

Årsstatistikk for legevakt 2021

Rapport nr. 1-2022

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin



Tittel	Årsstatistikk fra legevakt 2021
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	978-82-8408-206-6 (pdf)
ISSN	1891-3474
Rapport	Nr. 1 - 2022
Tilgjengelighet	Pdf-versjon
Prosjekttittel	Årsstatistikk - regningskort fra legevakt
Antall sider	34
Publiseringsmåned	Februar 2022
Oppdragsgiver	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
Sitering	Sandvik H, Hunskår S, Blinkenberg J. Årsstatistikk fra legevakt 2021. Rapport nr. 1-2022. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, 2022.
Sitering engelsk	Sandvik H, Hunskår S, Blinkenberg J. Statistics from out-of-hours primary health care 2021. Report no. 1-2022. Bergen: National Centre for Emergency Primary Health Care, NORCE Norwegian Research Centre, 2022.

Helsedepartementet har etablert Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Senteret er organisert i NORCE Norwegian Research Centre, avdeling Helse og samfunn, 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 5610 7288
Besøksadresse	Årstadveien 17, 5009 Bergen
Postadresse	Postboks 22 Nygårdstangen
Postnummer:	5838
Poststed	Bergen

Forord

Dette er fjortende rapport om aktiviteten på legevakt i Norge. Tidligere rapporter omfatter årene fra 2006 til 2020, mens denne inneholder data fra 2021. 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 kontakttyper i forhold til døgnetts timer, geografi, kjønn og alder, samt diagnosefordelingen.

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

Noen år kan det være aktuelt å gå særlig grundig inn i enkelte analyser, for eksempel bruk av spesielle takster eller diagnosekoder. Denne gang har vi sett nærmere på bruken av e-konsultasjoner på legevakten.

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 Hunskår 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	8
Materialet	8
Kontakter	9
Diagnoser	14
Legers deltakelse i legevakt	22
Takster	23
Bruk av e-konsultasjoner på legevakt	24
Referanser	31

Sammendrag

Denne rapporten er basert på elektroniske refusjonskrav fra legevakt i årene 2006 til 2021. 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 2021 nesten 4 millioner pasientkontakter med refusjonskrav, 18 % mer enn i 2020 og 86 % mer enn i 2019. Konsultasjoner utgjorde 32,1 % av kontaktene, sykebesøk 2,1 %. Telefonkontakter utgjorde 34,7 % og enkle kontakter 31,1 %. Antall konsultasjoner er relativt stabilt, dog med en liten nedgang i forbindelse med pandemien. Antall telefonkontakter har vist en økende tendens over flere år, trolig fordi telefonkontakt med sykepleier oftere resulterer i regningskort enn tidligere. I forbindelse med pandemien har det imidlertid vært en eksplosiv økning i antall telefonkontakter, en dobling i forhold til 2019. Antall enkle kontakter er 24-doblet sammenlignet med 2019, trolig pga. covid-19 testing.

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 2021 var det 85 287 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.

Vanligvis er det slik at 40 % av legevaktkontaktene skjer i helgene, 60 % på de fem ukedagene. I forbindelse med pandemien har det vært en jevnere fordeling av kontakter på alle ukedagene. De travleste periodene i 2021 var i mars og september.

Diagnosefordelingen er gjennomgående stabil fra det ene året til det andre, men bruken av allmenne og uspesifikke diagnoser (f.eks. «helseproblem/sykdom») har vært stadig økende. I 2006 var 13,1 % av kontaktene kodet med slike diagnoser, i 2021 var andelen 27,1 %. Ved telefonkontakter var hele 59,1 % av alle diagnosene uspesifikke i 2021. 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 mer stabil og med bare 14,8 % uspesifikke diagnoser. Her er sykdom i åndedretsorganene og muskel- og skjelettlidelser de vanligste diagnosene. De hyppigste enkeltdiagnosene i 2021 var R991 (mistenkt covid-19), akutt øvre luftveisinfeksjon (R74) og D01 (abdominalsmerte).

Diagnosefordelingen gjennom 2021 har vært sterkt preget av pandemien. Nesten halvparten (47,1 %) av alle kontaktene har vært på grunn av luftveislidelser, og 94,1 % av alle enkle kontakter (dette dreier seg om testing for covid-19).

Antall skader som er behandlet ved norske legevakter har vist stor grad av stabilitet over tid, og har ligget på 215 000 – 230 000 kontakter per år. I 2020 og 2021 var det knapt 200 000 slike

kontakter. Det er rimelig å anta at dette kan ha sammenheng med nedstengning av utelivsbransjen i forbindelse med pandemien.

Det har lenge vært en økende bruk av laboratorieundersøkelser på legevakt. Den viktigste enkeltanalysen er CRP, som ble brukt i 37,5 % av konsultasjonene. Det har også vært en økende bruk av tidstaksten, som i 2021 ble brukt i 46,1 % av konsultasjonene. Bruken av sykmeldinger var høyest i 2007 med 7,4 % av konsultasjonene. I 2021 resulterte 2,3 % 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), nyutdannede LIS0-leger, sykehusleger og stipendiater.

I 2021 ble 37,5 % av alle legevaktkontakter utført av fastleger. Dette er en nedgang fra 2019 da fastleger utførte 56,7 % av alle kontaktene og 2020 med 47,9 %. Dette har trolig sammenheng med at i forbindelse med pandemien har mange enkle kontakter og telefonkontakter blitt utført av annet personell og registrert på legevaktsjefer o.l. Fastleger utførte 58,0 % av alle konsultasjoner og sykebesøk i 2020, mot 61,2 % i 2020.

E-konsultasjoner (takstkode 2ae/2aek) kan være både tekst- og videobasert. Frem til mars 2020 var bruk av takstene 2ae/2aek begrenset til fastleger, men i forbindelse med pandemien ble det åpnet opp for at også legevaktleger kunne bruke disse takstene. Samtidig ble det også anledning til å bruke samme takst ved telefonkonsultasjoner. Denne ordningen virket frem til 1. juli 2021, men da pandemien blusset opp igjen, ble det på nytt mulig å bruke takst 2ae/2ak på legevakt fra 1. desember 2021.

Bruken av e-konsultasjoner eksploderte hos fastlegene i mars 2020. Nærmest over natten ble bruken tidoblet og utgjorde 40 % av alle konsultasjonene. Senere har andelen stabilisert seg omkring 25 %. Den relative økningen i bruk av e-konsultasjoner på legevakt var også betydelig, men nådde aldri over 10 % av det totale antall konsultasjoner.

Over 50 % av e-konsultasjonene dreier seg om luftveissykdommer, sammenlignet med vel 20 % av andre konsultasjoner. De hyppigste enkeltdiagnosene ved e-konsultasjon var 22,5 % mistenkt covid-19 (R991), 14,0 % bekreftet covid-19 (R992) og 4,3 % engstelig for sykdom i luftveiene (R27). Pasientenes kjønn og alder hadde relativt liten betydning for om det brukes e-konsultasjon eller ikke.

I løpet av 2020 og 2021 har nesten halvparten av legevaktlegene brukt e-konsultasjon minst en gang. Bruk av e-konsultasjon er mer utbredt blant yngre leger, fastleger og spesialister i allmennmedisin. Men når eldre leger først bruker e-konsultasjoner, bruker de det mer enn sine yngre kolleger. Geografi synes å spille en mindre rolle, men bruk av e-konsultasjoner er mindre utbredt blant leger i de mest sentrale kommunene.

Innledning

Frem til 2006 har det vært sparsomt med statistiske data fra legevakt. I 2007 publiserte NAV rapporten "Hva foregår på legekantorene" med konsultasjonsstatistikk basert på innsendte refusjonskrav i 2006 (1). Denne rapporten omfattet data fra både legevakt, fastleger og privatpraktiserende spesialister. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har senere utarbeidet 13 rapporter basert på refusjonskrav fra legevakt i årene 2006 - 2020 (2-14), og viderefører nå statistikken med data fra 2021.

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 (15).

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 2020 var det 169 legevakter i Norge, 83 interkommunale og 86 kommunale (16). Under normale omstendigheter skjer det meste av legevaktarbeidet utenom ordinær arbeidstid. Vanligvis vil fastlegene ta hånd om det meste av øyeblikkelig hjelp i arbeidstiden. Noen kommuner har også organisert en egen stasjonær daglegevakt. I forbindelse med pandemien har det blitt opprettet feber- og luftveisklinikker som har fungert som daglegevakter og tatt unna mange konsultasjoner som ellers ville ha skjedd hos fastlegen.

Deltakelse i legevakt er obligatorisk for fastleger (17). 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 legevaktstjenesten (18-20). En stor del av legevaktene ivaretas av andre leger, som heltidsansatte vaktleger, LIS1-leger (turnusleger), nyutdannede LIS0-leger, 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 (21).

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.

I forbindelse med pandemien ble det i 2020 introdusert to nye ICPC-koder: R991 (mistenkt covid-19) og R992 (bekreftet covid-19). Frem til 4. mai 2020 ble R991 brukt for både mistenkt og bekreftet covid-19.

Takstsystem

For hver pasientkontakt blir det laget et regningskort til Helseøkonomiforvaltningen (Helfo). Regningskortet inneholder opplysninger om personalia og diagnosekode, samt takstkoder. Takstkodene finnes i Normaltariffen (Fastlegetariffen), som er forhandlet frem av Legeforeningen og Staten (22).

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 allmenntmedisin, doktorgrad).

Materialet

Materialet til denne rapporten består av data fra regningskort som har blitt levert av legevaktleger i 2021. 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 (23) og mindre enn 1 % siden 2010 (24, 25). 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. Tidligere har informasjon om legen manglet i disse tilfellene. 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 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 allmenntmedisin. 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	2014	2017	2018	2019	2020	2021
Konsultasjoner	2ad, 2ak, 2fk,	76,2	75,7	69,1	65,7	63,8	62,3	37,0	32,1
	2ae, 2aek, 2af	1 238 791	1 330 561	1 352 209	1 332 024	1 321 039	1 341 415	1 251 333	1 283 786
Sykebesøk	11ad, 11ak	5,7	4,1	3,3	3,3	3,4	3,5	2,6	2,1
		92 543	72 296	65 202	66 977	70 829	75 980	87 694	85 287
Telefonkontakter	1bd, 1bk, 1be, 1g	17,1	18,6	25,2	28,6	30,5	31,8	36,8	34,7
		278 650	327 462	493 177	580 808	631 214	684 773	1 243 516	1 385 637
Enkle kontakter	1ad, 1ak, 1h, 1i	1,0	1,6	2,3	2,4	2,3	2,4	23,6	31,1
		16 660	28 209	45 272	48 631	48 476	52 419	799 147	1 244 203
N		1 626 644	1 758 528	1 955 860	2 028 440	2 071 558	2 154 597	3 381 690	3 998 913

Fram til 2019 økte antall telefonkontakter med 146 % siden 2006, mens antall konsultasjoner bare økte med 8 %. Trolig har registreringen av telefonkontakter blitt mer fullstendig de senere årene, i den forstand at det oftere blir sendt regningskort til Helfo. Vaktårnprosjektet, som registrerer faktiske telefonkontakter ved syv utvalgte legevakter, finner relativt stabile rater for telefonkontakt (26).

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 har vært stabilt over tid. Tatt i betraktning at befolkningstallet økte med ca. 15 % i samme periode, har i realiteten konsultasjonsraten (per innbygger) gått ned.

Fra 2020 er kontaktmønsteret helt annerledes. I løpet av de siste to årene er samlet antall kontakter nesten doblet. Det er litt færre konsultasjoner og betydelig flere telefon- og enkle kontakter. Antall enkle kontakter er nesten 24-doblet siden 2019, noe som åpenbart har sammenheng med covid-19-testing.

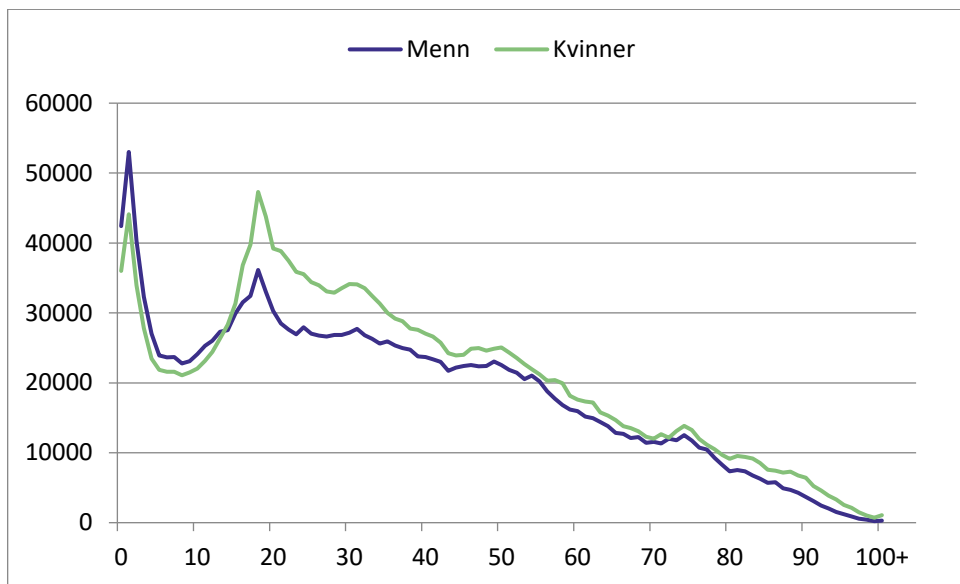
Antall sykebesøk gikk nedover i mange år. Ifølge takstbrukundersøkelsene til NAV var det i 1995 ca. 685 000 sykebesøk på legevakt (27), ved årtusenskiftet var det ca. 357 000, og fem år senere ca. 141 000 (15). Lavest antall (63 192) ble registrert i 2015. Utviklingen har blitt satt i sammenheng med utbyggingen av interkommunale, stasjonære legevakter (28).

Senere års tall viser at antall sykebesøk igjen øker. I 2021 var det 85 287 sykebesøk på legevakt. Dette kan ha sammenheng med ny akuttmedisinforskrift og at flere legevakter har fått en mer offensiv holdning til sykebesøk og utrykninger, samt ordninger med egne legevaktbiler (29). Sykebesøk er en kontaktform som stort sett er forbeholdt eldre, skrøpelige pasienter. I pandemien har det vært viktig å skåne disse for smitterisiko ved oppmøte på legevakten.

Figur 1 (neste side) viser et velkjent mønster for befolkningens kontakter med primærhelsetjenesten. Bortsett fra de minste barna, er det i alle aldersgrupper flere kvinner enn menn som konsulterer legevakt. 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.

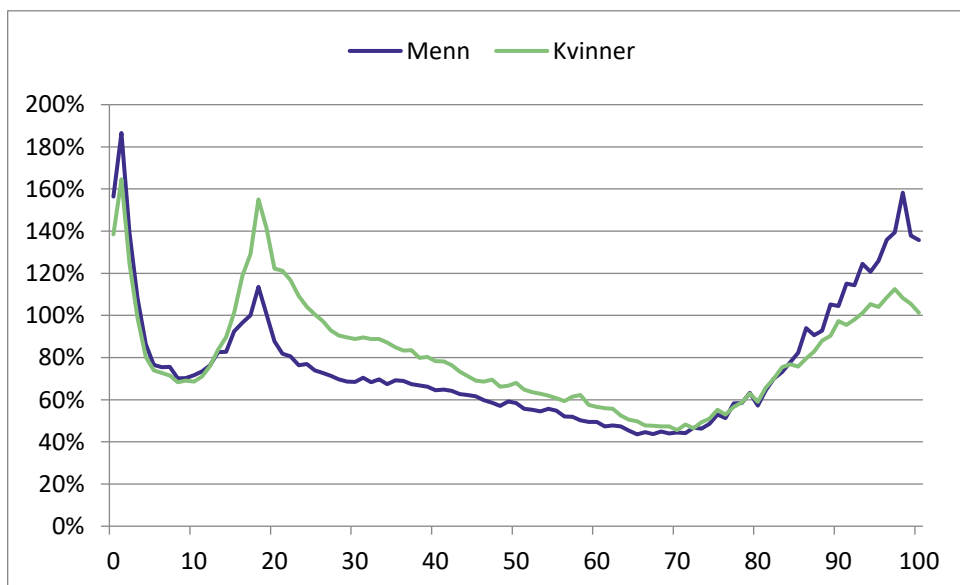
Sammenlignet med tidligere år er det nå atskillig flere unge voksne som har vært i kontakt med legevakten. Dette har nok sammenheng med mer utbredt covid-19-testing i denne aldersgruppen.

Figur 1: Antall kontakter for menn og kvinner etter alder (2021)

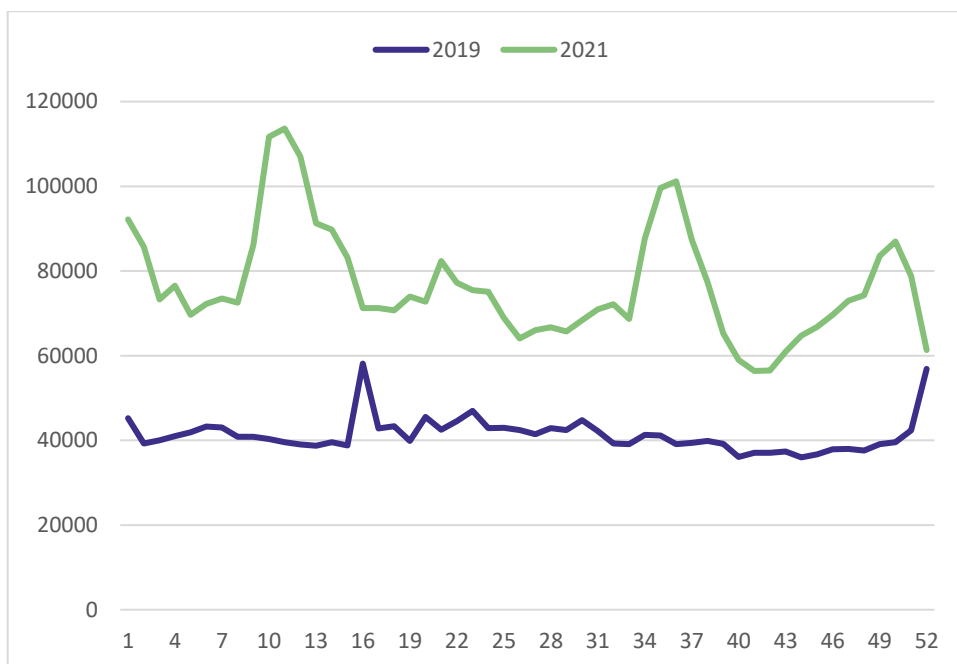


Mønsteret blir noe annerledes om vi ser på hvilke befolkningsgrupper som bruker legevakten mest. Figur 2 viser at små barn og de eldste bruker legevaktene mye, men også her har vi en «pandemitopp» omkring 20-årsalderen. Vi finner igjen at unge og voksne kvinner er overrepresentert, men blant de eldste 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 (2021)

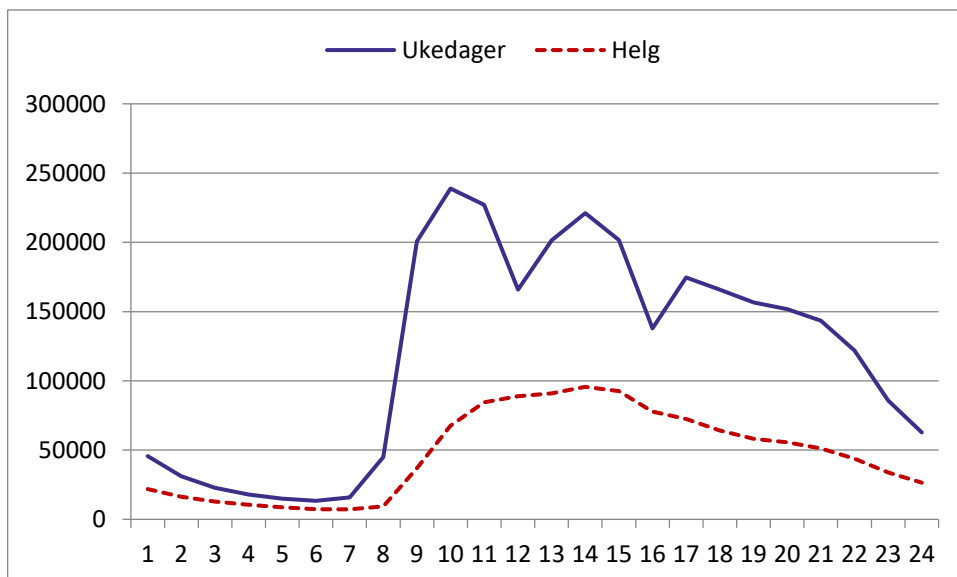


Figur 3: Antall kontakter per uke (2019 og 2021)



Kontaktfrekvensen varierer noe gjennom året. Vanligvis er det størst aktivitet i påske- og juleferien, som i 2019 (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. I 2021 er dette mønsteret annerledes og preget av smittetopper og testaktivitet. I tillegg viser figuren hvor mange flere kontakter det var gjennom hele året i 2021 sammenlignet med 2019.

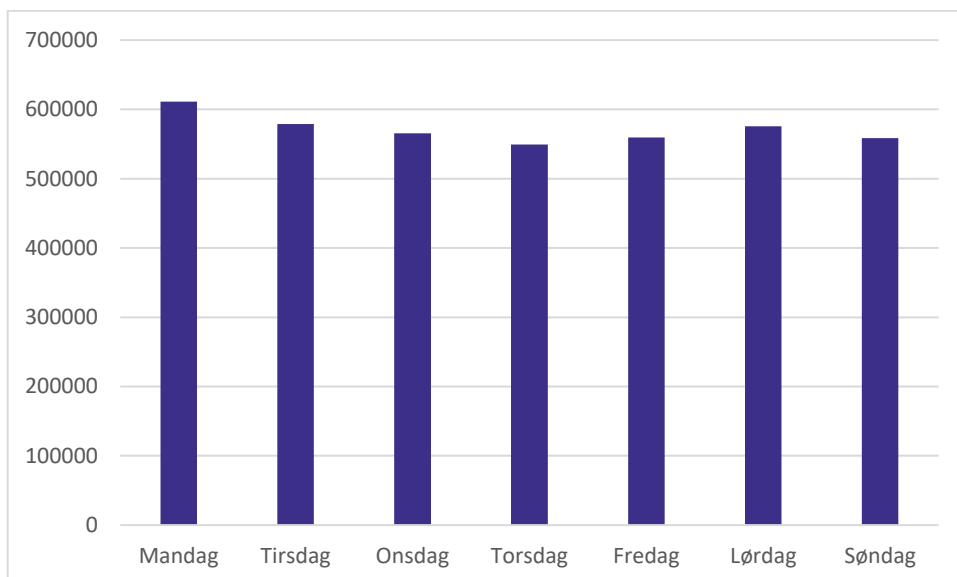
Figur 4: Antall kontakter per klokke (2021)



Under normale omstendigheter er kontaktfrekvensen på legevakt høyest om kvelden, med et tydelig hopp i antall kontakter ved arbeidstidens slutt, når fastlegekontorene stenger. I helgene skjer alle slike henvendelser til legevakt, og da er kontaktfrekvensen høyest på dagtid. I 2021 har vi hatt det samme kontaktmønsteret i helgene og på natt, men på ukedagene har aktiviteten på dagtid vært betydelig høyere enn tidligere år (fig 4).

Kontaktene i løpet av en uke fordeler seg vanligvis med knapt 20 % på lørdag og søndag og ca. 12 % på resten av ukedagene. Også her skiller 2021 seg ut med en jevnere fordeling på alle ukedagene (fig 5).

Figur 5: Antall kontakter per ukedag (2021)



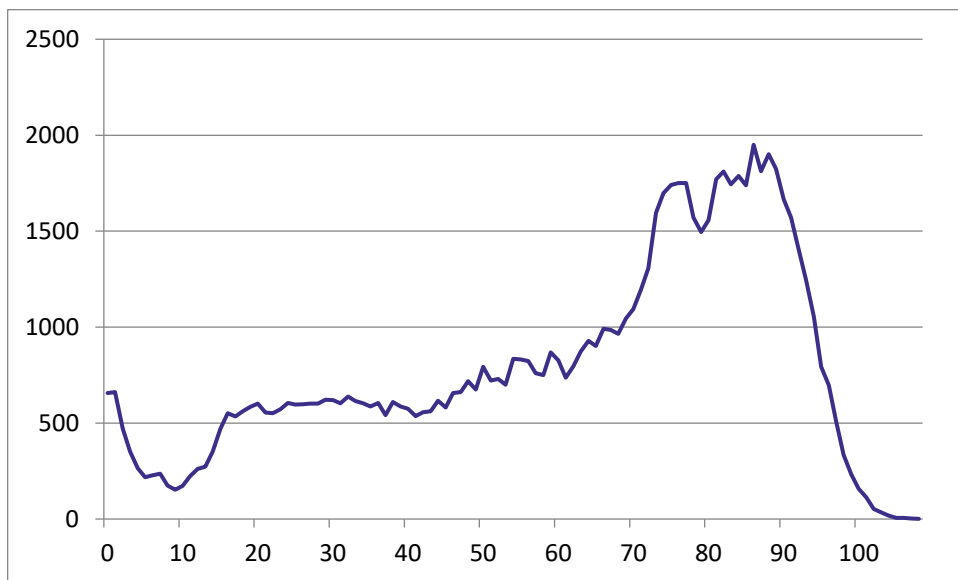
Tabell 2: Prosentvis fordeling av ulike kontakttypet etter geografi (legens praksiskommune, 2021)

Praksiskommune	N	Konsultasjon	Sykebesøk	Telefonkontakter	Enkle kontakter
Innb > 50 000	2 437 873	26,7	1,7	39,9	31,7
Innb 10 001 – 50 000	1 271 180	38,4	1,9	26,7	33,0
Innb 5 001 – 10 000	153 360	55,4	4,4	29,6	10,7
Innb 2 001 – 5 000	104 992	44,3	6,6	18,1	31,0
Innb < 2 001	31 508	41,2	17,2	29,7	11,8
Sentral*	2 230 313	27,1	1,9	42,0	29,0
Noe sentral	1 488 904	36,3	1,6	25,4	36,6
Lite sentral	279 696	49,6	6,7	24,9	18,8

*Fra og med 2020 har vi brukt vi SSBs nye sentralitetsindeks, oppdatert etter kommunereformen av 2020. Den er ikke direkte sammenlignbar med den indeksen som er brukt i tidligere rapporter. Sentralitet beskriver en kommunes geografiske beliggenhet i forhold til et senter hvor det finnes funksjoner av høy orden (sentrale funksjoner). SSB opererer med seks nivåer av sentralitet. Vi har her slått sammen to og to nivåer (30).

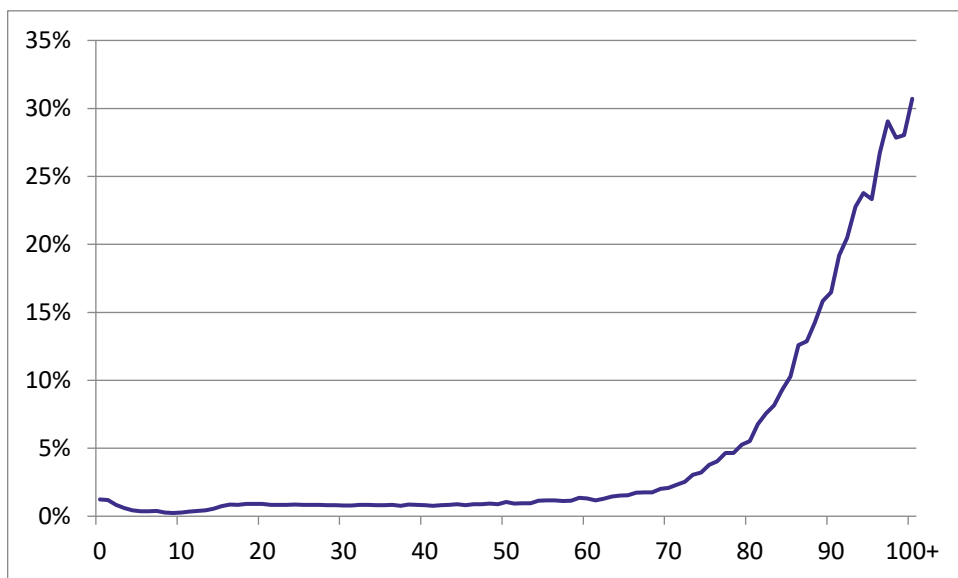
Selv om de absolutte tallene er små, er det tydelig at legevakten i små og perifere kommuner oftere bruker sykebesøk enn i større og mer sentrale kommuner. Dette kan ha sammenheng med at antall henvendelser per lege er lavere i perifere strøk og at vaktlegen derfor har mer tid til disposisjon for å reise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

Figur 6: Antall sykebesøk etter alder (2021)



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 25 - 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 (2021)



Diagnoser

Tabell 3 viser at fordelingen på diagnosegrupper er stabil fra det ene året til det andre, bortsett fra en økende bruk av uspesifikke diagnoser (ICPC hovedgruppe A). I 2020 og 2021 var det ellers en betydelig økning i luftveisdiagnoser (ICPC hovedgruppe R).

Siden det totale antall kontakter var betydelig høyere i 2020 og 2021, er det en tilsynelatende nedgang i bruk av uspesifikk A-diagnoser siden 2019. De absolutte tallene viser imidlertid at det var ca. 755 000 slike diagnoser i 2019, mens det både i 2020 og 2021 var ca. 1 085 000.

Tabell 3: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter år

ICPC hovedgruppe	2006	2010	2014	2017	2018	2019	2020	2021
A: allment	13,1	16,1	24,1	31,4	33,1	35,1	32,1	27,1
B: blod	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,1	0,1
D: fordøyelse	9,9	10,0	9,6	8,6	8,4	8,2	4,6	4,0
F: øye	4,5	4,4	3,7	3,3	3,1	3,1	1,5	1,4
H: øre	3,3	3,2	2,5	2,0	1,9	1,8	0,8	0,8
K: hjerte/kar	3,8	3,6	3,3	3,0	2,9	2,8	1,6	1,4
L: muskel/skjelett	14,8	14,7	13,9	12,9	12,7	12,4	6,6	6,2
N: nevrologi	3,7	3,8	3,7	3,5	3,6	3,5	2,0	1,9
P: psykiatri	4,8	4,9	4,9	4,6	4,8	4,9	2,9	2,4
R: respirasjon	21,3	19,0	15,2	14,0	13,0	12,4	38,9	47,1
S: hud	11,4	10,3	9,7	8,6	8,6	8,2	4,6	4,0
T: metabolsk	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9	0,8	0,4	0,4
U: urin	5,1	5,7	5,3	4,5	4,5	4,4	2,5	2,1
W: svangerskap	1,2	1,2	1,0	0,8	0,8	0,7	0,4	0,3
X: kv. kjønnsorgan	0,9	0,9	0,8	0,6	0,6	0,6	0,3	0,3
Y: m. kjønnsorgan	0,7	0,7	0,7	0,6	0,5	0,5	0,3	0,3
Z: sosialt	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,2	0,2
Sum kontakter	1 626 644	1 758 528	1 955 860	2 028 440	2 071 558	2 154 597	3 381 690	3 998 913

Vaktårnprosjektet registrerte ICPC-koder ved alle kontakter i 2017, og fant da at uspesifikke A-diagnoser utgjorde 17,3 % (31). Tabellen over viser at de samme diagnosene utgjorde 31,4 % av alle regningskortene samme år. Fordelingen på de øvrige diagnosegruppene avvok ikke vesentlig mellom regningskortene og vaktårnprosjektet, som ikke har registrert ICPC-diagnoser senere år.

Også når det gjelder de vanligste enkeltdiagnosene er det en økning i bruk av uspesifikke diagnoser over tid, f.eks. A99 (helseproblem/sykdom). De aller fleste slike diagnoser er telefonkontakter. I 2020 og 2021 er det betydelig flere luftveisdiagnoser, særlig R991 som gjerne brukes ved testing for covid-19. Diagnosekoden R992 (bekreftet covid-19) utgjorde 0,3 % av kontaktene i 2020 og 1,5 % i 2021.

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

Diagnoser	2006	2010	2014	2017	2018	2019	2020	2021
R991: mistenkt covid-19							23,2	22,3
R33: prøve fra luftveiene							4,5	15,9
A99: helseproblem/sykdom	0,8	3,1	9,0	16,1	17,0	17,8	18,3	14,6
A29: gen. symptomer/plager	1,7	0,4	1,1	1,6	2,4	3,9	4,3	3,8
R27: engstelig sykd. i luftveiene							4,8	2,0
R74: akutt øvre luftveisinfeksjon	5,1	4,8	4,1	4,2	3,9	3,8	1,8	1,7
D01: abdominalsmerter	2,9	3,2	3,5	3,1	3,1	3,1	1,9	1,6
A97: administrativ kontakt	0,3	0,5	2,3	2,9	2,9	2,9	2,1	1,5
R992: bekreftet covid-19							0,3	1,5
S18: åpent sår/kutt	3,6	3,2	3,0	2,8	2,7	2,5	1,6	1,3
U71: cystitt/urinveisinfeksjon	3,2	3,8	3,5	2,8	2,7	2,6	1,4	1,2
Sum diagnoser	1 626 644	1 758 528	1 955 860	2 028 440	2 071 558	2 154 597	3 381 690	3 998 913

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

Diagnoser	2006	2010	2014	2017	2018	2019	2020	2021
A99: helseproblem/sykdom	2,1	12,3	28,5	49,6	49,8	49,4	40,8	37,6
R991: mistenkt covid-19							17,7	19,0
A29: gen. symptomer/plager	8,0	1,3	3,0	4,9	7,5	11,6	10,8	10,3
R27: engstelig sykd. i luftveiene							4,6	5,0
A97: administrativ kontakt	1,0	1,4	7,1	8,5	8,3	8,1	5,1	3,8
R992: bekreftet covid-19							0,3	2,8
A98: individforebyggende tiltak	0,2	0,3	0,5	3,0	2,2	1,9	2,2	2,1
A23: risiko for sykdom							0,4	1,8
R33: prøve fra luftveiene							0,5	1,8
A13: engstelig for behandling	1,9	3,4	2,5	2,8	2,9	2,3	1,2	1,0
A03: feber	3,7	2,9	2,2	1,2	1,3	1,3	0,7	0,7
D01: abdominalsmerter	2,7	2,6	2,2	1,2	1,1	1,1	0,7	0,6
R74: akutt øvre luftveisinfeksjon	1,8	1,5	1,1	0,7	0,6	0,6	1,0	0,5
Sum diagnoser	278 650	327 462	493 177	580 808	631 214	684 773	1 243 516	1 385 637

Økningen i antall telefonkontakter har vært sterk over flere år, men det er grunn til å tro at dette har sammenheng med økende rapportering. Trolig har det tidligere vært en underreportering 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 en legevaktsjef som utførende lege. I 2021 var det 23 leger som var registrert med mer enn 10 000 telefonkontakter, høyeste antall var 210 788 telefonkontakter registrert på en og samme lege.

Vaktårnprosjektet, som registrerer faktiske telefonkontakter ved syv utvalgte legevakter, finner relativt stabile rater for telefonkontakt (32). Ved denne registreringen er også diagnosene mer spesifikke, med knapt 20 % A-diagnoser (33).

Tabell 5 (forrige side) viser at bruken av uspesifikke diagnoser har vært sterkt økende ved telefonkontakter. 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 (34). Også ved telefonkontakter er diagnosefordelingen i 2021 preget av pandemien.

Tabell 6 viser at diagnosefordelingen har vært mer stabil ved konsultasjoner, men også her utgjør pandemi-diagnoser et betydelig innslag i 2020 og 2021. Det er også små endringer i antall konsultasjoner per år, dog med en liten reduksjon i 2020. 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	2014	2017	2018	2019	2020	2021
R991: mistenkt covid-19							8,6	5,4
R74: akutt øvre luftveisinfeksjon	6,1	6,0	5,5	6,1	5,8	5,7	3,7	4,6
D01: abdominalsmerter	3,0	3,5	4,1	4,1	4,1	4,3	4,1	4,2
S18: åpent sår/kutt	4,3	3,9	4,0	4,0	4,0	3,8	4,0	3,9
A99: helseproblem/sykdom	0,5	0,9	2,1	2,0	2,1	2,3	3,9	3,4
U71: cystitt/urinveisinfeksjon	3,5	4,2	4,1	3,7	3,7	3,6	3,2	3,1
A11: brystsmerte	0,9	1,4	1,7	2,0	1,9	1,9	1,8	2,0
L81: skade muskel/skjelett	2,0	1,9	1,8	1,9	2,0	2,0	1,8	1,8
A03: feber	1,9	1,7	1,5	1,2	1,4	1,6	1,4	1,5
R992: bekreftet covid-19							0,5	1,4
R27: engstelig sykd. i luftveiene							1,4	0,6
R81: lungebetennelse	1,9	1,5	1,4	1,6	1,3	1,2	0,6	0,6
Sum diagnoser	1 238 791	1 330 561	1 352 209	1 332 024	1 321 039	1 341 415	1 251 333	1 283 786

Ulike kontakttyper har ulik diagnosefordeling (tab 7). Det store antallet enkle kontakter er ikke typisk for ordinært legevaktarbeid og er tydelig preget av pandemien. De fleste enkle kontakter gjelder luftveisdiagnoser. Hele 49,0 % av alle enkle kontakter er kodet med diagnosekode R33 (prøve fra luftveiene) og 44,6 % er kodet med R991 (mistenkt covid-19). Telefonkontakter får oftest allmenne og uspesifiserte diagnoser.

Tabell 7: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kontakttype (2021)

ICPC hovedgruppe	Alle kontakter	Konsultasjon	Sykebesøk	Telefonkontakt	Enkel kontakt
A: allment	27,1	14,8	27,2	59,1	4,3
B: blod	0,1	0,3	0,5	0,1	0,0
D: fordøyelse	4,0	9,9	7,3	1,8	0,1
F: øye	1,4	3,8	0,5	0,4	0,0
H: øre	0,8	2,1	0,4	0,3	0,0
K: hjerte/kar	1,4	3,4	7,5	0,5	0,1
L: muskel/skjelett	6,2	16,0	9,0	2,4	0,2
N: nevrologi	1,9	4,4	6,2	0,8	0,1
P: psykiatri	2,4	4,7	14,0	1,3	0,6
R: respirasjon	47,1	21,3	15,4	30,6	94,1
S: hud	4,0	10,6	3,6	1,3	0,3
T: metabolsk	0,4	0,7	1,8	0,3	0,1
U: urin	2,1	5,4	5,0	0,6	0,1
W: svangerskap	0,3	0,9	0,4	0,2	0,0
X: kv. kjønnsorgan	0,3	0,7	0,3	0,2	0,0
Y: m. kjønnsorgan	0,3	0,7	0,5	0,1	0,0
Z: sosialt	0,2	0,4	0,5	0,1	0,0
Sum kontakter	3 998 913	1 283 786	85 287	1 385 637	1 244 203

Det er også tydelige døgnvariasjoner i bruk av ulike diagnosegrupper (tab 8). Psykiatri og magelidelser er overrepresentert om natten. Svært mange pasienter med luftveisdiagnoser har blitt håndtert på dagtid (når mye av testing for covid-19 har foregått).

Tabell 8: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kontakttidspunkt i løpet av døgnet (2021)

ICPC hovedgruppe	Natt (0-8)	Dag (8-16)	Kveld (16-24)
A: allment	41,4	21,4	33,0
B: blod	0,1	0,1	0,2
D: fordøyelse	9,2	2,0	6,0
F: øye	1,1	0,9	2,1
H: øre	0,7	0,5	1,2
K: hjerte/kar	2,9	0,8	2,1
L: muskel/skjelett	6,8	3,8	9,7
N: nevrologi	3,2	1,0	3,0
P: psykiatri	7,2	1,2	3,3
R: respirasjon	18,5	63,9	27,3
S: hud	4,0	2,2	6,7
T: metabolsk	0,5	0,3	0,6
U: urin	2,8	1,3	3,2
W: svangerskap	0,5	0,2	0,5
X: kv. kjønnsorgan	0,4	0,2	0,5
Y: m. kjønnsorgan	0,4	0,2	0,4
Z: sosialt	0,6	0,1	0,2
Sum kontakter	300 795	2 229 439	1 468 679

Diagnosefordelingen gjennom 2021 er dominert av pandemien. Andelen luftveisdiagnoser varierer fra 33,1 % i oktober til 59,8 % i mars.

Tabell 9: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter måned (2021)

ICPC hovedgruppe	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
A: allment	24,1	25,6	22,9	26,1	28,8	29,2	30,5	28,7	25,3	33,4	30,2	25,1
B: blod	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1
D: fordøyelse	3,5	3,7	2,8	4,0	4,3	4,2	4,7	4,0	3,7	5,3	4,3	4,2
F: øye	0,9	1,1	0,9	1,4	1,7	1,6	1,7	1,4	1,2	1,8	1,5	1,3
H: øre	0,5	0,5	0,4	0,6	0,6	0,7	1,2	0,7	0,9	1,6	1,4	0,8
K: hjerte/kar	1,2	1,4	1,1	1,5	1,6	1,6	1,7	1,4	1,3	1,9	1,5	1,4
L: muskel/skjelett	5,4	5,8	4,1	6,4	7,1	7,4	8,1	6,7	5,8	7,7	6,0	5,2
N: nevrologi	1,6	1,8	1,4	1,8	2,0	2,0	2,1	1,9	1,8	2,6	2,0	1,7
P: psykiatri	2,1	2,4	1,7	2,5	2,7	2,8	3,0	2,4	2,2	3,2	2,6	2,2
R: respirasjon	54,6	51,4	59,8	47,9	42,4	40,8	34,8	44,0	50,9	33,1	43,2	51,2
S: hud	2,8	2,9	2,4	3,9	4,6	5,7	7,4	4,8	3,6	4,7	3,4	3,1
T: metabolsk	0,3	0,4	0,3	0,4	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,5	0,4	0,4
U: urin	1,8	1,9	1,4	2,2	2,3	2,2	2,8	2,3	1,9	2,8	2,1	2,1
W: svangerskap	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,4	0,3	0,3
X: kv.kjønnsorgan	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3
Y: m.kjønnsorgan	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3
Z: sosialt	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2
Sum kontakter	355 919	291 788	465 524	337 070	334 439	309 789	294 744	347 713	361 207	260 997	298 194	341 529

Tabell 10 viser diagnosespekteret for menn og kvinner. Bortsett fra de kjønns spesifikke diagnosene, har kvinner hyppigere urinveislidelse, menn mer hudlidelser. De dominerende enkeltdiagnosene er henholdsvis urinveisinfeksjon (U71) og åpent sår/kutt (S18). Forskjellene mellom de øvrige gruppene blir utvisket av at luftveisdiaagnoser og uspesifikke diagnoser er brukt ved nesten 75 % av kontaktene.

Tabell 10: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kjønn (2021)

ICPC hovedgruppe	Kvinner	Menn
A: allment	27,7	26,5
B: blod	0,1	0,1
D: fordøyelse	4,4	3,5
F: øye	1,1	1,6
H: øre	0,8	0,8
K: hjerte/kar	1,4	1,5
L: muskel/skjelett	6,0	6,4
N: nevrologi	2,0	1,7
P: psykiatri	2,2	2,7
R: respirasjon	46,4	47,8
S: hud	3,4	4,6
T: metabolsk	0,4	0,4
U: urin	2,6	1,6
W: svangerskap	0,6	-
X: kv. kjønnsorgan	0,6	-
Y: m. kjønnsorgan	-	0,6
Z: sosialt	0,2	0,1
Sum kontakter	2 113 605	1 885 308

Ulike aldersgrupper har ulike diagnosespekter (tab 11). Allmenne og uspesifiserte diagnoser benyttes mest på de aller yngste og eldste pasientene. Uspesifikke symptomer og plager hos eldre er ellers omtalt i rapporten «Eldre i den akuttmedisinske kjeden» (35). Øresykdommer avtar med alderen, mens hjerte- og karsykdommer og urinveislidelser øker. Forskjellene mellom aldersgruppene blir imidlertid mindre tydelige på grunn av den sterke dominansen av luftveisdiagnoser. Tidligere år har luftveisdiagnoser utgjort størst andel blant de aller minste barna, men i pandemien er det eldre barn, unge og voksne som har høyest andel av slike diagnoser.

Tabell 11: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter aldersgrupper (2021)

ICPC hovedgruppe	Aldersgrupper								
	0-1	2-4	5-9	10-15	16-25	26-40	41-60	61-80	81-
A: allment	48,5	36,1	25,4	20,1	24,3	24,6	24,3	30,4	39,9
B: blod	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,6
D: fordøyelse	4,8	3,6	3,3	2,3	3,4	3,9	3,7	5,8	6,5
F: øye	1,1	1,5	1,1	0,8	1,1	1,5	1,6	1,6	0,9
H: øre	2,2	2,4	1,4	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,4
K: hjerte/kar	0,0	0,0	0,1	0,1	0,4	0,8	1,7	4,4	6,1
L: muskel/skjelett	1,1	2,9	4,9	7,5	5,3	5,6	6,9	8,8	9,6
N: nevrologi	1,8	1,7	1,4	1,2	1,5	1,7	1,8	2,7	3,6
P: psykiatri	0,2	0,1	0,1	1,1	2,8	3,0	3,3	2,8	3,0
R: respirasjon	35,0	43,7	55,1	61,5	53,6	50,9	49,3	31,3	15,1
S: hud	3,9	5,7	5,5	3,5	3,5	3,4	3,8	4,9	4,5
T: metabolsk	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,4	1,0	1,5
U: urin	0,5	1,4	1,1	0,4	1,5	1,6	1,9	4,7	7,4
W: svangerskap	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	1,1	0,1	0,1	0,1
X: kv. kjønnsorgan	0,0	0,1	0,1	0,1	0,5	0,5	0,2	0,2	0,2
Y: m. kjønnsorgan	0,3	0,6	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,4
Z: sosialt	0,0	0,0	0,0	0,2	0,4	0,2	0,1	0,1	0,0
Sum kontakter	175 573	184 908	224 705	315 679	690 493	858 564	875 086	498 935	174 970

Behandling av skader hører til legevaktens kjerneoppgaver. De første legevaktene som ble etablert i Norge, behandlet først og fremst sårskader og brudd (36). I tabell 12 har vi brukt samme kategorisering av ICPC-kodene som Folkehelseinstituttet benyttet i rapporten «Skadebildet i Norge» (37).

Tabell 12: Oversikt over ulike skader på legevakt

Skadetyper ICPC-2 diagnosekoder	2006	2010	2014	2018	2019	2020	2021
Bruddskader L72, L73, L74, L75, L76	23 552	25 266	22 858	21 609	19 889	16 092	17 066
Forstuvning, forstrekning, ute av ledd L77, L78, L79, L80, L81, L96	47 869	47 321	44 076	43 609	42 266	34 397	35 072
Hodeskader (ekskl. brudd), hjernerystelse N79, N80	13 245	16 137	16 879	17 469	18 148	15 678	18 447
�yeskader (inkl. fremmedlegeme) F75, F76, F79	15 341	13 812	13 071	12 815	12 895	11 857	11 607
Penetrasjonsskade stikk, kutt, bitt S13, S18	65 664	66 011	69 028	66 088	64 013	62 002	62 259
Forbrenning, skoldning S14	6 298	7 004	7 286	7 289	7 019	6 495	6 511
Andre overflateskader, inkl. insektstikk S12, S15, S16, S17, S19, H78	29 067	28 023	30 636	27 626	27 333	22 696	23 228
Forgiftninger A84, A86	4 797	5 664	5 663	5 558	5 500	4 967	4 951
Andre skader A80, A81, A88, B76, B77, D79, D80, H76, H77, H79, N81, R87, R88, U80, X82, Y80	18 749	21 221	22 429	23 529	22 879	20 326	20 447
Sum kontakter	224 582	230 459	231 926	225 592	215 597	194 510	199 588

Tabell 12 viser at det har v ert noe f erre skader de to siste årene enn tidligere år. Det er vel grunn til   tro at dette kan ha sammenheng med nedstengning av uteliv i forbindelse med pandemien.

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 fastlønnte 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 legegruppenes 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 2021 er 37,5 %. Den tilsynelatende sterke nedgangen i fastlegers vaktarbeid har trolig sammenheng med mange enkle kontakter og telefonkontakter som er utført av annet personell og blitt registrert på legevaktsjefer o.l.

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

Legegruppe	2006	2010	2014	2017*	2018	2019	2020	2021
Fastlege	43,7	35,5	35,5	57,7	57,9	56,7	47,9	37,5
Spesialist i allmenntmedisin	29,9	24,8	20,6	26,5	29,1	28,9	31,1	28,1
Kvinne	20,9	25,5	22,0	31,8	31,8	34,6	37,7	32,6
Alder < 30	13,6	11,2	9,0	10,1	9,6	8,1	6,4	4,6
Alder 30 – 39	36,0	41,1	32,4	41,2	40,8	40,2	34,3	25,3
Alder 40 – 49	24,7	20,5	18,1	27,8	27,6	27,7	33,7	38,4
Alder 50 – 59	16,9	17,6	11,5	14,4	15,5	16,7	16,9	18,8
Alder 60 –	2,7	4,3	7,4	6,3	6,6	7,4	8,8	12,8
Uidentifisert lege	6,1	5,4	21,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Sum kontakter	1 626 644	1 758 528	1 955 860	2 028 440	2 071 558	2 154 597	3 381 690	3 998 913

*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.

Siden 2016 er anslaget for fastlegenes vakt deltakelse høyere enn tidligere år. Den utvidede definisjonen av «fastlege» er den viktigste forklaringen på dette.

Tabell 14 (neste side) viser de samme legegruppenes vakt deltakelse som andel av konsultasjoner og sykebesøk. Dette er kontakter som kun utføres av leger og som derfor gir et mer pålitelig bilde av utviklingen over tid. Her ser vi at fastlegene utførte 58 % av alle konsultasjoner og sykebesøk i 2021. Det har vært små endringer siden 2016, men en noe tydeligere nedgang siste år. Kvinner og spesialister i allmenntmedisin har økt sin vakt deltakelse i samme periode.

Tabell 14: Deltakelse i legevakt (legegruppens prosentvise andel av alle konsultasjoner og sykebesøk)

Legegruppe	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Fastlege	60,3	61,4	61,7	61,6	61,2	58,0
Spesialist i allmenntmedisin	22,9	24,2	26,1	27,4	28,4	28,1
Kvinne	27,9	30,7	30,9	31,5	33,8	34,3
Alder < 30	10,0	12,2	11,9	10,3	10,1	10,4
Alder 30 – 39	44,3	45,4	45,9	46,1	44,3	44,2
Alder 40 – 49	23,4	24,3	23,8	24,0	27,7	27,3
Alder 50 – 59	12,4	12,5	12,9	13,3	11,8	11,5
Alder 60 –	5,6	5,5	5,5	6,3	6,1	6,5
Uidentifisert lege	4,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sum kontakter	1 414 913	1 399 001	1 391 868	1 417 395	1 339 027	1 369 073

Takster

Tabell 15: Hyppighet av noen ulike takster (målt i prosent av antall konsultasjoner)

	2006	2010	2014	2017	2018	2019	2020	2021
Tidstakst (2cd, 2ck)	32,1	34,1	37,7	41,6	42,3	43,6	45,2	46,1
Laboratorium (701a)	30,3	37,8	41,0	45,6	45,9	46,2	149,3	387,4
CRP (705k)	28,2	32,6	35,4	38,3	38,9	39,4	35,4	37,5
Streptest (706k)	4,3	4,0	3,3	3,0	2,8	2,7	2,2	1,8
EKG (707)	3,9	5,4	6,7	7,8	8,1	8,5	7,8	8,4
Kir. prosedyrer (100, 103, 104, 105, 106a, 106b, 111)	10,5	10,7	10,9	11,5	11,8	11,7	11,5	11,0
Kontakt hjemme-sykepleie o.l. (1f)	3,3	3,4	5,2	6,8	7,0	6,9	7,4	6,7
Sykmelding (L1)	6,9	5,2	4,1	3,6	3,5	3,4	2,4	2,3
N	1 238 791	1 330 561	1 352 209	1 332 024	1 321 039	1 341 415	1 251 333	1 283 786

Tabell 15 omfatter alle konsultasjoner, også med uidentifiserte leger. Det har over tid vært en økende bruk av laboratorium (hovedsakelig CRP), EKG og tidstakst. Over tid 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.

Disse takstene er ikke nødvendigvis skrevet på samme regningskort som en konsultasjonstakst. For eksempel vil det nok ofte være slik at takst 1f skrives som en separat kontakt. I 2020 og 2021 gjelder dette i særlig grad for laboratorietaksten 701a, som ofte er blitt tatt uten samtidig kontakttakst eller som en enkel kontakt. Om en ser bort fra disse, er bruk av laboratorietakst omtrent på prepanemisk nivå (44,2 %).

Bruk av e-konsultasjoner på legevakt

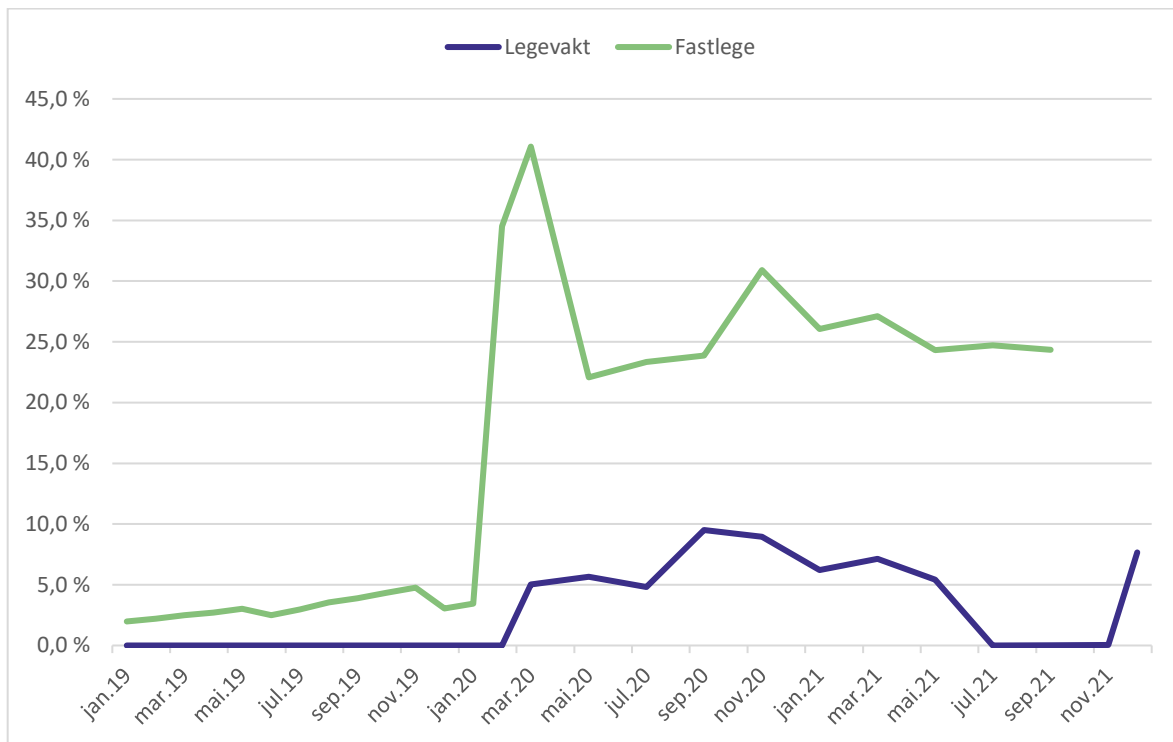
I november 2018 leverte direktoratet for e-helse en rapport til Helse og omsorgsdepartementet hvor de beskrev bruk av e-konsultasjoner hos fastlege og legevakt (38). På dette tidspunktet utgjorde e-konsultasjoner 2,2 % av det samlede antall konsultasjoner hos fastlegen. Man anslo at dette burde kunne økes betydelig slik at tekst- og videokonsultasjoner om få år ville kunne utgjøre henholdsvis 10 % og 20 % av alle konsultasjonene. På legevakt var e-konsultasjoner lite brukt. En hovedårsak til dette var at takst for e-konsultasjon var begrenset til fastlegepraksis. Man mente imidlertid at e-konsultasjoner på legevakt kunne være nyttig, særlig i områder med lang reisevei. Dette er utnyttet i prosjektet «Pilot legevakt» hvor videokonsultasjoner kan brukes av sykepleier på legevaktsatellitt for å kommunisere med sentralt plassert legevaktlege (39).

E-konsultasjoner (takstkode 2ae, 2aek) skal være initiert av pasienten eller avtalt på forhånd. E-kontakter (takstkode 1be) brukes ved formidling av enkle beskjeder, typisk når legen på eget initiativ gir en enkel beskjed eller råd til pasienten. E-konsultasjoner kan være både tekst- og videobasert. Frem til mars 2020 var bruk av takstene 2ae/2aek begrenset til fastleger, men i forbindelse med pandemien ble det åpnet opp for at også legevaktleger kunne bruke disse takstene. Samtidig ble det også anledning til å bruke samme takst ved telefonkonsultasjoner. Denne ordningen virket frem til 1. juli 2021, men da pandemien blusset opp igjen, ble det på nytt mulig å bruke takst 2ae/2ak på legevakt fra 1. desember 2021.

Siden det brukes samme takst ved alle typer e-konsultasjon, kan vi ikke skille mellom tekst, video og telefoni. Det er grunn til å tro at tekstbasert e-konsultasjon har liten plass på legevakt, siden dette er en konsultasjonstype som vanligvis initieres av pasienten via helsenorge.no og som automatisk havner hos fastlegen.

Figur 8 (neste side) viser hvordan bruken av e-konsultasjoner hos fastlegene eksploderte i mars 2020. Nærmest over natten ble bruken tidoblet og utgjorde 40 % av alle konsultasjonene. Senere har andelen stabilisert seg omkring 25 %. Den relative økningen i bruk av e-konsultasjoner på legevakt var også betydelig, men nådde aldri over 10 % av det totale antall konsultasjoner.

Figur 8: E-konsultasjoner som andel av totalt antall konsultasjoner i fastlegepraksis¹ og legevakt 2019 – 2021



Bruk av e-kontakt (takst 1be)

Takst for e-kontakt (1be) er brukt 111 635 ganger i løpet av 2020 og 2021, nesten utelukkende i forbindelse med diagnosekodene R991 (mistenkt covid-19) og R992 (bekreftet covid-19). Disse to diagnosekodene utgjør henholdsvis 93,1 % og 1,0 % av e-kontaktene. En enkelt lege er oppført med 103 741 (93 %) av alle disse kontaktene. Trolig dreier dette seg om en stor legevakt som har brukt denne taksten i forbindelse med kommunikasjon om testing og formidling av testresultat. Bruk av takst 1be analyseres derfor ikke nærmere her.

¹ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-om-allmennlegetjenester/e-konsultasjoner-hos-fastleger>

Hvilke pasienter bruker e-konsultasjon?

Tabell 16 viser at pasientenes kjønn og alder har relativt liten betydning for om det brukes e-konsultasjon eller ikke. Aldersgruppen 40 – 49 år har høyest andel e-konsultasjoner (5,0 %), mens aldersgruppen 70 – 79 år har lavest andel (3,6 %).

Tabell 16: E-konsultasjoner som andel av totalt antall konsultasjoner fordelt på kjønn og ulike aldersgrupper (2020 – 2021)

Pasient	Andel e-konsultasjoner (%)	Totalt antall konsultasjoner
Kvinner	4,7	1 331 031
Menn	4,2	1 204 088
< 20 år	4,4	683 362
20 – 29 år	4,5	387 773
30 – 39 år	4,9	333 951
40 – 49 år	5,0	276 368
50 – 59 år	4,6	266 479
60 – 69 år	4,2	217 607
70 – 79 år	3,6	207 057
80+ år	4,1	162 522

Over 50 % av e-konsultasjonene dreier seg om luftveissykdommer, sammenlignet med vel 20 % av andre konsultasjoner. De hyppigste enkeltdiagnosene ved e-konsultasjon var 22,5 % mistenkt covid-19 (R991), 14,0 % bekreftet covid-19 (R992) og 4,3 % engstelig for sykdom i luftveiene (R27).

Tabell 17: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper på e-konsultasjoner og andre konsultasjoner (2020 – 2021)

	E-konsultasjoner	Andre konsultasjoner
A: allment	16,2	14,6
B: blod	0,3	0,3
D: fordøyelse	6,0	10,0
F: øye	1,0	3,8
H: øre	0,7	2,0
K: hjerte/kar	1,6	3,4
L: muskel/skjelett	5,2	15,9
N: nevrologi	2,8	4,3
P: psykiatri	4,9	4,7
R: respirasjon	52,2	20,9
S: hud	3,0	11,0
T: metabolsk	1,1	0,7
U: urin	3,0	5,6
W: svangerskap	1,0	0,8
X: kv. kjønnsorgan	0,5	0,7
Y: m. kjønnsorgan	0,3	0,7
Z: sosialt	0,1	0,4
Sum kontakter	113 271	2 421 848

Hvilke leger bruker e-konsultasjoner?

I løpet av 2020 og 2021 har nesten halvparten av legevaktlegene brukt e-konsultasjon. Tabellen under viser at mannlige leger har tatt i bruk e-konsultasjoner noe mer enn kvinnelige leger. Bruken er ellers størst blant middelaldrende leger. Fastleger og spesialister i allmenntillegener bruker e-konsultasjoner oftere enn andre vaktleger. Videre kan det se ut til at vaktleger i middels store og litt sentrale kommuner bruker e-konsultasjon mest.

Tabell 18: Beskrivelse av legevaktleger som har brukt eller ikke brukt e-konsultasjon på legevakt (2020 – 2021)

Lege	Andel som har brukt e-konsultasjoner (%)	Antall leger
Kvinne	43,2	4 007
Mann	51,4	3 914
20 – 29 år	39,6	1 372
30 – 39 år	48,0	3 502
40 – 49 år	54,9	1 793
50 – 59 år	47,5	830
60+	33,3	424
Fastlege	56,4	4 627
Ikke fastlege	34,4	3 294
Spesialist	60,3	1 962
Ikke spesialist	43,0	5 959
Sentral praksiskommune	42,2	2 814
Litt sentral	51,0	3 499
Usentral	47,8	1 608
Praksiskommunens befolkning > 50 000	44,9	3 113
10 001 – 50 000	48,7	3 266
5 001 – 10 000	54,0	750
2 001 – 5000	44,9	570
≤ 2 000	41,4	222
Total	47,3	7 921

Det kan være av interesse å analysere nærmere hvilke karaktertrekk ved legen som er assosiert med bruk av e-konsultasjoner. Flere av disse variablene er avhengige av hverandre og bildet kan derfor bli noe misvisende. Vi vet at mannlige leger er eldre enn kvinnelige leger, og at fastleger og spesialister i allmenntidisin er eldre enn andre vaktleger. Dette kan vi undersøke med mer avansert statistikk som tar hensyn til slike fenomener (logistisk multipl regressjon). Dette er vist i tabellen under, hvor vi også har tatt høyde for at vaktlegene har ulikt antall konsultasjoner.

Tabell 19: Beskrivelse av legevaktleger som har brukt eller ikke brukt e-konsultasjon på legevakt (2020 – 2021). Multipl logistisk regressjon som viser odds ratio (sannsynlighet) for at en type lege har brukt e-konsultasjoner, sammenlignet med en annen referansegruppe. Konfidensintervallet viser om verdien er signifikant. Hvis det ikke omfatter 1, er det mindre enn 5 % sannsynlighet for at det er en tilfeldighet. Tallene er korrigert for at ulike vaktleger har ulikt antall konsultasjoner.

Lege	Antall leger	Odds ratio	95 % konfidensintervall
Kvinne	4 007	Referanse	
Mann	3 914	0,91	0,82 – 1,00
20 – 29 år	1 372	Referanse	
30 – 39 år	3 502	0,86	0,74 – 0,99
40 – 49 år	1 793	0,72	0,60 – 0,86
50 – 59 år	830	0,46	0,37 – 0,57
60+	424	0,26	0,20 – 0,34
Ikke fastlege	3 294	Referanse	
Fastlege	4 627	2,38	2,13 – 2,67
Ikke spesialist	5 959	Referanse	
Spesialist i allmenntidisin	1 962	1,71	1,49 – 1,96
Sentral praksiskommune	2 814	Referanse	
Litt sentral	3 499	1,71	1,47 – 1,99
Usentral	1 608	1,77	1,39 – 2,26
Praksiskommunens befolkning > 50 000	3 113	Referanse	
10 001 – 50 000	3 266	0,91	0,78 – 1,06
5 001 – 10 000	750	1,24	0,97 – 1,59
2 001 – 5000	570	0,98	0,73 – 1,31
≤ 2 000	222	0,92	0,64 – 1,33

Når vi tar hensyn til alle disse faktorene samtidig, ser vi at kjønnsforskjellen endres, slik at det er en tendens til at kvinnelige leger bruker e-konsultasjon mest. Det er ellers tydelig at bruken av e-konsultasjon avtar med legens alder. Fastleger og spesialister i allmenntidisin bruker e-konsultasjon oftere enn andre vaktleger. Disse legene har nok i allerede erfaring med e-konsultasjoner i sin vanlige kontorpraksis. Geografi synes å spille en mindre rolle, men bruk av e-konsultasjoner er mindre utbredt i de mest sentrale kommunene.

Tabellen under beskriver bare de legene som faktisk har brukt e-konsultasjon. Her kan vi merke oss at når de først bruker e-konsultasjon, er det eldre leger som bruker det mest, både når en måler det som andel av alle konsultasjoner eller som totalt antall e-konsultasjoner. Det er mulig at disse erfarne legene føler seg tryggere på å avklare flere problemstillinger via telefon eller video.

Tabell 20: Beskrivelse av 3 743 leger som har brukt e-konsultasjon på legevakt (2020 – 2021)

Lege	Gjennomsnittlig antall e-konsultasjoner	Andel e-konsultasjoner av alle (%)	Antall leger
Kvinne	21,7	7,2	1 730
Mann	37,7	6,5	2 013
20 – 29 år	14,5	6,6	543
30 – 39 år	25,2	6,2	1 681
40 – 49 år	41,4	6,9	984
50 – 59 år	29,4	7,6	394
60+	76,3	13,3	141
Ikke fastlege	37,9	7,1	1 132
Fastlege	27,0	6,7	2 611
Ikke spesialist	27,8	6,9	2 560
Spesialist	35,6	6,7	1 183
Sentral praksiskommune	37,0	7,9	1 188
Litt sentral	31,7	5,9	1 786
Usentral	16,5	7,4	769
Praksiskommunens befolkning > 50 000	35,0	7,7	1 398
10 001 – 50 000	31,4	5,5	1 592
5 001 – 10 000	20,4	7,0	405
2 001 – 5000	15,2	8,3	256
≤ 2 000	24,6	12,0	92

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>.
13. Sandvik H, Hunskår S, Blinkenberg J. Årsstatistikk fra legevakt 2019. Rapport nr. 1-2020. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, 2020. <https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/handle/11250/2650727>
14. Sandvik H, Hunskår S, Blinkenberg J. Årsstatistikk fra legevakt 2020. Rapport nr. 2-2021. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, 2021. <https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/handle/11250/2734104>.

15. 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>.
16. Allertsen M. Morken T. Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2021. Rapport nr. 3-2021. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, 2021.
https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/bitstream/handle/11250/2755945/Legevaktorganisering_i_Norge_Rapport_fra_nasjonalt_legevaktregister_2020.pdf.
17. Forskrift om fastlegeordning i kommunene.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>.
18. Sandvik H, Hunskaar S. Hvilke leger mottar trygderefusjon for legevaktarbeid? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1347-50.
19. Sandvik H, Zakariassen E, Hunskaar S. Fastlegenes deltakelse i legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2513-6.
20. Sandvik H, Hunskaar S, Diaz E. Hvilke fastleger deltar i legevakt? Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 2277-80.
21. Direktoratet for e-helse. ICPC-2. Den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten. <https://ehelse.no/kodeverk/icpc-2.den-internasjonale-klassifikasjonen-for-primærhelsetjenesten>
22. Normaltariffen. Den norske legeforening.
<https://normaltariffen.legeforeningen.no/>.
23. HELFO. Analyserapport. Fastleger, legevakt og avtalespesialister. Aktivitetsstatistikk 2009. Oslo: Helseøkonomiforvaltningen, april 2011.
24. Analyserapport. Statistikk over legars takstbruk 2010. Oslo: Helseøkonomiforvaltningen, 2012.
25. Nydal T. Analyserapport 4-2016. Måltall for refusjonsområdet lege. Oslo: Helseøkonomiforvaltningen 2016. <https://www.helfo.no/om-helfo/analyse-og-kontrollrapporter-fra-helfo/analyse-og-kontrollrapporter/M%C3%A5ltall%20refusjonsomr%C3%A5de%20lege%202015.pdf?download=false>.
26. Eikeland OJ, Fotland SLS, Raknes G. Vaktårnprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport for 2019. Rapport nr. 2-2020. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE, Norwegian Research Centre, 2019. <https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/handle/11250/2659483>.
27. St.meld. nr. 43 (1999-2000) Om akuttmedisinsk beredskap.
28. Sundar T. Interkommunal legevakt - sparegris for staten? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1292-3.
29. Kongsvik LT. Suksesslegevakt på fire hjul. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 771.
30. Statistisk sentralbyrå. Sentralitetsindeksen.
<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/sentralitetsindeksen.oppdatering-med-2020-kommuner>.
31. Eikeland OJ, Fotland SLS, Raknes G, Hunskaar S. Vaktårnprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport for 2017. Rapport nr. 3-2018. Bergen: Nasjonalt

- kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse 2018.
<http://hdl.handle.net/1956/18313>.
32. Eikeland OJ., Fotland, SLS., Blinkenberg, J., Raknes G., Vakttårnprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport for 2020. Rapport nr. 4-2021. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE, 2021.
<https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/bitstream/handle/11250/2771061/Vakttarnrapporten2020.pdf>.
 33. Midtbo V, Raknes G, Hunskaar S. Telephone counselling by nurses in Norwegian primary care out-of-hours services: a cross-sectional study. BMC Fam Pract 2017; 18: 84.
 34. Sandvik H, Hunskaar S. Bruk av uspesifikke diagnosekoder på legevakt. Tidsskr Nor Legeforen 2020; 140: 1142-4.
 35. Sortland LS, Haraldseide LM, Sebjørnsen S. Eldre i den akuttmedisinske kjeden. Rapport nr. 1-2021. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, avdeling Helse, 2021.
 36. Hunskaar S, Sandvik H. Legevaktens historie. Fra barberkirurg til digital vaktlege. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevakt medisin, 2018.
 37. Skadebildet i Norge. Hovedvekt på personskader i sentrale registre. Folkehelseinstituttet, Rapport 2014:2, Oslo.
<https://www.fhi.no/publ/2014/skadebildet-i-norge-hovedvekt-pa-pe2/>.
 38. Helsedirektoratet (2018). E-konsultasjon – Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/e-konsultasjon-helsedirektoratet-og-direktoratet-for-e-helse>
 39. KS Vest-Norge. Nyskapande legevaktsamarbeid blir nasjonal pilot.
<https://www.ks.no/regioner/ks-vest-Norge/nyskapande-legevaktsamarbeid-i-sogn-og-fjordane-blir-nasjonal-pilot/>.

ISBN 978-82-8408-137-3