

Årsstatistikk fra legevakt 2012

Rapport nr. 3-2013

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin



Tittel	Årsstatistikk fra legevakt 2012
Institusjon	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, Bergen
Ansvarlig	Steinar Hunskår
Forfatter	Hogne Sandvik, forsker dr. med., Steinar Hunskår, forskningsleder professor dr. med. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
ISBN	978-82-92970-59-1 (pdf)
ISSN	1891-3474
Rapport	Nr. 3-2013
Tilgjengelighet	Pdf
Prosjekttittel	Årsstatistikk fra legevakt 2012
Antall sider	24
Publiseringsmåned	April 2013
Oppdragsgiver	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
Sitering	Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2012. Rapport nr. 3-2013. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, 2013.

Helsedepartementet har etablert Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Senteret er organisert i Uni Research AS/Uni helse og knyttet faglig til Forskningsgruppe for allmennmedisin, 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
Telefaks +47 55586130
Besøksadresse Kalfarveien 31, Paviljongen
Postadresse Kalfarveien 31
Postnummer 5018
Poststed Bergen

Forord

Dette er femte rapport om aktiviteten på legevakt i Norge. Tidligere rapporter omfatter årene fra 2006 til 2011, mens denne inneholder data fra 2012. 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.

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 2012.

Noen år kan det være aktuelt å gå særlig grundig inn i enkelte analyser, for eksempel bruk av spesielle takster eller diagnosekoder. For året 2012 har vi sett nærmere på effekten av nye tilleggstakster for natthlige sykebesøk og utrykning til kontor i kommuner uten etablert interkommunal legevaktordning.

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 forsker Hogne Sandvik, i samarbeid med forskningsleder professor Steinar Hunskaar. Vi vil rette en takk til seniorrådgiver Vegard Håvik (Helsedirektoratet, Divisjon for helseøkonomi og finansiering), som har tilrettelagt dataene for analyse.

Innhold

Forord	3
Innhold	4
Sammendrag	5
Innledning	6
Legevakt	6
ICPC	6
Takstsystem	7
Materialet	7
Kontakter	8
Diagnoser	13
Legers deltakelse i legevakt	20
Takster	21
Effekten av økonomiske insentiver	22
Referanser	24

Sammendrag

Denne rapporten er basert på elektroniske refusjonskrav fra legevakt i årene 2006 til 2012. 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 tilleggstakster for tidsbruk og ulike prosedyrer som blir utført. Det er også egne tilleggstakster dersom legen har spesielle kvalifikasjoner.

Det var i 2012 ca. 1,88 millioner pasientkontakter, hvorav 72,8 % var konsultasjoner og 3,6 % sykebesøk. Telefonkontakter utgjorde 21,4 %. 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 2012 var det bare 68 000. 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 2012 var julehelgen og påsken.

Diagnosefordelingen er gjennomgående stabil fra det ene året til det andre, men bruken av allmenne og uspesifikke diagnoser er stadig økende. I 2012 var dette den mest brukte diagnosegruppen, fulgt av sykdommer i åndedretsorganene og muskel- og skjelettlidelser. Den hyppigste enkeltdiagnosen var den helt uspesifikke «helseproblem/sykdom», fulgt av forkjølelser, urinveisinfeksjoner, abdominalsmerter og sår/kutt. Økende bruk av uspesifikke diagnoser kan på sikt svekke mulighetene til å fremskaffe nyttig og pålitelig statistikk over sykdomsutbredelsen blant pasienter i primærhelsetjenesten.

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 stipendiater. I 2012 ble 43,6 % av alle legevaktkontakter med identifiserte vaktleger utført av fastleger. Det ser imidlertid ut til at fastleger og spesialister i allmenmedisin har deltatt noe mer i legevakt i 2012 enn året før.

Det er en økende bruk av laboratorieundersøkelser på legevakt. Den viktigste enkeltanalysen er CRP, som ble brukt i 35,7 % av konsultasjonene. Det er også økende bruk av tidstaksten, som i 2012 ble brukt i 36,2 % av konsultasjonene. Bruken av sykmeldinger var høyest i 2007 med 7,4 % av konsultasjonene. I 2012 resulterte 4,9 % av konsultasjonene i sykmelding.

Fra 1. juli 2012 kom det inn to nye takster i normaltariffen, 2nk og 11nk. Disse takstene kan brukes av leger i kommunale vaktordninger som rykker ut fra hjemmevakt om natten. Takstene medfører en vesentlig tilleggsbetaling for utrykninger til kontoret eller i sykebesøk. Leger som har benyttet disse takstene i andre halvår 2012 har hatt en betydelig aktivitetsøkning sammenlignet med første halvår. Antall nattlige utrykninger til kontoret har økt med ca. 75 % og antall sykebesøk med nesten 50 %. Det er imidlertid sannsynlig at noe av denne økningen kan tilskrives endringer i vaktordninger, overgang fra interkommunal til kommunal vaktordning.

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 fire rapporter basert på refusjonskrav fra legevakt i årene 2006 - 2011 (2-5), og viderefører nå statistikken med data fra 2012.

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 (6).

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 (7). 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 (8-10). 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 (11).

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 (12).

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 2012. 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), 2,1 % i 2009 (13) og mindre enn 1 % i 2010 (14).

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, og var særlig høyt i 2012 (14,8 %). Dette utgjør et usikkerhetsmoment i analysene. Uidentifiserte vaktleger har neppe samme fordeling som de identifiserte.

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 allmennmedisin. 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 i årene 2006 til 2009. En del av denne økningen er ikke reell, men avspeiler mer fullstendig rapportering til HELFO. Kontaktraten i 2009 var ellers noe preget av svineinfluensaepidemien, og forklarer trolig at det var en nedgang året etter. I 2012 ble det registrert flere legevaktkontakter enn noensinne tidligere.

Kontakter

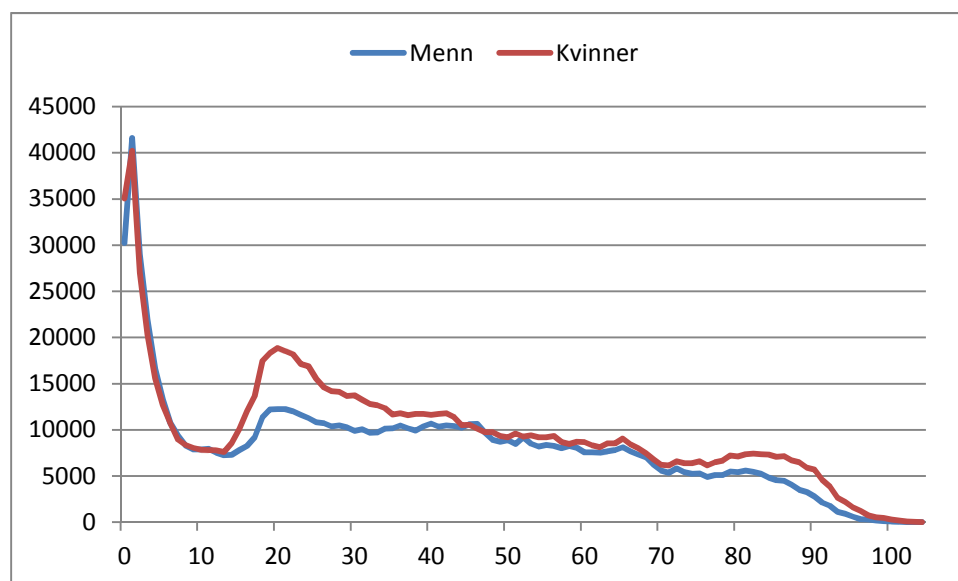
Tabell 1: Prosentvis fordeling av ulike kontakttypene

	Takstkoder	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Konsultasjoner	2ad, 2ak, 2fk	76,2	76,0	77,3	74,5	75,7	74,4	72,8
Sykebesøk	11ad, 11ak	5,7	5,1	4,6	4,3	4,1	3,8	3,6
Telefonkontakter	1bd, 1bk, 1g	17,1	17,7	16,7	19,7	18,6	20,0	21,4
Enkle kontakter	1ad, 1ak, 1h, 1i	1,0	1,2	1,8	1,6	1,6	1,8	2,2
N		1 626 644	1 631 222	1 712 394	1 782 761	1 758 528	1 827 409	1 879 357

Økningen i antall kontakter var relativt sterk i årene 2007 til 2009, og kan nok dels tilskrives en mer fullstendig rapportering, dels svineinfluensaen i 2009. Fra 2009 til 2010 var det en liten nedgang i antall kontakter. Dette skyldes at det var mer enn 40 000 færre kontakter på grunn av influensa i 2010. Fra 2011 til 2012 øker antall kontakter med ca. 52 000, til et nytt toppnivå.

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 (15), ved årtusenskiftet var det ca. 357 000, og fem år senere ca. 141 000 (6). Utviklingen har blitt satt i sammenheng med utbyggingen av interkommunale, stasjonære legevakter (16). De siste tallene viser at reduksjonen i sykebesøk fortsetter. I 2012 var det 68 000 sykebesøk på legevakt.

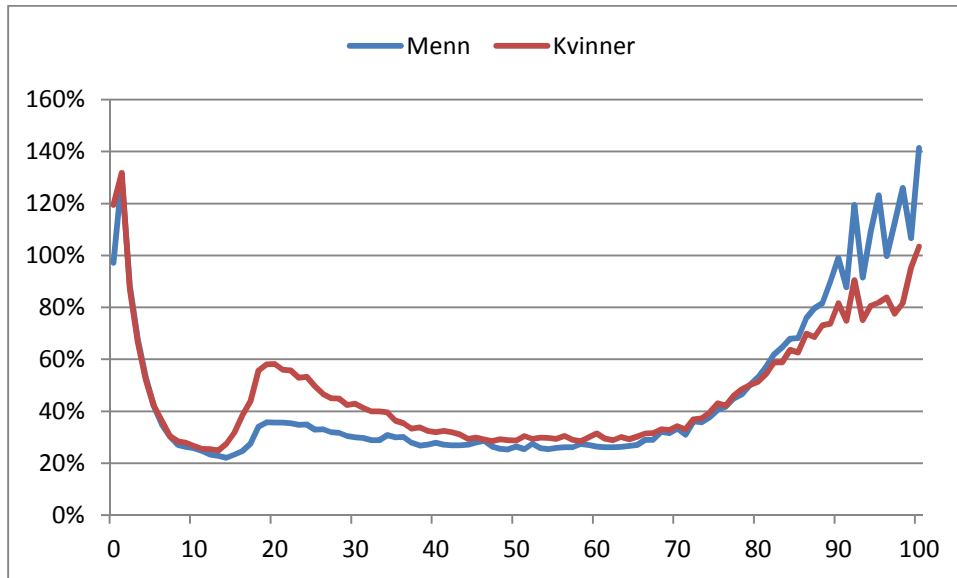
Figur 1: Antall kontakter for menn og kvinner etter alder (2012)



Figur 1 viser et velkjent mønster for befolkningens kontakter med primærhelsetjenesten. Bortsett fra ettåringene, er det i alle aldersgrupper flere kvinner enn menn som konsulterer legevakt. Forskjellen

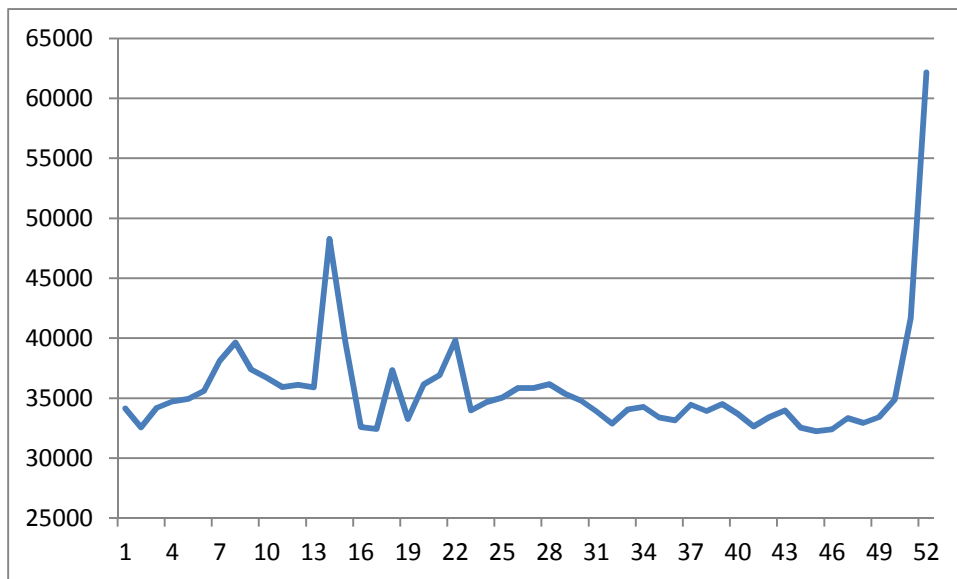
er særlig stor i aldersgruppene 15 – 40 og blant de aller eldste. Dette har dels sammenheng med svangerskap og prevensjon, dels at kvinner lever lengre enn menn. Det er ellers en topp i antall kontakter omkring 20 år. Dette skyldes nok i stor grad studenter som har flyttet hjemmefra og som ikke har skaffet seg fastlege på studiestedet. De er derfor i større grad henvist til å bruke legevakten når de blir syke.

Figur 2: Befolkningens bruk av legevakt (kontaktrater), fordelt på kjønn og alder (2012)



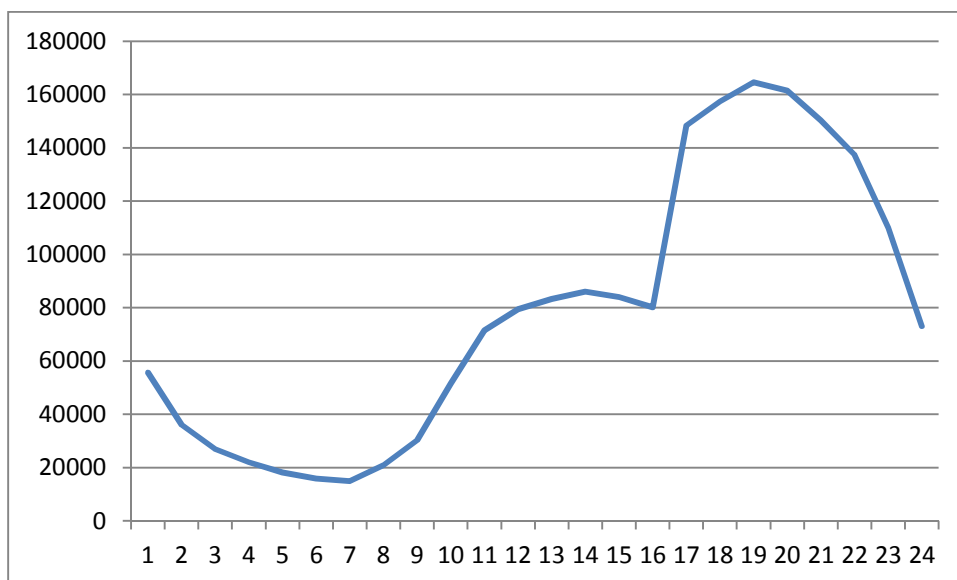
Mønsteret blir noe annerledes om vi ser på hvilke befolkningsgrupper som bruker legevakten mest. Figur 2 viser at det er små barn og de eldste som er de største brukerne. Vi finner igjen at kvinner er overrepresentert i aldersgruppen 15 – 40, men blant de eldste er mennene overrepresentert. Kontaktratene blir noe overestimert da legevaktkontakter også omfatter turister og andre som ikke er registrert bosatt i Norge.

Figur 3: Antall kontakter per uke (2012)



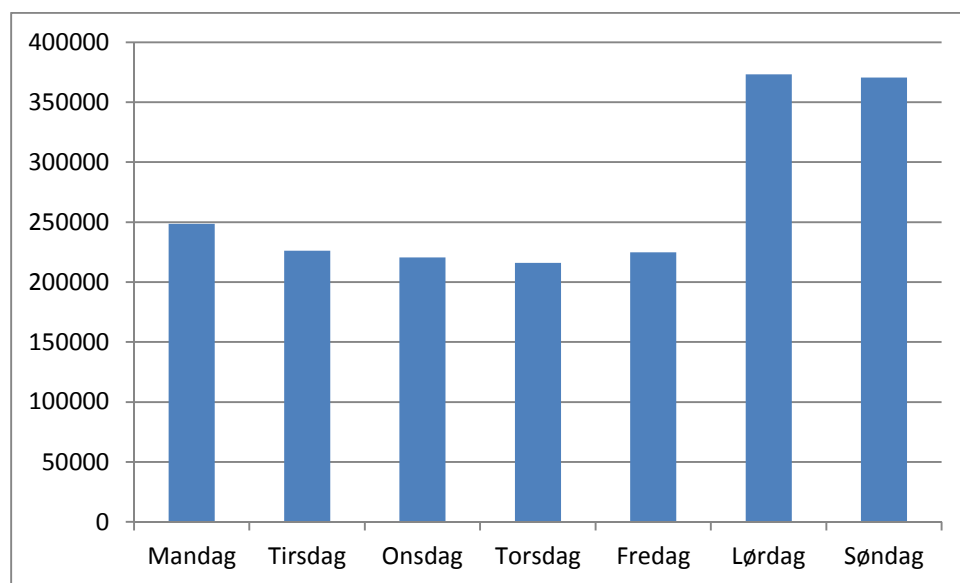
Kontaktfrekvensen varierer noe gjennom året, men enkelte uker skiller seg ut. Størst aktivitet var det i påske- og juleferien. I slike ferieperioder er det dårligere tilgjengelighet hos fastlegene. Dessuten er mange pasienter bortreist i feriene. De oppholder seg i andre kommuner og er dermed henvist til å bruke lokal legevakt. I 2012 var det særlig mye sykdom i juleferien, en periode med mye luftveisinfeksjoner og en begynnende influensaepidemi.

Figur 4: Antall kontakter per klokke (2012)



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. Kontaktene i løpet av en uke fordeler seg med ca. 20 % på lørdag og 20 % på søndag, 13% på mandag, mens resten av ukedagene har 11 – 12 % (fig 5).

Figur 5: Antall kontakter per ukedag (2012)



Tabell 2: Prosentvis fordeling av ulike kontakttypet etter geografi (legens praksiskommune, 2012)

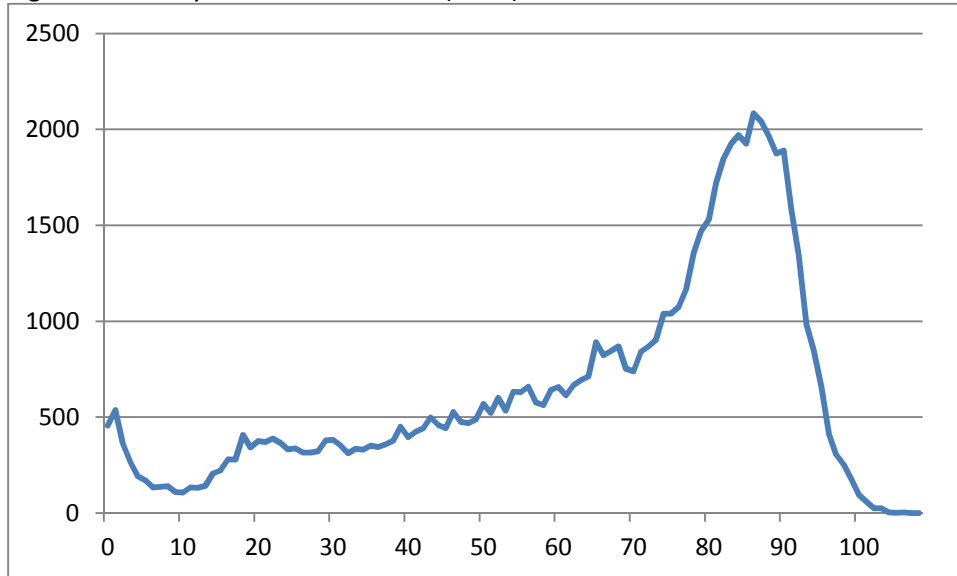
Praksiskommune	N	Konsultasjoner	Sykebesøk	Telefonkontakter	Enkle kontakter
Innb > 50 000	632 286	73,7	4,0	21,7	0,6
Innb 10 001 – 50 000	847 585	73,4	2,0	21,2	3,3
Innb 5 001 – 10 000	193 233	74,0	5,0	19,3	1,8
Innb 2 001 – 5 000	158 768	68,7	6,8	21,9	2,5
Innb < 2 001	47 485	58,7	11,0	28,5	1,9
Sentral	991 714	74,2	3,6	21,1	1,0
Noe sentral	470 916	71,7	1,9	21,8	4,6
Mindre sentral	146 163	74,6	3,9	19,6	1,9
Minst sentral	270 564	68,4	6,3	22,9	2,4

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.

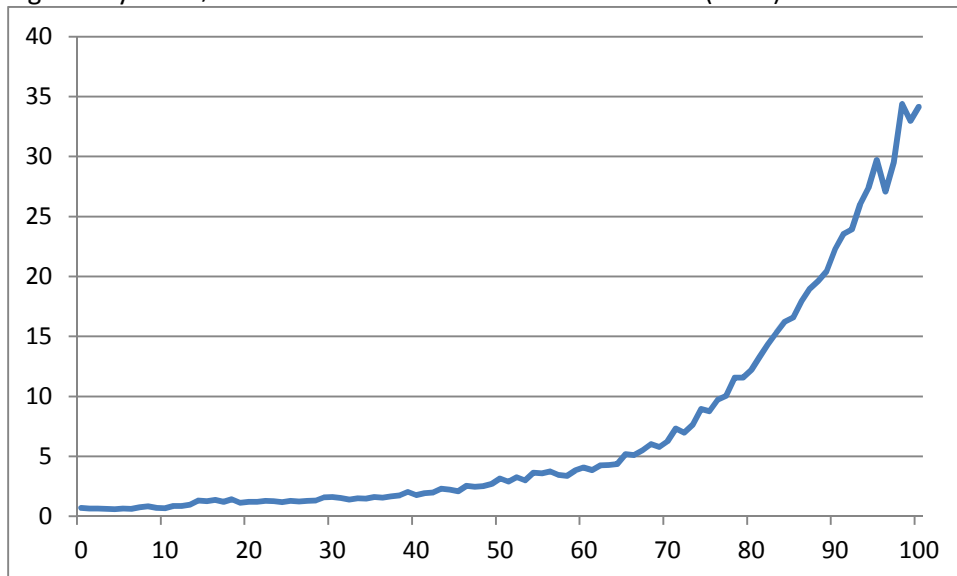
Sentralitet er definert som en kommunes geografiske beliggenhet i forhold til et senter hvor det finnes funksjoner av høy orden (sentrale funksjoner). Sentralitet regnes på en skala fra 0 til 3, hvor 0 er de minst sentrale og 3 de mest sentrale kommunene (17).

Figur 6: Antall sykebesøk etter alder (2012)



Figur 6 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 7). For de aller eldste skjer vel 30 % av kontaktene i form av sykebesøk.

Figur 7: Sykebesøk som andel av alle kontakter etter alder (2012)



Diagnoser

Tabell 3: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter år

ICPC hovedgruppe	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
A: allment	13,1	13,4	13,5	15,9	16,1	18,7	20,6
B: blod	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
D: fordøyelse	9,9	9,8	10,2	9,7	10,0	9,7	9,5
F: øye	4,5	4,4	4,4	4,1	4,4	4,1	3,8
H: øre	3,3	3,2	3,2	2,9	3,2	3,0	2,8
K: hjerte/kar	3,8	3,8	3,7	3,5	3,6	3,4	3,5
L: muskel/skjelett	14,8	15,0	15,0	14,2	14,7	14,0	13,6
N: nevrologi	3,7	3,8	3,8	3,7	3,8	3,8	3,7
P: psykiatri	4,8	4,8	4,8	4,8	4,9	4,8	5,1
R: respirasjon	21,3	21,4	20,6	21,3	19,0	18,8	18,6
S: hud	11,4	10,9	11,0	10,2	10,3	10,0	9,6
T: metabolsk	1,0	1,0	1,0	0,9	1,0	0,9	0,9
U: urin	5,1	5,2	5,3	5,4	5,7	5,6	5,2
W: svangerskap	1,2	1,2	1,3	1,2	1,2	1,1	1,0
X: kv. kjønnsorgan	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8
Y: m. kjønnsorgan	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Z: sosialt	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3
Sum kontakter	1 626 644	1 631 222	1 712 394	1 782 761	1 758 528	1 827 409	1 879 357

Denne tabellen viser at fordelingen på diagnosegrupper er svært stabil fra det ene året til det andre, bortsett fra en stadig økende bruk av uspesifikke diagnoser (ICPC hovedgruppe A).

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

Diagnoser	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
A99: helseproblem/sykdom	0,8	1,1	1,5	2,3	3,1	4,5	5,6
R74: akutt øvre luftveisinfeksjon	5,1	4,9	5,1	4,9	4,8	4,5	4,6
U71: cystitt/urinveisinfeksjon	3,2	3,3	3,4	3,6	3,8	3,8	3,4
D01: abdominalsmerter	2,9	3,1	3,2	3,1	3,2	3,3	3,1
S18: åpent sår/kutt	3,6	3,5	3,5	3,2	3,2	3,1	2,9
A97: administrativ kontakt	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	1,8	2,0
A03: feber	2,2	2,1	2,0	2,3	1,8	1,9	1,9
R81: lungebetennelse	2,0	2,0	1,8	1,5	1,5	1,8	1,9
R05: hoste	2,1	2,0	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8
A11: brystsmerte	0,9	1,1	1,2	1,2	1,3	1,3	1,5
L81: skade muskel/skjelett	1,7	1,7	1,6	1,5	1,6	1,5	1,4
F70: infeksjons konjunktivitt	1,8	1,7	1,7	1,4	1,7	1,5	1,3
H71: mellomørebetennelse akutt	1,6	1,6	1,6	1,4	1,5	1,4	1,3
R78: akutt bronkitt/bronkiolitt	1,6	1,5	1,4	1,2	1,3	1,3	1,2
R76: akutt tonsillitt	1,4	1,4	1,4	1,1	1,2	1,1	1,0
R75: bihulebetennelse	1,2	1,3	1,2	1,0	1,1	1,0	1,0
R83: luftveisinfeksjon	1,0	1,1	1,0	1,0	0,9	1,0	1,0
L17: fot/tå symptomer	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
R21: hals symptomer/plager	1,0	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9	0,9
S76: hudinfeksjon	0,9	0,9	0,9	0,8	0,9	0,9	0,8
R80: influensa	0,9	0,9	0,7	2,7	0,4	0,7	0,7
Sum diagnoser	1 626 644	1 631 222	1 712 394	1 782 761	1 758 528	1 827 409	1 879 357

Det er også små endringer i bruk av de vanligste enkeltdiagnosene fra det ene året til det andre, med unntak for influensa i 2009. Men det har vært en sterk økning i bruk av uspesifikke diagnoser som A99 (helseproblem/sykdom) og A97 (administrativ kontakt), og i 2012 inntok for første gang en slik diagnose (A99) topplasseringen. 77 % av A99-kontaktene var telefonkontakter. En mulig forklaring kan være at det brukes makrofunksjoner, som lager standardiserte regningskort ved telefonkonsultasjoner. Dersom tendensen med økende bruk av uspesifikke diagnoser fortsetter, vil det etter hvert svekke grunnlaget for statistikk basert på innrapporterte ICPC-diagnoser.

De ti hyppigste diagnosene utgjorde 29 % av alle kontaktene, mens de 20 hyppigste diagnosene utgjorde 40 %. Dette viser at legevaktlegene må forholde seg til et bredt utvalg av diagnoser

Tabell 5: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kontaktttype (2012)

ICPC hovedgruppe	Alle kontakter	Konsultasjoner	Sykebesøk	Telefonkontakt
A: allment	20,6	11,6	25,4	49,7
B: blod	0,3	0,3	0,4	0,3
D: fordøyelse	9,5	10,2	8,4	7,9
F: øye	3,8	4,7	0,6	1,5
H: øre	2,8	3,4	0,6	1,5
K: hjerte/kar	3,5	3,4	9,3	2,7
L: muskel/skjelett	13,6	15,7	10,1	8,1
N: nevrologi	3,7	3,8	5,8	3,1
P: psykiatri	5,1	3,9	10,8	5,4
R: respirasjon	18,6	22,2	15,4	8,3
S: hud	9,6	11,4	4,1	4,6
T: metabolsk	0,9	0,7	2,1	1,4
U: urin	5,2	5,8	5,3	3,1
W: svangerskap	1,0	1,1	0,4	1,0
X: kv. kjønnsorgan	0,8	0,8	0,4	0,7
Y: m. kjønnsorgan	0,7	0,7	0,5	0,4
Z: sosialt	0,3	0,2	0,3	0,2
Sum kontakter	1 879 357	1 368 297	68 000	402 562

Ulike kontakttypen 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 på telefon.

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 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 enkeltdiagnose akutt øvre luftveisinfeksjon (R74) ved telefonkontakt og konsultasjon, lungebetennelse (R81) ved sykebesøk. 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 (2012)

ICPC hovedgruppe	Natt	Dag	Kveld
A: allment	26,6	20,4	19,5
B: blod	0,2	0,3	0,3
D: fordøyelse	13,9	7,8	9,5
F: øye	1,7	4,6	3,9
H: øre	1,3	3,0	2,9
K: hjerte/kar	4,7	3,3	3,3
L: muskel/skjelett	10,0	13,8	14,2
N: nevrologi	4,8	3,1	3,8
P: psykiatri	9,7	5,1	4,2
R: respirasjon	12,5	20,2	19,0
S: hud	6,9	8,9	10,5
T: metabolsk	0,8	0,9	0,9
U: urin	4,3	5,7	5,1
W: svangerskap	0,9	1,0	1,1
X: kv. kjønnsorgan	0,6	0,8	0,8
Y: m. kjønnsorgan	0,5	0,6	0,7
Z: sosialt	0,6	0,2	0,2
Sum kontakter	210 681	566 313	1 102 363

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 (2012)

ICPC hovedgruppe	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
A: allment	19,8	20,6	20,9	19,4	20,4	20,5	20,1	20,1	20,0	21,2	21,9	21,9
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	9,5	9,3	9,7	10,0	9,4	9,2	9,3	9,5	9,5	10,0	10,1	8,7
F: øye	3,5	3,1	3,6	4,0	4,3	4,4	4,1	3,6	4,0	4,3	4,2	3,3
H: øre	3,2	3,4	3,3	2,9	2,5	2,3	2,7	2,5	2,6	2,4	2,7	2,9
K: hjerte/kar	3,2	3,0	3,3	3,6	3,7	3,8	3,7	3,5	3,5	3,6	3,5	3,1
L: muskel/skjelett	13,2	12,3	12,9	14,2	14,5	15,2	14,4	15,1	14,3	14,0	13,3	10,9
N: nevrologi	3,8	3,5	3,6	3,7	3,8	3,9	3,6	3,9	4,0	4,1	4,0	3,1
P: psykiatri	4,8	4,4	4,8	4,9	4,9	5,3	5,4	5,7	5,7	5,9	5,7	4,2
R: respirasjon	22,8	25,8	21,7	18,4	16,6	14,6	13,7	12,7	16,1	15,3	16,6	26,4
S: hud	7,6	7,0	8,0	9,2	11,1	11,4	13,0	13,4	10,8	9,5	8,4	6,8
T: metabolsk	0,9	0,9	0,9	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8	1,0	0,9	0,9
U: urin	4,8	4,1	4,5	5,6	4,9	5,2	5,9	5,9	5,5	5,4	5,3	5,1
W: svangerskap	1,0	0,9	1,0	1,1	1,1	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	0,9
X: kv.kjønnsorgan	0,7	0,6	0,7	0,8	0,8	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7
Y: m.kjønnsorgan	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,8	0,7	0,6
Z: sosialt	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2
Sum kontakter	151 429	153 471	160 985	164 212	161 403	150 407	157 225	146 864	149 229	145 611	138 278	200 243

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.

Tabellen under viser diagnosespekteret for menn og kvinner. Bortsett fra de kjønns spesifikke 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 (2012)

ICPC hovedgruppe	Kvinner	Menn
A: allment	20,6	20,5
B: blod	0,3	0,3
D: fordøyelse	10,3	8,5
F: øye	3,3	4,5
H: øre	2,7	2,9
K: hjerte/kar	3,3	3,6
L: muskel/skjelett	13,0	14,4
N: nevrologi	3,9	3,6
P: psykiatri	4,2	6,2
R: respirasjon	18,9	18,4
S: hud	8,2	11,2
T: metabolsk	0,9	1,0
U: urin	6,8	3,2
W: svangerskap	1,9	-
X: kv. kjønnsorgan	1,4	-
Y: m. kjønnsorgan	-	1,4
Z: sosialt	0,3	0,2
Sum kontakter	1 021 596	857 761

Tabell 9: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter aldersgrupper (2012)

ICPC hovedgruppe	Aldersgrupper								
	0 - 1	2 - 4	5 - 9	10 - 15	16 - 25	26 - 40	41 - 60	61 - 80	81 -
A: allment	31,9	24,3	20,2	16,2	18,3	17,9	18,2	20,1	26,8
B: blod	0,1	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,4	0,6
D: fordøyelse	10,4	8,6	10,1	8,5	10,6	10,1	8,6	9,2	8,7
F: øye	5,2	5,0	4,4	3,5	3,7	4,5	4,2	2,8	1,1
H: øre	6,7	8,5	6,8	3,7	1,9	1,8	1,6	1,1	0,5
K: hjerte/kar	0,1	0,1	0,2	0,4	1,1	1,9	4,4	8,9	10,2
L: muskel/skjelett	1,5	4,3	11,0	25,9	14,8	14,4	17,5	14,5	12,5
N: nevrologi	2,3	2,6	3,2	4,2	4,1	4,1	4,0	3,9	3,6
P: psykiatri	0,2	0,1	0,3	1,8	6,2	8,1	8,9	3,9	3,1
R: respirasjon	32,6	29,4	22,0	18,3	16,6	16,7	14,9	16,5	14,9
S: hud	7,2	12,4	16,7	13,6	10,5	9,0	9,3	7,8	5,7
T: metabolsk	0,6	0,3	0,2	0,3	0,4	0,6	1,1	1,9	2,2
U: urin	0,8	2,9	3,5	2,0	6,1	4,9	5,4	7,6	9,0
W: svangerskap	0,0	0,0	0,0	0,1	2,6	3,3	0,2	0,0	0,0
X: kv. kjønnsorgan	0,1	0,2	0,2	0,4	1,6	1,4	0,8	0,4	0,3
Y: m. kjønnsorgan	0,5	1,1	0,9	0,6	0,7	0,6	0,5	0,7	0,6
Z: sosialt	0,0	0,0	0,1	0,2	0,6	0,4	0,3	0,1	0,1
Sum kontakter	147 106	130 472	98 272	95 398	277 811	344 614	376 395	270 949	138 340

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	2010	2011	2012
Fastlege	43,7	42,7	36,1	35,6	35,5	36,9	37,1
Spesialist i allmenntmedisin	29,9	28,8	27,0	24,7	24,8	23,6	23,7
Kvinne	20,9	20,3	24,5	24,7	25,5	25,6	22,0
Alder < 30	13,6	10,9	11,7	11,8	11,2	11,4	8,5
Alder 30 – 39	36,0	35,5	40,6	40,2	41,1	39,3	35,3
Alder 40 – 49	24,7	23,1	23,6	22,3	20,5	19,7	19,4
Alder 50 – 59	16,9	16,5	16,3	16,7	17,6	16,5	16,3
Alder 60 –	2,7	3,6	3,7	3,9	4,3	6,4	5,7
Uidentifisert lege	6,1	10,4	3,9	5,1	5,4	6,8	14,8
Sum kontakter	1 626 644	1 631 222	1 712 396	1 783 171	1 758 528	1 827 409	1 879 357

De senere årene har fastlegene utført mindre enn 40 % av alt legevaktarbeidet, målt i antall kontakter. Det har vært små endringer siden 2008. For spesialister i allmenntmedisin har vakt deltakelsen vært jevnt avtagende. Det kan imidlertid se ut til at denne trenden er i ferd med å snu fra 2012. Kvinner har øket sin andel av vaktarbeidet, noe som avspeiler at det blir stadig flere kvinnelige leger, både turnusleger og fastleger.

Det er et metodologisk problem at andel uidentifiserte leger varierer fra år til år. Dette har sammenheng med at fastlønte vaktleger leverer regningskort på kommunens eller legevaktens organisasjonsnummer. Antallet uidentifiserte vaktleger var spesielt høyt i 2012, og dette gjør anslagene usikre. De uidentifiserte legene har neppe samme fordeling som de identifiserte. Trolig er unge kvinnelige fastleger overrepresentert blant de uidentifiserte.

I tabell 10 er de uidentifiserte legene inkludert i analysene. Det medfører at de ulike legegruppens andel av kontaktene blir underestimert i varierende grad. Om en ekskluderer de uidentifiserte legene, utgjorde fastlegenes andel av vaktarbeidet 43,6 % og de kvinnelige legene 25,8 %.

Takster

Tabell 11: Hyppighet av noen ulike takster (målt i prosent av antall konsultasjoner)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Spesialisttakst (2dd, 2dk)	26,1	25,0	22,5	21,2	21,1	20,9	21,8
Tidstakst (2cd, 2ck)	32,1	31,9	32,7	33,6	34,1	35,0	36,2
Laboratorium (701a)	30,3	33,2	35,2	36,9	37,8	39,9	41,0
CRP (705k)	28,2	29,2	30,6	32,2	32,6	34,6	35,7
Streptest (706k)	4,3	4,3	4,7	4,2	4,0	4,0	3,8
EKG (707, 707a)	3,9	4,5	4,9	5,1	5,4	5,6	6,1
Kirurgiske prosedyrer (100, 103, 104, 105, 106a, 106b)	10,5	10,8	10,9	10,6	10,7	10,0	10,3
Kontakt med hjemmesykepleie og lignende (1f)	3,3	3,3	3,2	3,2	3,4	3,5	4,1
Sykmelding (L1)	6,9	7,4	7,2	6,4	5,2	5,2	4,9
N	1 238 791	1 240 235	1 323 453	1 328 643	1 330 561	1 359 902	1 368 297

Denne tabellen omfatter alle kontakter, også med uidentifiserte leger. Den tydeligste tendensen er jevn økning i bruk av laborietaksten (701a). Frem til og med 2011 var det en reduksjon i bruken av takst for spesialisttillegg, noe som avspeiler at spesialister i allmenntilleggsmedisin har deltatt stadig mindre i legevakt. Denne tendensen synes imidlertid å ha snudd i 2012, ved at spesialistene har økt sin vakt deltakelse, sammenlignet med året før. I og med at denne statistikken er fullstendig (omfatter alle konsultasjoner), er dette det mest pålitelige tallet vi har for spesialistenes vakt deltakelse.

En skal også merke seg at bruken av sykmelding kulminerte i 2007 og siden har avtatt.

Effekten av økonomiske insentiver

Fra 1. juli 2012 kom det inn to nye takster i normaltariffen (12):

2nk: Tillegg for utrykning fra legens hjem til kontoret mellom kl. 23 og 08 for leger i kommuner der interkommunal legevakt ikke er etablert. Kan også kreves ved nødvendig utkalling av bakvakt ved interkommunal legevakt.

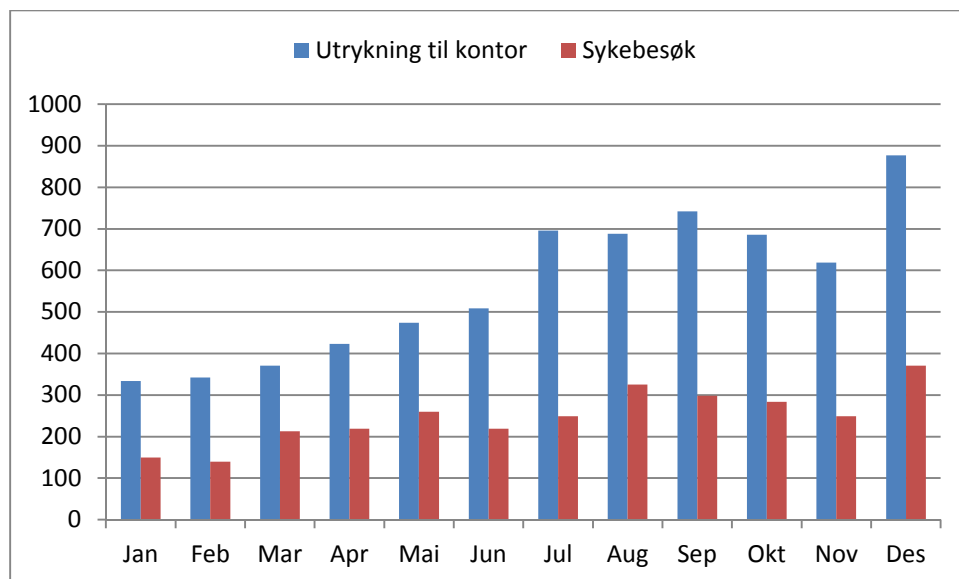
11nk: Tillegg for sykebesøk mellom kl. 23 og 08 for leger i kommuner der interkommunal legevakt ikke er etablert.

Disse takstene, som begge utgjør 370 kr, medfører at vaktlegen får vesentlig bedre betalt for å rykke ut fra hjemmevakt om natten, enten i sykebesøk eller til en konsultasjon på kontoret. Takst 2nk kombineres med takst 2fk (utrykning til kontoret) og takst 11nk med takst 11ak (sykebesøk).

Det er kun leger i kommunal legevakt som kan benytte disse takstene. Leger som arbeider i interkommunale vaktordninger kan ikke bruke dem. I 2012 var det 84 legevakter som var kommunale og 89 interkommunale. Dessuten var det 30 som hadde ulike vaktordninger til ulike tider på døgnet (18). Det er bare leger ved de 84 kommunale legevaktene som har hatt mulighet til å bruke de nye takstene.

Vi har ikke opplysninger om enkeltkommuner eller vaktordninger i vårt materiale, og må derfor ty til en tilnærming: Vi finner at 558 vaktleger (10,7 % av alle) har brukt disse takstene (2nk eller 11nk) i løpet av andre halvår 2012. Dette er leger som i andre halvår arbeidet i kommunale vaktordninger om natten. Det er interessant å analysere disse legene nærmere. Har de endret atferd fra første halvår til andre halvår? Har de gjennomført flere konsultasjoner og sykebesøk om natten etter at de fikk bedre betalt?

Figur 8: Antall nattlige (kl. 23 – 08) sykebesøk og utrykninger til kontoret per måned for leger i kommunal legevakt



Figur 8 viser at leger som har kunnet bruke de aktuelle tilleggstakstene, har økt sin aktivitet fra første til andre halvår. Endringen er tydeligst for utrykning til kontor, hvor antallet har økt med 75,6 %. Antall sykebesøk har økt med 47,9 %.

Det har også vært en økning i antall nattlige telefonkontakter på 19,1 % fra første halvår til andre halvår, og overraskende nok har det også vært en betydelig aktivitetsøkning på kveldstid, selv om de samme legene da ikke kunne bruke tilleggstakstene. På kveldstid økte antall utrykninger til kontoret med 31,9 %, antall sykebesøk med 34,9 % og antall telefonkontakter med 8,6 %.

Når det gjelder de andre vaktlegene, som ikke har kunnet bruke de nye tilleggstakstene, har det vært en redusert aktivitet fra første til andre halvår. På kvelds- og nattestid har antall telefonkontakter gått ned med 1,8 %, antall sykebesøk er redusert med 4,9 % og utrykninger til kontoret er ned hele 17,2 %.

Det er nærliggende å tenke at det kan ha skjedd endringer i noen vaktordninger fra første til andre halvår 2012, kanskje som en tilpasning til de nye takstene. Dersom noen kommuner har valgt å bryte ut av interkommunale vaktordninger, kan det forklare aktivitetsreduksjonen fra første til andre halvår i det vi har definert som interkommunale vaktordninger (med utgangspunkt i andre halvår). Dette ville også kunne forklare den betydelige aktivitetsøkningen på kveldstid i kommunale vaktordninger, på et tidspunkt da de nye takstene ikke kan brukes.

Selv om noe av den registrerte aktivitetsøkningen i kommunale vaktordninger kan tilskrives tilpasninger i vaktordninger, er det neppe hele forklaringen på den betydelige økningen vi ser i antall nattlige utrykninger til kontoret og sykebesøk. En skal imidlertid være oppmerksom på at det bare er en liten minoritet som har kunnet benytte disse takstene. Den økte aktiviteten i disse kommunale legevaktordningene har ikke kunnet forhindre at nedgangen i antall sykebesøk har fortsatt i landet som helhet.

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. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2008 og 2009. Rapport nr. 7-2010. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2010.
4. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2010. Rapport nr. 3-2011. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2011.
5. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2011. Rapport nr. 5-2012. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, 2012.
6. 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.
7. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. <http://www.lovdatabase.no/for/sf/ho/xo-20120829-0842.html>.
8. Sandvik H, Hunskår S. Hvilke leger mottar trygderefusjon for legevaktarbeid? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1347-50.
9. Sandvik H, Zakariassen E, Hunskår S. Fastlegenes deltakelse i legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2513-6.
10. Sandvik H, Hunskår S, Diaz E. Hvilke pasienter deltar i legevakt? Tidsskr Nor Lægeforen 2012; 132: 2277-80.
11. ICPC-2 - Den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten. Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren. www.kith.no/templates/kith_WebPage___1186.aspx.
12. Normaltariffen. Den norske legeforening. <http://normaltariffen.legeforeningen.no/>.
13. Analyserapport. Fastleger, legevakt og avtalespesialister. Aktivitetsstatistikk 2009. Oslo: Helseøkonomiforvaltningen, april 2011. www.helfo.no/statistikk/Documents/Analyserapport%20Aktivitetsstatistikk%202009.pdf.
14. Analyserapport. Statistikk over legars takstbruk 2010. Oslo: Helseøkonomiforvaltningen, 2012. <http://helfo.no/SiteCollectionDocuments/Vedlegg%20statistikk/Statistikk%20analyser%20og%20rapporter/Analyserapport-Statistikk%20over%20legars%20takstbruk%202010.pdf>.
15. St.meld. nr. 43 (1999-2000) Om akuttmedisinsk beredskap.
16. Sundar T. Interkommunal legevakt - sparegris for staten? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1292-3.
17. Standard for kommuneklassifisering 1994. Statistisk sentralbyrå 1994. www.ssb.no/kommuner/komklasse94.html.
18. Morken T, Zachariassen SM. Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2012. Rapport nr. 6-2012. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, 2012.