

Årsstatistikk for legevakt 2023

Rapport nr. 1-2024

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin



Tittel	Årsstatistikk fra legevakt 2023
Institusjon	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, Bergen
Ansvarlig	Jesper Blinkenberg
Forfatter	Hogne Sandvik, forsker I NORCE, dr. med. Steinar Hunskår, professor emeritus UIB, forsker I NORCE, dr. med. Jesper Blinkenberg, leder ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, ph.d.
ISBN	978-82-8408-334-6 (pdf)
ISSN	1891-3474
Rapport	Nr. 1 - 2024
Tilgjengelighet	Pdf-versjon
Prosjekttittel	Årsstatistikk - regningskort fra legevakt
Antall sider	34
Publiseringsmåned	Februar 2024
Oppdragsgiver	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
Sitering	Sandvik H, Hunskår S, Blinkenberg J. Årsstatistikk fra legevakt 2023. Rapport nr. 1-2024. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, 2024.
Sitering engelsk	Sandvik H, Hunskår S, Blinkenberg J. Statistics from out-of-hours primary health care 2023. Report no. 1-2024. Bergen: National Centre for Emergency Primary Health Care, NORCE Norwegian Research Centre, 2024.

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 sekstende rapport om aktiviteten på legevakt i Norge. Tidligere rapporter omfatter årene fra 2006 til 2022, mens denne inneholder data fra 2023. 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, andre kan være 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 to takstkoder:

- 1k: beslutningsstøtte til ambulanspersonell
- 11f: aktivt redningsarbeid

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	4
Innhold	5
Sammendrag	6
Innledning	9
Legevakt	9
ICPC	9
Takstsystem	10
Materialet	10
Kontakter	11
Diagnoser	17
Legers deltakelse i legevakt	25
Takster	26
Beslutningsstøtte til ambulanspersonell	27
Aktivt redningsarbeid	29
Referanser	31

Sammendrag

Denne rapporten er basert på elektroniske refusjonskrav fra legevakt i årene 2006 til 2023. For hver pasientkontakt blir det laget et regningskort til Helseøkonomiforvaltningen (Helfo). Disse regningskortene inneholder opplysninger om personalia og diagnosekode, samt takstkoder. Det er egne takstkoder for ulike typer pasientkontakter, og tilleggstakster for tidsbruk og ulike prosedyrer som blir utført. Det er også egne tilleggstakster dersom legen har spesielle kvalifikasjoner.

I 2023 var det 2,16 millioner pasientkontakter med refusjonskrav, noe som er nesten eksakt det samme som før pandemien (2,15 millioner kontakter i 2019). I mellomtiden var antall kontakter 4 millioner i 2021. Konsultasjoner utgjorde 60,7 % av kontaktene i 2023, sykebesøk 4,4 %. Telefonkontakter utgjorde 32,1 % og enkle kontakter 2,8 %. Antall konsultasjoner har vært ganske stabilt siden 2006. Tatt i betraktning at befolkningstallet økte med over 18 % i samme periode, har i realiteten konsultasjonsraten (per innbygger) gått ned.

Ved årtusenskiftet ble det beregnet at det ble utført ca. 357 000 sykebesøk på legevakt. Siden avtok sykebesøksfrekvensen, og lavest antall ble registrert i 2015 med 63 192 sykebesøk. Siden har antallet gått litt oppover igjen. I 2023 var det 94 400 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.

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 2023 var andelen 36,1 %. Ved telefonkontakter var hele 75,9 % av alle diagnosene uspesifikke i 2023. Økende bruk av uspesifikke diagnoser svekker mulighetene til å fremskaffe nyttig og pålitelig statistikk over sykdomsutbredelsen blant pasienter i primærhelsetjenesten. Fra og med 2022 har vi i større grad brukt antall konsultasjoner som analyseenhet i stedet for det totale antall kontakter. 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 2023 var akutt øvre luftveisinfeksjon (R74), abdominalsmerter (D01), åpent sår/kutt (S18) og cystitt/urinveisinfeksjon (U71).

Antall skader som er behandlet ved norske legevakter har lenge vist stor grad av stabilitet, og har ligget på ca. 200 000 konsultasjoner per år. I forbindelse med pandemien ble det observert en nedgang, noe som til å begynne med ble satt i forbindelse med nedstenging i utelivsbransjen. Nedgangen i antall skader har imidlertid fortsatt etter pandemien, og i 2023 var det 173 187

konsultasjoner på grunn av ulike skader. Hodeskader har imidlertid vist en jevn økning over tid, fra 5,4 % av alle skadene i 2006 til 11,0 % i 2023.

Det har lenge vært en økende bruk av laboratorieundersøkelser på legevakt. Den viktigste enkeltanalysen er CRP, som ble brukt i 41,8 % av konsultasjonene. Det har også vært en økende bruk av tidstaksten, som i 2023 ble brukt i 43,9 % av konsultasjonene. Bruken av sykmeldinger var høyest i 2007 med 7,4 % av konsultasjonene. I 2023 resulterte 3,0 % 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 2023 var det 4 017 fastleger og 2 528 andre leger som hadde legevakt. Blant fastlegene var 46,0 % kvinner, mens de utgjorde 55,4 % av andre vaktleger. Gjennomsnittsalderen var 41,3 år for fastleger og 35,4 år for andre leger.

I 2023 ble 58,4 % av alle konsultasjoner/sykebesøk utført av fastleger. Denne andelen har vært nokså stabil de senere årene. Spesialister i allmenntilleggsmedisin utførte 28,5 % og kvinnelige leger 35,1 % av konsultasjonene. Ca. 70 % av alt vaktarbeidet ble utført av leger i aldersgruppen 30 – 50 år.

Fra andre halvår 2023 ble det innført en ny takst (1k) som kan brukes når vaktlegen gir beslutningsstøtte over nødnett eller telefon til ambulanspersonell som er til stede hos en pasient. Denne taksten ble brukt i økende grad utover året, til sammen 10 398 ganger i 2023. Den ble mest brukt hos eldre pasienter og diagnosene var ofte uspesifikke. De hyppigste spesifikke diagnosene var smerter i bryst og mage, dyspné, synkope, KOLS og rus.

Målt som andel av alle kontakter ble denne taksten brukt 0,53 % i sentrale kommuner (sentralitetsgruppe 1) og henholdsvis 1,38 % og 1,45 % i sentralitetsgruppe 2 og 3. Ambulanse i sentrale kommuner har altså sjeldnere behov for å konferere med vaktlege enn i mer perifere strøk. Dette kan skyldes at det er kortere transporttid i sentral kommuner.

Takst 11f brukes ved aktivt redningsarbeid ved ulykker og andre alvorlige tilstander. Denne taksten ble brukt 7 565 ganger i 2023, oftest for mannlige og eldre pasienter. De hyppigste diagnosene var hjertesykdom, brystsmerter, skade/trauma, dødsfall, dyspné og allergiske reaksjoner.

Målt som andel av alle kontakter ble denne taksten oftest brukt i utkantkommunene, 0,67 % i sentralitetsgruppe 3, mot 0,38 % og 0,25 % i sentralitetsgruppe 1 og 2. Dette har trolig sammenheng med lang transporttid til sykehus fra utkantene.

I motsetning til takst 1k (telefonisk beslutningsstøtte til ambulanspersonell), vil vaktlegen selv måtte avgjøre om det er aktuelt å iverksette redningsarbeid. Ikke alle vaktleger er like komfortable med slike oppgaver og kan ha høyere terskel for å rykke ut.

Det var ingen forskjeller mellom fastleger og ikke-fastleger, begge utførte redningsarbeid like hyppig. Eldre leger utførte redningsarbeid sjeldnere enn unge. Aktiviteten var høyest i aldersgruppen 30 – 39 år (0,46 %), lavest i aldersgruppen 60+ år (0,18 %). Mannlige vaktleger deltok betydelig oftere i redningsarbeid enn kvinnelige vaktleger (0,43 % mot 0,23 %), selv om kvinnelige vaktleger er yngre enn sine mannlige kolleger.

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 15 rapporter basert på refusjonskrav fra legevakt i årene 2006 - 2022 (2-16), og viderefører nå statistikken med data fra 2023.

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 (17).

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 2022 var det 168 legevakter i Norge, 83 interkommunale og 85 kommunale (18). 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.

Deltakelse i legevakt er obligatorisk for fastleger (19). 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 (20-22). 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 legeregningkort 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 (23).

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 (24).

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 2023. 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, men dette er svært få, har utgjort mindre enn 1 % siden 2010 (25, 26). 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. Men 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 fullstendig fra 2017.

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	2014	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Konsultasjoner	2ad, 2ak, 2fk,	76,2	69,1	63,8	62,3	37,0	32,1	49,4	60,7
	2ae, 2æk, 2af	1 238 791	1 352 209	1 321 039	1 341 415	1 251 333	1 283 786	1 307 558	1 310 113
Sykebesøk	11ad, 11ak	5,7	3,3	3,4	3,5	2,6	2,1	3,3	4,4
		92 543	65 202	70 829	75 980	87 694	85 287	87 829	94 400
Telefon- kontakter	1bd, 1bk, 1be,	17,1	25,2	30,5	31,8	36,8	34,7	36,3	32,1
	1g	278 650	493 177	631 214	684 773	1 243 516	1 385 637	960 042	693 770
Enkle kontakter	1ad, 1ak, 1h,	1,0	2,3	2,3	2,4	23,6	31,1	10,9	2,8
	1i	16 660	45 272	48 476	52 419	799 147	1 244 203	289 245	59 640
Sum kontakter		1 626 644	1 955 860	2 071 558	2 154 597	3 381 690	3 998 913	2 644 674	2 157 923

Antall konsultasjoner har vært ganske stabilt siden 2006. Tatt i betraktning at befolkningstallet økte med over 18 % i samme periode, har i realiteten konsultasjonsraten (per innbygger) gått ned.

Antall telefonkontakter har økt betydelig, trolig fordi registreringen av telefonkontakter har blitt mer fullstendig de senere årene, i den forstand at det oftere blir sendt regningskort til Helfo. Vaktårprosjektet, som registrerer faktiske telefonkontakter ved syv utvalgte legevakter, finner relativt stabile rater for telefonkontakt (27).

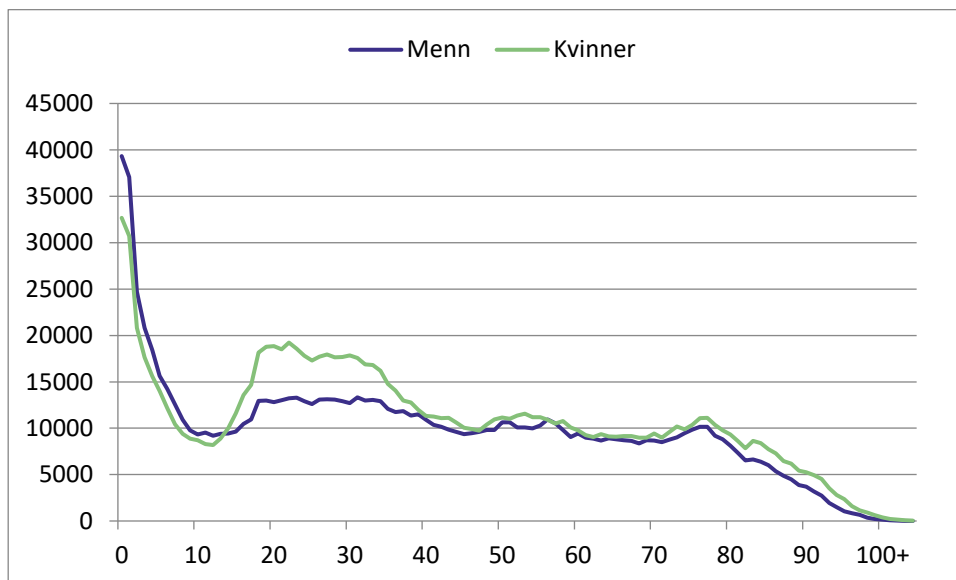
I pandemiperioden ble kontaktmønsteret helt annerledes, antall kontakter nesten doblet. Det var litt færre konsultasjoner, men betydelig flere telefon- og enkle kontakter. Mange av disse kontaktene var åpenbart på grunn av covid-19-testing. Fra 2022 begynte kontaktmønsteret å nærme seg prepandemisk nivå, og i 2023 er det «normalisert».

Antall sykebesøk gikk nedover i mange år. Ifølge takstbrukundersøkelsene til NAV var det i 1995 ca. 685 000 sykebesøk på legevakt (28), ved årtusenskiftet var det ca. 357 000, og fem år senere ca. 141 000 (17). Lavest antall (63 192) ble registrert i 2015. Utviklingen har blitt satt i sammenheng med utbyggingen av interkommunale, stasjonære legevakter (29).

Senere års tall viser at antall sykebesøk igjen øker. I 2023 var det 94 400 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 (30). Dessuten har taksten for sykebesøk økt mer enn andre takster. Sykebesøk er en kontaktform som stort sett er forbeholdt eldre, skrøpelige pasienter.

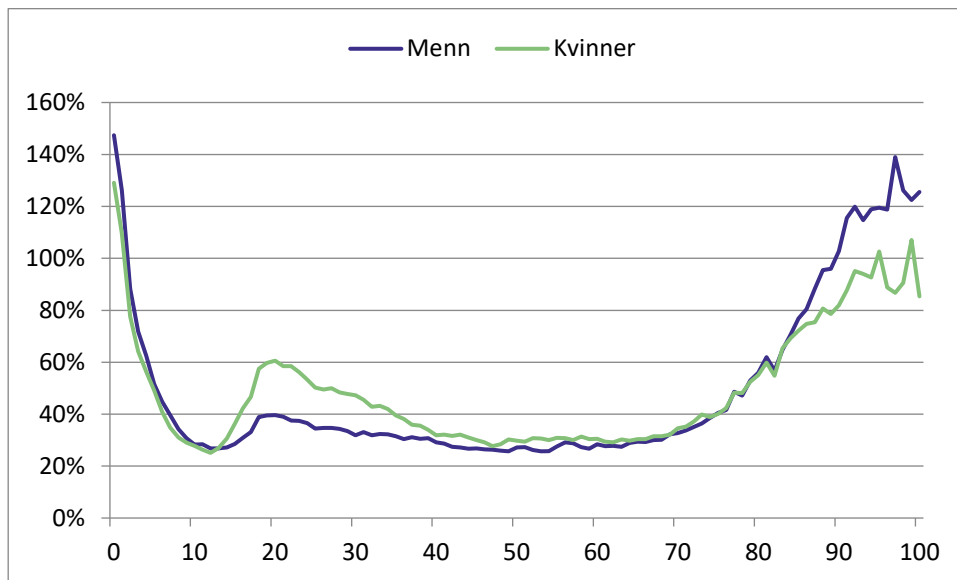
Figur 1 viser et velkjent mønster for befolkningens kontakter med primærhelsetjenesten. Bortsett fra barn, er det i alle aldersgrupper flere kvinner enn menn som konsulterer legevakt. Det er ellers en topp i antall kontakter omkring 20 år. Dette skyldes nok i stor grad studenter som har flyttet hjemmefra og som ikke har skaffet seg fastlege på studiestedet. De er derfor i større grad henvist til å bruke legevakten når de blir syke.

Figur 1: Antall kontakter for menn og kvinner etter alder (2023)

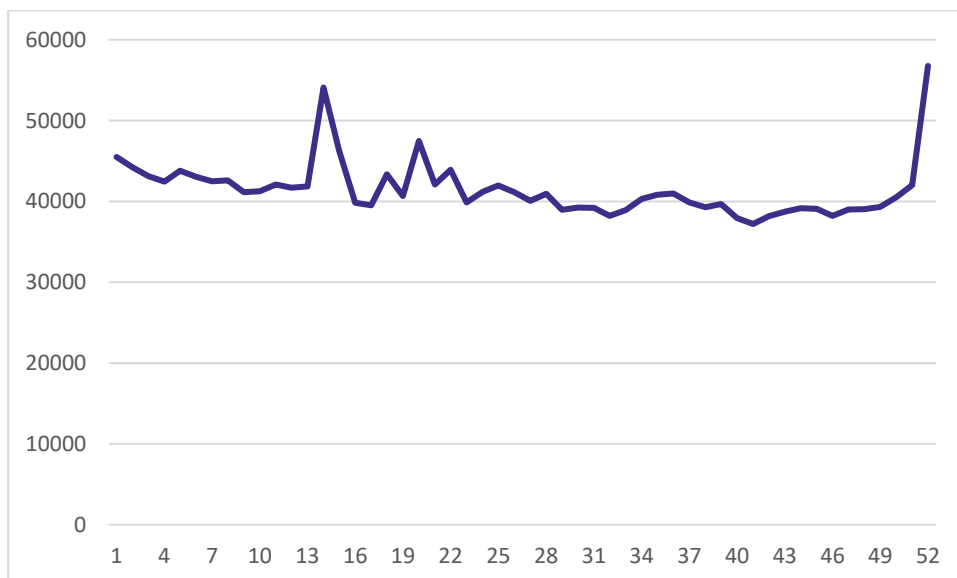


Mønsteret blir noe annerledes om vi ser på hvor stor andel av befolkningen som bruker legevakten (kontaktraten). Figur 2 viser at små barn og de eldste bruker legevaktene mye, men vi har fortsatt en mindre topp omkring 20-årsalderen. Vi finner igjen at unge og voksne kvinner er overrepresentert, men 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 (2023)

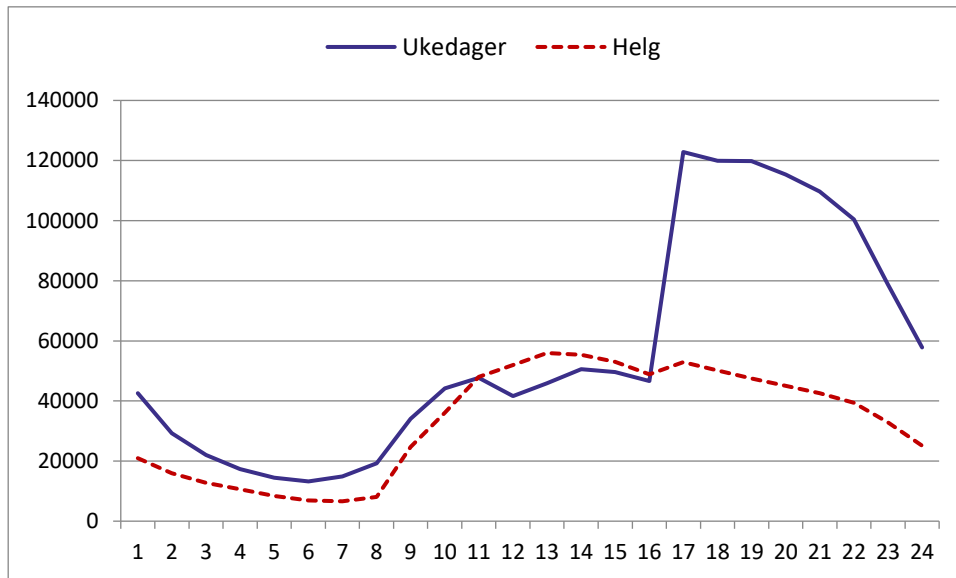


Figur 3: Antall kontakter per uke (2023)



Kontaktfrekvensen varierer noe gjennom året. Det er størst aktivitet i påske- og juleferien (fig 3, foregående side). 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.

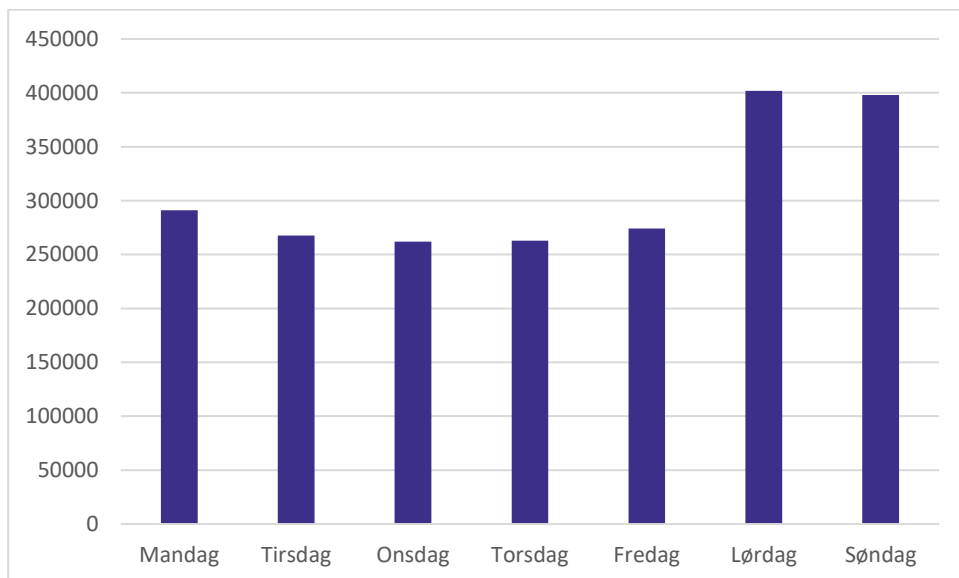
Figur 4: Antall kontakter per klokke time (2023)



På ukedagene 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 (fig 4).

Kontaktene i løpet av en uke fordeler seg med 18 – 19 % på lørdag og søndag og 12 – 13 % på resten av ukedagene (fig 5).

Figur 5: Antall kontakter per ukedag (2023)



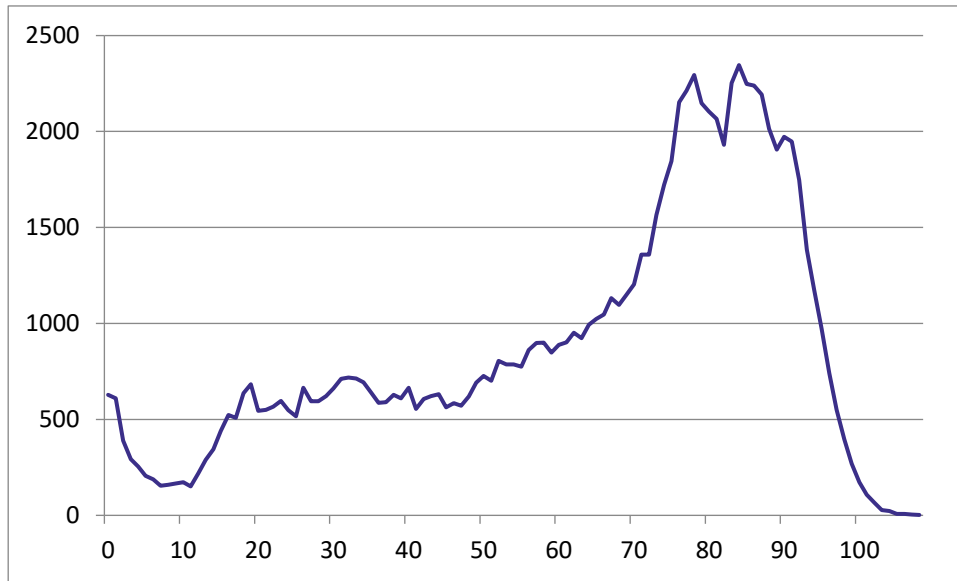
Tabell 2: Prosentvis fordeling av ulike kontakttypene etter geografi (legens praksiskommune, 2023)

Praksiskommune	N	Konsultasjoner	Sykebesøk	Telefonkontakter	Enkle kontakter
Innb > 50 000	1 087 194	59,1	4,7	34,6	1,6
Innb 10 001 – 50 000	823 237	62,9	3,3	31,3	2,5
Innb 5 001 – 10 000	148 513	61,3	3,9	23,7	11,1
Innb 2 001 – 5 000	73 947	63,3	8,8	22,9	5,0
Innb < 2 001	25 032	49,4	17,2	29,1	4,4
Sentral*	975 928	59,3	5,4	33,9	1,4
Noe sentral	960 519	61,3	2,6	32,1	4,0
Lite sentral	221 476	64,3	7,3	24,6	3,7

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 (31).

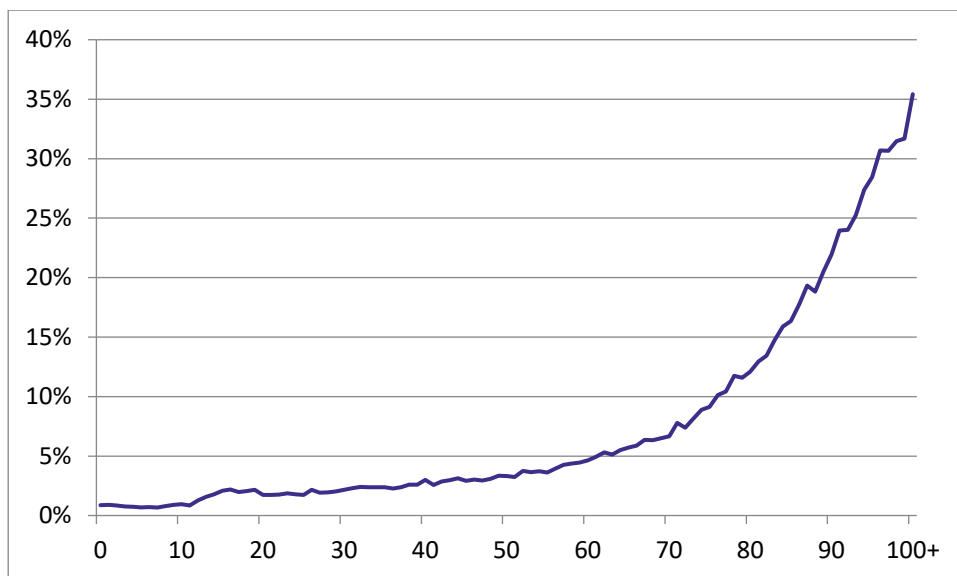
Selv om de absolutte tallene er små, er det tydelig at legevakten i små og perifere kommuner oftere bruker sykebesøk enn i større og mer sentrale kommuner. Dette kan ha sammenheng med at antall henvendelser per lege er lavere i perifere strøk og at vaktlegen derfor har mer tid til disposisjon for å reise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

Figur 6: Antall sykebesøk etter alder (2023)



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 30 – 35 %. 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 (2023)



Diagnoser

Ulike kontakttyper har ulik diagnosefordeling (tab 3). Det er verdt å merke seg at 75,9 % av telefonkontaktene fikk en allmenn/uspesifisert diagnose.

Tabell 3: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kontakttype (2023)

ICPC hovedgruppe	Alle kontakter	Konsultasjon	Sykebesøk	Telefonkontakt	Enkel kontakt
A: allment	36,1	14,8	28,1	75,9	54,6
B: blod	0,3	0,3	0,5	0,2	0,5
D: fordøyelse	8,5	11,3	7,2	3,7	4,7
F: øye	2,9	4,2	0,4	0,8	1,2
H: øre	1,9	2,6	0,3	0,8	1,0
K: hjerte/kar	2,7	3,4	7,4	0,9	1,8
L: muskel/skjelett	11,9	16,3	8,4	4,6	4,9
N: nevrologi	3,9	5,0	7,1	1,6	1,9
P: psykiatri	4,8	5,1	15,1	2,4	9,1
R: respirasjon	12,0	16,5	13,4	3,8	6,5
S: hud	7,8	10,9	3,5	2,7	7,8
T: metabolsk	0,8	0,9	1,9	0,6	1,6
U: urin	4,2	5,8	5,2	1,2	2,8
W: svangerskap	0,7	0,9	0,3	0,3	0,6
X: kv. kjønnsorgan	0,6	0,8	0,2	0,3	0,5
Y: m. kjønnsorgan	0,5	0,8	0,4	0,2	0,3
Z: sosialt	0,3	0,4	0,5	0,1	0,3
Sum kontakter	2 157 923	1 310 113	94 400	693 770	59 640

Regningskort for konsultasjoner lages bare av leger, mens regningskort for telefonkontakter og enkle kontakter i stor grad lages av sykepleiere. Om vi ser på de hyppigst brukte enkeltdiagnosene for alle legevaktkontakter (tabell 4, neste side), er det en kraftig økning i bruk av uspesifikke diagnoser over tid, f.eks. A99 (helseproblem/sykdom).

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

Diagnoser	2006	2014	2018	2019	2020	2021	2022	2023
A99: helseproblem/sykdom	0,8	9,0	17,0	17,8	18,3	14,6	17,9	16,8
A29: gen. symptomer/plager	1,7	1,1	2,4	3,9	4,3	3,8	5,5	7,1
D01: abdominalsmerter	2,9	3,5	3,1	3,1	1,9	1,6	2,7	3,4
R74: akutt øvre luftveisinfeksjon	5,1	4,1	3,9	3,8	1,8	1,7	2,9	3,3
S18: åpent sår/kutt	3,6	3,0	2,7	2,5	1,6	1,3	1,9	2,4
U71: cystitt/urinveisinfeksjon	3,2	3,5	2,7	2,6	1,4	1,2	1,9	2,4
R992: bekreftet covid-19					0,3	1,5	2,6	0,4
R991: mistenkt covid-19					23,2	22,3	6,7	0,1
R33: prøve fra luftveiene					4,5	15,9	4,4	0,0
Sum kontakter	1 626 644	1 955 860	2 071 558	2 154 597	3 381 690	3 998 913	2 644 674	2 157 923

Enda tydeligere blir dette om vi ser bare på telefonkontakter (tabell 5, neste side). 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 2023 var det ni leger som var registrert med mer enn 10 000 telefonkontakter, 66 leger hadde mer enn 1 000 telefonkontakter. Høyeste antall var 94 726 telefonkontakter registrert på en og samme lege.

Vaktårnprosjektet, som registrerer faktiske telefonkontakter ved syv utvalgte legevakter, finner relativt stabile rater for telefonkontakt (27). Ved denne registreringen er også diagnosene mer spesifikke, med knapt 20 % A-diagnoser (32).

Dersom denne 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 med standardiserte diagnosekoder (33).

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

Diagnoser	2006	2014	2018	2019	2020	2021	2022	2023
A99: helseproblem/sykdom	2,1	28,5	49,8	49,4	40,8	37,6	43,8	44,2
A29: gen. symptomer/plager	8,0	3,0	7,5	11,6	10,8	10,3	14,8	21,6
A97: administrativ kontakt	1,0	7,1	8,3	8,1	5,1	3,8	5,5	1,8
A03: feber	3,7	2,2	1,3	1,3	0,7	0,7	1,4	1,7
A13: engstelig for behandling	1,9	2,5	2,9	2,3	1,2	1,0	1,6	1,5
D01: abdominalsmerter	2,7	2,2	1,1	1,1	0,7	0,6	0,9	1,2
R992: bekreftet covid-19					0,3	2,8	4,1	0,2
R991: mistenkt covid-19					17,7	19,0	5,8	0,1
R27: engstelig sykd. i luftveiene					4,6	5,0	0,8	0,0
Sum kontakter	278 650	493 177	631 214	684 773	1 243 516	1 385 637	960 042	693 770

Tabell 6 viser at fordelingen på diagnosegrupper ved legevaktkonsultasjoner er noenlunde stabil fra det ene året til det andre, men også her har det vært en viss trend i retning av økende bruk av spesifikke diagnoser (ICPC hovedgruppe A).

Tabell 6: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper ved konsultasjoner

ICPC hovedgruppe	2006	2014	2018	2019	2020	2021	2022	2023
A: allment	9,3	12,8	12,8	13,4	14,6	14,8	14,5	14,8
B: blod	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
D: fordøyelse	9,6	10,7	10,8	10,8	9,8	9,9	10,9	11,3
F: øye	5,3	4,7	4,4	4,5	3,7	3,8	4,2	4,2
H: øre	3,8	3,1	2,6	2,5	1,8	2,1	2,4	2,6
K: hjerte/kar	3,3	3,4	3,5	3,5	3,2	3,4	3,4	3,4
L: muskel/skjelett	15,7	16,4	17,0	17,0	14,8	16,0	16,0	16,3
N: nevrologi	3,4	4,0	4,5	4,5	4,1	4,4	4,7	5,0
P: psykiatri	3,5	4,1	4,8	5,0	4,8	4,7	4,9	5,1
R: respirasjon	24,0	18,7	17,8	17,4	23,4	21,3	19,3	16,5
S: hud	12,8	11,7	11,8	11,6	10,7	10,6	10,1	10,9
T: metabolsk	0,6	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	0,8	0,9
U: urin	5,3	6,2	5,9	5,9	5,5	5,4	5,6	5,8
W: svangerskap	1,2	1,1	1,0	1,0	0,9	0,9	0,8	0,9
X: kv. kjønnsorgan	0,9	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,8
Y: m. kjønnsorgan	0,7	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8
Z: sosialt	0,2	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4
Sum konsultasjoner	1 238 791	1 352 209	1 321 039	1 341 415	1 251 333	1 283 786	1 307 558	1 310 113

Tabell 7 viser at fordelingen av enkeltdiagnoser i konsultasjoner også har vært relativt stabil, men pandemi-diagnoser utgjorde et betydelig innslag i 2020 og 2021. Også her ser vi en tendens til økende bruk av uspesifikke diagnosekoder.

Tabell 7: De hyppigst brukte enkeltdiagnosene ved konsultasjoner (prosent av alle konsultasjoner)

Diagnoser	2006	2014	2018	2019	2020	2021	2022	2023
R74: akutt øvre luftveisinfeksjon	6,1	5,5	5,8	5,7	3,7	4,6	5,4	4,9
D01: abdominalsmerter	3,0	4,1	4,1	4,3	4,1	4,2	4,6	4,7
S18: åpent sår/kutt	4,3	4,0	4,0	3,8	4,0	3,9	3,6	3,6
U71: cystitt/urinveisinfeksjon	3,5	4,1	3,7	3,6	3,2	3,1	3,3	3,4
A99: helseproblem/sykdom	0,5	2,1	2,1	2,3	3,9	3,4	2,7	2,9
A11: brystsmerte	0,9	1,7	1,9	1,9	1,8	2,0	2,1	2,1
A03: feber	1,9	1,5	1,4	1,6	1,4	1,5	1,9	1,8
L81: skade muskel/skjelett	2,0	1,8	2,0	2,0	1,8	1,8	1,7	1,8
R992: bekreftet covid-19					0,5	1,4	1,8	0,5
R991: mistenkt covid-19					8,6	5,4	1,0	0,1
Sum diagnoser	1 238 791	1 352 209	1 321 039	1 341 415	1 251 333	1 283 786	1 307 558	1 310 113

Det er døgnvariasjoner i bruk av ulike diagnosegrupper (tab 8). Her ser vi at psykiatri og magelidelser er overrepresentert om natten.

Tabell 8: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper ved konsultasjoner i løpet av døgnet (2023)

ICPC hovedgruppe	Dag (8-16)	Kveld (16-24)	Natt (0-8)
A: allment	13,8	14,9	17,0
B: blod	0,3	0,3	0,2
D: fordøyelse	9,5	11,2	17,3
F: øye	5,2	4,1	2,2
H: øre	3,1	2,5	1,2
K: hjerte/kar	3,3	3,3	4,5
L: muskel/skjelett	17,7	16,6	11,2
N: nevrologi	4,4	5,2	5,9
P: psykiatri	3,7	4,7	11,5
R: respirasjon	18,4	16,1	13,0
S: hud	10,5	11,8	7,1
T: metabolsk	1,0	0,8	0,6
U: urin	6,2	5,7	5,2
W: svangerskap	0,9	0,9	0,8
X: kv. kjønnsorgan	0,9	0,8	0,6
Y: m. kjønnsorgan	0,7	0,8	0,7
Z: sosialt	0,4	0,3	1,1
Sum konsultasjoner	420 535	750 833	138 745

Diagnosefordelingen fra måned til måned viser overhyppighet av luftveislidelser om vinteren og hudsykdommer om sommeren.

Tabell 9: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper ved konsultasjoner etter måned (2023)

ICPC hovedgruppe	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
A: allment	15,0	14,9	14,8	13,6	14,2	14,8	14,3	14,8	14,9	15,1	15,6	15,4
B: blod	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
D: fordøyelse	11,5	11,8	12,0	11,2	11,2	10,7	11,3	11,3	11,1	11,4	11,5	10,9
F: øye	3,4	3,6	3,8	4,2	4,9	4,7	4,4	4,1	4,2	4,7	4,3	4,4
H: øre	2,7	2,9	2,7	2,7	2,5	2,3	2,8	2,4	2,4	2,3	2,3	2,7
K: hjerte/kar	3,4	3,5	3,5	3,3	3,4	3,3	3,5	3,5	3,4	3,6	3,5	3,5
L: muskel/skjelett	15,5	16,3	16,7	16,8	16,8	18,0	16,5	17,0	17,1	16,2	15,0	14,3
N: nevrologi	5,2	5,1	4,9	4,7	4,8	4,8	4,7	5,4	5,3	5,5	5,3	4,7
P: psykiatri	4,9	4,7	4,9	4,7	5,1	5,1	5,3	5,6	5,4	5,5	5,5	4,8
R: respirasjon	21,7	20,0	18,9	18,4	16,4	12,1	11,6	11,9	13,2	14,6	17,6	21,1
S: hud	8,0	8,4	8,9	10,5	11,2	14,7	14,6	13,5	12,3	10,6	9,4	8,3
T: metabolsk	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,9
U: urin	5,0	5,0	5,0	6,0	5,6	5,4	6,6	6,4	6,5	6,3	5,9	6,1
W: svangerskap	0,8	0,9	0,9	0,9	0,8	0,9	0,9	0,9	1,0	0,9	0,9	0,8
X: kv.kjønnsorgan	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,7	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7
Y: m.kjønnsorgan	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7
Z: sosialt	0,4	0,4	0,5	0,4	0,4	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4
Sum konsultasjoner	112 040	99 447	107 412	119 603	118 297	106 903	111 430	105 987	107 018	105 291	100 438	116 247

Tabell 10 viser diagnosespekteret for menn og kvinner. Bortsett fra de kjønns spesifikke diagnosene, har kvinner hyppigere sykdommer i urinveier og mage, menn oftere hudlidelser. De dominerende enkeltdiagnosene er henholdsvis urinveisinfeksjon (U71), abdominalsmerter (D01) og åpent sår/kutt (S18).

Tabell 10: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper ved konsultasjoner etter kjønn (2023)

ICPC hovedgruppe	Kvinner	Menn
A: allment	14,3	15,3
B: blod	0,3	0,3
D: fordøyelse	12,6	9,9
F: øye	3,7	4,8
H: øre	2,5	2,6
K: hjerte/kar	3,4	3,5
L: muskel/skjelett	15,5	17,2
N: nevrologi	5,4	4,6
P: psykiatri	4,8	5,4
R: respirasjon	16,7	16,2
S: hud	9,1	12,8
T: metabolsk	0,8	0,9
U: urin	7,2	4,4
W: svangerskap	1,7	-
X: kv. kjønnsorgan	1,4	-
Y: m. kjønnsorgan	-	1,6
Z: sosialt	0,6	0,3
Sum konsultasjoner	683 692	626 421

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» (34). Luftveislidelser og øresykdommer er mest utbredt blant barn, mens hjerte- og karsykdommer og urinveislidelser øker med alderen. Psykiatriske diagnoser sees oftest hos unge og voksne.

Tabell 11: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper ved konsultasjoner etter aldersgrupper (2023)

ICPC hovedgruppe	Aldersgrupper								
	0-1	2-4	5-9	10-15	16-25	26-40	41-60	61-80	81-
A: allment	25,1	18,3	15,0	12,1	13,3	12,8	13,7	14,9	17,1
B: blod	0,1	0,3	0,4	0,3	0,2	0,2	0,3	0,4	0,9
D: fordøyelse	9,9	10,1	12,9	9,1	11,1	13,0	11,5	10,8	10,0
F: øye	3,5	4,0	4,1	3,4	4,1	5,0	5,4	3,7	1,7
H: øre	5,2	7,3	6,2	3,3	2,1	2,0	1,9	1,3	0,7
K: hjerte/kar	0,1	0,1	0,2	0,4	1,3	2,3	4,6	7,6	8,1
L: muskel/skjelett	2,1	6,9	13,7	29,4	17,0	16,2	19,9	16,6	14,9
N: nevrologi	3,6	3,9	4,0	5,0	5,0	5,1	5,2	5,4	6,5
P: psykiatri	0,3	0,2	0,4	3,4	8,6	7,6	6,4	3,7	3,4
R: respirasjon	39,5	29,8	22,7	15,8	16,0	13,8	11,2	13,5	14,3
S: hud	8,4	14,1	15,6	13,4	11,0	10,0	11,3	9,8	8,1
T: metabolsk	0,5	0,3	0,3	0,4	0,4	0,6	1,0	1,5	2,0
U: urin	0,9	3,2	3,0	1,9	5,1	5,0	6,1	9,6	11,3
W: svangerskap	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	3,2	0,2	0,1*	0,1*
X: kv. kjønnsorgan	0,1	0,2	0,2	0,4	1,4	1,5	0,7	0,3	0,2
Y: m. kjønnsorgan	0,7	1,4	1,2	1,1	1,0	0,8	0,5	0,6	0,4
Z: sosialt	0,0	0,0	0,0	0,6	1,3	0,7	0,3	0,1	0,0
Sum konsultasjoner	75 455	68 454	71 616	73 588	187 462	260 207	262 930	227 207	83 194

*Feil bruk av diagnosekode W81 (svangerskapsforgiftning) hvor «hypertensjon» har forekommet som synonym i diagnoselisten hos enkelte EPJ-leverandører.

Behandling av skader hører til legevaktens kjerneoppgaver. De første legevaktene som ble etablert i Norge, behandlet først og fremst sårskader og brudd (35). I tabell 12 har vi brukt samme kategorisering av ICPC-kodene som Folkehelseinstituttet benyttet i rapporten «Skadebildet i Norge» (36).

Tabell 12: Prosentvis fordeling av alle konsultasjoner på grunn av skader

Skadetyper ICPC-2 diagnosekoder	2006	2014	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Bruddskader L72, L73, L74, L75, L76	10,2	9,9	9,5	9,0	8,2	8,5	8,8	8,3
Forstuvning, forstrekning, ute av ledd L77, L78, L79, L80, L81, L96	22,0	19,7	19,9	19,8	18,1	18,1	18,7	18,5
Hodeskader (ekskl. brudd), hjernerystelse N79, N80	5,4	7,1	7,6	8,0	7,7	8,7	10,3	11,0
Øyeskader (inkl. fremmed- legeme) F75, F76, F79	7,5	6,2	6,1	6,3	6,7	6,4	6,1	5,6
Penetrasjonsskade stikk, kutt, bitt S13, S18	30,8	30,6	30,2	29,9	33,1	32,4	32,2	32,0
Forbrenning, skoldning S14	2,7	3,0	3,1	3,1	3,2	3,1	2,9	2,9
Andre overflateskader, inkl. insektstikk S12, S15, S16, S17, S19, H78	12,5	12,6	11,8	12,1	11,4	11,2	9,8	10,5
Forgiftninger A84, A86	1,5	2,0	2,1	2,2	2,1	2,1	2,2	2,3
Andre skader A80, A81, A88, B76, B77, D79, D80, H76, H77, H79, N81, R87, R88, U80, X82, Y80	7,4	9,0	9,7	9,6	9,6	9,5	9,0	8,9
Sum konsultasjoner	194 146	200 093	201 291	196 747	170 997	174 811	168 521	173 187

Tabell 12 viser at det var en nedgang i antall skader fra 2019 til 2020. En kunne tenke at dette har hatt sammenheng med nedstengning av uteliv i forbindelse med pandemien, men det reduserte skadetallet synes å forbli på et lavere nivå. En skal ellers merke seg at andelen hodeskader er doblet fra 2006 til 2023.

Legers deltakelse i legevakt

Deltakelse i legevakt er obligatorisk for fastleger (19), men det gis rett til fritak under visse forutsetninger, f.eks. hvis fastlegen er over 60 år. Det er likevel flere enn de med formelt fritak som har meldt seg ut av legevaktstjenesten (20-22). Mange legevakter ivaretas av andre leger, som heltidsansatte vaktleger, LIS1-leger (turnusleger), nyutdannede LIS0-leger, sykehusleger, stipendiater og andre universitetsansatte leger.

Det var tidligere metodologisk problem at andel uidentifiserte vaktleger var høyt. Dette hadde sammenheng med at fastlønnte vaktleger leverte regningskort på kommunens eller legevaktens organisasjonsnummer. 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 fullstendig fra 2017.

Frem til 2016 ble fastleger definert som leger registrert i Fastlegeregisteret. Dette medførte at vikarer ofte ikke ble registrert som fastleger. Fra 2016 er definisjonen endret, slik at en fastlege er definert som en lege som i løpet av året har sendt fastlegeregninger til Helfo. Dette gir en mer fullstendig dekning av vikarer, men kan også medføre at fastlegenes vaktarbeid blir noe overestimert. Dette har sammenheng med at noen leger kan ha vikariert i fastlegestilling deler av året, men har utført vaktarbeid i andre perioder, når de ikke er fastleger.

I 2023 var det 4 017 fastleger og 2 528 andre leger som hadde legevakt. Blant fastlegene var 46,0 % kvinner, mens de utgjorde 55,4 % av andre vaktleger. Gjennomsnittsalderen var 41,3 år for fastleger og 35,4 år for andre leger.

Tabell 13 viser ulike legegruppers vakt deltakelse som andel av alle konsultasjoner og sykebesøk. Fastlegene utfører ca. 60 % av alt vaktarbeidet, leger med rett til å bruke spesialisttakst knapt 30 %. Kvinnene øker sin andel av vaktarbeidet, men deres andel er betydelig lavere enn kvinneandelen blant fastlegene. Ifølge basistilskudd-rapporten for desember 2023 var 48,6 % av fastlegene kvinner. Størstedelen av vaktarbeidet utføres av leger i alderen 30 – 50 år.

Tabell 13: Deltakelse i legevakt (legegruppens prosentvise andel av alle konsultasjoner og sykebesøk)

Legegruppe	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Fastlege	60,3	61,4	61,7	61,6	61,2	58,0	59,1	58,4
Spesialist i allmenntilleggsmedisin	20,5	21,0	22,9	24,4	23,9	24,7	26,2	28,5
Kvinne	27,9	30,7	30,9	31,5	33,8	34,3	35,7	35,1
Alder < 30	10,0	12,2	11,9	10,3	10,1	10,4	10,1	10,3
Alder 30 – 39	44,3	45,4	45,9	46,1	44,3	44,2	45,2	43,1
Alder 40 – 49	23,4	24,3	23,8	24,0	27,7	27,3	24,4	25,8
Alder 50 – 59	12,4	12,5	12,9	13,3	11,8	11,5	13,0	13,1
Alder 60 –	5,6	5,5	5,5	6,3	6,1	6,5	7,3	7,7
Uidentifisert lege	4,2	0,0	0,0	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	1 395 387	1 404 513

Takster

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

	2006	2014	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Tidstakst (2cd, 2ck)	32,1	37,7	42,3	43,6	45,2	46,1	43,3	43,9
Laboratorium (701a)	30,3	41,0	45,9	46,2	149,3	387,4	142,8	48,1
CRP (705k)	28,2	35,4	38,9	39,4	35,4	37,5	41,7	41,8
Streptest (706k)	4,3	3,3	2,8	2,7	2,2	1,8	2,6	2,9
EKG (707)	3,9	6,7	8,1	8,5	7,8	8,4	8,7	8,8
Kir. prosedyrer (100, 105, 106, 111)	10,5	10,9	11,8	11,7	11,5	11,0	11,1	12,9
Kontakt hjemme-sykepleie o.l. (1f)	3,3	5,2	7,0	6,9	7,4	6,7	6,4	6,1
Sykmelding (L1)	6,9	4,1	3,5	3,4	2,4	2,3	2,9	3,0
N	1 238 791	1 352 209	1 321 039	1 341 415	1 251 333	1 283 786	1 307 558	1 310 113

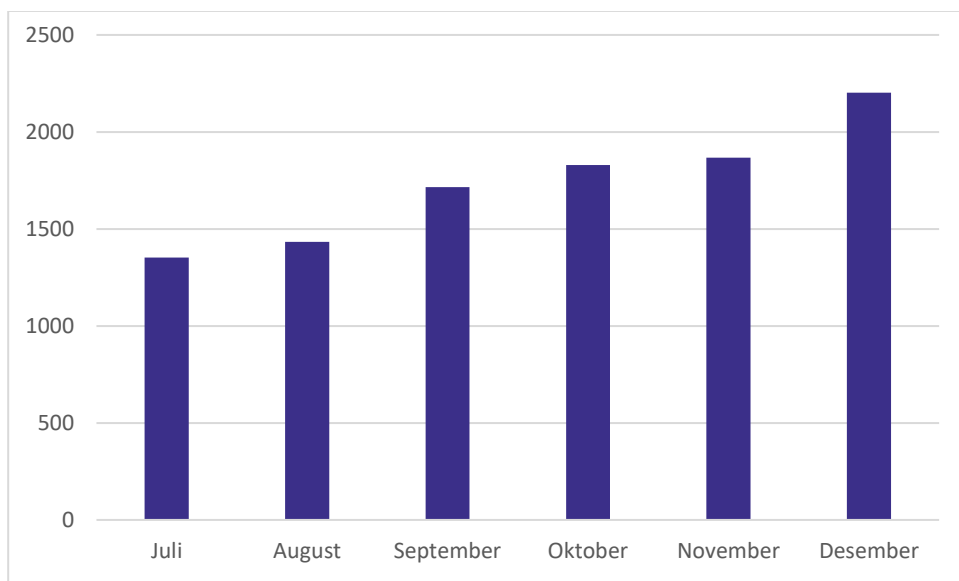
Det har over tid vært en økende bruk av laboratorium (hovedsakelig CRP) og tidstakst. Vaktlegene har også stadig oftere hatt kontakt med hjemmesykepleie, noe som kan ha sammenheng med økende utbredelse av elektroniske dialogmeldinger. De siste årene har antall slike kontakter flatet ut, noe som kan skyldes at den tekniske muligheten for å bruke dialogmeldinger etter hvert har blitt fullt utbygd. Siste års økning i bruk av kirurgitakster kan ha sammenheng med at noen takster har fått utvidet innhold.

I utgangspunktet er dette takster som tas i forbindelse med en konsultasjon, og prosentangivelsene kommer frem ved at vi har delt antall takster med antall konsultasjoner. Men disse takstene er ikke nødvendigvis skrevet på samme regningskort som en konsultasjonstakst. For eksempel vil takst 1f alltid være skrevet på et eget regningskort. I pandemien har også laboratorietaksten 701a ofte blitt tatt uten samtidig konsultasjon eller som en enkel kontakt. Dette er bakgrunnen for de høye prosentangivelsene for laboratorietaksten i pandemiperioden.

Beslutningsstøtte til ambulanspersonell

Fra andre halvår 2023 ble det innført en ny takst (1k) som kan brukes når vaktlegen gir beslutningsstøtte over nødnett eller telefon til ambulanspersonell som er til stede hos en pasient. Som figur 8 viser, ble denne taksten brukt i økende grad utover året, til sammen 10 398 ganger i 2023.

Figur 8: Antall ganger takst 1k er brukt per måned i 2023

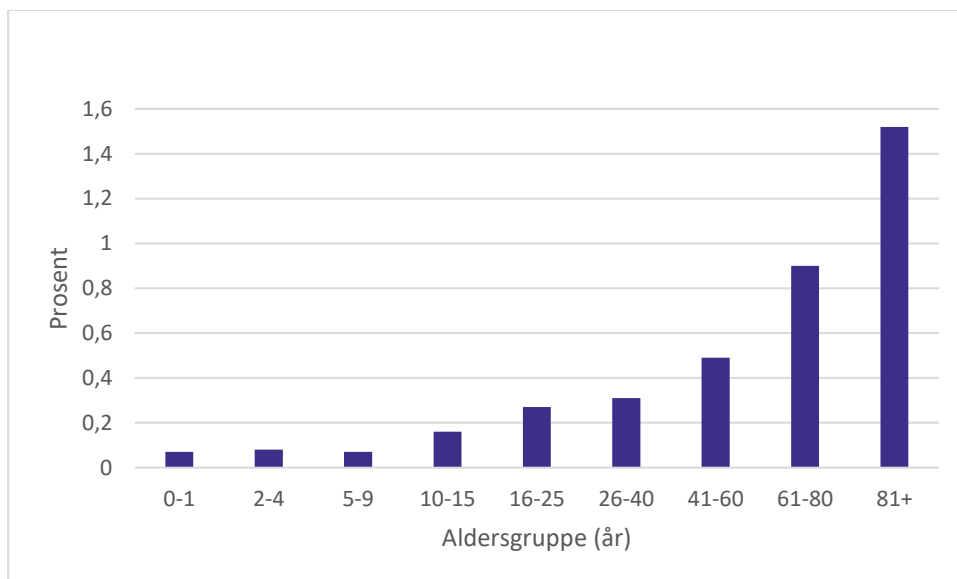


Takst 1k ble brukt relativt sjeldnere i sentrale kommuner. Målt som andel av alle kontakter ble denne taksten brukt 0,53 % i sentralitetsgruppe 1 og henholdsvis 1,38 % og 1,45 % i sentralitetsgruppe 2 og 3. Ambulanser i sentrale kommuner har altså sjeldnere behov for å konferere med vaktlege enn i mer perifere strøk. Dette kan skyldes at det er kortere transporttid i sentrale kommuner.

I og med at dette er henvendelser som kommer fra ambulansen, har ikke den enkelte vaktlegen noen innflytelse på hvor ofte de kan benytte denne taksten. Det var derfor ingen vesentlige forskjeller på fastleger og andre vaktleger, mannlige og kvinnelige vaktleger og vaktleger i ulike aldersgrupper.

Mannlige pasienter var moderat overrepresentert blant de som ble gjenstand for rådgivning til ambulansmannskap. Målt som andel av alle kontakter ble denne taksten brukt 0,52 % for menn og 0,45 % for kvinner. Taksten ble ellers brukt hyppigere jo eldre pasiente var (figur 9, neste side)

Figur 9: Hyppighet (andel av alle kontakter) hvor takst 1k ble brukt i ulike aldersgrupper



Det kan være vanskelig for en vaktlege å stille presise diagnoser når man blir oppringt fra en ambulanse. Dette avspeiles ved at 39,3 % av kontaktene ble kodet med en uspesifisert diagnosekode (ICPC hovedgruppe A). Tabell 15 viser hvilke enkeltdiagnoser som ble mest brukt.

Tabell 15: De hyppigste diagnosene som ble kombinert med takstkode 1k

Diagnoser	Andel
A99: helseproblem/sykdom	9,7
A11: brystsmerte	6,8
A13: Engstelig for behandling	5,1
D01: abdominalsmerte	3,5
R02: Kortpustet/dyspné	3,2
A06: Besvimelse/synkope	2,4
R95: KOLS	2,3
P16: Akutt alkoholmisbruk	2,2
A78: Infeksjonssykdom	1,8
N17: Svimmelhet	1,8
A03: Feber	1,6
N80: Hodeskade	1,5
P19: Stoffmisbruk	1,5
Alle andre diagnoser	56,6
Sum diagnoser	10 398

Aktivt redningsarbeid

Takst 11f kan brukes ved aktivt redningsarbeid ved ulykke, gjenopplivning og ved fødselshjelp og prehospital trombolyse ved akutt hjerteinfarkt samt kritisk syke personer som krever intensiv behandling og har behov for monitorering av hjerterytme og O₂-metning. I løpet av 2023 ble denne taksten benyttet 7 565 ganger.

Takst 11f ble brukt relativt oftest i de minst sentrale kommunene, Målt som andel av alle kontakter ble denne taksten brukt 0,67 % i sentralitetsgruppe 3 og henholdsvis 0,38 % og 0,25 % i sentralitetsgruppe 1 og 2. Utkantkommuner har ofte lang vei til sykehus og det er derfor naturlig at legevakten oftere må drive aktivt redningsarbeid i disse kommunene.

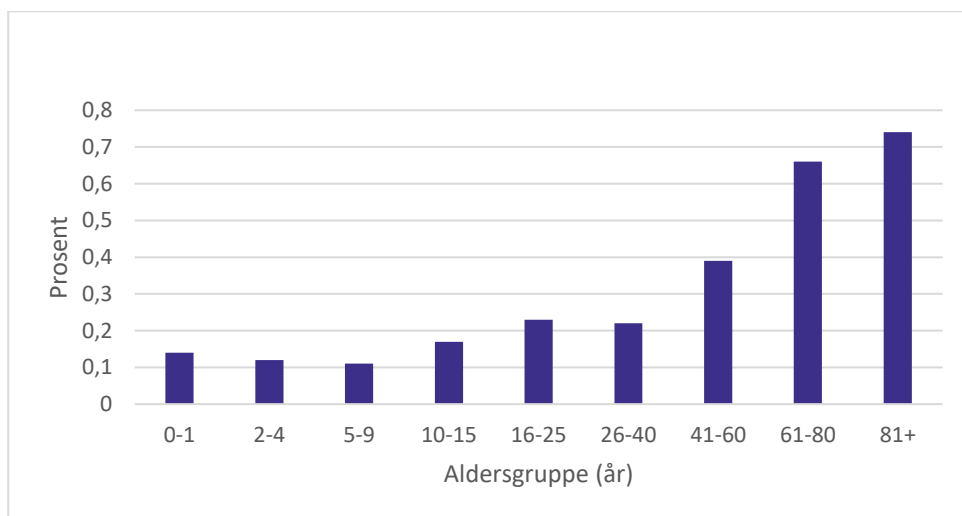
I motsetning til takst 1k (telefonisk beslutningsstøtte til ambulanspersonell), vil vaktlegen selv måtte avgjøre om det er aktuelt å iverksette redningsarbeid. Ikke alle vaktleger er like komfortable med slike oppgaver og kan ha høyere terskel for å rykke ut.

Det var ingen forskjeller mellom fastleger og ikke-fastleger, begge utførte redningsarbeid like hyppig. Eldre leger utførte redningsarbeid sjeldnere enn unge. Aktiviteten var høyest i aldersgruppen 30 – 39 år (0,46 %), lavest i aldersgruppen 60+ år (0,18 %). Mannlige vaktleger deltok betydelig oftere i redningsarbeid enn kvinnelige vaktleger (0,43 % mot 0,23 %), selv om kvinnelige vaktleger er yngre enn sine mannlige kolleger.

Mannlige pasienter var overrepresentert blant de som ble gjenstand for aktivt redningsarbeid. Målt som andel av alle kontakter ble denne taksten brukt 0,43 % for menn og 0,28 % for kvinner. Dette kan virke overraskende, men samsvarer med en omfattende norsk studie av alvorlige traumer i perioden 2012 – 2018 (37). Det kan ha sammenheng med at menn er mer skadeutsatt enn kvinner. Taksten ble ellers brukt hyppigere jo eldre pasienten var (figur 10, neste side).

Også ved bruk av takst 11f var det mange uspesifiserte diagnosekoder. ICPC hovedgruppe A ble brukt i 37,7 % av tilfellene. Ellers var K-diagnoser (hjerne-karsystemet) og R-diagnoser mest brukt, med henholdsvis 20,1 % og 13,5 % av alle tilfellene. Tabell 16 (neste side) viser hvilke enkeltdiagnoser som ble mest brukt.

Figur 10: Hyppighet (andel av alle kontakter) hvor takst 11f ble brukt i ulike aldersgrupper



Tabell 16: De hyppigste diagnosene som ble kombinert med takstkode 11f

Diagnoser	Andel
K84: Hjertesykdom	7,3
A11: Brystsmerte	5,8
A80: Skade/trauma	5,0
A96: Dødsfall	3,7
R02: Dyspné	3,7
A92: Allergisk reaksjon	3,6
A99: Helseproblem/sykdom	3,3
A78: Infeksjonssykdom	3,2
A07: Bevisstløshet/koma	2,9
K75: Akutt hjerteinfarkt	2,3
R95: KOLS	2,2
K90: Hjerneslag	2,2
R81: Lungebetennelse	2,0
D01: Abdominalsmerte	2,0
K01: Smerte relater til hjertet	1,9
N07: Krampeanfall	1,8
P19: Stoffmisbruk	1,8
P77: Selvmord/selvmoedsforsøk	1,5
A84: Legemiddelforgiftning	1,5
Alle andre diagnoser	42,3
Sum diagnoser	7 565

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. <https://hdl.handle.net/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://hdl.handle.net/1956/5907>.
4. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2010. Rapport nr. 3-2011. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2010. <https://hdl.handle.net/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://hdl.handle.net/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://hdl.handle.net/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://hdl.handle.net/1956/7903>.
8. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2014. Rapport nr. 2-2015. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2015. <https://hdl.handle.net/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://hdl.handle.net/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://hdl.handle.net/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. <https://hdl.handle.net/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://hdl.handle.net/11250/2625987>.
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://hdl.handle.net/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://hdl.handle.net/11250/2826187>.

15. Sandvik H, Hunskaar S, Blinkenberg J. Årsstatistikk fra legevakt 2021. Rapport nr. 1-2022. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, 2022. <https://hdl.handle.net/11250/2989361>.
16. Sandvik H, Hunskaar S, Blinkenberg J. Årsstatistikk fra legevakt 2022. Rapport nr. 1-2023. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, 2023. <https://hdl.handle.net/11250/3076082>.
17. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. ... er hjelpe nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr. 1-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009. <https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/handle/1956/6251>.
18. Allertsen M, Morken T. Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2022. Rapport nr. 4-2022. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, 2022. <https://www.norceresearch.no/file/rapport-fra-nasjonalt-legevaktregister-2022>.
19. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>.
20. Sandvik H, Hunskaar S. Hvilke leger mottar trygderefusjon for legevaktarbeid? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1347-50.
21. Sandvik H, Zakariassen E, Hunskaar S. Fastlegenes deltakelse i legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2513-6.
22. Sandvik H, Hunskaar S, Diaz E. Hvilke fastleger deltar i legevakt? Tidsskr Nor Lægeforen 2012; 132: 2277-80.
23. Direktoratet for e-helse. ICPC-2. Den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten. <https://www.ehelse.no/standardisering/standarder/icpc-2-den-internasjonale-klassifikasjonen-for-primærhelsetjenesten>.
24. Normaltariffen. Den norske legeforening. <https://normaltariffen.legeforeningen.no/>.
25. Analyserapport. Statistikk over legars takstbruk 2010. Oslo: Helseøkonomiforvaltningen, 2012.
26. 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>.
27. Eikeland OJ, Midtbø V, Blinkenberg J, Raknes G. Vaktårnprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport for 2022. Rapport nr. 2-2023. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE, 2023. <https://hdl.handle.net/11250/3072167>.
28. St.meld. nr. 43 (1999-2000) Om akuttmedisinsk beredskap.
29. Sundar T. Interkommunal legevakt - sparegris for staten? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1292-3.
30. Kongsvik LT. Suksesslegevakt på fire hjul. Tidsskr Nor Lægeforen 2017; 137: 771.
31. Statistisk sentralbyrå. Sentralitetsindeksen. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/sentralitetsindeksen.oppdatering-med-2020-kommuner>.

32. 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.
33. Sandvik H, Hunskaar S. Bruk av uspesifikke diagnosekoder på legevakt. *Tidsskr Nor Legeforen* 2020; 140: 1142-4.
34. 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.
35. Hunskaar S, Sandvik H. Legevaktens historie. Fra barberkirurg til digital vaktlege. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevakt medisin, 2018.
36. 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/>.
37. Myklevoll KR, Zakariassen E, Morken T et al. Primary care doctors in acute call-outs to severe trauma incidents in Norway - associations with factors related to patients and doctors. *Scand J Prim Health Care* 2023; 41: 196-203.

