

Årsstatistikk for legevakt 2019

Rapport nr. 1-2020

**Nasjonalt kompetansesenter for
legevaktmedisin**



Tittel	Årsstatistikk fra legevakt 2019
Institusjon	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, Bergen
Ansvarlig	Jesper Blinkenberg
Forfatter	Hogne Sandvik, forsker dr. med. Steinar Hunskår, forsker dr. med. Jesper Blinkenberg, leder ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
ISBN	978-82-8408-076-5 (pdf)
ISSN	1891-3474
Rapport	Nr. 1 - 2020
Tilgjengelighet	Pdf-versjon
Prosjekttittel	Årsstatistikk - regningskort fra legevakt
Antall sider	32
Publiseringsmåned	April 2020
Oppdragsgiver	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
Sitering	Sandvik H, Hunskår S, Blinkenberg J. Årsstatistikk fra legevakt 2019. Rapport nr. 1-2020. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, 2020.
Sitering engelsk	Sandvik H, Hunskår S, Blinkenberg J. Statistics from out-of-hours primary health care 2019. Report no. 1-2020. Bergen: National Centre for Emergency Primary Health Care, NORCE Norwegian Research Centre, 2020.

Helsedepartementet har etablert Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Senteret er organisert i NORCE Norwegian Research Centre, avdeling Helse, og knyttet faglig til Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. NKLM skal gjennom forskning og fagutvikling og i samarbeid med andre fagmiljøer bidra til å bygge opp og formidle faglig kunnskap innen kommunal legevaktmedisin.

Nettadresse	legevaktmedisin.no
Epost	legevaktmedisin@norceresearch.no
Telefon	+47 56107288
Besøksadresse	Kalfarveien 31, Paviljongen
Postadresse	NKLM, Kalfarveien 31
Postnummer:	5018
Poststed	Bergen

Forord

Dette er ellefte rapport om aktiviteten på legevakt i Norge. Tidligere rapporter omfatter årene fra 2006 til 2018, mens denne inneholder data fra 2019. Det er behov for presise data fra aktiviteten på legevakt, og regningskortene er et godt grunnlag for dette.

Mange data fra legevakt vil være relativt uendret fra det ene året til det andre. Det gjelder for eksempel relativ fordeling av kontakttypene i forhold til døgnets timer, geografi, kjønn og alder, samt diagnosefordelingen.

Andre data er mer relevante for årlige analyser, slik at man kan følge utviklingen over tid. Det kan for eksempel gjelde fordelingen av ulike typer vaktleger, kontakttypene og takstbruk. Ved presentasjon av slike data har vi også tatt med tidligere år.

Det har tidligere vært et stort metodeproblem at mange av kontaktene har vært med uidentifiserte leger. Dermed har det vært usikre anslag for hvilke leger som faktisk har legevakt. Med virkning fra 1. januar 2016 har meldingsformatet til Helfo blitt utvidet, slik at legevakten nå på hver regning kan innrapportere hvem som er utførende behandler. Dette har gitt et bedre datagrunnlag fra 2016, og med full effekt fra 2017.

Noen år kan det være aktuelt å gå særlig grundig inn i enkelte analyser, for eksempel bruk av spesielle takster eller diagnosekoder. For året 2019 har vi sett nærmere på selvmord og selvmordsforsøk.

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 professor Steinar Hunskaar og senterleder Jesper Blinkenberg. 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	7
Legevakt	7
ICPC	7
Takstsystem	7
Materialet	8
Kontakter	9
Diagnoser	14
Legers deltakelse i legevakt	21
Takster	22
Selv mord og selvmordsforsøk	23
Referanser	29

Sammendrag

Denne rapporten er basert på elektroniske refusjonskrav fra legevakt i årene 2006 til 2019. For hver pasientkontakt blir det laget et regningskort til Helseøkonomiforvaltningen (Helfo). Disse regningskortene inneholder opplysninger om personalia og diagnosekode, samt takstkoder. Det er egne takstkoder for ulike typer pasientkontakter, og tilleggskoder for tidsbruk og ulike prosedyrer som blir utført. Det er også egne tilleggskoder dersom legen har spesielle kvalifikasjoner.

Det var i 2019 ca. 2,15 millioner pasientkontakter med refusjonskrav, hvorav 62,3 % var konsultasjoner og 3,5 % sykebesøk. Telefonkontakter utgjorde 31,8 %. Antall konsultasjoner er relativt stabilt. Antall telefonkontakter har vist en økende tendens over flere år, trolig fordi telefonkontakt med sykepleier oftere resulterer i regningskort enn tidligere.

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. Lavest antall ble registrert i 2015 med 63 192 sykebesøk. Siden har antallet gått litt oppover igjen. I 2019 var det 75 980 sykebesøk fra legevakt. Sykebesøk er en kontaktform som nesten utelukkende forbeholdes eldre pasienter. Sykebesøk i små utkantkommuner utgjør en noe større andel av kontaktene enn i større kommuner. I absolutte tall er det likevel slik at det kjøres flest sykebesøk i store og sentrale kommuner.

40 % av legevaktkontaktene skjer i helgene, 60 % på de fem ukedagene. De travleste periodene i 2019 var julehelgen og påsken.

Diagnosefordelingen er gjennomgående stabil fra det ene året til det andre, men bruken av allmenne og uspesifikke diagnoser (f.eks. «helseproblem/sykdom») er stadig økende. I 2006 var 13,1 % av kontaktene kodet med slike diagnoser, i 2019 var andelen steget til 35,1 %. Ved telefonkontakter var hele 77,7 % av alle diagnosene uspesifikke i 2019. Økende bruk av uspesifikke diagnoser svekker mulighetene til å fremskaffe nyttig og pålitelig statistikk over sykdomsutbredelsen blant pasienter i primærhelsetjenesten. En bør vurdere å innskjerpe overfor legevaktene at man skal tilstrebe korrekt bruk av diagnosekoder og avstå fra automatisk generering av regningskort.

I konsultasjoner, hvor det alltid er legen som setter diagnosen, er diagnosefordelingen svært stabil og med bare 13,4 % uspesifikke diagnoser. Her er sykdom i åndedretsorganene og muskel- og skjelettlidelser de vanligste diagnosene. De hyppigste enkeltdiagnosene er forkjølelser, urinveisinfeksjoner, abdominalsmerter og sår/kutt.

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 magelidelser er overrepresentert om natten, mens en ser relativt mindre sykdommer i åndedretsorganer, muskel/skjelett, øye og øre. Ulike aldersgrupper har også ulike diagnosespekter. Sykdommer i åndedretsorganene og øre avtar med alderen, mens hjerte- og karsykdommer og urinveislidelser øker. Hudlidelser er overrepresentert i barneårene, psykiatri og muskel/skjelett blant unge og voksne.

Antall skader som er behandlet ved norske legevakter viser stor grad av stabilitet over tid. Siden 2006 har det imidlertid vært en økning i hodeskader med 37 %. På den andre siden har antall kontakter for brudd- og øyeskader blitt redusert med 16 %.

Det har lenge vært en økende bruk av laboratorieundersøkelser på legevakt. Den viktigste enkeltanalysen er CRP, som ble brukt i 39,4 % av konsultasjonene. Det har også vært en økende bruk av tidstaksten, som i 2019 ble brukt i 43,6 % av konsultasjonene. Bruken av sykmeldinger var høyest i 2007 med 7,4 % av konsultasjonene. I 2019 resulterte 3,4 % av konsultasjonene i sykmelding.

Deltakelse i legevakt er obligatorisk for fastleger, men i virkeligheten ivaretas mange av legevaktene av andre leger, som heltidsansatte vaktleger, LIS1-leger (turnusleger), sykehusleger og stipendiater.

I 2019 ble 56,7 % av legevaktarbeidet utført av fastleger og 28,9 % av spesialister i allmennmedisin. Tallene viser tilsynelatende at vakt deltakelsen blant fastleger har vært høyere siden 2016, men dette har sammenheng med metodeforhold som medfører at analysene for 2016 og senere er mer i tråd med virkeligheten.

Det har vært en relativt sterk økning i antall legevaktkontakter på grunn av selvmord/selvordsforsøk. I 2019 var det i alt 4 434 personer som fikk denne diagnosen. Unge kvinner er den gruppen som har hyppigst kontakt på grunn av selvmordsforsøk, mens det i aldersgruppen 35 til 70 år var en moderat overvekt av menn. Over tid er det menn over 59 år som viser sterkest økning med 298 % siden 2008, dernest kvinner under 20 år (268 %).

Legevaktkontakter på grunn av selvmordsforsøk er overrepresentert om natten og på søndager. Pasienter som har vært på legevakt på grunn av selvmordsforsøk, har også hatt andre legevaktkontakter, med andre diagnoser. Menn hadde noe hyppigere psykiatriske diagnoser enn kvinner, særlig var menn overrepresentert med stoff- og alkoholmisbruk.

Første juledag 2019 ble det kjent at Ari Behn hadde begått selvmord. Familien var helt åpne om dette og det fikk bred omtale i mediene. Mange hyllet denne åpenheten. Det er imidlertid indikasjoner på at slik omtale av selvmord blant kjente personer kan virke befordrende på andre som går med liknende tanker. Sammenlignet med foregående år var det flere legevaktkontakter på grunn av selvmord/forsøk den siste uken i 2019.

Innledning

Frem til 2006 har det vært sparsomt med statistiske data fra legevakt. I 2007 publiserte NAV rapporten "Hva foregår på legekontorene" 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 elleve rapporter basert på refusjonskrav fra legevakt i årene 2006 - 2018 (2-12), og viderefører nå statistikken med data fra 2019.

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 (13).

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. I 2018 var det 177 legevakter i Norge, 102 interkommunale og 75 kommunale (14). 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 (15). Det gis rett til fritak under visse forutsetninger, men undersøkelser har vist at flere enn de som har formelt fritak, har meldt seg ut av legevakttjenesten (16-18). En stor del av legevaktene ivaretas av andre leger, som heltidsansatte vaktleger, LIS1-leger (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 (19).

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. Takst-

kodene finnes i Normaltariffen (Fastlegetariffen), som er forhandlet frem av Legeforeningen og Staten (20).

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

Materialet

Materialet til denne rapporten består av data fra regningskort som har blitt levert av legevaktleger i 2019. 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. Fram til 2015 ble legen definert som «fastlege» dersom han stod i Fastlegeregisteret. Dette medførte at vikarer ofte ikke ble registrert som fastleger. Fra 2016 er dette endret slik at «fastlege» er en lege som i løpet av samme år har sendt fastlegeregninger til Helfo.

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 (21) og mindre enn 1 % siden 2010 (22, 23). Konsultasjoner og sykebesøk til pasienter på sykehjem eller i fengsel honoreres på annen måte og er ikke med i dette materialet. Disse kontaktene er nok i stor grad sykebesøk, men vi har ingen oversikt over hvor mange det dreier seg om.

Ved noen legevakter har legene fast lønn, og regningene kan da ha blitt registrert på kommunens eller legevaktens organisasjonsnummer. I disse tilfellene har informasjon om legen manglet. Antall regningskort (kontakter) fra uidentifiserte leger har variert fra år til år, og var særlig høyt i 2015 (39,5 %). Dette har utgjort et betydelig usikkerhetsmoment i analysene. Med virkning fra 1. januar 2016 har meldingsformatet til Helfo blitt utvidet, slik at legevakten nå på hver regning innrapporterer hvem som er utførende behandler. Rapporteringen er derfor nesten fullstendig fra 2017 og 100 % komplett i 2019.

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

Telefonkontakter har tidligere blitt underrapportert, i den forstand at det ikke har blitt sendt regning for telefonkontakt med sykepleier. Den tilsynelatende sterke økningen i antall telefonkontakter kan nok i stor grad tilskrives at sykepleier oftere lager regningskort for slike henvendelser.

Kontakter

Tabell 1: Prosentvis fordeling (og absolutt antall) av ulike kontakttyper

	Takstkoder	2006	2010	2012	2014	2016	2017	2018	2019
Konsultasjoner	2ad, 2ak, 2fk, 2ae	76,2 1 238 791	75,7 1 330 561	72,8 1 368 297	69,1 1 352 209	67,7 1 350 766	65,7 1 332 024	63,8 1 321 039	62,3 1 341 415
Sykebesøk	11ad, 11ak	5,7 92 543	4,1 72 296	3,6 68 000	3,3 65 202	3,2 64 147	3,3 66 977	3,4 70 829	3,5 75 980
Telefonkontakter	1bd, 1bk, 1be, 1g	17,1 278 650	18,6 327 462	21,4 402 562	25,2 493 177	26,5 528 248	28,6 580 808	30,5 631 214	31,8 684 773
Enkle kontakter	1ad, 1ak, 1h, 1i	1,0 16 660	1,6 28 209	2,2 40 498	2,3 45 272	2,6 51 713	2,4 48 631	2,3 48 476	2,4 52 419
N		1 626 644	1 758 528	1 879 357	1 955 860	1 994 874	2 028 440	2 071 558	2 154 597

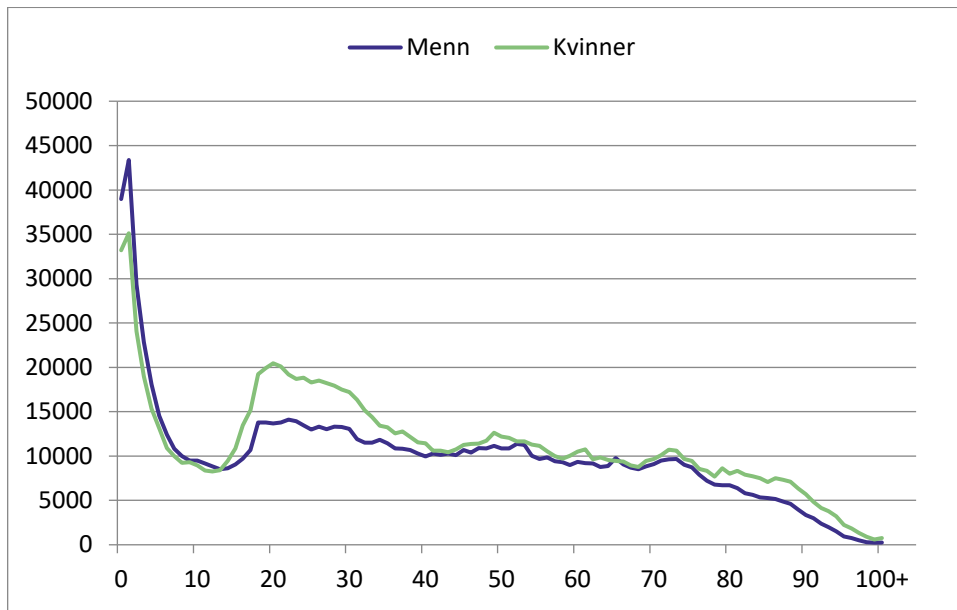
Antall telefonkontakter har økt med 146 % siden 2006, mens antall konsultasjoner bare har økt med 8 %. Trolig har registreringen av telefonkontakter blitt mer fullstendig de senere årene, i den forstand at det oftere blir sendt regningskort til Helfo. Den registrerte økningen i antall konsultasjoner kan skyldes mer fullstendig rapportering. Vi har tidligere beregnet at underrapportering kunne utgjøre inntil 8 % av konsultasjonene i 2007 (2). Alt-i-alt er det trolig at konsultasjonstallet er stabilt over tid. Tatt i betraktning at befolkningstallet har økt med ca. 15 % siden 2006, har i realiteten konsultasjonsraten (per innbygger) gått ned.

Antall sykebesøk gikk nedover i mange år. Ifølge takstbrukundersøkelsene til NAV var det i 1995 ca. 685 000 sykebesøk på legevakt (24), ved årtusenskiftet var det ca. 357 000, og fem år senere ca. 141 000 (13). Lavest antall (63 192) ble registrert i 2015. Utviklingen har blitt satt i sammenheng med utbyggingen av interkommunale, stasjonære legevakter (25).

De siste tallene viser at antall sykebesøk igjen øker. I 2019 var det 75 980 sykebesøk på legevakt. Dette kan ha sammenheng med ny akuttmedisinforskrift og at flere legevakter har fått en mer offensiv holdning til sykebesøk (26).

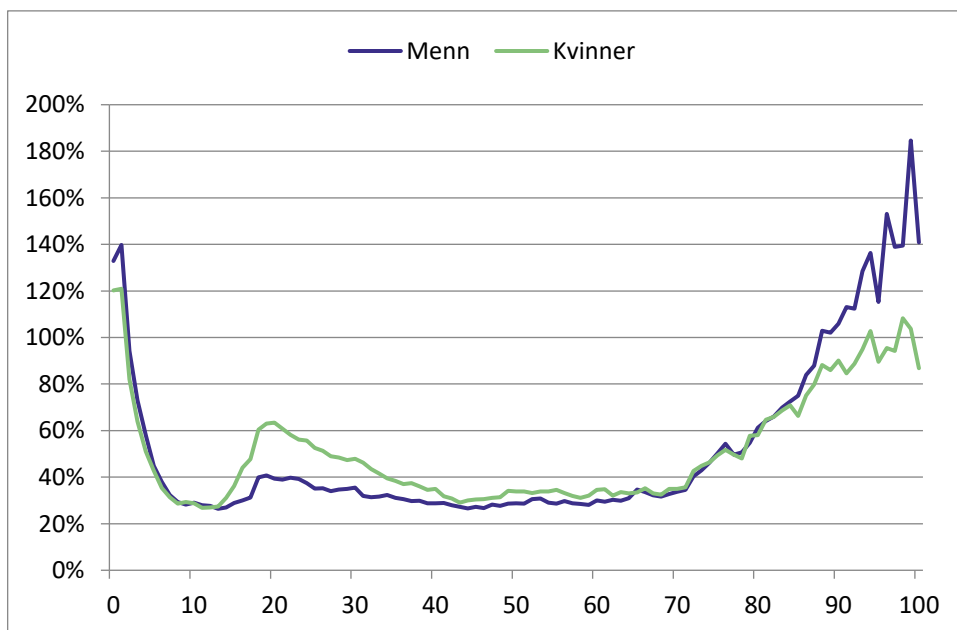
Figur 1 (neste side) viser et velkjent mønster for befolkningens kontakter med primærhelsetjenesten. Bortsett fra barna, er det i alle aldersgrupper flere kvinner enn menn som konsulterer legevakt. Forskjellen er særlig stor i aldersgruppene 15 – 40 og blant de aller eldste. Dette har dels sammenheng med svangerskap og prevensjon, dels at kvinner lever lengre enn menn. 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 1: Antall kontakter for menn og kvinner etter alder (2019)

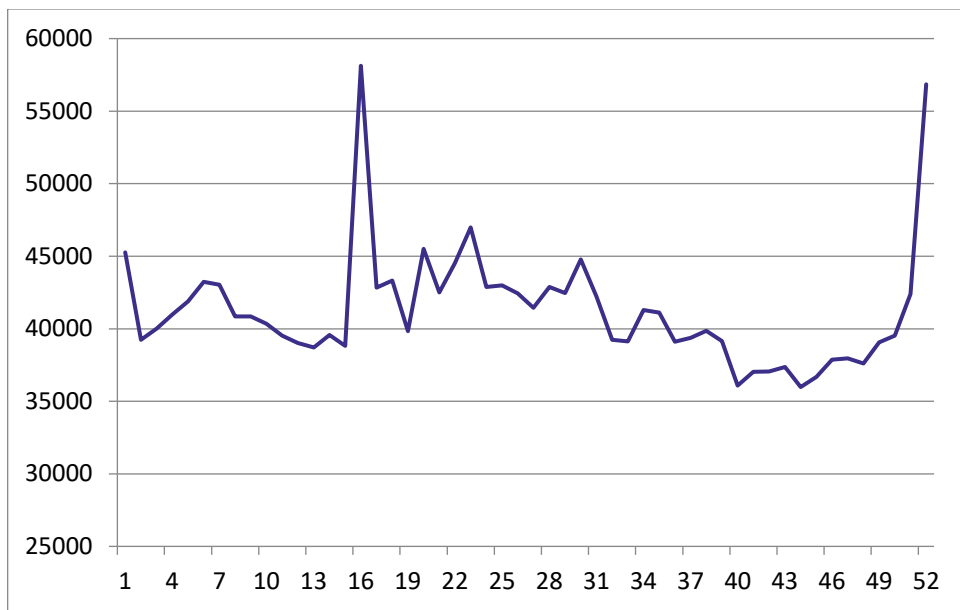


Mønsteret blir noe annerledes om vi ser på hvilke befolkningsgrupper som bruker legevakten mest. Figur 2 viser at det er små barn og de eldste som er de største brukerne. Vi finner igjen at kvinner er overrepresentert i aldersgruppen 15 – 40, men blant de eldste er mennene overrepresentert. Kontaktratene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

Figur 2: Bruk av legevakt (kontakter) per innbygger, fordelt på kjønn og alder (2019)

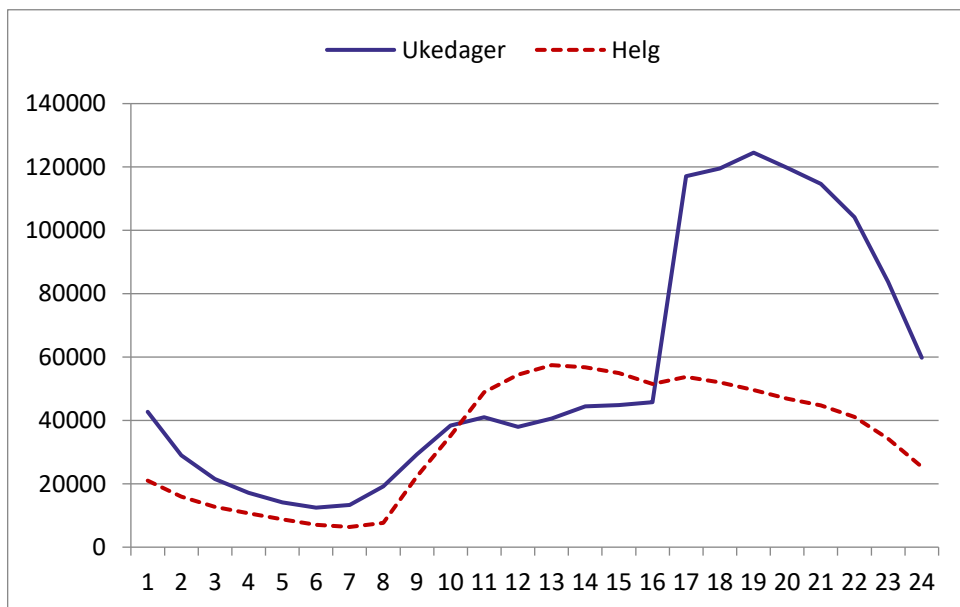


Figur 3: Antall kontakter per uke (2019)



Kontaktfrekvensen varierer noe gjennom året, men enkelte uker skiller seg ut. Størst aktivitet var det i påske- og juleferien (fig 3). 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.

Figur 4: Antall kontakter per klokke (2019)

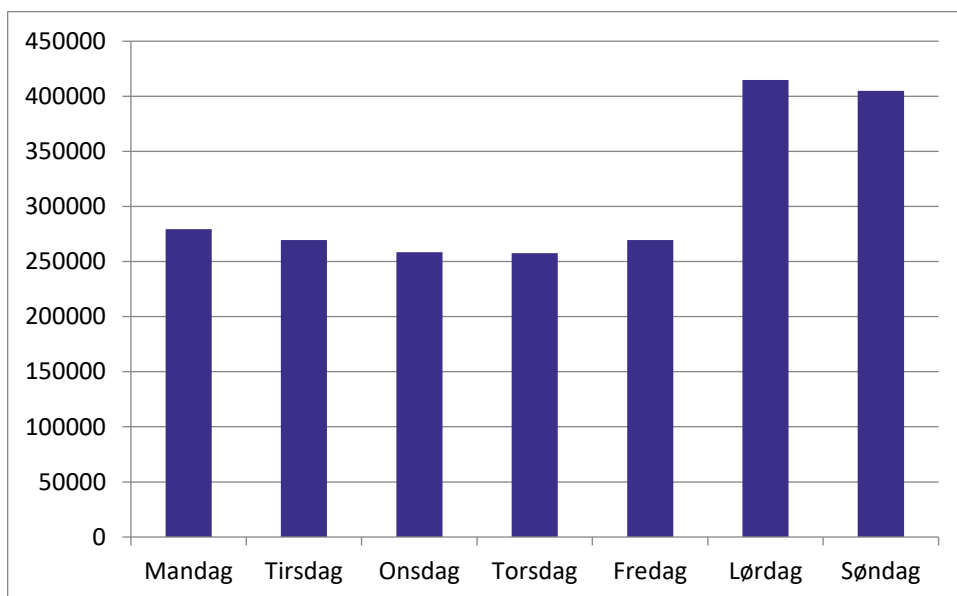


På ukedagene er kontaktfrekvensen høyest om kvelden (fig 4). Dette gjelder alle kontakttypene (konsultasjoner, telefonkontakter og sykebesøk). Det skjer et tydelig hopp i antall kontakter ved arbeidstidens slutt, når fastlegekontorene stenger. Det er grunn til å anta at det meste av akutte

henvendelser på dagtid foregår hos fastlegene og ikke på legevakt. Men i helgene skjer alle slike henvendelser til legevakt, og da er kontaktfrekvensen høyest på dagtid.

Kontaktene i løpet av en uke fordeler seg med knapt 20 % på lørdag og søndag og ca. 12 % på resten av ukedagene (fig 5).

Figur 5: Antall kontakter per ukedag (2019)



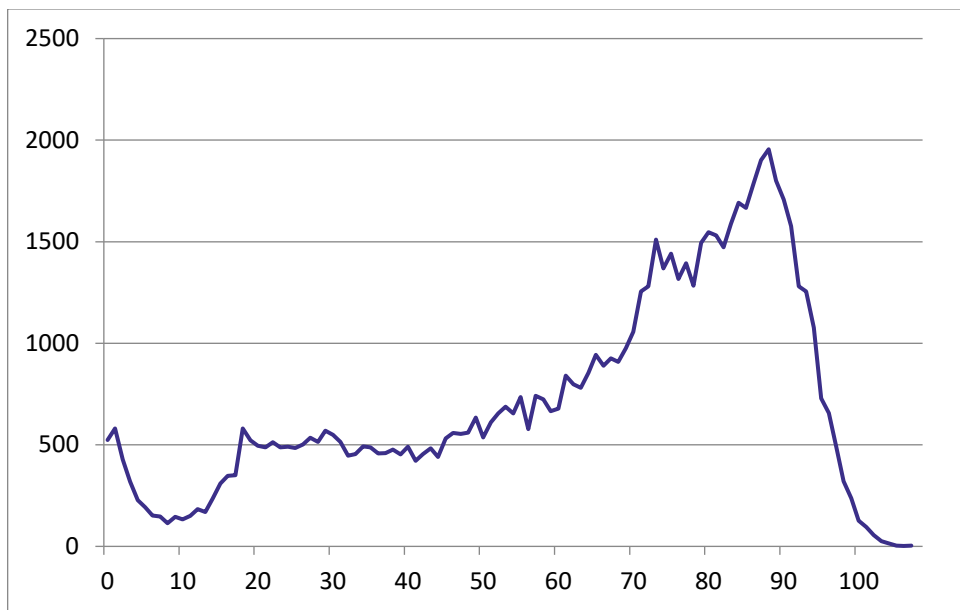
Tabell 2: Prosentvis fordeling av ulike kontakttypet etter geografi (legens praksiskommune, 2019)

Praksiskommune	N	Konsultasjoner	Sykebesøk	Telefonkontakter	Enkle kontakter
Innb > 50 000	779 334	60,5	3,9	34,4	1,2
Innb 10 001 – 50 000	981 698	63,0	2,3	31,7	3,0
Innb 5 001 – 10 000	175 328	66,7	4,3	25,8	3,1
Innb 2 001 – 5 000	117 020	68,2	7,7	19,5	4,6
Innb < 2 001	30 019	47,6	14,2	34,9	3,3
Sentral*	1 157 400	60,7	3,6	34,2	1,5
Noe sentral	541 670	64,4	2,0	29,5	4,0
Mindre sentral	160 107	66,5	3,2	27,7	2,6
Minst sentral	224 222	63,8	7,3	25,5	3,3

*SSB har lansert en ny sentralitetsindeks, men vi har her brukt den samme som i tidligere rapporter. 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 meste sentrale kommunene (27).

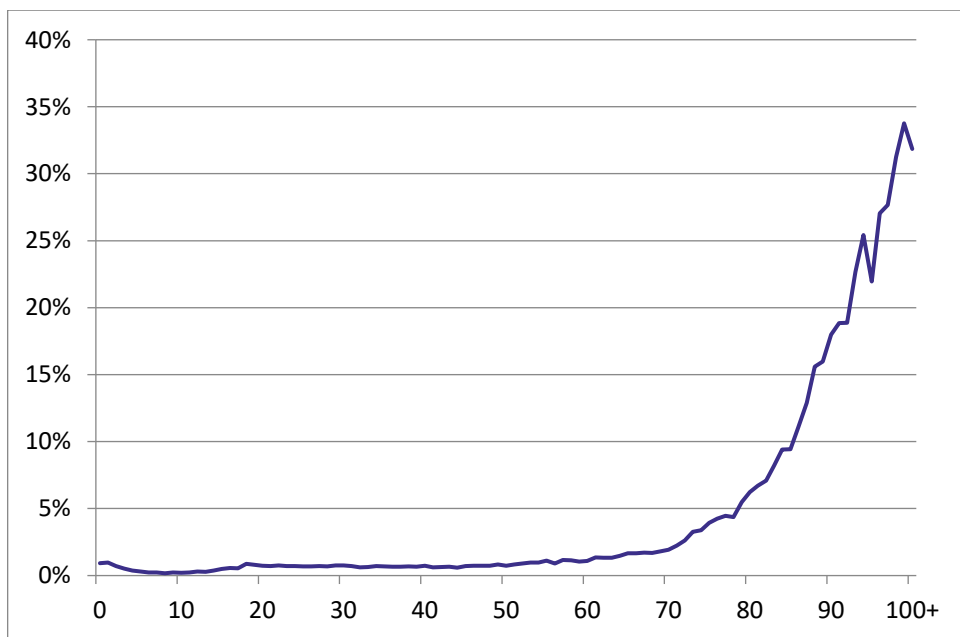
Selv om de absolutte tallene er små, er det tydelig at legevakten i små og perifere kommuner oftere bruker sykebesøk enn større og mer sentrale kommuner. Dette kan ha sammenheng med at antall henvendelser per lege er lavere i perifere strøk og at vaktlegen derfor har mer tid til disposisjon for å reise i sykebesøk.

Figur 6: Antall sykebesøk etter alder (2019)



Figur 6 viser at sykebesøk er en kontaktform som stort sett forbeholdes eldre pasienter. Dette blir enda tydeligere om vi analyserer sykebesøksraten i befolkningen (fig 7). Blant de eldste innbyggerne er kontaktraten i form av sykebesøk omkring 30 %. Legevaktbesøk til sykehjem er ikke med i dette materialet da dette honoreres på annen måte. Det reelle antall sykebesøk til de aller eldste vil derfor være enda høyere enn hva som fremkommer her.

Figur 7: Befolkningens bruk av sykebesøk (kontaktrate) etter alder (2019)



Diagnoser

Tabell 3 viser at fordelingen på diagnosegrupper er stabil fra det ene året til det andre, bortsett fra en sterkt økende bruk av uspesifikke diagnoser (ICPC hovedgruppe A). I 2019 var mer enn hver tredje kontakt uten spesifisert diagnose.

Tabell 3: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter år

ICPC hovedgruppe	2006	2010	2012	2014	2016	2017	2018	2019
A: allment	13,1	16,1	20,6	24,1	27,6	31,4	33,1	35,1
B: blod	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
D: fordøyelse	9,9	10,0	9,5	9,6	9,0	8,6	8,4	8,2
F: øye	4,5	4,4	3,8	3,7	3,4	3,3	3,1	3,1
H: øre	3,3	3,2	2,8	2,5	2,2	2,0	1,9	1,8
K: hjerte/kar	3,8	3,6	3,5	3,3	3,1	3,0	2,9	2,8
L: muskel/skjelett	14,8	14,7	13,6	13,9	13,5	12,9	12,7	12,4
N: nevrologi	3,7	3,8	3,7	3,7	3,6	3,5	3,6	3,5
P: psykiatri	4,8	4,9	5,1	4,9	4,8	4,6	4,8	4,9
R: respirasjon	21,3	19,0	18,6	15,2	15,2	14,0	13,0	12,4
S: hud	11,4	10,3	9,6	9,7	8,9	8,6	8,6	8,2
T: metabolsk	1,0	1,0	0,9	1,0	1,0	0,9	0,9	0,8
U: urin	5,1	5,7	5,2	5,3	5,0	4,5	4,5	4,4
W: svangerskap	1,2	1,2	1,0	1,0	0,9	0,8	0,8	0,7
X: kv. kjønnsorgan	0,9	0,9	0,8	0,8	0,6	0,6	0,6	0,6
Y: m. kjønnsorgan	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,5	0,5
Z: sosialt	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4
Sum kontakter	1 626 644	1 758 528	1 879 357	1 955 860	1 994 874	2 028 440	2 071 558	2 154 597

Det er også små endringer i bruk av de vanligste enkeltdiagnosene fra det ene året til det andre, med unntak av en sterk økning i bruk av uspesifikke diagnoser som A99 (helseproblem/sykdom) (tab 4). 88 % av A99-kontaktene var telefonkontakter.

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

Diagnoser	2006	2010	2012	2014	2016	2017	2018	2019
A99: helseproblem/sykdom	0,8	3,1	5,6	9,0	12,3	16,1	17,0	17,8
A29: gen. symptomer/plager	1,7	0,4	0,5	1,1	0,7	1,6	2,4	3,9
R74: akutt øvre luftveisinfeksjon	5,1	4,8	4,6	4,1	4,6	4,2	3,9	3,8
D01: abdominalsmerter	2,9	3,2	3,1	3,5	3,4	3,1	3,1	3,1
A97: administrativ kontakt	0,3	0,5	2,0	2,3	2,9	2,9	2,9	2,9
U71: cystitt/urinveisinfeksjon	3,2	3,8	3,4	3,5	3,2	2,8	2,7	2,6
S18: åpent sår/kutt	3,6	3,2	2,9	3,0	2,9	2,8	2,7	2,5
A11: brystsmerte	0,9	1,3	1,5	1,4	1,5	1,5	1,4	1,4
L81: skade muskel/skjelett	1,7	1,6	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
A03: feber	2,2	1,8	1,9	1,6	1,5	1,2	1,3	1,4
R81: lungebetennelse	2,0	1,5	1,9	1,3	1,4	1,3	1,1	1,0
Sum diagnoser	1 626 644	1 758 528	1 879 357	1 955 860	1 994 874	2 028 440	2 071 558	2 154 597

De ti hyppigste diagnosene utgjorde 41 % av alle kontaktene, mens de 20 hyppigste diagnosene utgjorde 49 %. Dette viser at legevaktlegene må forholde seg til et bredt utvalg av diagnoser.

Økningen i antall telefonkontakter har vært sterk, men det er grunn til å tro at dette har sammenheng med økende rapportering. Trolig har det tidligere vært en underrapportering av telefonkontakter med sykepleier, i den forstand at det ikke har blitt sendt regning for disse kontaktene. Det er mulig at sykepleiere ved enkelte legevakter, kanskje særlig de som sender regninger på kommunens organisasjonsnummer, oftere sender regningskort for telefonkontakter. Det er også mulig at det brukes makrofunksjoner, som lager standardiserte regningskort med uspesifisert diagnose.

Vaktårnprosjektet, som registrerer faktiske telefonkontakter ved syv utvalgte legevakter, finner relativt stabile rater for telefonkontakt (28). Ved denne registreringen er også diagnosene mer spesifikke, med knapt 20 % A-diagnoser (29).

Tabell 5 viser at bruken av uspesifikke diagnoser har vært sterkt økende ved telefonkontakter. De seks hyppigst brukte diagnosene var alle uspesifikke og utgjorde til sammen 75 % av alle telefondiagnosene i 2019. Til sammenligning utgjorde disse seks diagnosene bare 17 % i 2006. Dersom tendensen med økende bruk av uspesifikke diagnoser fortsetter, vil det etter hvert svekke grunnlaget for statistikk basert på innrapporterte ICPC-diagnoser. En bør vurdere å innskjerpe overfor legevaktene at man skal tilstrebe korrekt bruk av diagnosekoder og avstå fra automatisk generering av regningskort.

Tabell 5: De hyppigst brukte enkeltdiagnosene ved telefonkontakter (prosent av alle)

Diagnoser	2006	2010	2012	2014	2016	2017	2018	2019
A99: helseproblem/sykdom	2,1	12,3	20,1	28,5	39,3	49,6	49,8	49,4
A29: gen. symptomer/plager	8,0	1,3	1,2	3,0	2,0	4,9	7,5	11,6
A97: administrativ kontakt	1,0	1,4	7,8	7,1	8,6	8,5	8,3	8,1
A13: engstelig for behandling	1,9	3,4	2,6	2,5	3,6	2,8	2,9	2,3
A98: individforebyggende tiltak	0,2	0,3	0,3	0,5	3,4	3,0	2,2	1,9
A03: feber	3,7	2,9	2,6	2,2	1,9	1,2	1,3	1,3
D01: abdominalsmerter	2,7	2,6	2,1	2,2	1,7	1,2	1,1	1,1
U71: cystitt/urinveisinfeksjon	2,4	2,6	2,0	1,9	1,4	0,9	0,8	0,7
R74: akutt øvre luftveisinfeksjon	1,8	1,5	1,4	1,1	1,1	0,7	0,6	0,6
R05: hoste	1,8	1,5	1,3	1,0	0,8	0,6	0,5	0,5
Sum diagnoser	278 650	327 462	402 562	493 177	528 248	580 808	631 214	684 773

Tabell 6 viser at diagnosefordelingen har vært svært stabil ved konsultasjoner. Det er også små endringer i antall konsultasjoner per år. Disse regningskortene lages bare av leger, det er lite bruk av uspesifikke diagnoser, og organdiagnoser dominerer.

Tabell 6: De hyppigst brukte enkeltdiagnosene ved konsultasjoner (prosent av alle)

Diagnoser	2006	2010	2012	2014	2016	2017	2018	2019
R74: akutt øvre luftveisinfeksjon	6,1	6,0	5,9	5,5	6,2	6,1	5,8	5,7
D01: abdominalsmerter	3,0	3,5	3,6	4,1	4,2	4,1	4,1	4,3
S18: åpent sår/kutt	4,3	3,9	3,7	4,0	3,9	4,0	4,0	3,8
U71: cystitt/urinveisinfeksjon	3,5	4,2	3,9	4,1	3,9	3,7	3,7	3,6
A99: helseproblem/sykdom	0,5	0,9	1,5	2,1	2,1	2,0	2,1	2,3
L81: skade muskel/skjelett	2,0	1,9	1,7	1,8	1,9	1,9	2,0	2,0
A11: brystsmerte	0,9	1,4	1,7	1,7	1,9	2,0	1,9	1,9
A03: feber	1,9	1,7	1,7	1,5	1,4	1,2	1,4	1,6
R81: lungebetennelse	1,9	1,5	2,0	1,4	1,6	1,6	1,3	1,2
F70: infeksiøs konjunktivitt	2,1	2,1	1,6	1,4	1,3	1,3	1,1	1,1
R78: akutt bronkitt	1,9	1,6	1,6	1,2	1,5	1,4	1,2	1,0
H71: mellomørebetennelse akutt	2,0	1,9	1,6	1,4	1,2	1,1	1,0	0,9
Sum diagnoser	1 238 791	1 330 561	1 368 297	1 352 209	1 350 766	1 332 024	1 321 039	1 341 415

Ulike kontakttyper har ulik diagnosefordeling (tab 7). Sykebesøk, som stort sett forbeholdes eldre, har oftere sammenheng med allmenne/uspesifiserte diagnoser, hjerte- og karsykdommer, nevrologi og psykiatri. Nesten 78 % av telefonkontaktene ender med en allmenn og uspesifisert diagnose.

Tabell 7: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kontakttipe (2019)

ICPC hovedgruppe	Alle kontakter	Konsultasjoner	Sykebesøk	Telefonkontakt
A: allment	35,1	13,4	26,8	77,7
B: blod	0,3	0,3	0,5	0,2
D: fordøyelse	8,2	10,8	7,4	3,4
F: øye	3,1	4,5	0,5	0,7
H: øre	1,8	2,5	0,4	0,7
K: hjerte/kar	2,8	3,5	8,1	1,0
L: muskel/skjelett	12,4	17,0	9,2	4,2
N: nevrologi	3,5	4,5	6,8	1,4
P: psykiatri	4,9	5,0	14,8	2,5
R: respirasjon	12,4	17,4	13,0	3,1
S: hud	8,2	11,6	3,7	2,3
T: metabolsk	0,8	0,8	2,0	0,6
U: urin	4,4	5,9	5,2	1,2
W: svangerskap	0,7	1,0	0,4	0,3
X: kv. kjønnsorgan	0,6	0,8	0,3	0,3
Y: m. kjønnsorgan	0,5	0,7	0,4	0,2
Z: sosialt	0,4	0,4	0,5	0,2
Sum kontakter	2 154 597	1 341 415	75 980	684 773

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 akutt alkoholmisbruk (P16) den hyppigste diagnosekoden ved konsultasjoner og sykebesøk, og ikke nærmere definert psykisk lidelse (P99) ved telefonkontakt. 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).

Det er også tydelige døgnvariasjoner i bruk av ulike diagnosegrupper (tab 8). 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 8: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kontakttidspunkt i løpet av døgnet (2019)

ICPC hovedgruppe	Natt (0-8)	Dag (8-16)	Kveld (16-24)
A: allment	41,2	36,4	33,0
B: blod	0,2	0,3	0,3
D: fordøyelse	11,3	6,7	8,4
F: øye	1,5	3,6	3,1
H: øre	1,0	2,0	1,9
K: hjerte/kar	3,5	2,6	2,8
L: muskel/skjelett	8,3	12,8	13,0
N: nevrologi	3,9	3,0	3,8
P: psykiatri	9,0	4,3	4,3
R: respirasjon	9,1	13,1	12,7
S: hud	5,0	7,7	9,3
T: metabolsk	0,6	0,8	0,8
U: urin	3,5	4,6	4,4
W: svangerskap	0,6	0,7	0,8
X: kv. kjønnsorgan	0,4	0,6	0,6
Y: m. kjønnsorgan	0,4	0,5	0,6
Z: sosialt	0,7	0,4	0,3
Sum kontakter	259 693	703 886	1 191 018

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 (tab 9).

Tabell 9: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter måned (2019)

ICPC hovedgruppe	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
A: allment	36,3	35,9	35,2	33,9	35,6	35,4	35,9	35,7	36,2	33,6	34,4	33,0
B: blod	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
D: fordøyelse	8,1	8,1	8,7	8,0	7,9	7,9	7,5	8,2	8,1	8,7	8,8	8,3
F: øye	2,5	2,5	3,0	3,5	3,5	3,5	3,2	3,0	3,0	3,2	3,0	2,9
H: øre	1,8	2,0	1,8	1,7	1,6	1,7	2,1	1,9	1,6	1,7	1,8	2,1
K: hjerte/kar	2,7	2,8	3,0	2,8	2,9	2,7	2,7	2,7	2,7	3,1	3,0	2,8
L: muskel/skjelett	11,6	11,6	12,4	13,2	12,6	12,7	12,5	13,0	12,6	12,9	12,5	11,2
N: nevrologi	3,6	3,5	3,7	3,3	3,5	3,4	3,2	3,5	3,6	3,9	3,9	3,5
P: psykiatri	4,6	4,4	4,9	4,7	4,9	4,7	4,7	5,1	5,1	5,5	5,3	4,8
R: respirasjon	15,5	16,4	13,2	12,9	11,8	10,7	8,7	8,1	10,5	11,2	12,4	16,8
S: hud	6,1	6,0	6,9	8,3	8,2	9,8	11,8	10,7	8,7	8,1	7,2	6,8
T: metabolsk	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8
U: urin	4,0	3,8	4,0	4,5	4,2	4,3	4,4	4,8	4,6	4,6	4,5	4,6
W: svangerskap	0,7	0,7	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,7
X: kv.kjønnsorgan	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6
Y: m.kjønnsorgan	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,5
Z: sosialt	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3
Sum kontakter	180077	168926	179070	189685	188920	191188	187558	179384	170496	159981	161650	197662

Tabell 10 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 10: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kjønn (2019)

ICPC hovedgruppe	Kvinner	Menn
A: allment	35,6	34,5
B: blod	0,3	0,3
D: fordøyelse	8,9	7,3
F: øye	2,6	3,6
H: øre	1,7	1,9
K: hjerte/kar	2,7	2,9
L: muskel/skjelett	11,9	13,0
N: nevrologi	3,7	3,3
P: psykiatri	4,3	5,6
R: respirasjon	12,3	12,4
S: hud	7,0	9,7
T: metabolsk	0,7	0,9
U: urin	5,4	3,1
W: svangerskap	1,3	-
X: kv. kjønnsorgan	1,1	-
Y: m. kjønnsorgan	-	1,1
Z: sosialt	0,4	0,3
Sum kontakter	1 1044 338	1 010 259

Ulike aldersgrupper har ulike diagnosespekter (tab 11). Allmenne og uspesifiserte diagnoser benyttes mest på de aller yngste og eldste pasientene. Sykdommer i åndedretsorganene og øre avtar med alderen, mens hjerte- og karsykdommer og urinveislidelser øker. Hudlidelser er overrepresentert i barneårene, psykiatri og muskel/skjelett blant unge og voksne.

Tabell 11: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter aldersgrupper (2019)

ICPC hovedgruppe	Aldersgrupper								
	0-1	2-4	5-9	10-15	16-25	26-40	41-60	61-80	81-
A: allment	50,9	42,6	37,0	31,1	33,3	33,3	31,6	32,7	37,5
B: blod	0,1	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	0,7
D: fordøyelse	7,1	6,7	8,9	7,0	8,6	9,5	8,1	8,1	7,1
F: øye	2,7	3,2	3,1	2,7	3,0	3,7	3,8	2,6	1,2
H: øre	3,3	4,6	4,2	2,6	1,6	1,5	1,3	1,0	0,5
K: hjerte/kar	0,1	0,0	0,1	0,3	0,9	1,7	3,5	6,5	7,5
L: muskel/skjelett	1,3	4,4	11,3	24,5	12,9	12,5	15,4	12,9	11,2
N: nevrologi	2,2	2,6	3,0	3,9	3,6	3,8	3,8	3,7	3,8
P: psykiatri	0,2	0,1	0,3	2,2	6,9	7,1	7,8	3,9	3,1
R: respirasjon	24,8	21,8	14,1	11,2	12,0	9,5	9,0	11,5	11,4
S: hud	5,9	10,2	13,8	10,8	8,6	7,9	8,4	7,2	5,2
T: metabolsk	0,3	0,2	0,2	0,3	0,4	0,5	0,9	1,6	1,8
U: urin	0,6	2,2	2,7	1,6	4,1	3,9	4,6	7,0	8,0
W: svangerskap	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	2,6	0,2	0,1	0,1
X: kv. kjønnsorgan	0,0	0,2	0,2	0,3	1,1	1,2	0,6	0,3	0,2
Y: m. kjønnsorgan	0,4	0,9	0,8	0,7	1,0	0,5	0,3	0,5	0,4
Z: sosialt	0,0	0,0	0,1	0,4	0,8	0,6	0,3	0,1	0,1
Sum kontakter	150676	128658	109866	108071	313267	399174	427315	359185	158385

Behandling av skader hører til legevaktens kjerneoppgaver. De første legevaktene som ble etablert i Norge, behandlet først og fremst sårskader og brudd (30). I tabell 12 har vi brukt samme kategorisering av ICPC-kodene som Folkehelseinstituttet benyttet i rapporten «Skadebildet i Norge» (31).

Tabell 12: Oversikt over ulike skader på legevakt

Skadetyper ICPC-2 diagnosekoder	2006	2010	2012	2014	2016	2018	2019
Bruddskader L72, L73, L74, L75, L76	23 552	25 266	22 870	22 858	22 742	21 609	19 889
Forstuvning, forstrekning, ute av ledd L77, L78, L79, L80, L81, L96	47 869	47 321	43 838	44 076	44 646	43 609	42 266
Hodeskader (ekskl. brudd), hjernerystelse N79, N80	13 245	16 137	17 866	16 879	17 513	17 469	18 148
Øyeskader (inkl. fremmedlegeme) F75, F76, F79	15 341	13 812	13 313	13 071	12 781	12 815	12 895
Penetrasjonsskade stikk, kutt, bitt S13, S18	65 664	66 011	64 266	69 028	65 950	66 088	64 013
Forbrenning, skoldning S14	6 298	7 004	7 027	7 286	7 435	7 289	7 019
Andre overflateskader, inkl. insektstikk S12, S15, S16, S17, S19, H78	29 067	28 023	27 350	30 636	26 156	27 626	27 333
Forgiftninger A84, A86	4 797	5 664	5 140	5 663	6 856	5 558	5 500
Andre skader A80, A81, A88, B76, B77, D79, D80, H76, H77, H79, N81, R87, R88, U80, X82, Y80	18 749	21 221	20 579	22 429	24 581	23 529	22 879
Sum kontakter	224 582	230 459	222 249	231 926	228 660	225 592	215 597

Tabell 12 viser stor grad av stabilitet i totalt antall skader over tid. Det har imidlertid vært en økning i antall hodeskader med 37 % siden 2006. På den andre siden har antall bruddskader og øyeskader blitt redusert med 16 %.

Legers deltakelse i legevakt

Det har vært et metodologisk problem at andel uidentifiserte vaktleger har vært høyt frem til 2016. Dette har sammenheng med at fastlønte vaktleger har levert regningskort på kommunens eller legevaktens organisasjonsnummer. De uidentifiserte legene har neppe samme fordeling som de identifiserte. Med virkning fra 1. januar 2016 ble meldingsformatet til Helfo utvidet, slik at legevakten nå på hver regning innrapporterer hvem som er utførende behandler. Rapporteringen er derfor praktisk talt fullstendig fra 2017.

I tabell 13 er de uidentifiserte legene inkludert i analysene. Det medfører at de ulike legegruppens andel av kontaktene tidligere år har blitt underestimert i varierende grad. Om en ekskluderer de uidentifiserte legene, utgjorde fastlegenes andel av vaktarbeidet 55,5 % i 2015 og 62,6 % i 2016. Tilsvarende tall for 2019 er 56,7 %.

Tabell 13: Deltakelse i legevakt (legegruppens prosentvise andel av alle kontakter)

Legegruppe	2006	2010	2012	2014	2016*	2017	2018	2019
Fastlege	43,7	35,5	37,1	35,5	56,1	57,7	57,9	56,7
Spesialist i allmenntillegene	29,9	24,8	23,7	20,6	22,7	26,5	29,1	28,9
Kvinne	20,9	25,5	22,0	22,0	26,6	31,8	31,8	34,6
Alder < 30	13,6	11,2	8,5	9,0	8,4	10,1	9,6	8,1
Alder 30 – 39	36,0	41,1	35,3	32,4	40,0	41,2	40,8	40,2
Alder 40 – 49	24,7	20,5	19,4	18,1	22,9	27,8	27,6	27,7
Alder 50 – 59	16,9	17,6	16,3	11,5	12,7	14,4	15,5	16,7
Alder 60 –	2,7	4,3	5,7	7,4	5,6	6,3	6,6	7,4
Uidentifisert lege	6,1	5,4	14,8	21,6	10,3	0,1	0,0	0,0
Sum kontakter	1 626 644	1 758 528	1 879 357	1 955 860	1 994 874	2 028 440	2 071 558	2 154 597

*Definisjonen av fastlege er utvidet fra 2016

Tidligere har fastleger blitt definert som leger registrert i Fastlegeregisteret. Dette har medført at vikarer ofte ikke har blitt registrert som fastleger. Fra 2016 blir fastleger definert som leger som i løpet av samme år har sendt fastlegeregninger til Helfo. Dette gir en mer fullstendig dekning, særlig blant de typiske vikarlegene, yngre og kvinnelige leger.

I ettertid må vi kunne si at Fastlegeregisteret ikke har vært en optimal kilde for å definere «fastlege», og at det kan ha bidratt til at vi før 2016 har underestimert vakt deltakelsen blant leger i fastlegestilling.

Siden 2016 er anslaget for fastlegenes vakt deltakelse høyere enn tidligere år. Den utvidede definisjonen av «fastlege» er den viktigste forklaringen på dette. Fastleger utfører nå i underkant av 57 % av legevaktarbeidet, og dette synes ikke å ha endret seg vesentlig de senere årene.

Takster

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

	2006	2010	2012	2014	2016	2017	2018	2019
Spesialisttakst (2dd, 2dk)	26,1	21,1	21,8	20,2	20,8	21,3	23,3	24,9
Tidstakst (2cd, 2ck)	32,1	34,1	36,2	37,7	40,3	41,6	42,3	43,6
Laboratorium (701a)	30,3	37,8	41,0	41,0	44,9	45,6	45,9	46,2
CRP (705k)	28,2	32,6	35,7	35,4	38,1	38,3	38,9	39,4
Streptest (706k)	4,3	4,0	3,8	3,3	3,3	3,0	2,8	2,7
EKG (707)	3,9	5,4	6,1	6,7	7,4	7,8	8,1	8,5
Kir. prosedyrer (100, 103, 104, 105, 106a, 106b, 111)	10,5	10,7	10,3	10,9	11,4	11,5	11,8	11,7
Kontakt hjemme-sykepleie o.l. (1f)	3,3	3,4	4,1	5,2	6,9	6,8	7,0	6,9
Sykmelding (L1)	6,9	5,2	4,9	4,1	3,9	3,6	3,5	3,4
N	1 238 791	1 330 561	1 368 297	1 352 209	1 350 766	1 332 024	1 321 039	1 341 415

Tabell 14 omfatter alle konsultasjoner, også med uidentifiserte leger. Det har vært små endringer i bruk av takst for spesialisttillegg, noe som avspeiler at spesialister i allmenntilleggsmedisin har tatt den samme andelen av legevaktarbeidet over tid. Det har imidlertid vært en viss økning de siste årene. I og med at denne statistikken er fullstendig (omfatter alle konsultasjoner), er dette det mest pålitelige tallet vi har for spesialistenes vakt deltakelse over tid. Den høyere andelen i 2006 skyldes nok likevel at det dette året var en viss underreportering av konsultasjoner fra leger som ikke var spesialist i allmenntilleggsmedisin (2). Etter innføring av elektronisk frikortløsning har alle kontakter blitt rapportert til HELFO.

Det har over tid vært en økende bruk av laboratorium (hovedsakelig CRP), EKG og tidstakst. Fram til 2016 har vaktlegene stadig oftere hatt kontakt med hjemmesykepleie, noe som kan ha sammenheng med økende utbredelse av elektroniske dialogmeldinger. De siste årene har antall slike kontakter flatet ut, noe som kan skyldes at den tekniske muligheten for å bruke dialogmeldinger etter hvert har blitt fullt utbygd. En skal ellers merke seg at bruken av sykmelding har avtatt jevnt og trutt.

Data fra årsstatistikken har også blitt brukt i en vitenskapelig analyse av legers tidsbruk (32). Her viste det seg at erfarne leger arbeider raskere enn uerfarne leger. Men leger som hadde vakt både i 2008 og 2017, og dermed tilegnet seg betydelig erfaring i løpet av perioden, økte også sin bruk av tidstakst. Studien kan ikke gi svar på årsaken til denne utviklingen, men en mulighet kan være at legene praktiserer mer defensiv (og tidskrevende) medisin enn tidligere.

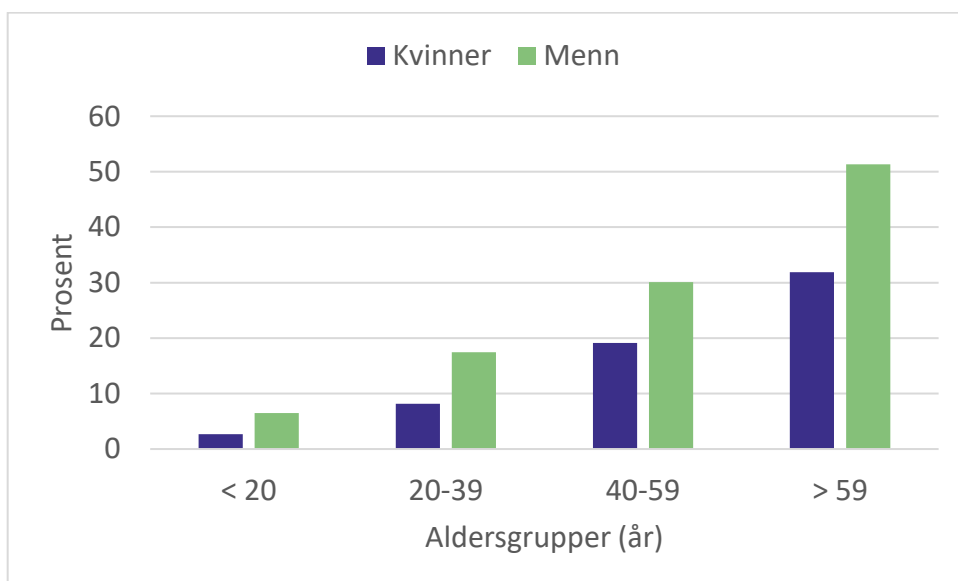
Selv mord og selvmordsforsøk

I følge dødsårsaksregisteret døde det 674 personer som følge av selvmord i 2018, en økning på vel 30 % siden 2008. Kjønnfordelingen blant de som begikk selvmord i denne perioden, var 70 % menn og 30 % kvinner.

Legevaktlegene registrerer selvmord og selvmordsforsøk med samme diagnosekode (P77), og i 2019 var det 4 434 personer som fikk denne diagnosen (48 % kvinner). Mange hadde mer enn en legevaktkontakt med denne diagnosen, slik at det i alt var 4 840 konsultasjoner (53 % kvinner), 1 126 sykebesøk (47 % kvinner) og 478 telefonkontakter (46 % kvinner).

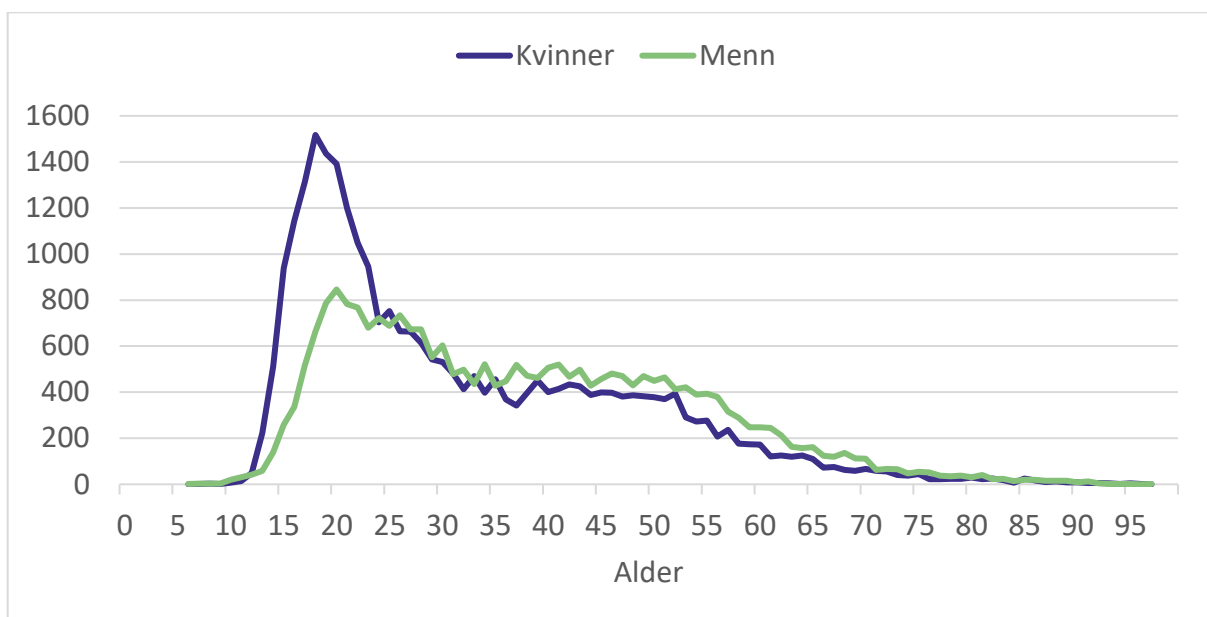
Det er betydelig flere som har kontakt med legevakt på grunn av selvmord/forsøk enn som faktisk blir registrert som gjennomført selvmord. Andelen døde som prosent av antall personer som har vært i kontakt med legevakt er fremstilt i figuren under. Det er tydelig at andelen registrerte selvmord øker med alderen og dessuten er høyere blant menn enn blant kvinner. Det er viktig å være klar over at figuren *ikke* viser dødeligheten blant legevakt pasientene. De fleste selvmord skjer nok uten kontakt med legevakten.

Figur 8: Prosentvis andel gjennomførte selvmord av antall personer som kontakter legevakt på grunn av selvmord/forsøk (samlet for årene 2014–2018)



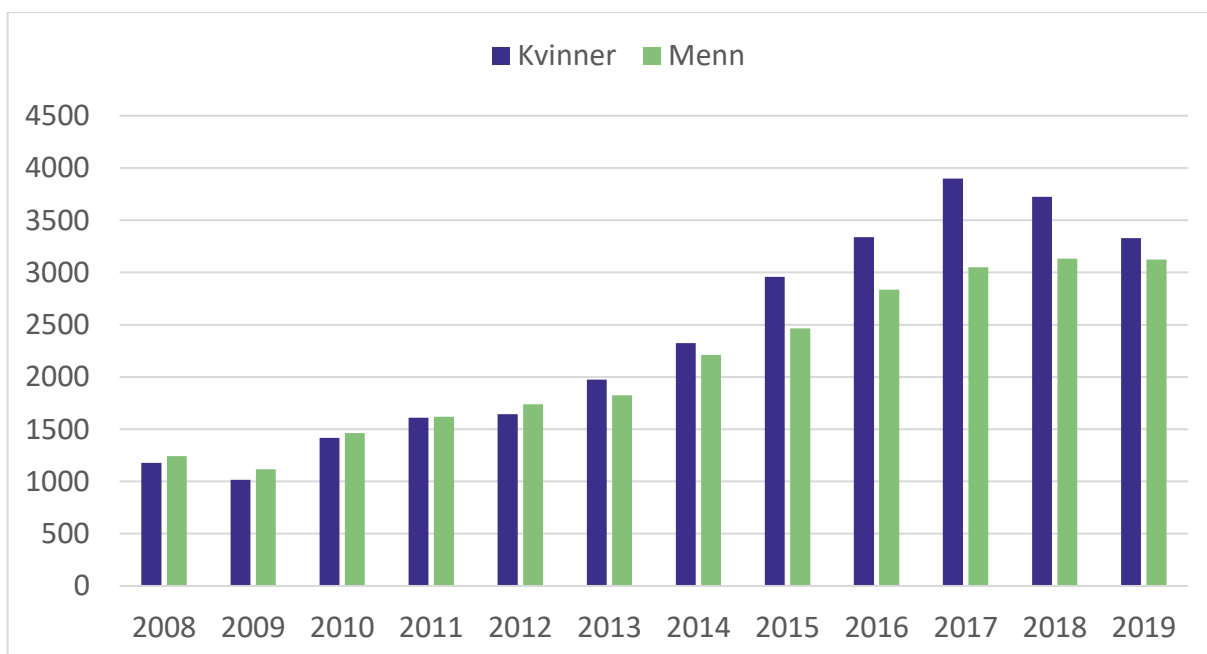
I løpet av perioden 2008-2019 var det i alt 30 135 personer (47 % kvinner) som fikk diagnosen P77, med 40 635 konsultasjoner (54 % kvinner), 8 210 sykebesøk (46 % kvinner) og 5 313 telefonkontakter (52 % kvinner). I løpet av denne lange perioden var 31 % av kvinnene og 26 % av mennene gjengangere, i den forstand at de hadde mer enn en legevaktkontakt på grunn av suicidalitet.

Figur 9: Antall kontakter på grunn av suicidalitet (diagnosekode P77), samlet for årene 2008–2019



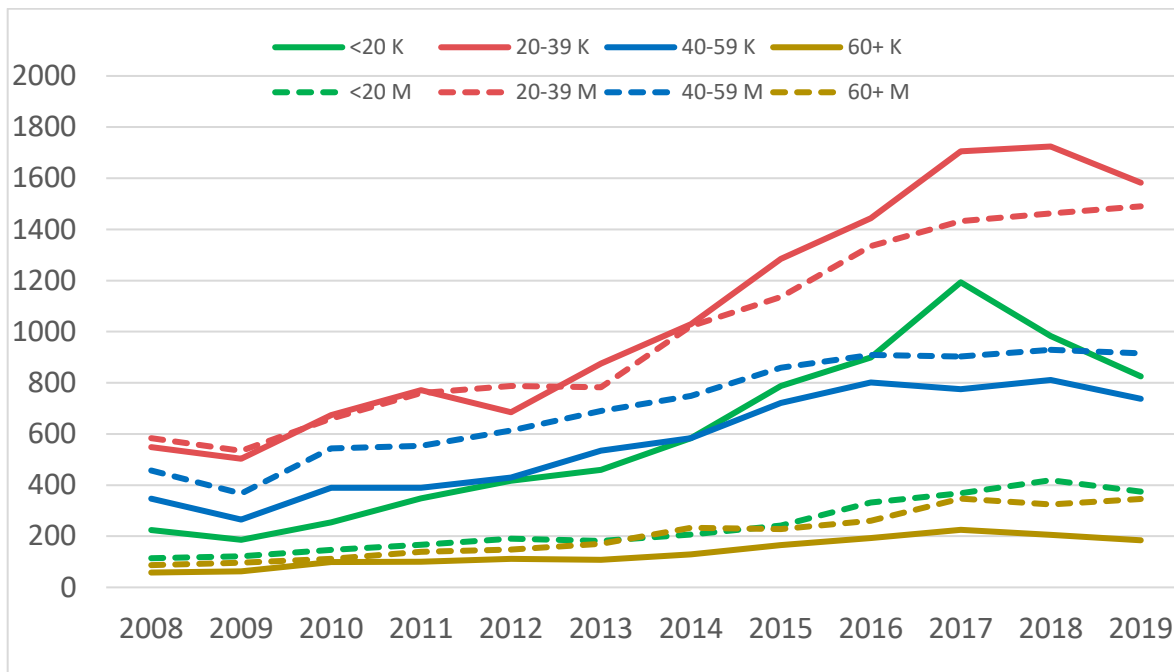
Figuren viser at unge kvinner opp til 25 års alder er stekt overrepresentert blant de som havner på legevakt på grunn av selvmordsforsøk, mens det ellers er en moderat overvekt av godt voksne menn. Menn gjennomfører i større grad selvmord enn kvinner, mens unge kvinner oftere tar overdoser med legemidler som sjelden er fatale (33).

Figur 10: Utvikling i antall legevaktkontakter for suicidalitet i årene 2008–2019 (kjønn)



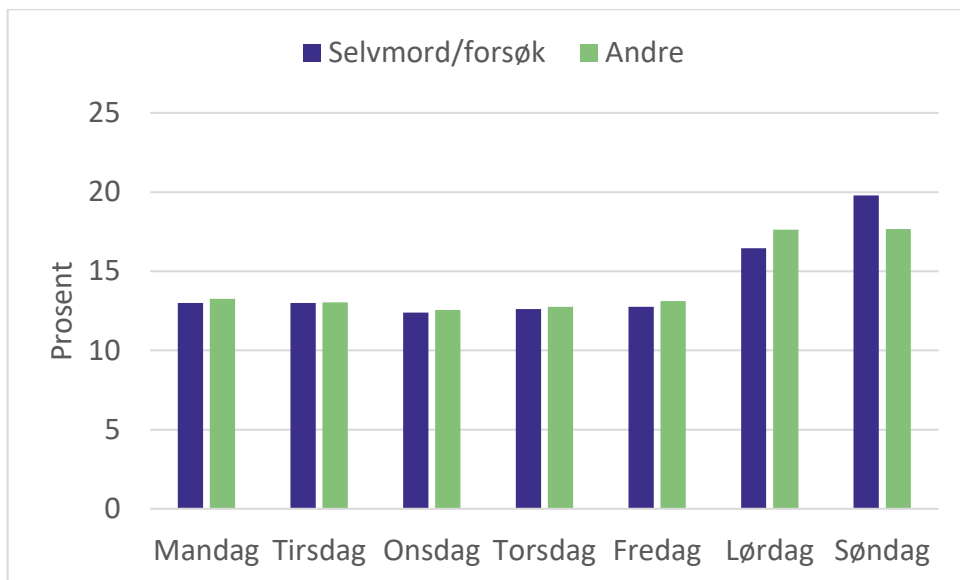
Figuren over viser at det har vært en økning i legevaktkontakter på grunn av suicidalitet. De første årene var det en relativt jevn kjønnsfordeling, men siden 2013 har kvinnene vært i flertall. Siden 2017 har det imidlertid vært en nedgang i antall kontakter med kvinner.

Figur 11: Utvikling i antall legevaktkontakter for suicidalitet i årene 2008–2018 (kjønn og aldersgrupper)



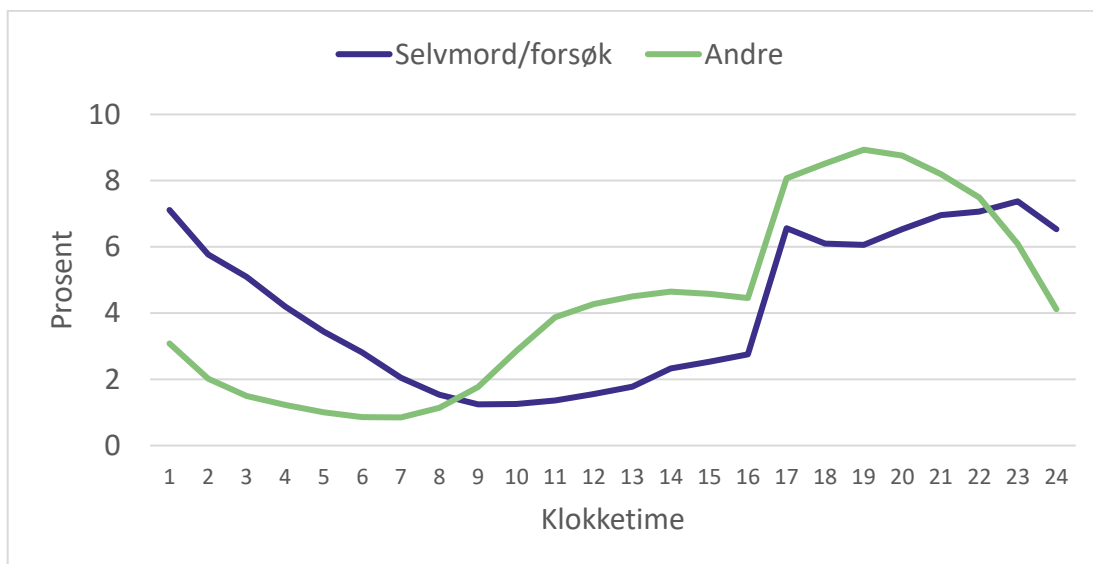
Sterkest økning i legevaktkontakter på grunn av selvmord/forsøk er det blant menn over 59 år (298 %) og blant kvinner under 20 år (268 %). I den yngste aldersgruppen er det betydelig flere kvinner enn menn som kontakter legevakten på grunn av selvmordsforsøk. Høyest antall er det i aldersgruppen 20–39 år og her er kjønnsforskjellen mindre. I aldersgruppen 40–59 år er det liten kjønnsforskjell, både menn og kvinner øker med vel 100 %. Hyppigheten har avtatt noe blant unge kvinner de siste 1-2 årene.

Figur 12: Fordeling av kontakter på ukedagene, selvmordsforsøk og andre kontakter (2008–2019)



Figuren over viser hvordan legevaktkontaktene fordeler seg på de ulike ukedagene. Her skiller søndagene seg ut ved å ha en større andel kontakter på grunn av selvmord/forsøk enn andre kontaktårsaker. Figuren under viser at det er større risiko for selvmordsforsøk om natten.

Figur 13: Fordeling av kontakter per klokke, selvmordsforsøk og andre kontakter



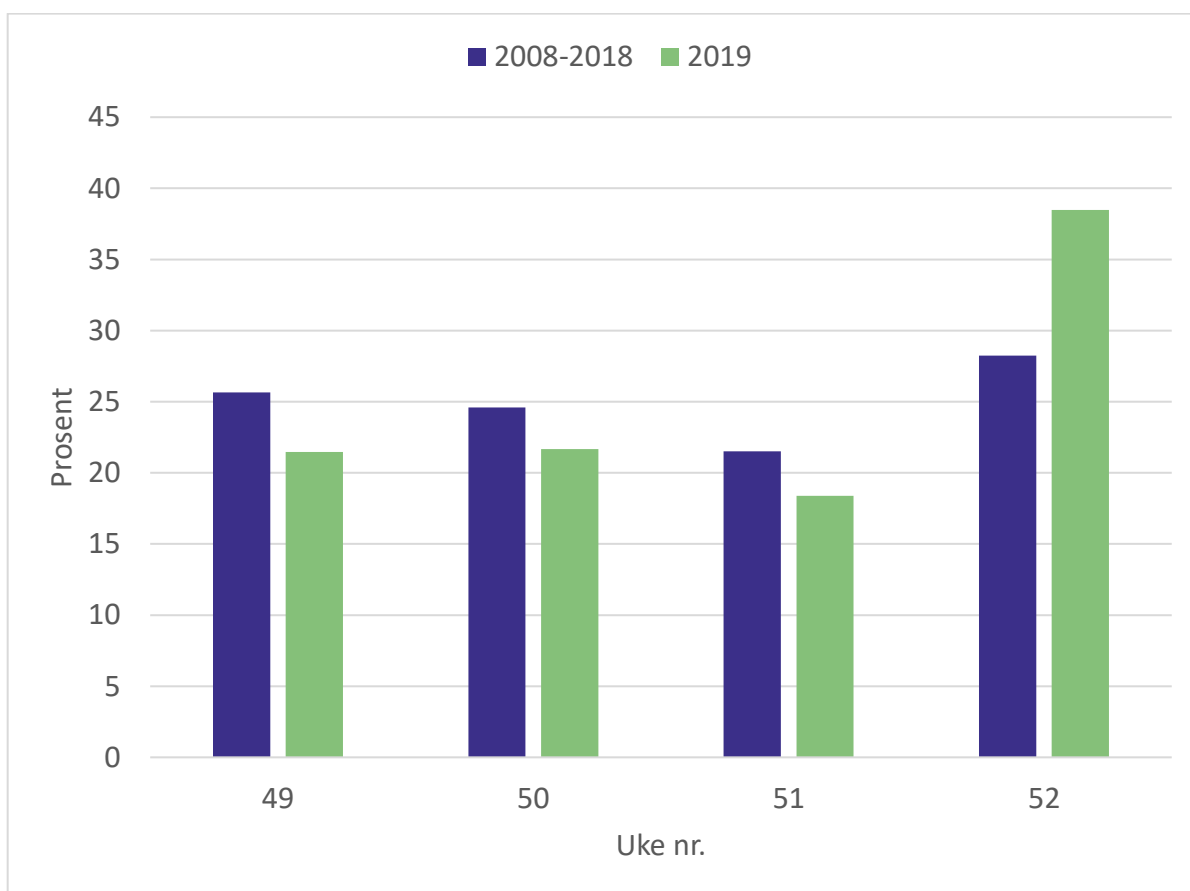
Pasienter som har vært på legevakt med selvmordsforsøk, har også hatt andre legevaktkontakter, med andre diagnoser. De hyppigste diagnosene er listet opp i tabell 15. Menn hadde noe hyppigere psykiatriske diagnoser enn kvinner, hhv. 35,4 % og 27,4 % av alle. Spesielt var menn overrepresentert med stoff- og alkoholmisbruk.

Tabell 15: De vanligste diagnosene ved andre kontakter for pasienter som også har hatt kontakt på grunn av selvmordsforsøk

Kvinner (n = 352 185 kontakter)		Menn (n = 296 271 kontakter)	
Diagnose	Andel (%)	Diagnose	Andel (%)
A99: helseproblem/sykdom	13,8	A99: helseproblem/sykdom	12,4
S18: åpent sår/kutt	3,8	P19: stoffmisbruk	6,0
D01: abdominalsmerter	3,7	P15: kronisk alkoholmisbruk	4,6
P99: psykisk lidelse	3,7	P76: depressiv lidelse	3,2
P76: depressiv lidelse	2,9	P99: psykisk lidelse	3,2
A97: administrativ kontakt	2,9	P16: akutt alkoholmisbruk	3,2
P80: personlighetsforstyrrelse	2,5	A97: administrativ kontakt	3,0
P19: stoffmisbruk	2,3	S18: åpent sår/kutt	2,2
U71: cystitt/urinveisinfeksjon	2,2	D01: abdominalsmerter	2,1
A84: legemiddelforgiftning	2,1	P29: psykiske symptomer/plager	2,0

Første juledag 2019 ble det kjent at Ari Behn hadde begått selvmord. Familien var helt åpne om dette og det fikk bred omtale i mediene. Mange hyllet denne åpenheten. Det er imidlertid indikasjoner på at slik omtale av selvmord blant kjente personer kan virke befordrende på andre som går med liknende tanker (34). Figuren under synes å bekrefte en slik effekt. Sammenlignet med foregående år var det flere legevaktkontakter på grunn av selvmord/forsøk den siste uken i 2019. Ellers tyder studier på at det er mindre psykiatrisk sykdom og selvmord i julen, høyere i nyttårshelgen (35).

Figur 14: Prosentvis fordeling av kontakter på grunn av selvmord/forsøk de siste fire ukene i desember, 2019 sammenlignet med årene 2008–2018



Referanser

1. Nossen JP. Hva foregår på legekantorene? Konsultasjonsstatistikk for 2006. NAV-rapport nr 4 2007. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2007.
2. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2007. Rapport nr. 5-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009. <http://bora.uib.no/handle/1956/6244>.
3. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2008 og 2009. Rapport nr. 7-2010. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2010. <https://bora.uib.no/handle/1956/5907>.
4. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2010. Rapport nr. 3-2011. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2010. <https://bora.uib.no/handle/1956/5906>.
5. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2011. Rapport nr. 5-2012. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2012. <https://bora.uib.no/handle/1956/5910>.
6. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2012. Rapport nr. 3-2013. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2013. <https://bora.uib.no/handle/1956/6600>.
7. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2013. Rapport nr. 2-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2014. <https://bora.uib.no/handle/1956/7903>.
8. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2014. Rapport nr. 2-2015. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2015. <http://bora.uib.no/handle/1956/9914>.
9. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2015. Rapport nr. 2-2016. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2016. <https://bora.uib.no/handle/1956/11953>.
10. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2016. Rapport nr. 3-2017. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2017. <https://bora.uib.no/handle/1956/15856>.
11. Sandvik H, Hunskår S, Blinkenberg J. Årsstatistikk fra legevakt 2017. Rapport nr. 2-2018. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2018. <http://bora.uib.no/handle/1956/17544>.
12. Sandvik H, Hunskår S, Blinkenberg J. Årsstatistikk fra legevakt 2018. Rapport nr. 2-2019. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, 2019. <http://bora.uib.no/handle/1956/19421> (26.3.2020).
13. 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. <https://bora.uib.no/handle/1956/6251>.
14. Morken T, Solberg LR, Allertsen M. Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2018. Rapport nr. 4-2019. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, 2019.

15. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. www.lovdatabank.no/for/sf/ho/fo-20120829-0842.html.
16. Sandvik H, Hunskår S. Hvilke leger mottar trygderefusjon for legevaktarbeid? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1347-50.
17. Sandvik H, Zakariassen E, Hunskår S. Fastlegenes deltakelse i legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2513-6.
18. Sandvik H, Hunskår S, Diaz E. Hvilke fastleger deltar i legevakt? Tidsskr Nor Lægeforen 2012; 132: 2277-80.
19. Direktoratet for e-helse. ICPC-2. Den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten. <https://ehelse.no/kodeverk/icpc-2.den-internasjonale-klassifikasjonen-for-primarhelsetjenesten> (26.3.2020).
20. Normaltariffen. Den norske legeforening. <http://legeforeningen.no/Arbeidsliv-og-jus/naringsdrivende/Normaltariffen/> (10.11.2019).
21. Analyserapport. Fastleger, legevakt og avtalespesialister. Aktivitetsstatistikk 2009. Oslo: Helseøkonomiforvaltningen, april 2011.
22. Analyserapport. Statistikk over legars takstbruk 2010. Oslo: Helseøkonomiforvaltningen, 2012.
23. Nydal T. Analyserapport 4-2016. Måltall for refusjonsområdet lege. Oslo: Helseøkonomiforvaltningen 2016. <https://helfo.no/Documents/Analyser%20og%20rapporter/M%C3%A5ltall%20refusjonsomr%C3%A5de%20lege%202015.pdf>.
24. St.meld. nr. 43 (1999-2000) Om akuttmedisinsk beredskap.
25. Sundar T. Interkommunal legevakt - sparegris for staten? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1292-3.
26. Kongsvik LT. Suksesslegevakt på fire hjul. Tidsskr Nor Lægeforen 2017; 137: 771.
27. Standard for kommuneklassifisering 1994. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1994. <https://www.ssb.no/a/metadata/conceptvariable/vardok/927/nb>
28. Eikeland OJ, Fotland SLS, Raknes G, Hunskår S, Vaktårnprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport for 2018. Rapport nr. 3-2019. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE, Norwegian Research Centre, 2019.
29. Midtbo V, Raknes G, Hunskår S. Telephone counselling by nurses in Norwegian primary care out-of-hours services: a cross-sectional study. BMC Fam Pract 2017; 18: 84.
30. Hunskår S, Sandvik H. Legevaktens historie. Fra barberkirurg til digital vaktlege. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevakt medisin, 2018.
31. Skadebildet i Norge. Hovedvekt på personskader i sentrale registre. Folkehelseinstituttet, Rapport 2014:2, Oslo. www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/skadebildet-i-norge-hovedvekt-pa-personskader-i-sentrale-registre-pdf.pdf (7.5.2019).
32. Sandvik H. Doctors' characteristics and the use of long consultations at out-of-hours services 2008-2017: a registry-based follow-up study in Norway. Scand J Prim Health Care 2019; 37: 366-72.
33. Sandvik H, Hunskår S. Legevaktkontakter på grunn av forgiftning i Norge 2006-15. Tidsskr Nor Lægeforen 2017; 137: 876-80.
34. Niederkrotenthaler T, Braun M, Pirkis J et al. Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. Bmj 2020; 368: m575.

35. Sandvik H. Legevaktkonsultasjoner julaften, nyttårsaften og en vanlig lørdag. Tidsskr Nor Legeforen 2019; 139: 1763-5.