

N 9/2018



Bruk av legetjenester i utvalgte pasientgrupper



Tittel: Bruk av legetjenester i utvalgte pasientgrupper
Analysenotat i Samdata kommune

Nummer: 2/2018

Utgitt av: Helsedirektoratet

Avdeling: Avdeling komparativ statistikk og styringsinformasjon

Ansvarlig: Beate Margrethe Huseby
Beate.Margrethe.Huseby@helsedir.no

Sentralbord: 810 20 050

Nettsted: www.helsedirektoratet.no

Forfattere: Inger Johanne Bakken

Forsidebilder: © [JFPhoto](#)/Mostphotos (illustrasjonsbilde)
© [HalfPoint s. r. o.](#)/Mostphotos (illustrasjonsbilde)
© [Wavebreakmedia](#)/Mostphotos (illustrasjonsbilde)
© [shalamov](#)/Mostphotos (illustrasjonsbilde)
© [Cilla](#)/Mostphotos (illustrasjonsbilde)
© [Suriya Verojn](#)/Mostphotos (illustrasjonsbilde)
© [racorn](#)/Mostphotos (illustrasjonsbilde)

SAMMENDRAG

Store forskjeller mellom pasientgruppene

I dette notatet har vi brukt data fra det nye nasjonale helseregisteret Kommunalt pasient- og brukerregister til å se på bruken av fastlege- og legevaktskonsultasjoner i ulike pasientgrupper. Vi har for eksempel sammenlignet hvor ofte pasienter registrert med diabetesdiagnose minst én gang i registeret gikk til lege i 2017, sammenlignet med totalgruppen av pasienter. Vi definerte pasientgrupper basert på diagnosekoder for både fysiske og psykiske tilstander.

I tillegg til å se på grupper av pasienters bruk av tjenestene i 2017, undersøkte vi volumet av konsultasjoner for de samme tilstandene som pasientgruppene ble basert på for perioden 2013-2017. Til dette arbeidet hadde vi tilgang til data utlevert fra KUHR-databasen (oppgjørssystemet for refusjoner for konsultasjoner i primærhelsetjenesten). Gruppene som ble inkludert omfattet omtrent en fjerdedel av alle konsultasjoner.

Vi har altså brukt to ulike analysetilnæringer: 1) individ som analyseenhet, data for 2017 og 2) konsultasjon som analyseenhet, data for 2013-2017.

Muskel- og skjelettlidelser utgjorde den klart største gruppen, både målt som pasienter i 2017 og som konsultasjoner i 2013-2017. I totalbefolkningen og i alle pasientgruppene økte gjennomsnittlig antall konsultasjoner i 2017 hos fastlegen med økende alder, med unntak av litt lavere gjennomsnittlig antall konsultasjoner i den aller eldste aldersgruppen (80 år og eldre). Ikke overaskende var gjennomsnittlig antall konsultasjoner hos fastlegen høyere i pasientgruppene enn i totalbefolkningen. Mens snittet for totalbefolkningen var 3,3 ganger til fastlege i 2017, var snittet for pasienter registrert med diagnosekode for KOLS 6,1 og 6,0 for pasienter registrert med diagnosekode for angst. For legevakt var tilsvarende tall 0,3 ganger i løpet av 2017 for totalbefolkningen, og høyest snitt for pasienter registrert med diagnose for schizofreni (0,8) og epilepsi (0,6).

Volumet av konsultasjoner med diagnosekoder for muskel- og skjelettlidelser var stort, med mer enn dobbelt så mange konsultasjoner som for diabetes, angst eller depresjon til sammen. For de fleste av konsultasjonsgruppene var det svak vekst eller nokså stabile i perioden 2013-2017. For hjertesykdom gikk antall konsultasjoner litt tilbake over denne perioden. Antallet konsultasjoner med diagnose for hjertesykdom gikk ned i alle

aldersgrupper. Volumet av konsultasjoner med diagnose KOLS økte litt i de eldste aldersgruppene, men var nokså stabilt for pasienter under 50 år.

Når vi avgrenset analysene til å omfatte konsultasjoner for ungdom i aldersgruppen 16-19 år, fant vi en økning i antallet konsultasjoner med diagnoser for angst og depresjon fra skoleåret 2015/2016 til skoleåret 2016/2017. Det er tidligere vist en økning i den totale bruken av legetjenester i denne aldersgruppen første år etter innføring av nye fraværsregler i videregående skole, og våre analyser her kan tyde på at økningen vedvarte hele skoleåret.

BRUK AV LEGETJENESTER I UTVALGTE PASIENTGRUPPER

1. Innledning

Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld. St. 11 (2015-2016)) ble lagt frem av Regjeringen Solberg 20. november 2015 og er en viktig del av regjeringens arbeid for å sikre helsetjenestene. Planen gjelder for perioden 2016-2019, men beskriver og drøfter utviklingstrekk frem mot 2040. Planen tar utgangspunkt i de store faktiske og forventede endringene i samfunnet de siste årene og fremover. Statistisk sentralbyrå har beregnet at befolkningen vil øke til 5,9 millioner i 2030. Den sterke veksten i bosettingen i storbyregionene vil fortsette. Antallet eldre over 70 år vil være omtrent 300 000 høyere i 2030 enn i dag, en økning på over 50 prosent. Samtidig vil utviklingen innen medisin, med mer avansert kirurgisk teknologi og bedre diagnostikk og behandling, bidra til mer skånsomme behandlingsmuligheter slik at flere kan behandles. Mange av de nye behandlingsformene vil være kostbare, og tilgangen til helsetjenestene må styres slik at ressursene kommer flest mulig best mulig til nytte.

Nasjonal helse- og sykehusplan har seks hovedområder og mål: - Styrke pasienten, - Prioritere tilbudet i psykisk helse og rusbehandling, - Forny, forenkle og forbedre helsetjenesten, - Nok helsepersonell med riktig kompetanse, - Bedre kvalitet og pasientsikkerhet, - Bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehusene, - Styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. De fleste omstillingene som er beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan gjelder spesialisthelsetjenesten. For at omstillingene i spesialisthelsetjenesten skal kunne lykkes må imidlertid også primærhelsetjenesten lykkes i omstillings- og utviklingsarbeidet.

I SAMDATA kommune har vi i et annet analysenotat beskrevet utviklingen i befolkningens bruk av fastlege og legevakt 2010 til 2017. Datagrunnlaget for arbeidet var fra KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner) og Kommunalt pasient- og brukerregister.

KUHR-systemet håndterer refusjonskrav fra behandlere og helseinstitusjoner til staten og omfatter bla. fastleger og legevakt. Kommunalt pasient- og brukerregister er et nytt helseregister med opplysninger om alle innbyggere som har mottatt kommunale helse- og omsorgstjenester. Hovedformålet for registeret er å gi myndighetene grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester. Forskriften for registeret trådte i kraft 1. desember 2017 og registeret ble offisielt åpnet 5. april 2018. Registeret oppdateres kontinuerlig med data fra primærhelsetjenesten og befolkningstall og benytter moderne registerteknologi. Statistikk fra registeret er allment tilgjengelig fra nettbasert databankløsning. I tillegg kan spesialtilpasset statistikk bestilles fra registeret.

I dette notatet har vi sett nærmere på forskjeller i bruken av legetjenestene i ulike pasientgrupper. Vår viktigste datakilde har vært data utlevert fra KPR. Siden registeret er nytt, har vi kun hatt tilgang til data for 2017.

BRUK AV LEGETJENESTER I UTVALGTE PASIENTGRUPPER

2. Datagrunnlag og analysemål

Bruk av fastlege og legevakt i de ulike pasientgruppene 2017

Data om aktivitet hos fastleger og legevaktstjenester i Kommunalt pasient- og brukerregister er basert på refusjonskrav innsendt fra behandlere og helseinstitusjoner til staten (HELFO). Pasientens fødselsnummer, dato for hendelsen og diagnosekode er blant feltene som skal fylles inn på regningskortet. Data fra primærhelsetjenesten er basert på diagnosesystemet ICPC-2, Den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten ("International Classification of Primary Care"). Detaljert informasjon om dette og andre kodeverk som brukes i helsetjenestene er lett tilgjengelig (se for eksempel <https://finnkode.ehelse.no>).

Pasientgruppene som er analysert her er basert på diagnosekoder registrert i perioden juli 2016 – juli 2018. Det er viktig å merke seg at det ikke er gjort noen vurdering av diagnosekvaliteten. Den riktige ordlyden for pasientgruppen diabetes for eksempel blir derfor "pasienter registrert med diagnosekode for diabetes i perioden juli 2016 – juli 2018", ikke "pasienter med diabetes". Disse dataene kan ikke brukes til å si noe om forekomst av de ulike tilstandene. Kommunalt pasient- og brukerregister er et nytt helseregister og det er foreløpig lite tilgjengelig kunnskap om datakvaliteten. Vi sammenligner likevel til en viss grad pasienttallene som kommer frem her med andre datakilder der hvor annen informasjon er lett tilgjengelig, og prøver også å forklare eventuelle forskjeller.

I arbeidet med tilretteleggingen av statistikken har vi samarbeidet tett med saksbehandler i Kommunalt pasient- og brukerregister. Det er kun saksbehandler i Kommunalt pasient- og brukerregister som har hatt direkte tilgang til data på individnivå.

Det viktigste analysemålet for denne delen var sammenligning av bruk av primærhelsetjenester mellom ulike grupper av pasienter.

Utvikling i volum av konsultasjoner 2013-2017

Vi fikk utlevert data om alle konsultasjoner (basert på regningskort) i perioden 2013-2017 fra KUHR. Datamaterialet inneholdt ikke løpenummer for individ eller lege, slik at vi ikke hadde mulighet til å analysere annet enn volumet av konsultasjoner. Materialet inneholdt informasjon om bl.a. dato for hendelsen, kjønn og alder for pasienten og diagnosekoder.

3. Bruk av fastlege og legevakt i ulike pasientgrupper i 2017

I denne delen av notatet har vi brukt data fra Kommunalt pasient- og brukerregister til å undersøke bruken av fastlege- og legevaktskonsultasjoner i befolkningen totalt, i grupper av kjønn og alder, og i ulike pasientgrupper. Her er "pasient" analyseenheten.

Definisjon av pasientgruppene

I tillegg til totalpopulasjonen av pasienter (alle registrert hos fastlege eller i legevakt over toårsperioden) valgte vi seks grupper av pasienter med tilstander knyttet til fysisk helse og seks grupper av pasienter med tilstander knyttet til psykisk helse. Pasienter er ofte registrert med flere ulike diagnosekoder, men det er ikke gjort noe forsøk på å se på overlapp mellom pasientgruppene. Pasientene kan altså inngå i flere ulike pasientgrupper.

I valget av pasientgrupper la vi vekt på at de skulle være forskjellige og at det skulle være enkelt å definere gruppene. Noen av pasientgruppene omfatter mange pasienter (for eksempel muskel og skjelettlidelser). Andre omfatter langt færre pasienter, men sannsynligvis vil mange av pasientene ha behov for omfattende kontakt med helsetjenestene (for eksempel schizofreni). Vi har også valgt tilstander som angår forskjellige aldersgrupper, som for eksempel hyperkinetiske forstyrrelser ("ADHD") og demens. Som det fremgår av Tabell 1, er kodingen stort sett nokså enkel.

Tabell 1. Definisjon av pasientgrupper basert på ICPC-2 koder

Pasientgruppe	ICPC-2 koder
Alle pasienter	Alle
Fysisk helse	
Muskel- og skjelettlidelser	L01-L29, L70-L71, L82-L99
Hjertesykdom	K74-K76
Epilepsi	N88
Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)	R95
Asthma	R96
Diabetes	T89-T90
Psykisk helse	
Demens	P70
Depresjon	P73, P76
Angst	P74, P79, P82
Schizofreni	P72
Hyperkinetiske forstyrrelser	P81
Psykisk utviklingshemming	P85

Beskrivelse av pasientgruppene

I alt var 5,215,088 personer registrert med enten kontakt med fastlege eller ved legevakt i løpet av perioden juli 2016 – juli 2018. Det er interessant å merke seg at dette er nesten det samme som folketallet per 1. januar 2018 (N = 5,295,619).

BRUK AV LEGETJENESTER I UTVALGTE PASIENTGRUPPER

Det er imidlertid ikke nødvendigvis slik at alle som er registrert i Kommunalt pasient- og brukerregister over den aktuelle toårsperioden er bosatt per 1. januar 2018.

Vi har ekskludert alle som har dødd eller emigrert i løpet av 2018 fra datamaterialet, men har ikke tatt hensyn til fødsler eller innflyttinger, eller tidligere dødsfall og utflyttinger. Tall for alle registrert i KPR i løpet av den aktuelle toårsperioden og tall for befolkning per 1. januar 2018 er altså ikke direkte sammenlignbare. Det vi mener likevel det belegg for å si at tallene viser at nesten hele befolkningen har vært i kontakt med primærhelsetjenesten i løpet av toårsperioden. "Registrert i KPR" omfatter alle typer kontakt mellom pasient og fastlege eller legevakt, også indirekte kontakt ved for eksempel telefon eller brev. Tidligere analyser har vist at 74 prosent av befolkningen var til konsultasjon hos fastlege i 2017 (SAMDATA kommune notat 8/2018).

I totalpopulasjonen registrert i KPR var det en liten overvekt av kvinner (51 prosent), se Tabell 2. I alt 62 prosent av pasientene var i aldersgruppen 18-49 år. Kvinneandelen var størst (litt over 60 prosent for pasientgruppene angst, depresjon og demens. Kvinneandelen var lavest i pasientgruppen hjertesykdom (31 prosent), og for hyperkinetiske forstyrrelser (39 prosent) og schizofreni (42 prosent).

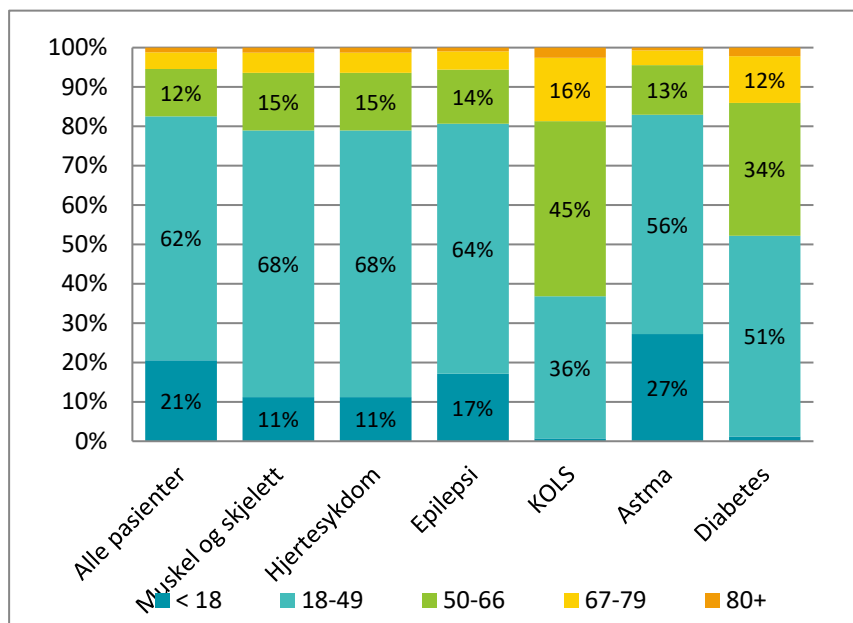
Tabell 2. Antall pasienter registrert med de ulike diagnosekodene juli 2016 – juli 2018. Antall etter aldersgruppe, andel i hver aldersgruppe, totalt antall og andel kvinner

	Antall pasienter					Totalt (prosentandel kvinner)
	< 18 år	18-49 år	50-66 år	67-79 år	80+ år	
Pasientgruppe						
Alle pasienter	1 071 523	3 231 644	630 213	220 935	60 773	5 215 088 (51)
<i>Psykisk helse</i>						
Demens	0	2 108	11 833	19 043	7 077	40 061 (62)
Depresjon	11 453	243 344	27 708	10 727	2 470	295 702 (63)
Angst	9103	127 283	13 307	4 121	1 020	154 834 (63)
Schizofreni	160	14 719	1 890	507	134	17 410 (42)
Hyperkinetiske forstyrrelser	21 892	41 043	165	0	0	63 100 (39)
Psykisk utviklingshemming	2 613	11 764	1 176	152	0	15 705 (45)
<i>Fysisk helse</i>						
Muskel- og skjelettlidelser	282 275	1 703 840	368 915	129 682	31 289	2 516 001 (54)
Hjertesykdom	0	45 778	47 770	21 806	6 069	121 423 (31)
Epilepsi	5 883	21 841	4 721	1 584	328	34 357 (49)
Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)	708	37 236	45 941	16 558	2 688	103 131 (50)
Astma	63 889	130 622	29 607	8 750	1 751	234 619 (54)
Diabetes	2 753	119 685	79 092	27 772	5 127	234 429 (43)

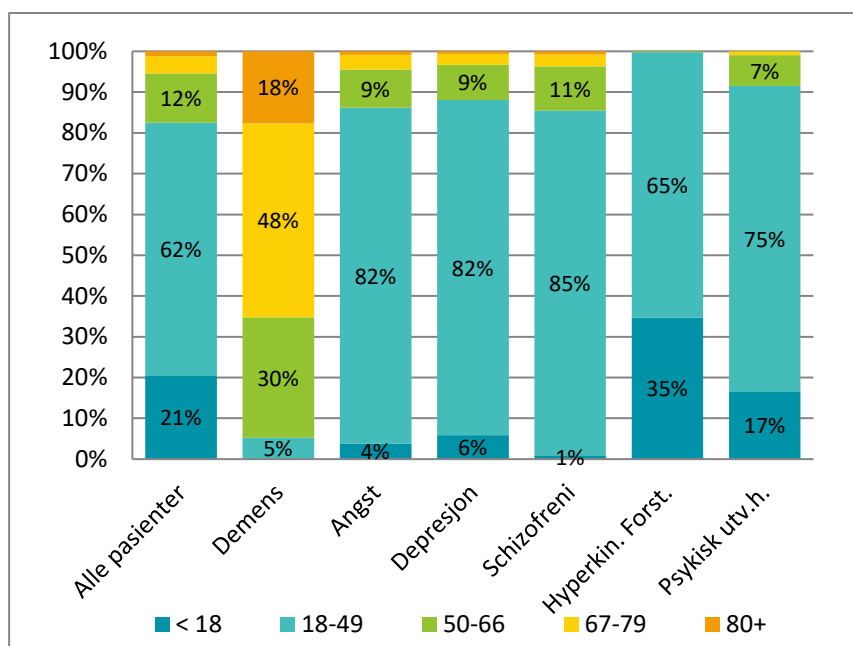
Aldersfordelingen (se Figur 1 og Figur 2) var som forventet, med høyest andel i den yngste aldersgruppen for hyperkinetiske forstyrrelser (35 prosent var under 18 år) og astma (27 prosent var under 18 år) og høyest andel i den eldste aldersgruppen for demens (18 prosent var 80 år og eldre). Pasienter 80 år og eldre utgjorde omtrent 1 prosent av den totale pasientpopulasjonen.

BRUK AV LEGETJENESTER I UTVALGTE PASIENTGRUPPER

Figur 1 Alderssammensetning for totalbefolkningen og for pasienter registrert med ulike fysiske tilstander



Figur 2 Alderssammensetning for totalbefolkningen og for pasienter registrert med ulike psykiske tilstander



Som beskrevet tidligere er dataene lite egnet til å si noe om forekomst av sykdom. Vi fant for eksempel at 2,5 millioner unike personer var registrert med muskel- og skjelettlidelser i løpet av juli 2016 – juli 2018 (se Tabell 2). I henhold statistikkbanken Norgeshelsa (<http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/>) var det drøyt 1,5 millioner brukere av primærhelsetjenesten som fikk en av diagnosene relatert til muskel- og skjelettlidelser i 2016. Selv om vårt materiale dekker en toårsperiode, gir tallet inntrykk av å være for høyt.

Vårt tall for antall pasienter registrert med diabetesdiagnose i løpet av toårsperioden var i overkant av 230 000. Dette er nesten dobbelt så høyt som antall brukere av legemidler til behandling av type 2 diabetes (Norgeshelsa). Selv om ikke alle diabetespasienter bruker blodsukkerreduserende medikamenter, virker tallet vi har for diabetespasienter også for høyt. I en ganske ny studie hvor det er kombinert data fra Norsk pasientregister (spesialisthelsetjenesten), KUHR (primærhelsetjenesten) og Reseptregisteret (medikamenter), estimerte forskerne at det var om lag 150 000 personer i aldersgruppen 30-89 år som levde med diabetes type 2 i 2014.

Det ser altså ut som om det er typisk at antallet personer registrert med en diagnose i vårt datagrunnlag ligger en del høyere enn det som er mer realistiske anslag for forekomst. Vi har ikke hatt mulighet til å undersøke hvordan ulike avgrensninger vil fungere for å få bedre estimater. En kan for eksempel se for seg at det å sette krav om at pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser også må være registrert i Norsk pasientregister med tilsvarende diagnose vil gi et bedre grunnlag for å undersøke hvordan slike pasienter blir fulgt opp i primærhelsetjenesten. En annen mulighet for økt presisjon kunne for eksempel vært å sette krav om at pasienter med depresjonsdiagnose måtte være registrert flere ganger med diagnosen (eventuelt over et visst tidsrom).

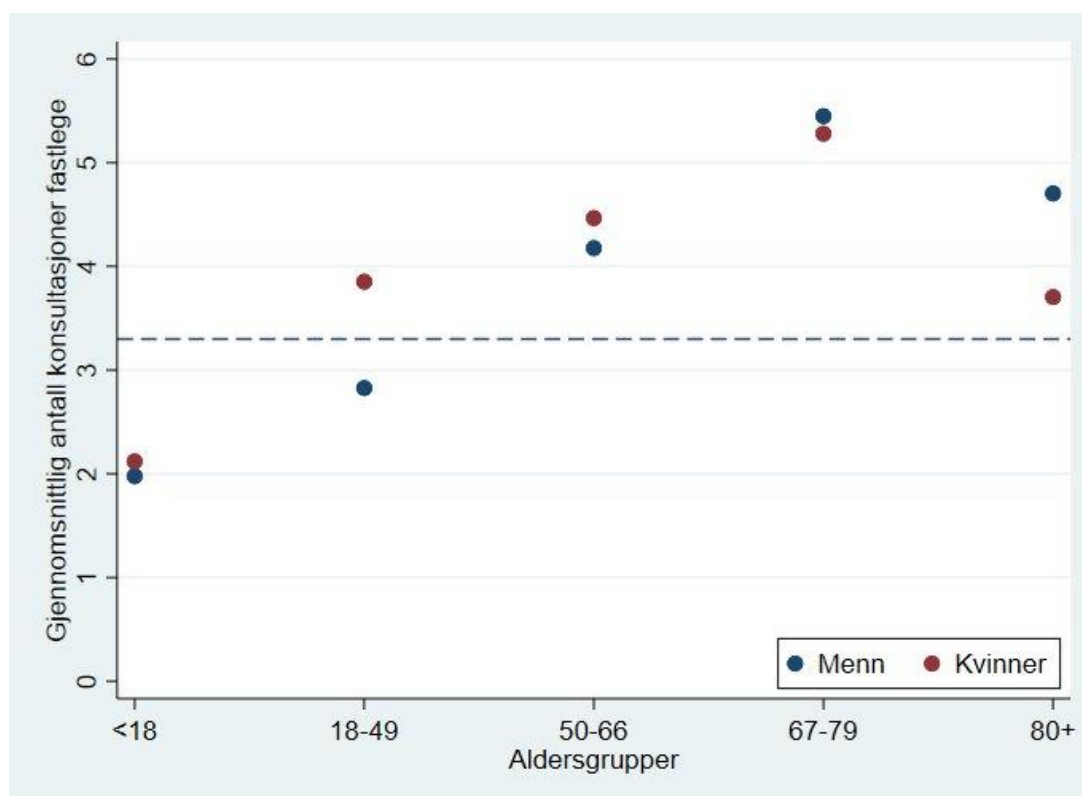
Kanskje ville anslagene ligget nærmere tidligere estimater hvis vi bare hadde benyttet data fra ett kalenderår for å definere pasientgruppene. Vi mener likevel at definisjonen som er gjort her er hensiktsmessig for hovedformålet for denne notatet: å undersøke om data fra Kommunalt pasient- og brukerregister kan brukes til å se på variasjon i bruk av tjenester mellom ulike pasientgrupper.

BRUK AV LEGETJENESTER I UTVALGTE PASIENTGRUPPER

Bruk av fastlege og legevakt i grupper basert på kjønn og alder

Gjennomsnittlig antall konsultasjoner hos fastlege per år (2017) økte med økende alder opp til aldersgruppen 67 til 79 år men var litt lavere for pasienter 80 år og eldre enn de som var i aldersgruppen under (Figur 3).

Figur 3 Gjennomsnittlig antall konsultasjoner hos fastlegen i 2017, hele befolkningen

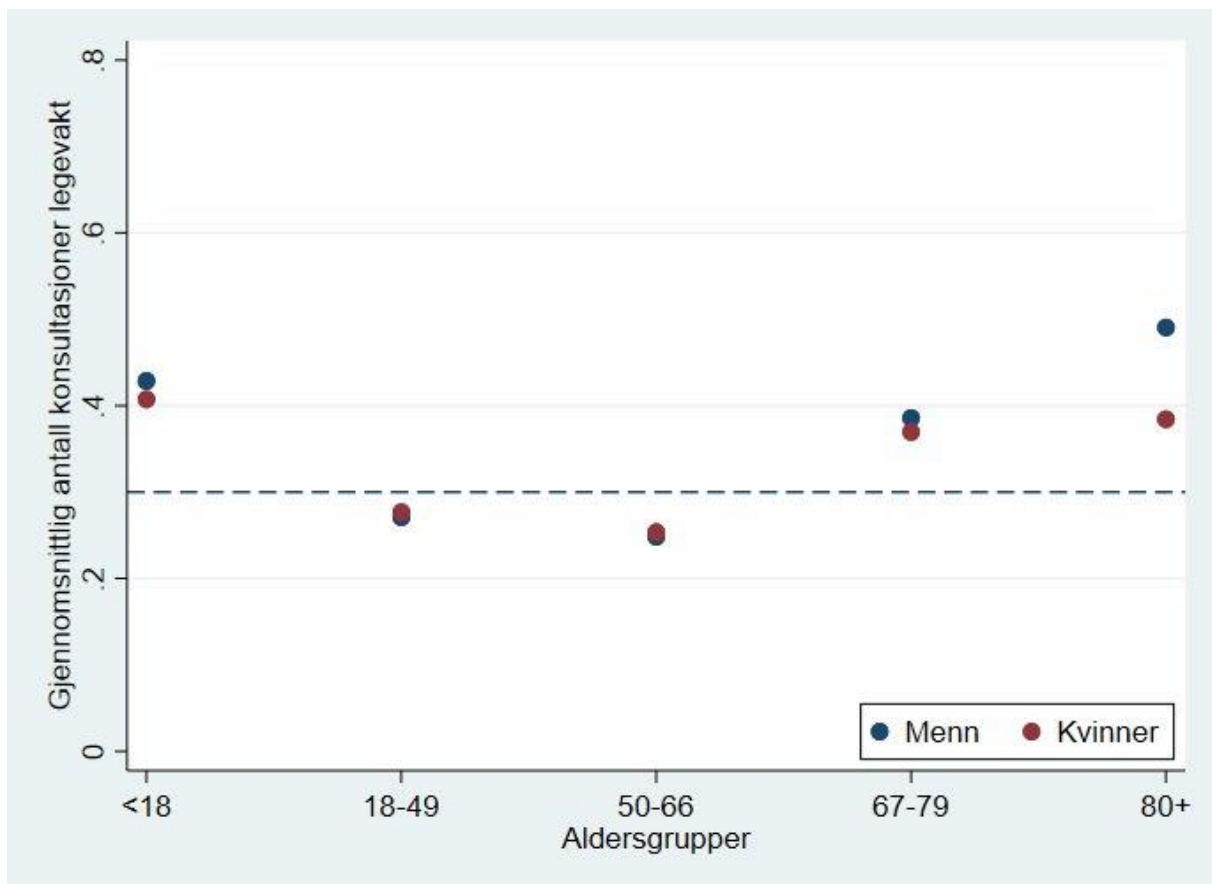


Det var liten forskjell mellom kvinner og menn for de under 18 år og i aldersgruppen 67 til 79 år. Gjennomsnittet var litt høyere for kvinner enn for menn i de store aldersgruppene 18 til 49 år og 50 til 66 år, men for de aller eldste pasientene (80 år og eldre) var gjennomsnittet litt høyere for menn enn for kvinner. Pasienter 80 år og eldre utgjør imidlertid ikke mer enn 1 prosent av pasientgrunnet, og resultatene må tolkes med varsomhet. Det kan være to forhold som gjør at gjennomsnittlig antall konsultasjoner er lavere i den eldste aldersgruppen. For det første bor en større andel av de aller eldste på sykehjem sammenlignet med de som er yngre. En del av de eldste personene skal derfor ha tilgang til legetjenester utenom fastlegeordningen (legetilsyn på sykehjem rapporteres ikke til Kommunalt pasient- og brukerregister). I tillegg er det ikke tatt hensyn til dødsfall

i løpet av observasjonsåret. Personer som dør vil derfor bidra med observasjonstid hele året ("telleren") men ikke med registreringer ("nevneren").

I 2017 brukte personer i aldersgruppene 18-49 år og 50-66 år legevaktstjenestene litt mindre enn yngre og eldre aldersgrupper (Figur 4). Med unntak av i den eldste aldersgruppen var det lite forskjell mellom kvinner og menn når det gjaldt bruk av legevaktstjenester. I den eldste aldersgruppen var en litt større andel av menn enn av kvinner brukere av legevaktstjenesten.

Figur 4 Gjennomsnittlig antall konsultasjoner hos legevakt i 2017, hele befolkningen



Bruk av fastlege og legevakt i de ulike pasientgruppene

Alle pasienter sett under ett var i snitt 3,3 ganger til fastlege i 2017 og 0,3 ganger til legevakt (Tabell 3). Det var nokså store variasjoner mellom pasientgruppene, med høyest snitt for antall ganger til fastlege for pasienter registrert med KOLS (6,1) og angst (6,0) og lavest snitt (3,6) for pasienter registrert med psykisk utviklingshemming. For legevakt var snittet 0,8 ganger for pasienter registrert med diagnose schizofreni, og 0,6 ganger for pasienter registrert med depresjon eller epilepsi. Vårt datamateriale gir ikke informasjon om hvilke diagnoser pasientene har fått på legevakt.

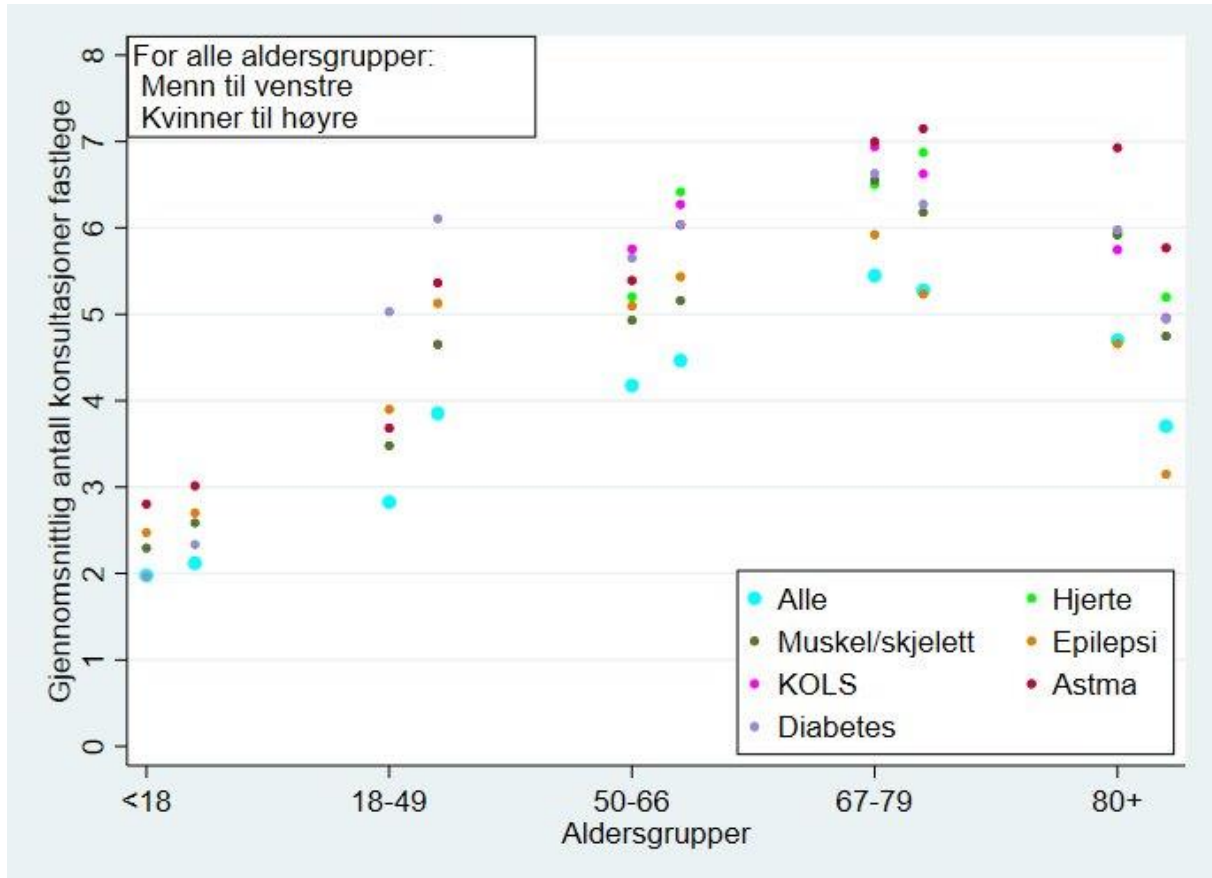
BRUK AV LEGETJENESTER I UTVALGTE PASIENTGRUPPER

Tabell 3 Antall ganger til fastlege og legevakt 2017 etter pasientgruppe

Pasientgruppe	Snitt antall ganger fastlege	Snitt antall ganger legevakt
Alle pasienter	3,3	0,3
Psykisk helse		
Demens	4,0	0,5
Depresjon	6,0	0,5
Angst	5,9	0,6
Schizofreni	5,1	0,8
Hyperkinetiske forstyrrelser	4,2	0,5
Psykisk utviklingshemming	3,6	0,5
Fysisk helse		
Muskel- og skjelettlidelser	4,2	0,3
Hjertesykdom	5,6	0,4
Epilepsi	4,3	0,6
Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)	6,1	0,5
Astma	4,4	0,5
Diabetes	5,6	0,3

For disse pasientgruppene var gjennomsnittlig antall konsultasjoner i 2017 høyere enn for totalbefolkningen. For somatiske tilstander gjaldt dette nesten alle grupper av kjønn og alder (Figur 5). Det eneste unntaket var kvinner i den aller eldste aldersgruppen registrert med diagnose epilepsi, hvor vi fant litt lavere gjennomsnittstall enn for totalbefolkningen av kvinner i denne aldersgruppen.

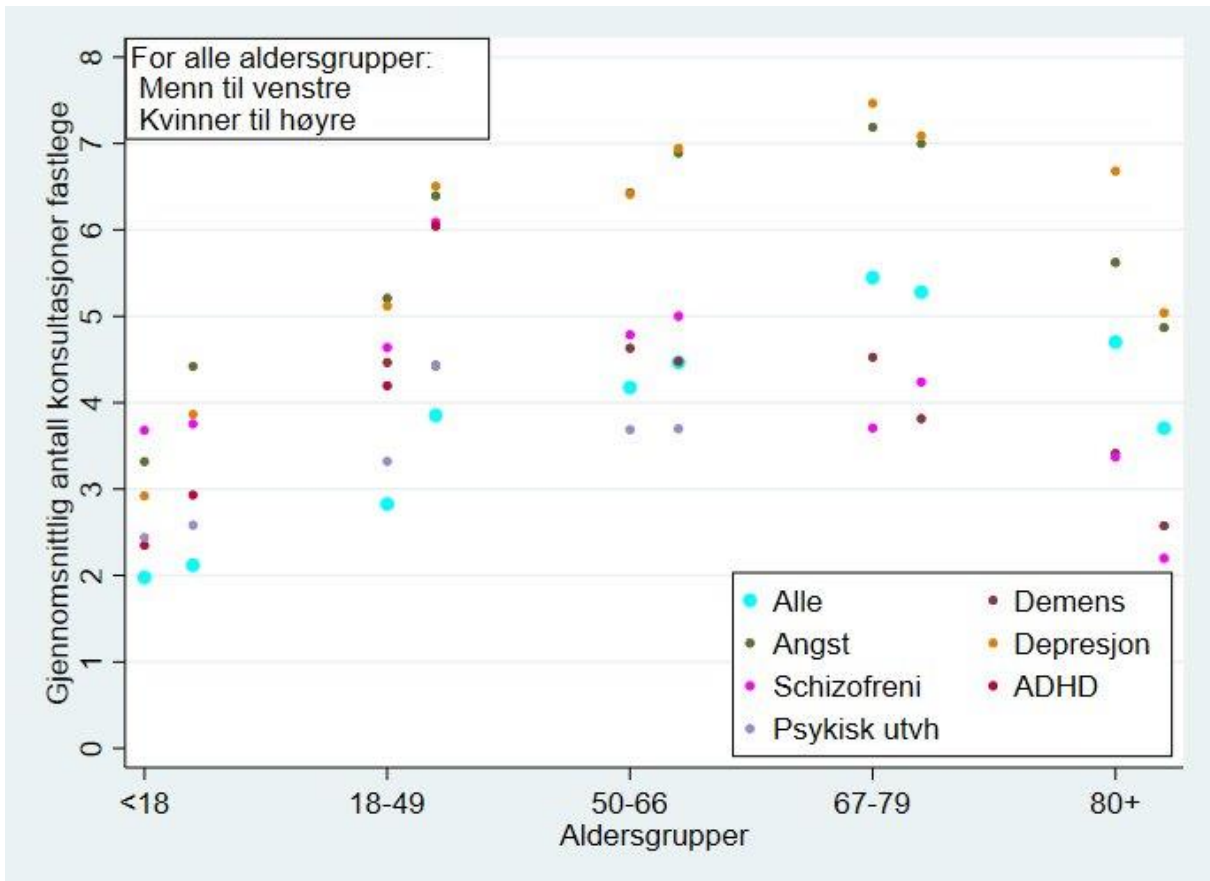
Figur 5 Gjennomsnittlig antall konsultasjoner hos fastlege 2017 for utvalgte pasientgrupper etter kjønn og alder. Somatiske tilstander. Tall for totalbefolkningen er vist for sammenligning.



For grupperinger basert på diagnoser for psykiske tilstander var bildet mer sammensatt (Figur 6). For eksempel fant vi at i de eldste aldersgruppene var gjennomsnittlig antall fastlegekonsultasjoner lavere for pasienter registrert med diagnose for demens og for schizofreni enn for totalbefolkningen. Dette kan ha sammenheng med at en større andel av pasienter med disse diagnosene for dekt sitt behov for legetjenester utenfor primærhelsetjenesten, ved at de har opphold i institusjon.

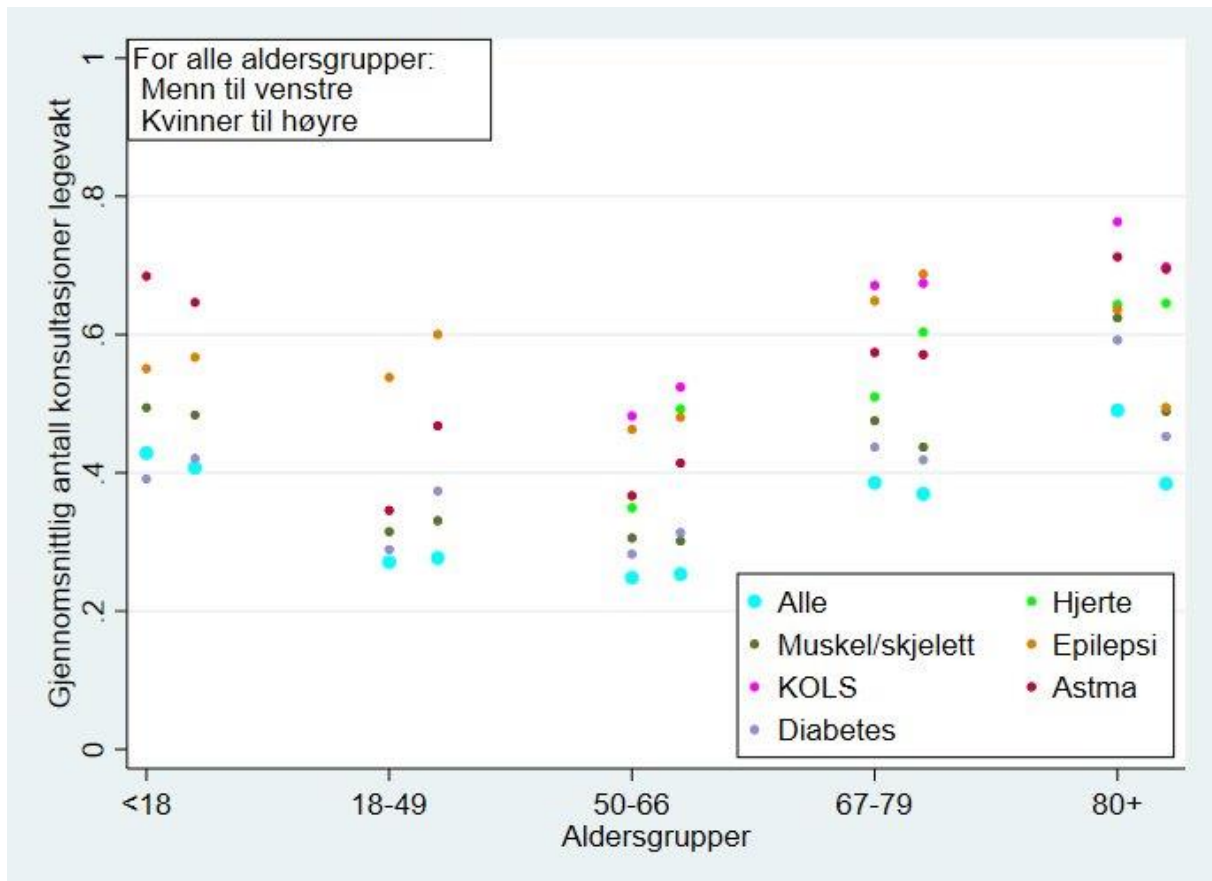
BRUK AV LEGETJENESTER I UTVALGTE PASIENTGRUPPER

Figur 6. Gjennomsnittlig antall konsultasjoner hos fastlege 2017 for utvalgte pasientgrupper etter kjønn og aldersgruppe. Psykiske tilstander. Tall for totalbefolkningen er vist for sammenligning.



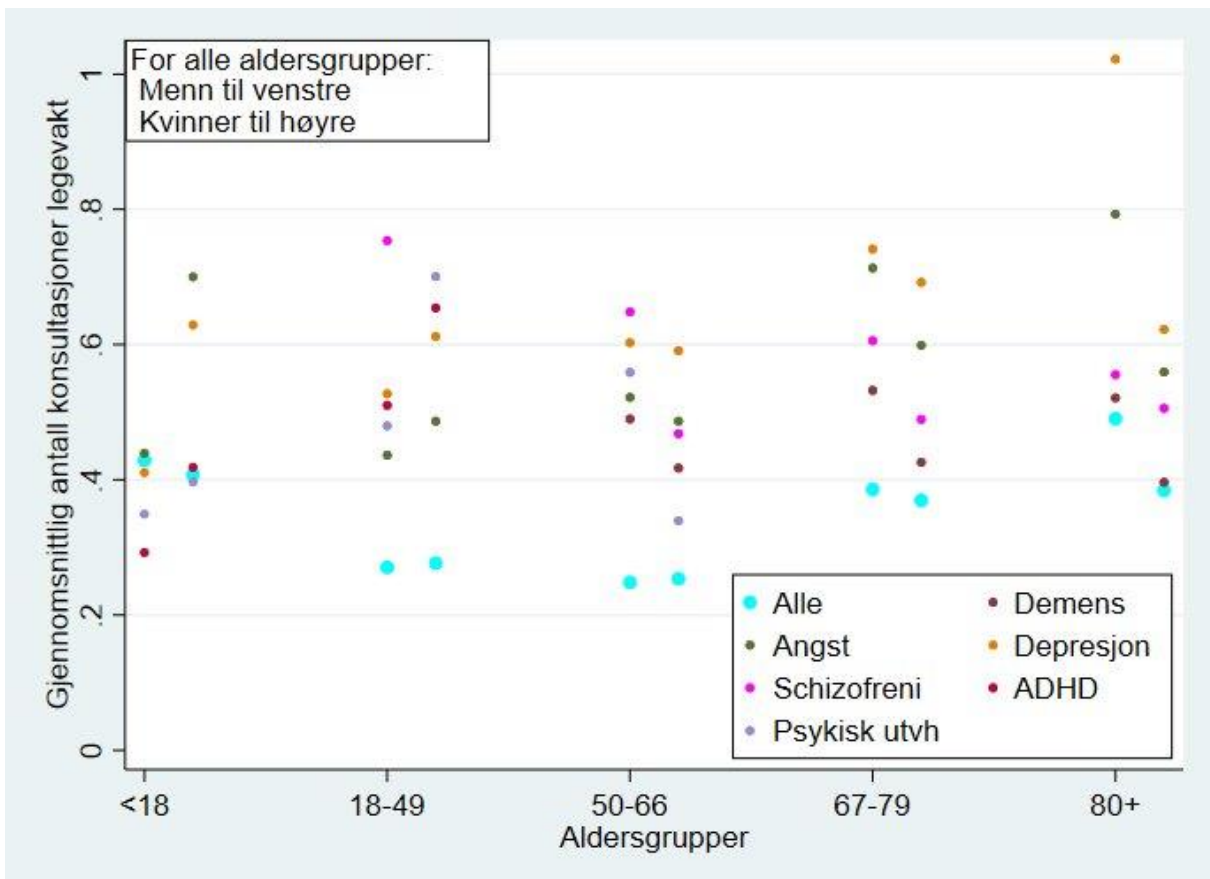
For legevakt var gjennomsnittlig antall konsultasjoner høyere for de definerte pasientgruppene enn for totalbefolkningen, både for gruppering basert på diagnosekoder for fysiske tilstander (Figur 7) og for gruppering basert på diagnosekoder for psykiske tilstander (Figur 8).

Figur 7 Gjennomsnittlig antall konsultasjoner hos legevakt 2017 for utvalgte pasientgrupper etter kjønn og aldersgruppe. Fysiske tilstander. Tall for totalbefolkningen er vist for sammenligning.



BRUK AV LEGETJENESTER I UTVALGTE PASIENTGRUPPER

Figur 8. Gjennomsnittlig antall konsultasjoner hos legevakt 2017 for utvalgte pasientgrupper etter kjønn og aldersgruppe. Psykiske tilstander. Tall for totalbefolkningen er vist for sammenligning.



3. Utvikling i antall konsultasjoner 2013 - 2017

Til denne delen av analysenotatet har vi brukt data fra KUHR om konsultasjoner hos fastlege og i legevakt 2013-2017. På samme måte som tidligere har vi gruppert konsultasjoner etter kjønn, alder og diagnose, men nå er "konsultasjon" analyseenheten. Mens vi tidligere beskrev for eksempel gjennomsnittlig antall konsultasjoner uavhengig av diagnose i 2017 for en pasient registrert med diagnosen diabetes, beskriver vi nå årlig antall konsultasjoner med en gitt diagnose registrert.

Konsultasjonene som inngår i analysen utgjør omtrent en fjerdedel av alle konsultasjoner. Vi valgte de samme seks gruppene av fysiske tilstander og seks gruppene av psykiske tilstander som i første del av notatet.

Antall konsultasjoner i hver gruppe

Det klart største volumet av konsultasjoner er knyttet til muskel- og skjelettlidelser, med nesten 2,8 millioner konsultasjoner i 2017 (Tabell 4). Diabetes, angst og depresjon er andre tilstander med stort volum av konsultasjoner, men til sammen utgjør disse tre diagnosegruppene under halvparten av antallet konsultasjoner som er registrert med diagnoser knyttet til muskel- og skjelettlidelser.

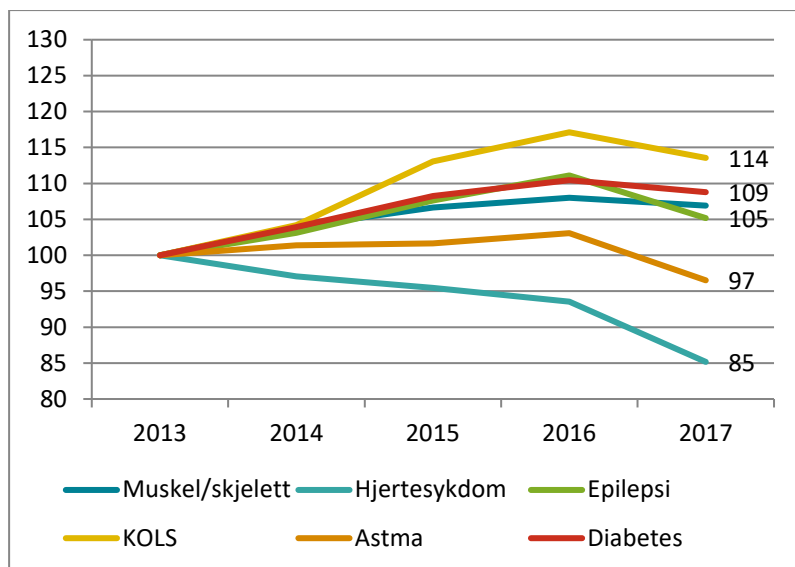
Tabell 4 Antall konsultasjoner 2013-2017 i de ulike gruppene

	2013	2014	2015	2016	2017
Muskel/skjelett	2 587 575	2 690 063	2 759 509	2 794 720	2 766 609
Hjertesykdom	168 778	163 844	161 119	157 879	143 736
Epilepsi	30 693	31 648	33 034	34 103	32 277
KOLS	121 951	127 088	137 884	142 826	138 501
Astma	157 956	160 114	160 557	162 820	152 452
Diabetes	430 673	447 552	466 188	475 686	468 469
Demens	32 794	35 058	36 121	37 337	36 302
Depresjon	476 048	479 720	481 555	486 068	487 900
Angst	214 570	217 758	221 640	227 131	219 759
Schizofreni	36 801	38 766	39 471	40 120	39 930
ADHD	54 629	57 611	62 487	66 774	69 516
Psyk. utvh.	12 480	13 584	14 427	15 044	15 061

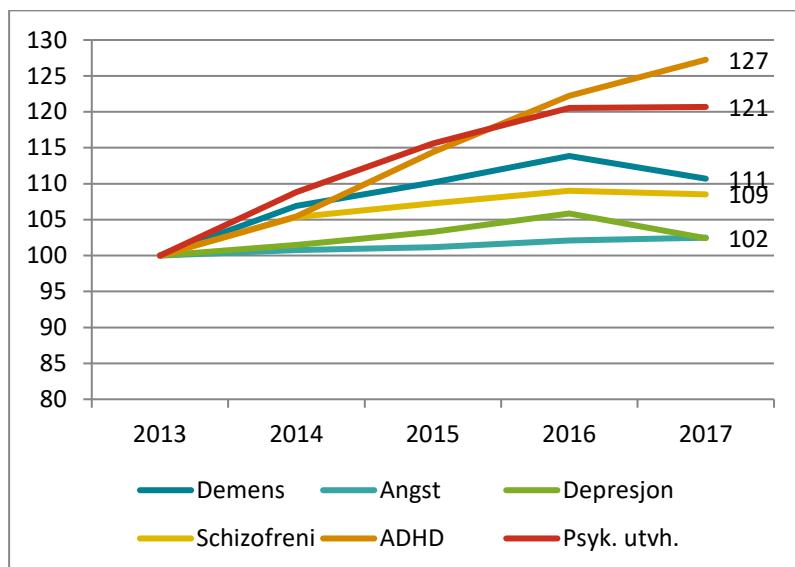
Det var svak vekst eller nokså stabile tall for antall konsultasjoner i året for de fleste av diagnosegruppene, med unntak av konsultasjoner for hjertesykdom som gikk tilbake i antall over perioden 2013-2017, fra nesten 170 000 i 2013 til litt over 143 000 i 2017. Figurene under viser prosentvis endring for hver av diagnosegruppene.

BRUK AV LEGETJENESTER I UTVALGTE PASIENTGRUPPER

Figur 9 Prosentvis endring i volumet av konsultasjoner 2013-2017. Fysiske tilstander. 2013 = 100%



Figur 10 Prosentvis endring i volumet av konsultasjoner 2013-2017. Psykiske tilstander. 2013 = 100%



Antall konsultasjoner for muskel- og skjelettlidelser har økt i alle aldersgrupper, mens antall konsultasjoner for hjertesykdom har gått tilbake i alle aldersgrupper. Antall konsultasjoner for KOLS har økt i de eldste aldersgruppene, men var nokså stabilt for pasienter under 50 år.

For astma observerte vi økning over perioden for personer under 18 år, men økning i aldersgruppen 18-59 år.

For konsultasjoner med diagnose for psykiske lidelser, observerte vi blant annet en nokså sterk økning i antall konsultasjoner for ADHD i aldersgruppene 18-49 år og 50-66 år. Diagnosen ble nesten ikke brukt for pasienter 67 år og eldre.

Ungdommer i videregående skolealder

Skoleåret 2016/2017 var første skoleår etter innføring av nye fraværsregler i videregående skole. Det nye regelverket stiller strengere krav til dokumentasjon av fravær enn tidligere, og første høst etter innføringen økte antallet konsultasjoner for den aktuelle aldersgruppen både hos fastlege og i legevakt (<https://tidsskriftet.no/2017/08/originalartikkel/legesokning-og-legemiddeluttak-etter-innforing-av-nye-fravaersregler>).

For å se om det har vært endringer i de diagnosegruppene vi har sett på her etter innføring av nye fraværsregler, grupperte vi dato for konsultasjon etter skoleår i stedet for kalenderår, og avgrenset til aktuell aldersgruppe. Alle konsultasjoner fra og med juli et år til og med juni året etter ble definert til å tilhøre samme skoleår. Vi avgrenset i tillegg på alder, slik at de som fylte 16 år i første kalenderår som tilhørte et skoleår ble definert som førsteklassinger, de som fylte 17 år ble definert som andreklassinger og de som fylte 18 år ble definert som tredjeklassinger.

Første år etter innføring av fraværsreglene (2016/2017) var det markert prosentvis økning i antall konsultasjoner med diagnose angst eller depresjon, for alle årstrinn. Våre data kan ikke brukes til å si om økningen er en direkte følge av innføringen av fraværsreglene. Data fra Folkehelseinstituttet har vist at flere ungdommer nå enn før får hjelp i spesialisthelsetjenesten for psykiske lidelser. At spesialist har satt diagnose for psykisk lidelse for flere kan kanskje bidra til at tilsvarende diagnoser brukes hyppigere også i primærhelsetjenesten.

Tabell 5 Antall konsultasjoner per skoleår fra 2013/2014 til 2016/2017. Kun personer i videregående skolealder inngår.

	2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017
Muskel/skjelett	47 630	48 381	47 244	49 552
Epilepsi	921	970	974	998
Astma	4 677	4 850	4 879	5 276
Diabetes	995	985	1 045	968
Depresjon	8 341	9 127	8 687	10 141
Angst	3 804	4 080	4 194	5 035
ADHD	5 039	4 849	5 066	5 394

BRUK AV LEGETJENESTER I UTVALGTE PASIENTGRUPPER

4. Avsluttende kommentar

Gjennom disse eksemplene har vi sett at bruken av fastlege- og legevaktstjenester varierer med kjønn og alder, og at bruken varierer med hvilke diagnoser pasientene er registrert med. Det er ikke overaskende at pasienter registrert med for eksempel KOLS-diagnose bruker legevakt mer enn pasientbefolkningen sett under ett, eller at pasienter registrert med depresjonsdiagnose er oftere hos fastlegen. Likevel mener vi at vi gjennom disse enkle eksemplene har vist at data fra Kommunalt pasient- og brukerregister kan være nyttige for planlegging av helsetjenesten også når det er ønske om å ta diagnose med i betraktning.

Undersøkelse av forløp innen primærhelsetjenesten krever tilgang til individbasert løpenummer slik at hendelser for samme person kan knyttes sammen. Full undersøkelse av pasientforløp vil kreve kobling til andre helseregistre slik at det blir mulig å se hvordan pasienter bruker ulike helsetjenester. Informasjon om kontakt med spesialisthelsetjenesten registreres i Norsk pasientregister og gjennom kobling mellom Kommunalt pasient- og brukerregister og Norsk pasientregister vil det være mulig å undersøke overganger mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

I dette arbeidet har vi ikke hatt direkte tilgang til data fra Kommunalt pasient- og brukerregister, men har bestilt tabelldata fra Helsedirektoratets Avdeling for helseregistre. Selv om samarbeidet har fungert godt, gir dette mindre fleksibilitet i valget av analyser. Når vi for eksempel ser at pasienter registrert med depresjon har langt høyere gjennomsnittlig bruk av legevakt enn totalpopulasjonen, blir et naturlig oppfølgingsspørsmål hva de kontakter legevakten for. Slike spørsmål har vi ikke hatt anledning til å se nærmere på innenfor rammene her.



Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no