

Alminnelige helseplager i legevakt

Rapport nr. 2-2009

UNIFOB
HELSE



Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

Tittel	Alminnelige helseplager i legevakt
Institusjon	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, Bergen
Ansvarlig	Forskningsleder Steinar Hunskår
Forfattere	Lina Kristin Welle-Nilsen, forsker cand. med., Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Tone Morken, forsker dr. philos, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Anne Gerd Granås, PhD, Institutt for samfunnsmedisinske fag, UiB, Steinar Hunskår, prof. dr. med., Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
ISBN	978-82-92970-12-6 (pdf)
Rapport	Nr 2-2009
Tilgjengelighet	Pdf og trykket versjon
Prosjekttittel	Kartlegging av helseplager i legevakt
Antall sider	20 pluss vedlegg
Publiseringstidspunkt	Januar 2009
Oppdragsgiver	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
Sitering	Welle-Nilsen LK, Morken T, Granås AG, Hunskår S. Alminnelige helseplager i legevakt. Rapport nr. 2-2009. 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 allmennmedisin, 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

Fra 1. august 2008 til og med 31. januar 2009 hadde cand. med. Lina Kristin Welle-Nilsen et 100 % engasjement ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Prosjektet "Kartlegging av helseplager i legevakt" ble gjennomført i løpet av denne perioden.

Jeg vil takke medforfatterne Tone Morken, Anne Gerd Granås og Steinar Hunskaar for nyttige innspill og godt samarbeid i samtlige faser av dette prosjektet.

Jeg vil også takke de seks legevaktene i Hordaland som ga meg adgang til å observere over 200 lege-pasient konsultasjoner, en erfaring som ga både faglig læring og inspirasjon til videre arbeid i primærhelsetjenesten.

Takk også til gode kollegaer ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin og til Seksjon for allmennmedisin for konstruktive innspill underveis.

Innhold

Forord	2
Innhold	3
Introduksjon	5
Alminnelige helseplager.....	5
Hensikten med studien	6
Materiale og metode	7
Design.....	7
Styrkeberegning	7
Deltakere	7
Måleinstrument.....	7
Statistikk.....	8
Etikk	8
Finansiering.....	8
Resultater	9
Demografi.....	10
Sammenligning mellom studiedata og populasjonsdata	11
De alminnelige helseplagene.....	11
Tidsbruk	16
Andre observerte elementer knyttet til de alminnelige helseplagene.....	16
Konklusjoner	17
Referanser	18
Vedlegg	20
1. Observasjonsmanual.....	
2. Observasjonsskjema	
3. Informasjonsskriv til legevakt.....	
4. Samtykkeskjema til pasient.....	

Sammendrag

Introduksjon

Alminnelige helseplager hevdes å stå for en betydelig andel legevaktkonsultasjoner. Med alminnelige helseplager menes i denne sammenheng helseplager som pasienten med enkle tiltak selv kan håndtere. Hensikten med denne studien var å kartlegge alminnelige helseplager i legevaktkonsultasjoner; andel, art, tidsbruk, samt pasienter, primær kontaktmåte til legevakt og om tilstanden kan vente til neste virkedag.

Materiale og metode

Det ble gjort samtykkebasert deltagende observasjon av 210 legevaktkonsultasjoner på kveldstid og i helger ved seks ulike legevakter i Hordaland. Alminnelige helseplager ble registrert ved å benytte en observasjonsmanual vedrørende tilstander som oppfyller definisjonen av alminnelige helseplager. Observatøren reklassifiserte konsultasjoner etter fastsatte kriterier dersom tilstandene viste seg å trenge vurdering av lege.

Resultater

I alt 230 konsultasjoner ble inkludert i studien. Etter ekskludering av 20 konsultasjoner ble 210 konsultasjoner analysert. Pasientene var mellom 0 og 94 år, med et gjennomsnitt på 28 år. Barn mellom 0 og 10 år utgjorde 33 % av pasientene, og 30 % var mellom 21 og 40 år. I 114 konsultasjoner var en eller flere alminnelige helseplager tema. Totalt 211 alminnelige helseplager ble registrert hvorav hoste, feber, sår hals, øvre luftveisinfeksjon og øreverk til sammen utgjorde 76 %. Etter reklassifisering falt andelen av disse tilstandene til 30 %. Antall konsultasjoner med konkluderte alminnelige helseplager var 58 (28 %, n = 210). Dette utgjorde 18 % av total konsultasjonstid. Etter observatørens klassifisering gjaldt 62 % av alle konsultasjonene alminnelige helseplager eller tilstander som kunne ventet til neste virkedag.

Konklusjoner

I denne studien ble 28 % av de 210 observerte legevaktkonsultasjonene konkludert med å inneholde alminnelige helseplager som pasientene med enkle tiltak selv kan håndtere. Dette viser et klart potensial for helseopplysning og praktisk forebyggende medisin i den hensikt å styrke pasienter til egenomsorg for alminnelige helseplager. Dette vil også bidra til å sikre hensiktsmessig bruk av legevakt som akuttmedisinsk tjeneste utenfor sykehus.

Introduksjon

Alminnelige helseplager

Alminnelige helseplager (AH) hevdes å stå for 18 % av arbeidsmengden til allmennleger i Storbritannia og er dermed en dårlig utnyttelse av legeressurser (1-4). Ti tilstander stod for 75 % av slike konsultasjoner. Disse var rygg smerter, utslett, halsbrann og fordøyelsesbesvær, tett nese, forstoppelse, hoste, kviser, forstuing/forstrekning, migrene og andre former for hodepine. Intercontinental Marketing Services (IMS) Health konkluderer med at en svært stor del av denne arbeidsmengden kan være egnet for egenomsorg. Vurderingen er basert på anonymiserte journaldata fra 210 allmennlegepraksiser i Storbritannia. Studien ble gjort i samarbeid mellom IMS Health og Proprietary Association of Great Britain (PAGB). Den inkluderte 4 millioner pasientjournaler fra 500 000 pasienter og 190 millioner medikamentforskrivninger (1, 5). En annen britisk studie av pasientkonsultasjoner viser at legene klassifiserte syv prosent av konsultasjonene som ”unødvendige”, det vil si at aktuelle tilstander absolutt eller mest sannsynlig kunne vært håndtert av farmasøyt i apotek (6). Myndighetene i Storbritannia hevder at mindre alvorlige sykdommer og skader står for ca. 75 % av ”drop-in”-konsultasjoner i akuttmottak (7, 8). I alt 15 % av disse har potensial for å bli behandlet ved hjelp av egenomsorg. Også andre studier viser at alminnelige helseplager utgjør en betydelig del av legenes arbeidsdag i Europa (9-11).

Hensikten med den kommunale legevaktordningen er å vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp, samt foreta nødvendig diagnostikk, behandling av akutt oppstått / forverring av sykdom eller skade (12). Ved pasienters henvendelse til legevakt vurderer personellet vanligvis hastegrad i henhold til Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (13). Hver henvendelse får fargekoden grønn, gul eller rød etter alvorlighetsgrad. Grønn kode får tilstander som ikke haster mer enn at de kan vente til første passende anledning, ofte til neste dag hos fastlegen. Vi vet at slike henvendelser til legevakt i Norge utgjør i underkant av 80 % (14).

Vi har ikke funnet norske studier vedrørende omfang av alminnelige helseplager i legekonsultasjoner, verken i allmennpraksis eller i legevakt. Vi mener det er viktig å få rede på om dette utgjør et potensielt forbedringsområde innen norsk legevakt, slik at legeressursene kan utnyttes best mulig.

Selv om en alminnelig helseplage blir tatt opp i en konsultasjon eller som en del av denne, vil ikke dette automatisk si at konsultasjonen er ”unødvendig”. Eksempelvis kan pasienter ta opp alminnelige helseplager hos legen som spørsmål utenom deres hovedgrunn til henvendelse; ”- nå når jeg likevel er her...”, eller de kan ha fått ulike svar forskjellige steder, og ønsker en annen leges faglige uttalelse. Dette gjør at man ikke uten videre kan konkludere med at konsultasjonen kan utgå. Det at pasienten i det hele tatt henvender seg, uttrykker et reelt behov som bør møtes. Utfordringen ligger i hvor det er mest hensiktsmessig å presentere slike behov.

Alminnelige helseplager (”minor ailments”), er ikke entydig definert i litteraturen (15). Enkelte steder blir de omtalt som ”selvbegrensede tilstander uten behov for spesifikk behandling” (16). Flere andre studier operasjonaliserer sin definisjon ved hjelp av en liste over tolv helsetilstander der reseptfrie medikamenter er tilgjengelige, eller at farmasøyten har tillatelse til å levere ut korrekt reseptbelagt behandling etter en skjematisk gjennomgang av pasientens anamnese og symptomer (17-19). De tolv vanlige, ukompliserte tilstandene der reseptfrie medikamenter er tilgjengelige, er obstipasjon, hoste, diaré, dyspepsi, øreverk, høysnue, hodelus, hodepine, feber, nesesyntomer, sår hals og vaginal soppinfeksjon. I Norge har vi de

siste årene beveget oss i retning av at flere medisiner unntas reseptplikt og vi oppfordres stadig til å ta mer ansvar for egen helse. En studie utført på norske apotekansatte konkluderer med at den faglige selvtiliten er høy når det gjelder kompetanse på symptomhåndtering av ulike tilstander der reseptfri medisin er tilgjengelig eller rådgiving er tilstrekkelig (20). Denne kompetansen omhandler flere tilstander enn den tidligere nevnte listen på tolv. Det gjelder eksempelvis fordøyelsesbesvær, milde hudproblemer og sårbehandling. Sammen med erfaring fra norsk apotekpraksis indikerer dette at flere temaer og tilstander kan være med i en slik liste. Listen vil aldri være absolutt og vil kunne påvirkes av endringer i medisinsk-faglige retningslinjer for hvordan ulike tilstander skal behandles og tilgjengeligheten av denne behandlingen. Eksempler på dette er nødprevensjon og allergimedikamenter som er unntatt reseptplikt og nå også tilgjengelig i dagligvarebutikker (fra 01.01.09). I tillegg varierer pasienters håndtering av helseplager med ulike sosiale, kulturelle og medisinske forutsetninger, samt fortolkninger av egne problemer og hva disse skyldes. I vår studie velger vi likevel følgende definisjon av alminnelige helseplager:

- Helseplager som pasienten med enkle tiltak selv kan håndtere.

Med enkle tiltak menes i denne sammenhengen egenomsorg som ikke krever kontakt med lege. Dette kan for eksempel være å ta kontakt med apotek, spørre bekjente om råd, ta smertestillende, holde sengen eller benytte egenmelding ved sykefravær.

Hensikten med studien

Med denne studien ønsket vi å besvare følgende problemstillinger:

- Hva er omfanget av alminnelige helseplager i legevaktkonsultasjoner?
 - Hvilke alminnelige helseplager presenteres i legevakt, og hvor mye tid benyttes på slike tilstander?
 - Hvordan fordeler pasientene seg etter kjønn og alder?
 - Er det forskjellig andel alminnelige helseplager ved legevakter med og uten telefon som primær kontaktmåte?
- Ved tilstander der legevurdering er nødvendig: Hvor mange konsultasjoner kan vente til minst neste virkedag?

Materiale og metode

Design

Det ble benyttet deltagende observasjon av legevaktkonsultasjoner som metode for datainnsamling. Rekruttering og observasjon foregikk ved seks bynære legevakter i Hordaland på kveldstid og i helger i løpet av en 6 ukers periode i november og desember 2008. Observasjonene fordelte seg på 14 vakt dager. Observasjonstidspunktene varierte, men var fra ca kl 15.30.-22.00 i ukedager og kl 12.00 – 18.00 i helger. Alle ukedager ble benyttet for observasjon. Sykepleiere ansatt ved legevaktene innhentet skriftlig informert samtykke fra inkluderte pasienter. Ved tre av legevaktstasjonene tar pasientene først kontakt per telefon, og sykepleiere avtaler eventuelt tid for konsultasjon etter å ha gjort de nødvendige vurderinger om hastegrad og alvorlighet. Heretter omtales dette som ”telefonkontakt før oppmøte”. Ved de andre tre legevaktstasjonene skjer første pasientkontakt ved direkte fremmøte, såkalt ”drop-in”.

Observatøren er utdannet lege fra 2008 og har autorisasjon som reseptarfarmsøyt fra 2001. Hun har ikke hatt tilgang til pasientenes journaler. Hun har ikke tatt aktivt del i konsultasjonen, og har heller ikke intervjuet pasientene i forbindelse med den aktuelle konsultasjonen. Observatøren fikk opplyst pasientens fødselsår av legen.

Styrkeberegning

Ved et estimat på at det i ca. ti prosent av konsultasjonene blir tatt opp alminnelige helseplager, ville observasjon av 210 konsultasjoner gi et 95 % CI på (0,07 – 0,15) og en styrke på 80 %.

Deltakere

Inklusjonskriterier: Pasienter der han/hun selv (gitt alder over 16 år) eller pårørende var samtykkekompetente. Pasienten måtte være til stede ved den aktuelle legevakt hos den aktuelle lege samtidig med observatøren.

Eksklusjonskriterier: Manglende skriftlig samtykke og akutt pasienter der utdeling av samtykkeerklæring ble vurdert som ikke etisk forsvarlig, altså der det ikke var rimelig forhold mellom risiko og nytte ved å delta.

Måleinstrument

Det ble benyttet en observasjonsmanual bestående av fire lister (A-B-C-D) over temaer og tilstander som oppfyller vår definisjon av alminnelige helseplager, og som kan håndteres av apotekpersonale (vedlegg 1).

- A-listen inneholder de tolv alminnelige helseplagene som er nevnt i litteraturen (17-19).
- B-listen er en utvidelse av denne, valgt på bakgrunn av hvilke medikamenter som i dag er unntatt reseptplikt, samt erfaringer fra nåværende norsk apotekvirksomhet (20, 21).
- C-listen nevner mulige fremtidige apotekhåndterlige situasjoner, gitt visse forutsetninger og tilfredsstillende personalveiledning i apoteket. Her har vi tatt utgangspunkt i hva som er reseptfri medikasjon i Sverige og resten av Den europeiske union (EU) (22). Vi har i tillegg studert vurderingskriterier for om et preparat skal kunne godkjennes reseptfritt i EU. De vurderinger som gjøres i Norge baseres på disse kriterier (23-25).
- D-listen ble laget for å fange opp andre helseproblemer/spørsmål som oppfyller vår definisjon av alminnelige helseplager. På denne listen er det også med noen punkt vedrørende riktig legemiddelbruk av mer teknisk eller regelverksrettet karakter.

Under observasjonen ble det benyttet et skjema for å registrere ukedag for konsultasjonen, pasientens kjønn og fødselsår, samt de ulike kodene fra observasjonsmanualen (vedlegg 2). Det var satt av plass til fritekst vedrørende de aktuelle temaene, særlig med tanke på tilstandens varighet, eventuelle kompliserende faktorer, om råd / hjelp var søkt annet helsepersonell i forkant for konsultasjonen og om sykmelding var tema for en av de alminnelige helseplagene. En forutsetning for at dette ble registrert var at det fremkom i konsultasjonen. Disse kontekstuelle forholdene ble notert for å kunne nyansere bildet og gi en utvidet forståelse av alminnelige helseplager i legevaktkonsultasjoner.

Tid anvendt på de ulike helseplagene og total pasienttid i konsultasjonen ble også registrert. Med pasienttid menes her den tiden legen har brukt knyttet til den aktuelle henvendelsen. Observatøren konkluderte så om den/de registrerte observasjonskodene var å oppfatte som alminnelige helseplager, ”Konkludert AH”, eller om de, dersom tilstanden likevel hadde behov for legevurdering, skulle reklassifiseres til ”Helseplage m / legebehov” (se også figur 1). Ved positivt svar på minst ett av de følgende spørsmål ble tilstanden reklassifisert fra alminnelig helseplage til ”Helseplage m/ legebehov”:

- Er pasienten et barn født i inneværende år?
- Har pasienten under observasjonen tydelig redusert allmenntilstand?
- Forskriver legen reseptpliktig medikament i tråd med allmenntilstandens retningslinjer?
- Har en eller flere kompliserende faktorer innvirkning på aktuell helseplage?
- Er der tydelig administrative og/eller sosialmedisinske aspekter rundt aktuell helseplage?

Problemstillinger som ikke var ”akutt oppstått / forverrelse av sykdom eller skade” i henhold til forskrift for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, og der det å vente til neste virkedag ikke brøt kravet til forsvarlighet i helsepersonellovens § 4, ble vurdert til å kunne vente, enten til neste virkedag, eller til ordinær time hos egen lege (gitt ventetid på under en uke).

Antall ekskluderte pasienter samt antall pasienter som ikke samtykket og legens konsultasjonstid med disse pasientene ble notert.

Observasjonsmanualen og observasjonsskjemaet ble testet ut i fem konsultasjoner før studien startet. Da ingen videre revidering var nødvendig, ble disse inkludert som del av de 210 konsultasjonene.

Statistikk

SPSS versjon 15 har blitt benyttet for databearbeiding og deskriptive analyser. Statistiske analyser er gjennomført ved Pearson χ^2 -test. Signifikansnivået ble satt til 95 % der $p < 0,05$.

Etikk

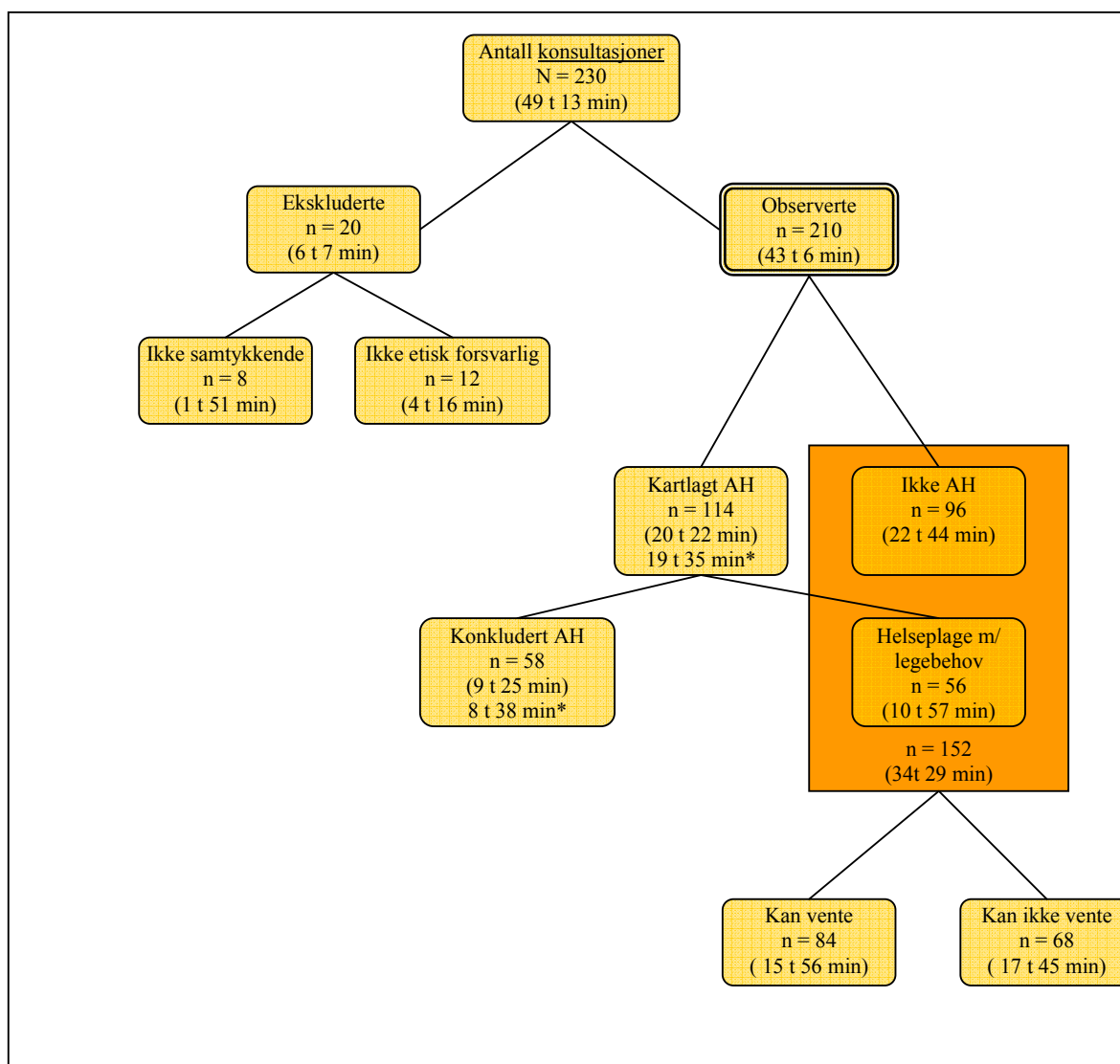
Melding til Personvernombudet for forskning ble sendt 05.09.08. Godkjenning fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest-Norge (REK Vest) forelå 06.10.2008. Vi sendte ut informasjonsskriv til aktuelle legevakter og det ble gjort avtale om observasjonstidspunkt hos den enkelte lege etter klarsignal fra leder for legevakten (vedlegg 3). Legene signerte samtykkeskjema for den aktuelle observasjonsdag. Lege / legesekretær innhentet samtykke fra inkluderte pasienter (vedlegg 4).

Finansiering

Studien ble finansiert av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin.

Resultater

Totalt 230 legekonsultasjoner ble inkludert i studien. 20 konsultasjoner ble ekskludert hvorav 8 pasienter ikke samtykket til observasjon og 12 pasienter var det ikke etisk forsvarlig å be om samtykke fra. I tråd med protokollen stoppet rekrutteringen ved 210 observerte konsultasjoner, og disse ble så analysert (figur 1).



Figur 1. Flytskjema over alle konsultasjoner. Tid angitt i parentes er total konsultasjonstid.

Ikke AH: der alminnelige helseplager ikke var tema. Kartlagt AH: Alminnelige helseplage ble registrert i henhold til observasjonsskjemaet. Konkludert AH: Status som alminnelig helseplage ble opprettholdt. Helseplage m / legebehov: Alminnelige helseplage ble registrert, men viste seg ikke å kunne håndteres på egen hånd.

* Tid brukt på aktuelle temaer av alminnelige helseplager. Denne fraviker fra total konsultasjonstid i åtte konsultasjoner, der den/de alminnelige helseplagene ikke utgjør hele konsultasjonen.

Demografi

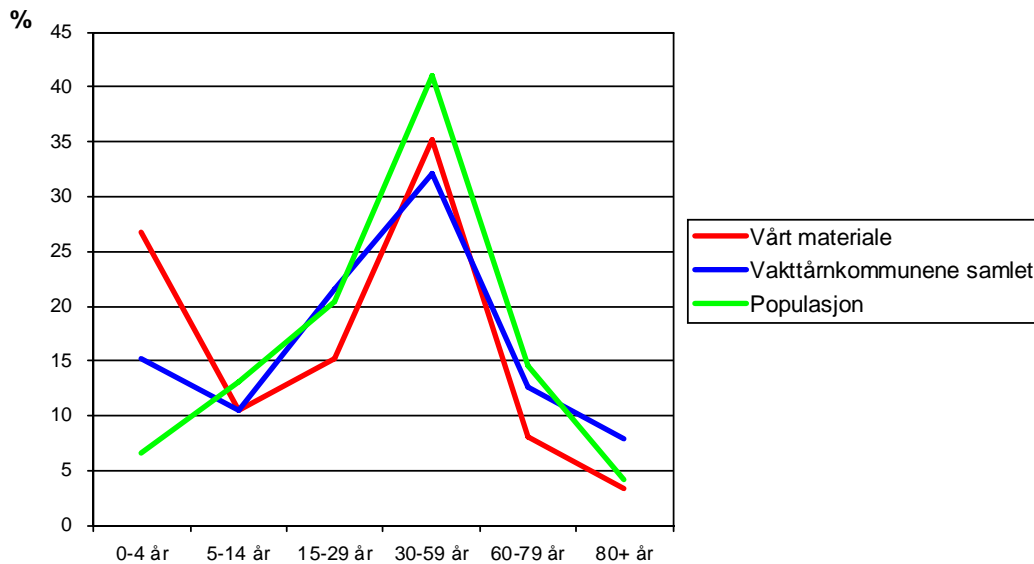
Totalt ble 210 pasienter observert (88 menn og 122 kvinner). Pasientene var fra 0 til 94 år. Gjennomsnittsalderen var 28 år (SD 23,9), og det var ikke aldersforskjell mellom kvinner og menn. Opplysning om fødselsår mangler for to personer. Tabell 1 viser fordelingen av pasientene etter kjønn og aldersgruppe. En tredjedel av pasientene var barn i alderen 0 – 10 år, mens 29,8 % av pasientene er mellom 21 og 40 år.

Tabell 1. Alle pasienter fordelt på aldersgrupper og kjønn (n = 208)

Aldersgruppe	Mann	Kvinne	Totalt	Prosent
0 - 10 år	34	34	68	32,7
11 - 20 år	9	10	19	9,1
21 - 30 år	5	20	25	12,0
31 - 40 år	14	23	37	17,8
41 - 50 år	7	10	17	8,2
51 - 60 år	9	10	19	9,1
61 - 70 år	6	6	12	5,8
71 - 80 år	1	3	4	1,9
> 80 år	2	5	7	3,4
Totalt	87	121	208	100

Kommentar: De yngste barna utgjør en stor andel, noe som er forventet. Imidlertid er en forholdsvis stor andel av pasientene unge voksne, vanligvis ansett som en frisk populasjon. Personer mellom 20 og 40 år er ofte også foreldre til barn i aldersgruppen 0-10 år. En mulig forklaring på den høye andelen av legebekker i disse gruppene er at de i mindre grad stoler på egenomsorg for å håndtere sine egne eller barnas tilstander enn de øvrige aldersgruppene. Det kan også tenkes at denne gruppen benytter legevakten som et "kveldsåpent legekontor" i tillegg til stedet for akuttmedisinsk hjelp.

Sammenligning mellom studiedata og populasjonsdata



Figur 2. Andel konsultasjoner i aktuelle aldersgrupper i vårt materiale sammenlignet med populasjonen i undersøkte kommuner og total andel kontakter ved legevaktene i Vaktårprosjektet (15).

***Kommentar:** Vi gjør oppmerksom på at figur 2 ikke har like mange år i hver aldersgruppe. Den yngste aldersgruppen (0-4 år) representerer en betydelig større andel av pasientene i vårt materiale sammenlignet med tilsvarende andel av kontaktene ved legevaktene i vaktårprosjektet, og andel av populasjonen i de aktuelle kommuner. De øvrige aldersgruppene stemmer overens både med vaktårprosjektet og med populasjonen. Befolkningstallene gir imidlertid ikke en helt presis beskrivelse av befolkningsgrunnlaget til tre av legevaktene der det er flere legevakter i samme bykommune. Dette, sammen med denne studiens begrensning til konsultasjoner på kveldstid og i helger, kan være en mulig forklaring på forskjellene i pasientfordeling. (Tallene fra vaktårprosjektet dekker alle henvendelser hele døgnet).*

De alminnelige helseplagene

I 114 av de 210 konsultasjonene (54 %) ble det registrert alminnelige helseplager, det vil si en eller flere observasjonskoder i henhold til observasjonsskjemaet. Det var 52 menn og 62 kvinner. Antall alminnelige helseplager per konsultasjon varierte fra en til fire registrerte observasjonskoder, der 45 konsultasjoner hadde en kode registrert, og 69 hadde 2 eller flere koder. De pasienter som presenterte flere alminnelige helseplager hadde likevel bare en tilstand de søkte lege for, og de helseplagene registrert var deler av den ene tilstanden. Det var i alt 211 kartlagte alminnelige helseplager. Hoste (A9), feber (A3), sår hals (A5), øvre luftveisinfeksjon (A11) og øreverk (A10) utgjorde til sammen 160 (76 %) av de alminnelige helseplagene (tabell 2). Hoste ble oftest tatt opp (26 %), enten som eneste plage eller i kombinasjon med flere. Etter reklassifisering falt tallet på de hyppigste plagene nevnt over til 64 (30 %).

Tabell 2. Alle registreringer av alminnelige helseplager (n = 211), fordelt på 114 konsultasjoner.

Alminnelige helseplager	Kartlagt		Konkludert	
	antall	Prosent	antall	Prosent
A1 Diaré	2	0,9	2	0,9
A2 Dyspepsi inkl halsbrann, sure oppstøt	0	0	0	0
A3 Feber	41	19,4	13	6,2
A4 Forstoppelse	1	0,5	0	0
A5 Sår hals	26	12,3	11	5,2
A6 Høysnue	0	0	0	0
A7 Hodelus	0	0	0	0
A8 Hodepine	6	2,8	2	0,9
A9 Hoste	55	26,1	20	9,5
A10 Øreverker	15	7,1	11	5,2
A11 Øvre luftveisinfeksjon (URTI)	23	10,9	9	4,3
A12 Vaginal soppinfeksjon	0	0	0	0
B1 Fotsopp	0	0	0	0
B2 Fotvorte	0	0	0	0
B3 Hemoroider	0	0	0	0
B4 Lett eksem / utslett / milde hudplager	6	2,8	6	2,8
B5 Influensa	2	0,9	1	0,5
B6 Leggsår	0	0	0	0
B7 Munnsår	0	0	0	0
B8 Nødprevensjon	0	0	0	0
B9 Småmark	0	0	0	0
B10 Stikk / Insektsbitt	0	0	0	0
B11 Ørevoks	1	0,5	1	0,5
B12 Omgangssyke	5	2,4	3	1,4
B13 Annet	8	3,8	8	3,8
C1 After	0	0	0	0
C2 Artrose	1	0,5	1	0,5
C3 Erekttil dysfunksjon	0	0	0	0
C4 Kvalme	4	1,9	1	0,5
C5 Migrene	1	0,5	0	0
C6 Muskel-, skjelettsmerter (ukompliserte)	7	3,3	6	2,8
C7 Overvekt	0	0	0	0
C8 Allergisk / vasomotorisk rhinitt	0	0	0	0
C9 Forebyggelse av urinveisinfeksjon	1	0,5	1	0,5
C10 Øregangseksem	2	0,9	2	0,9
C11 Vaginal soppinfeksjon (residiverende)	0	0	0	0
C12 Annet (spesifiser)	0	0	0	0
D1 Tilstander / medikamenter	1	0,5	1	0,5
D2 Opplæring i riktig legemiddelbruk	1	0,5	1	0,5
D3 Rådgiving	0	0	0	0
D4 Lover regelverk	0	0	0	0
D5 Annet (spesifiser)	2	0,9	1	0,5
Totalt	211	100	101	47,9

Kommentar: Høst og vintermåned er høysesong for disse hyppigst registrerte alminnelige helseplagene (hoste, feber, sår hals, forkjølelse og øreverker). Materialet er derfor ikke nødvendigvis representativt for henvendelser til legevakt gjennom året. Det at over halvparten av de kartlagte alminnelige helseplagene viste seg å behøve vurdering av en lege, antyder at

tidligere kriterier for klassifisering av alminnelige helseplager og ”unødvendige” konsultasjoner (12, 20) er utilstrekkelige.

Ved reklassiferingen endret 56 (49 %) av de 114 konsultasjonene status til ”Helseplage m/ legebehov”. De resterende 58 konsultasjoner (51 %) ble opprettholdt som alminnelig helseplage. Dette utgjorde 28 % av alle de 210 observerte legevaktkonsultasjonene, som altså ble konkludert med å inneholde alminnelige helseplager som pasientene med enkle tiltak selv kan håndtere. Det var like mange kvinner (n = 29) som menn (n = 29). Det var flere barn (< 18 år) enn voksne.. Tabell 3 viser aldersfordelingen av de alminnelige helseplagene før og etter reklassifisering.

Tabell 3. Aldersfordeling av pasienter med alminnelige helseplager (n=114)

Aldersgrupper	AH kartlagt		AH konkludert	
	N	%	N	%
0 - 10 år	49	43,0	25	43,1
11 - 20 år	10	8,8	8	13,8
21 - 30 år	12	10,5	7	12,1
31 - 40 år	23	20,2	9	15,5
41 - 50 år	7	6,1	3	5,2
51 - 60 år	8	7,0	4	6,9
61 - 70 år	2	1,8	1	1,7
71 - 80 år	3	2,6	1	1,7
> 80 år	0	0	0	0
Totalt	114	100	58	100

Kommentar: En forutsetning for kartlegging og eventuell reklassifisering var at helseplagen(e) og relevante kontekstuelle/kompliserende faktorer kom frem i konsultasjonen. Dette kunne skje både spontant fra pasienten eller at legen gjennom sin kommunikasjon med pasienten fikk dette frem. Det er viktig å presisere at pasientene som ved konklusjonen hadde en alminnelig helseplage der lege kunne anses unødvendig, selv kunne oppleve behov for lege. Denne studien har imidlertid fokus på pasientens tilstand og ikke subjektiv opplevelse av behov for lege.

Tabell 4. De fem hyppigste alminnelige helseplagene fordelt på alder (n=160)

Alder	Hoste (A9)				Feber (A3)				Sår hals (A5)				Øvre luftveisinfeksjon (A11)				Øreverk (A10)			
	Kartlagt		Konkludert		Kartlagt		Konkludert		Kartlagt		Konkludert		Kartlagt		Konkludert		Kartlagt		Konkludert	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
0 - 10 år	31	(56,4)	12	(21,8)	25	(61,0)	10	(24,4)	4	(15,4)	2	(7,7)	8	(34,8)	3	(13,0)	11	(73,3)	8	(53,3)
11 - 20 år	3	(5,5)	3	(5,5)	2	(4,9)	1	(2,4)	5	(19,2)	4	(15,4)	3	(13,0)	3	(13,0)	1	(6,7)	1	(6,7)
21 - 30 år	2	(3,6)	1	(1,8)	1	(2,4)	0	-	3	(11,5)	0	-	2	(8,7)	0	-	1	(6,7)	1	(6,7)
31 - 40 år	12	(21,8)	2	(3,6)	8	(19,5)	1	(2,4)	8	(30,8)	3	(11,5)	4	(17,4)	2	(8,7)	1	(6,7)	1	(6,7)
> 40 år	7	(12,7)	2	(3,6)	5	(12,2)	1	(2,4)	6	(23,1)	2	(7,7)	6	(26,1)	1	(4,3)	1	(6,7)	0	-
Totalt	55	(100,0)	20	(36,4)	41	(100,0)	13	(31,6)	26	(100,0)	11	(42,3)	23	(100,0)	9	(39,0)	15	(100,1)	11	(73,4)

Den yngste aldersgruppen dominerer de hyppigste alminnelige helseplagene. Unntaket er sår hals, der pasienter i gruppen 31-40 år dominerer.

Kommentar: De fem hyppigste alminnelige helseplagene er alle tilstander der det kan det bli nødvendig med hurtig vurdering / behandling. Det er derfor naturlig at en del av disse oppsøker legevakten. Den eventuelle reklassifiseringen er gjort etter at pasientene er undersøkt og diagnosen stilt. Dette vil ikke nødvendigvis gi et presist bilde på hva som alternativt kan håndteres utenom lege. Det er likevel grunn til å tro at her er et stort potensial for å styrke befolkningens egenomsorg gjennom helseopplysning og praktisk forebyggende medisin.

Fordelingen av konsultasjoner på de ulike legevaktstasjonene var noenlunde lik både med hensyn til alminnelige helseplager og totalt antall konsultasjoner observert (tabell 4). Legevakter der pasienter kan møte direkte, hadde noen flere konsultasjoner der alminnelige helseplager ble kartlagt enn legevakter der pasienter ringer før de møter opp. Denne forskjellen er imidlertid ikke signifikant ($p = 0,059$).

Tabell 5. Observert konsultasjoner, og konsultasjoner med alminnelige helseplager fordelt på de ulike legevaktstasjonene ($n = 210$)

Legevakter (LV)	Observede konsultasjoner samlet		Kartlagt AH		Konkludert AH	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
A) LV med telefonkontakt før oppmøte (LV a-c)	111	(100)	53	(47,7)	32	(28,8)
LV a	39		21	(18,9)	13	(11,7)
LV b	38		17	(15,3)	11	(9,9)
LV c	34		15	(13,5)	8	(7,2)
B) LV med direkte oppmøte (LV d-f)	99	(100)	61	(61,6)	26	(26,3)
LV d	20		11	(11,1)	7	(7,0)
LV e	50		32	(32,3)	15	(15,2)
LV f	29		18	(18,2)	4	(4,0)
Totalt	210	(100)	114	(54,3)	58	(27,6)

Tidsbruk

Legenes tidsbruk på alminnelige helseplager i legevaktkonsultasjonene utgjør 18 % av total pasienttid (N = 230, tabell 6). Gjennomsnittstiden på legekonsultasjonene var 13 minutter. Totalt 62 % av konsultasjonene var alminnelige helseplager eller tilstander som kunne ventet til neste virkedag. Legene brukte 50 % av den totale konsultasjonstiden sin på alminnelige helseplager og tilstander som kan vente til neste virkedag.

Tabell 6. Tiden legene brukte på pasienter i de ulike kategoriene (n = 230)

Konsultasjoner	Antall	Sum tidsbruk	Tidsbruk prosent	Tidsbruk gjennomsnitt
AH konkludert	58	8 t 38 min	17,5	8,9 min
Resttid i konsultasjoner med AH*		47 min	1,6	
Legebehov som kan vente	84	15 t 56 min	32,4	11,4 min
Legebehov som ikke kan vente	68	17 t 45 min	36,0	15,7 min
Ekskluderte konsultasjoner	20	6 t 17 min	12,4	18,4 min
Totalt antall konsultasjoner	230	49 t 13 min	100	12,8 min

*De åtte konsultasjoner der tematid ikke sammenfaller med total konsultasjonstid (se også fotnote til figur 1).

Kommentar: For å få en presis fremstilling av tidsbruk på alminnelige helseplager er det nødvendig å ha det totale antall konsultasjoner i nevneren (N = 230). Sannsynligvis er flesteparten som av etiske årsaker ble ekskludert fra observasjon, akutt pasienter uten alminnelige helseplager. Henvendelsesårsaken er helt ukjent for de åtte pasientene som avstod fra å samtykke. Tiden brukt på alminnelige helseplager (18 %) og andelen konsultasjoner som er alminnelige helseplager eller kan vente til neste dag (totalt 62 %), kan dermed være større.

Andre observerte elementer knyttet til de alminnelige helseplagene

Alle konsultasjoner i denne studien er observert og vurdert av samme person. Konsultasjoner som ble reklassifisert til ”helseplager med legebehov”, hadde ofte kompliserende faktorer til den aktuelle helseplagen, eller spesifikke ”bestillinger” de ønsket at legen skulle utføre. Dette var for eksempel symptomlindrende behandling i form av reseptpliktige medikamenter eller ønske om sykmelding. Mange av disse konsultasjonene kunne etter observatørens vurdering ha ventet til en eventuell øyeblikkelig hjelp - time hos fastlegen neste virkedag. I mange konsultasjoner der det ble konkludert med ”alminnelige helseplager”, var det et tydelig informasjonsbehov hos pasientene. Dette kan være et uttrykk for disse pasienters usikkerhet. De lurte for eksempel på om de trengte medikamenter for å bli friske, eller om overfladiske små sår bør sys for å unngå stygge arr. Det var, fra observatørens synsvinkel, interessant å registrere at fokuset hos denne gruppen i stor grad var på symptom, og ikke allmenntilstand. En pasient uten helsefaglig bakgrunn kan ikke forventes å være inneforstått med begrepet allmenntilstand, ei heller vurderingen av den. Likevel kan det være viktig for helsepersonell å være oppmerksom på hva som kan formidles for å styrke pasienters egenomsorg, både på legekantorene, i skolehelsetjenesten, på helsestasjonen og på legevakten.

Konklusjoner

Denne studien har vist at over en firedel av alle observerte konsultasjoner ved legevaktene gjaldt alminnelige helseplager. Hoste, feber, sår hals, øvre luftveisinfeksjon og øreverk utgjorde de hyppigste alminnelige helseplagene. Legene brukte 18 % av sin totale pasienttid på alminnelige helseplager. Det var overvekt av pasienter fra 0-10 år og 21-40 år, med ingen signifikant forskjell på antall kvinner og menn. Av konsultasjoner med kartlagte alminnelige helseplager, trengte over halvparten likevel en leges vurdering. Telefonkontakt før oppmøte sammenlignet med direkte oppmøte påvirket ikke andelen av alminnelige helseplager. Samlet sett kunne 62 % av alle konsultasjonene ventet til neste virkedag eller blitt håndtert ved egenomsorg.

Denne studien viser at det å operasjonalisere helseplager til en enkel liste for avkrysning ikke er tilstrekkelig for å konkludere med hva som alternativt kan håndteres utenom lege. Studien viser likevel et betydelig potensial for å styrke befolkningen til egenomsorg gjennom praktisk forebyggende medisin og helseopplysning. Dette vil kunne bidra til å bremse medikalisering i samfunnet og samtidig fremme hensiktsmessig bruk av legevakten som akuttmedisinsk tjeneste utenfor sykehus. En forutsetning for dette er imidlertid en god og tilgjengelig fastlegeordning med korte ventetider.

Referanser

1. Proprietary Association of Great Britain. Unlocking self care, Annual Review 2008, London: PAGB, 2008.
2. Yadav S. Pharmacists rather than GPs should be first contact for minor ailments, report says. *BMJ* 2008; 337: a775.
3. All Party Parliamentary Group on Primary Care & Public Health. Inquiry report on GP access & health improvement in primary care, London: All Party Parliamentary Group, 2008.
4. Department of Health. Pharmacy in England: Building on strengths - delivering the future - proposals for legislative change (pharmacy white paper), London: Department of Health, 2008.
5. Intercontinental Marketing Services Health. www.imshealth.com.
6. Hammond T, Clatworthy J, Horne R. Patients' use of GPs and community pharmacists in minor illness: a cross-sectional questionnaire-based study. *Fam Pract* 2004; 21: 146-9.
7. Department of Health: www.dh.gov.uk/SelfCare.
8. Department of Health. Self care - a real choice. Self care support - a practical option, London: Department of Health, 2005.
9. Cardol M, Schellevis F, Spreeuwenberg P et al. Changes in patients' attitudes towards the management of minor ailments. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 516-21.
10. Fassaert T, van Dulmen S, Schellevis F et al. Raising positive expectations helps patients with minor ailments: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract* 2008; 9: 38.
11. Brogan C, Pickard D, Gray A et al. The use of out of hours health services: a cross sectional survey. *BMJ* 1998; 316: 524-7.
12. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. FOR 2005-03-18 nr. 252.
13. Den norske legeforening. Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. Utg. 2.1. Stavanger: Åsmund S Lærdal A/S, 2005.
14. Eikeland OJ. Vaktårnprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport frå 2007. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2008.
15. Porteous TH. How do people choose between self-care, supported self-care and GP consultation in minor illness? Thesis. Aberdeen: Department of General Practice and Primary Care, University of Aberdeen, 2007.
16. McCormick A, Charlton J, Fleming D. Assessing health needs in primary care. Morbidity study from general practice provides another source of information. *BMJ* 1995; 310: 1534.
17. Bojke C, Gravelle H, Hassell K et al. Increasing patient choice in primary care: the management of minor ailments. *Health Econ* 2004; 13: 73-86.
18. Hassell K, Whittington Z, Cantrill J et al. Managing demand: transfer of management of self limiting conditions from general practice to community pharmacies. *BMJ* 2001; 323: 146-7.
19. Whittington Z, Cantrill J, Hassell K et al. Community pharmacy management of minor conditions - the "Care at the chemist" scheme. *The Pharmaceutical Journal* 31.03.2001; 266: 425-8.
20. Morken T, Fossum S, Horn AM et al. Self-efficacy in counseling in Norwegian chain pharmacies: A cross-sectional study. *Res Social Adm Pharm* 2008; 4: 375-83.
21. Felleskatalogen. www.felleskatalogen.no.

22. Läkemedelsverket. Regeringsuppdrag om receptfria läkemedel, Uppsala: Läkemedelsverket, 2005.
23. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om legemidler. FOR 1999-12-22 nr. 1559.
24. European Commission. A guideline on changing the classification for the supply of a medicinal product for human use, Brussel: Enterprise and Industry Directorate-General, European Commission, 2006.
25. World Health Organization. Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication, Geneva: WHO, 2000.

Vedlegg

1. Observasjonsmanual
2. Observasjonsskjema
3. Informasjonsskriv til legevakt
4. Samtykkeskjema til pasient

OBSERVASJONSMANUAL

A - LISTE liste brukt i litteratur	B - LISTE utvidet A-liste i henhold til norsk apotekpraksis
A1 Diare	B1 Fotsopp
A2 Dyspepsi inkl halsbrann, sure oppstøt	B2 Fotvorte
A3 Feber	B3 Hemorroider
A4 Forstoppelse	B4 Lett eksem / utslett / milde hudplager
A5 Sår Hals	B5 Influensa
A6 Høysnue	B6 Leggsår
A7 Hodelus	B7 Munnsår
A8 Hodepine	B8 Nødprevensjon
A9 Hoste	B9 Småmark
A10 Øreverk	B10 Stikk / Insektsbitt
A11 Øvre luftveisinfeksjon (URTI)	B11 Ørevoks
A12 Vaginal soppinfeksjon	B12 Omgangssyke
	B13 Annet

C - LISTE mulig apotekhåndterlig i fremtiden	D - LISTE annet som ikke tidligere er nevnt
C1 After	D1 Tilstander / medikamenter
C2 Artrose	D2 Opplæring i riktig legemiddelbruk
C3 Erekttil dysfunksjon	D3 Rådgiving
C4 Kvalme	D4 Lover regelverk
C5 Migrene	D5 Annet (spesifiser)
C6 Muskel-, skjelettsmerter (ukompliserte)	
C7 Overvekt	
C8 Allergisk / Vasomotorisk Rhinitt	
C9 Forebyggelse av UVI	
C10 Øregangseksem	
C11 Vaginal soppinfeksjon (residiverende)	
C12 Annet (spesifiser)	

OBSERVASJONSSKJEMA

Ukedag (1-7)	
Kjønn (K/M)	
Fødselsår	

0 min Temanr (1-4)

0 min

5 min

10 min

15 min

20 min

25 min

30 min

35 min

T 1	Observasjos kode:	Varighet (kryss av):	Under 1 uke	
			Over 1 uke	
	Kompliserende faktorer til dette tema? (J/N)			
	Søkt råd hos annet helsepersonell enn lege i forkant av konsultasjonen			
	Kunne ventet til (kryss av):	Neste virkedag		
		Ordinær fastlegetime		
	Er apotekhåndterlig:			
	Sykmelding var tema?			

T 2	Observasjos kode:	Varighet (kryss av):	Under 1 uke	
			Over 1 uke	
	Kompliserende faktorer til dette tema? (J/N)			
	Søkt råd hos annet helsepersonell enn lege i forkant av konsultasjonen			
	Kunne ventet til (kryss av):	Neste virkedag		
		Ordinær fastlegetime		
	Er apotekhåndterlig:			
	Sykmelding var tema?			

pasienttid
min

<u>Tematid</u>
Total pasienttid

Til lege i legevakt:

Bergen 01.10.08

FORESPØRSEL OM DELTAGELSE I PROSJEKT
Kartlegging av helseplager i legevakt

Studier viser at alminnelige helseplager; ”minor ailments” flere steder i Europa utgjør en stor del av legenes arbeidsdag.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin vil kartlegge omfanget av denne typen problemstillinger i norske legevaktkonsultasjoner. Vi vil gjøre en observasjonsstudie av 210 konsultasjoner som foregår kvelder og helger i legevakt. Vi vil registrere om det av pasientene tas opp alminnelige helseplager som alternativt kunne ventet til en fastlegekonsultasjon eller vært håndtert annet sted, for eksempel i apotek. Vi vil kartlegge hvilke temaer dette gjelder og legenes tidsbruk på slike problemstillinger.

Vi har fått tillatelse fra leder for legevakten, og spør derfor om vår observatør med bakgrunn som lege og reseptarfarmasøyt kan få observere dine konsultasjoner ved en eller flere anledninger. Hun skal ikke ha journalinnsyn, og vil ikke ta muntlig eller aktivt del i konsultasjonen. Observasjonene skjer basert på skriftlig samtykke fra pasientene. Observatøren får opplyst pasientens fødselsår av legen.

Legesekretæren eller legen deler ut informasjonsskriv med samtykkeerklæring til aktuelle pasienter før konsultasjonene.

Inklusjonskriterier: Pasienter der han / hun selv (gitt alder over 16 år) eller pårørende er samtykkekompetente. Pasienten må være tilstede samtidig med observatøren.

Eksklusjonskriterier: Akutt pasienter der utdeling av samtykkeerklæring ikke er etisk forsvarlig.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet (NSD) og godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest-Norge (REK Vest).

Vi håper du kan tenke seg å delta i denne studien.

Ta gjerne kontakt med undertegnede dersom du har spørsmål.

På forhånd tusen takk.

Med vennlig hilsen

Lina Kristin Welle-Nilsen (prosjektleder)

E-post: lina.welle-nilsen@isf.uib.no



Til pasient:

FORESPØRSEL OM DELTAGELSE I PROSJEKT
Kartlegging av helseplager i legevakt

Vi vil kartlegge hvilke problemstillinger som tas opp ved legevakt, og gjør derfor en observasjonsstudie av legekonsultasjoner. Vi vil registrere helseplager som kan håndteres utenom legevakt, for eksempel i apotek eller hos fastlegen.

Jeg er lege og ønsker å være tilstede i din konsultasjon. Jeg har taushetsplikt, har ikke tilgang til din pasientjournal og vil ikke ta aktivt del i konsultasjonen. Alderen din opplyses av legen. Alle data er anonyme.

Deltagelse i studien er frivillig og alle opplysninger behandles konfidensielt. Observasjonene skjer etter skriftlig samtykke. Du kan når som helst i konsultasjonen trekke deg fra deltagelse. Dette vil ikke påvirke forholdet til behandlende lege.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, og godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest-Norge (REK Vest).

Dersom du kan tenke deg å delta, er det fint om du skriver under på samtykkeerklæringen nederst på arket.

Med vennlig hilsen
Lina Kristin Welle-Nilsen (prosjektleder)
E-post: lina.welle-nilsen@isf.uib.no

SAMTYKKEERKLÆRING:

Jeg har mottatt informasjon om prosjektet "Kartlegging av helseplager i legevakt" og er villig til å delta i studien.

Dato:.....

Signatur:.....

