttmedisinsk beredskap.
8. Sundar T. Interkommunal legevakt - sparegris for staten? Tidsskr Nor Legeforen 2001; 121: 1292-3.
9. Standard for kommuneklassifisering 1994. Statistisk sentralbyrå 1994. www.ssb.no/kommuner/komklasse94.html.
10. Hunskaar S, red. Allmenmedisin. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2003.
11. Meteorologisk institutt: met.no/info 2006. met.no/Forskning/Publikasjoner/metno_info/2006/.