

Årsstatistikk fra legevakt 2015

Rapport nr. 2-2016

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin



Tittel	Årsstatistikk fra legevakt 2015
Institusjon	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, Bergen
Ansvarlig	Steinar Hunskår
Forfatter	Hogne Sandvik, forsker dr. med., Steinar Hunskår, forskningsleder professor dr. med. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
ISBN	978-82-92970-99-7 (pdf)
ISSN	1891-3474
Rapport	Nr. 2-2016
Tilgjengelighet	Pdf
Prosjekttittel	Årsstatistikk fra legevakt 2015
Antall sider	28
Publiseringsmåned	April 2016
Oppdragsgiver	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
Sitering	Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2015. Rapport nr. 2-2016. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, Uni Research, 2016.

Helsedepartementet har etablert Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Senteret er organisert i Uni Research AS/Uni Research Helse og knyttet faglig til Forskningsgruppe for allmennmedisin, Universitetet i Bergen, og til Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom). Senteret skal gjennom forskning og fagutvikling og i samarbeid med andre fagmiljøer bidra til å bygge opp og formidle faglig kunnskap innen kommunal legevaktmedisin.

Nettadresse www.legevaktmedisin.no
E-post post@legevaktmedisin.no
Telefon +47 55586500
Telefaks +47 55586130
Besøksadresse Kalfarveien 31, Paviljongen
Postadresse Postboks 7810
Postnummer 5020
Poststed Bergen

Forord

Dette er åttende rapport om aktiviteten på legevakt i Norge. Tidligere rapporter omfatter årene fra 2006 til 2014, mens denne inneholder data fra 2015. Det er behov for presise data fra aktiviteten på legevakt, og regningskortene er et godt grunnlag for å kunne gi en tilnærmet fullstendig rapportering.

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 døgnets timer, geografi, kjønn og alder, samt diagnosefordelingen.

Andre data er mer relevante for årlige analyser, slik at man kan følge utviklingen over tid. Det kan for eksempel gjelde fordelingen av ulike typer vaktleger, kontakttyper og takstbruk. Ved presentasjon av slike data har vi tatt med alle årene fra 2006 til 2015.

Noen år kan det være aktuelt å gå særlig grundig inn i enkelte analyser, for eksempel bruk av spesielle takster eller diagnosekoder. For året 2015 har vi gjort en sammenligning av kontaktmønsteret ved kommunale og interkommunale vaktordninger.

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 forskningsleder professor Steinar Hunskaar. Vi vil rette en takk til seniorrådgiver Vegard Håvik (Helsedirektoratet, Divisjon for helseøkonomi og finansiering), som har tilrettelagt dataene for analyse.

Innhold

Innhold	4
Sammendrag	5
Innledning	7
Legevakt	7
ICPC	7
Takstsystem	7
Materialet	8
Kontakter	9
Diagnoser	14
Legers deltakelse i legevakt	22
Takster	23
Kommunale og interkommunale vaktordninger	25
Referanser	28

Sammendrag

Denne rapporten er basert på elektroniske refusjonskrav fra legevakt i årene 2006 til 2015. 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 2015 knapt 1,95 millioner pasientkontakter, hvorav 68,9 % var konsultasjoner og 3,2 % sykebesøk. Telefonkontakter utgjorde 25,5 %. Antall konsultasjoner er relativt stabilt. Antall telefonkontakter har vist en økende tendens over flere år, trolig fordi telefonkontakt med sykepleier oftere resulterer i regningskort enn tidligere. Antall sykebesøk har vist en nedadgående tendens over mange år. Ved årtusenskiftet ble det beregnet at det ble utført ca. 357 000 sykebesøk på legevakt. I 2015 var det bare 63 192. Sykebesøk er en kontaktform som nesten utelukkende forbeholdes eldre pasienter. Statistikken viser ellers at det er vaktleger i små utkantkommuner som oftest kjører i sykebesøk.

40 % av legevaktkontaktene skjer i helgene, 60 % på de fem ukedagene. De travleste periodene i 2015 var julehelgen og påsken.

Diagnosefordelingen er gjennomgående stabil fra det ene året til det andre, men bruken av allmenne og uspesifikke diagnoser (f.eks. «helseproblem/sykdom») er stadig økende. Dette gjelder først og fremst diagnoser ved telefonkontakter, hvor 57 % av alle diagnosene er uspesifikke. Når regningen er sendt inn på kommunens organisasjonsnummer (uidentifisert lege), er 67 % av telefondiagnosene uspesifikke. Økende bruk av uspesifikke diagnoser kan på sikt svekke mulighetene til å fremskaffe nyttig og pålitelig statistikk over sykdomsutbredelsen blant pasienter i primærhelsetjenesten.

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

Det er en klar overrepresentasjon av sykdommer i åndedretsorganer om vinteren. Omvendt sees en overrepresentasjon av hudlidelser om sommeren. Det er også døgnvariasjoner: Psykiatri og mage- lidelser er overrepresentert om natten, mens en ser relativt mindre sykdommer i åndedretsorganer, muskel/skjelett, øye og øre. Ulike aldersgrupper har også ulike diagnosespekter. Sykdommer i åndedretsorganene, øye og øre avtar med alderen, mens hjerte- og karsykdommer og urinveislidelser øker. Hudlidelser er overrepresentert i barneårene, psykiatri og muskel/skjelett blant voksne.

Antall skader som er behandlet ved norske legevakter viser stor grad av stabilitet over tid. Det har imidlertid vært en økning i noen skadetyper. Siden 2006 har antall kontakter for forgiftningstilfeller økt med 38 % og hodeskader har økt med 31 %. På den andre siden har antall kontakter for øyeskader blitt redusert med 16 %.

Det har lenge vært en økende bruk av laboratorieundersøkelser på legevakt. Den viktigste enkeltanalysen er CRP, som ble brukt i 36,7 % av konsultasjonene. Det har også vært en økende bruk av tidstaksten, som i 2015 ble brukt i 38,2 % av konsultasjonene. Bruken av sykmeldinger var høyest i 2007 med 7,4 % av konsultasjonene. I 2015 resulterte 4,1 % av konsultasjonene i sykmelding.

Deltakelse i legevakt er obligatorisk for fastleger, men i virkeligheten ivaretas halvparten av legevaktene av andre leger, som heltidsansatte vaktleger, vikarer, turnusleger, sykehusleger og stpendiater. I 2015 ble 55,5 % av alle legevaktkontakter med identifiserte vaktleger utført av fastleger. Bare 21,3 % av alle konsultasjonene ble utført av spesialist i allmenmedisin.

Tallene tyder på at vakt deltakelsen blant fastleger og spesialister i allmenntidmedisin var noe høyere i 2015 enn året før. Men hele 39,5 % av kontaktene var med uidentifiserte leger. Dette skaper store problemer når en vil undersøke hvilke leger som faktisk har legevakt. Stortinget har uttrykt bekymring over at erfarne fastleger og spesialister i allmenntidmedisin deltar lite i legevakt, og Regjeringen har i forskrift innskjerpet fastlegenes vaktplikt. For å kontrollere om denne situasjonen endrer seg over tid, er det behov for et godt datagrunnlag. Utviklingen i retning av flere uidentifiserte vaktleger gjør dette vanskelig. Et annet problem er at HELFOs behov for tilsyn med takstbruken ikke blir ivare tatt. Uidentifiserte vaktleger krevde spesialisttakst i over 40 000 tilfeller, men når legen ikke kan identifiseres, har ikke HELFO noen mulighet til å kontrollere om bruken av spesialisttakst er berettiget.

Med virkning fra 1. januar 2016 har meldingsformatet til HELFO blitt utvidet, slik at legevakten nå på hver regning kan innrapportere hvem som er utførende behandler. Foreløpig avviser ikke HELFO regninger som mangler denne informasjonen, så rapporteringen vil heller ikke bli fullstendig for 2016.

Med utgangspunkt i bruk av tilleggstakstene 2nk og 11nk har vi identifisert vaktleger som deltar i kommunale og interkommunale vaktordninger. Dette er takster som kun kan benyttes mellom kl. 23 og 08 av leger i kommuner der interkommunal legevakt ikke er etablert. Denne metoden vil ikke kunne gi en helt perfekt fordeling mellom de to vaktordningene, og påviste forskjeller vil derfor være noe «utvannet».

Totalt sett identifiserte vi 726 vaktleger som hadde brukt disse tilleggstakstene minst én gang og 3 239 som ikke hadde brukt dem. Leger i kommunale vaktordninger hadde i gjennomsnitt 324 kontakter per år, mens leger i interkommunale ordninger hadde 291. Kvinnelige leger var noe overrepresentert i interkommunale vaktordninger.

Kommunale vaktordninger er et typisk utkantfenomen. Andelen interkommunale ordninger øker sterkt med økende sentralitet. Interkommunale vaktordninger har høyere andel konsultasjoner, mens kommunale vaktordninger har høyere andel sykebesøk og telefonkontakter.

Vaktordningen synes å ha begrenset betydning for vakt deltakelsen blant fastleger og spesialister i allmenntidmedisin, i alle fall om en ser hele døgnet under ett. Men nattetid ser det ut til at fastleger og spesialister tar en større andel av vaktbelastningen i kommunale vaktordninger.

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 syv rapporter basert på refusjonskrav fra legevakt i årene 2006 - 2014 (2-8), og viderefører nå statistikken med data fra 2015.

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 (9).

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 2014 var det 191 legevakter i Norge, 111 interkommunale og 80 kommunale (10). Det meste av legevaktarbeidet skjer utenom ordinær arbeidstid. I ordinær arbeidstid ivaretas det meste av øyeblikkelig hjelp av fastlegene. Noen kommuner har også organisert en egen stasjonær daglegevakt.

Deltakelse i legevakt er obligatorisk for fastleger (11). Det gis rett til fritak under visse forutsetninger, men undersøkelser viser at langt flere enn de som har formelt fritak, har meldt seg ut av legevaktjenesten (12-14). Halvparten av legevaktene ivaretas av andre leger, som heltidsansatte vaktleger, vikarer, turnusleger, sykehusleger, stipendiater og andre universitetsansatte leger.

ICPC

Allerede i 1992 fastsatte Rikstrykdeverket at alle primærleger skal bruke ICPC (International Classification of Primary Care) for koding av diagnoser på legereningskort 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 (15).

ICPC er basert på en enkel struktur med en bokstavkode for organsystem (samt egne bokstavkoder for allmenne tilstander, psykiske og sosiale problemer) og en tosifret tallkode for nærmere presisering. Eksempel: Diagnosekoden for lungebetennelse består av bokstaven R (for sykdom i luftveiene) og tallkoden 81.

Takstsystem

For hver pasientkontakt blir det laget et regningskort til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO). Regningskortet inneholder opplysninger om personalia og diagnosekode, samt takstkoder. Takst-

kode finnes i Normaltariffen (Fastlegetariffen), som er forhandlet frem av Legeforeningen og Staten (16).

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 allmennmedisin, doktorgrad).

Materialet

Materialet til denne rapporten består av data fra regningskort som har blitt levert av legevaktsleger i 2015. 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.

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 (17) og mindre enn 1 % i 2010 (18).

Ved noen legevakter har legene fast lønn, og regningene kan da ha blitt registrert på kommunens eller legevaktens organisasjonsnummer. I disse tilfellene har vi ingen informasjon om legen. Antall regningskort (kontakter) fra uidentifiserte leger varierer fra år til år, og var særlig høyt i 2015 (39,5 %). Dette utgjør et betydelig usikkerhetsmoment i analysene. Uidentifiserte vaktleger har neppe samme fordeling som de identifiserte. Det ser ut til at unge, kvinnelige fastleger er overrepresentert blant de uidentifiserte. Det samme gjelder leger uten spesialitet i allmennmedisin. Statistiske oversikter basert på identifiserte legevaktleger vil derfor bli misvisende.

Stortinget har uttrykt bekymring over at erfarne fastleger og spesialister i allmennmedisin deltar lite i legevakt, og Regjeringen har i forskrift innskjerpet fastlegenes vaktplikt. For å kontrollere om denne situasjonen endrer seg over tid, er det behov for et godt datagrunnlag. De mange uidentifiserte vaktlegene gjør dette vanskelig. Et annet problem er at HELFOs behov for tilsyn med takstbruken ikke blir ivaretatt. Når legen ikke kan identifiseres, har ikke HELFO noen mulighet til å kontrollere om bruken av spesialisttakst er berettiget.

Med virkning fra 1. januar 2016 har meldingsformatet til HELFO blitt utvidet, slik at legevakten nå på hver regning kan innrapportere hvem som er utførende behandler. Foreløpig avviser ikke HELFO regninger som mangler denne informasjonen, så rapporteringen vil heller ikke bli fullstendig for 2016.

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 allmennmedisin. 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

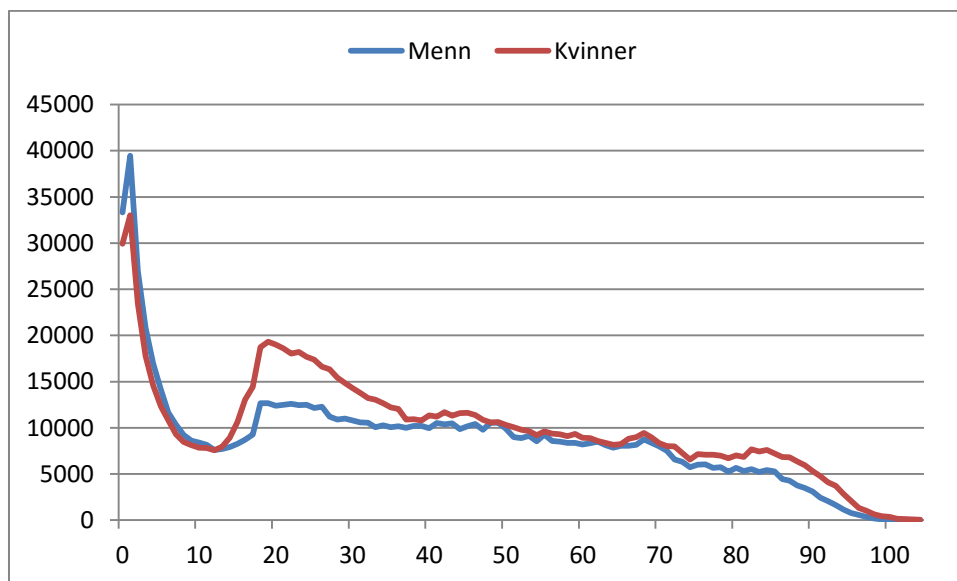
Tabell 1: Prosentvis fordeling (og absolutt antall) av ulike kontakttyper

	Takstkoder	2006	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Konsultasjoner	2ad, 2ak, 2fk	76,2 1 238 791	77,3 1 323 453	75,7 1 330 561	74,4 1 359 902	72,8 1 368 297	69,2 1 344 801	69,1 1 352 209	68,9 1 342 521
Sykebesøk	11ad, 11ak	5,7 92 543	4,6 78 999	4,1 72 296	3,8 68 883	3,6 68 000	3,4 66 986	3,3 65 202	3,2 63 192
Telefonkontakter	1bd, 1bk, 1g	17,1 278 650	16,7 286 515	18,6 327 462	20,0 366 358	21,4 402 562	25,0 485 810	25,2 493 177	25,5 497 480
Enkle kontakter	1ad, 1ak, 1h, 1i	1,0 16 660	1,8 23 427	1,6 28 209	1,8 32 266	2,2 40 498	2,3 45 358	2,3 45 272	2,3 44 431
N		1 626 644	1 712 394	1 758 528	1 827 409	1 879 357	1 942 955	1 955 860	1 947 624

Økningen i antall kontakter skyldes først og fremst økende bruk av telefon. Antall telefonkontakter har økt med 79 % siden 2006, mens antall konsultasjoner bare har økt med 8 %. Trolig har registreringen av telefonkontakter blitt mer fullstendig de senere årene, i den forstand at det oftere blir sendt regningskort til HELFO. Det aller meste av den registrerte økningen i antall konsultasjoner kan også skyldes mer fullstendig rapportering. Vi har tidligere beregnet at underrapportering kunne utgjøre inntil 8 % av konsultasjonene i 2007 (2).

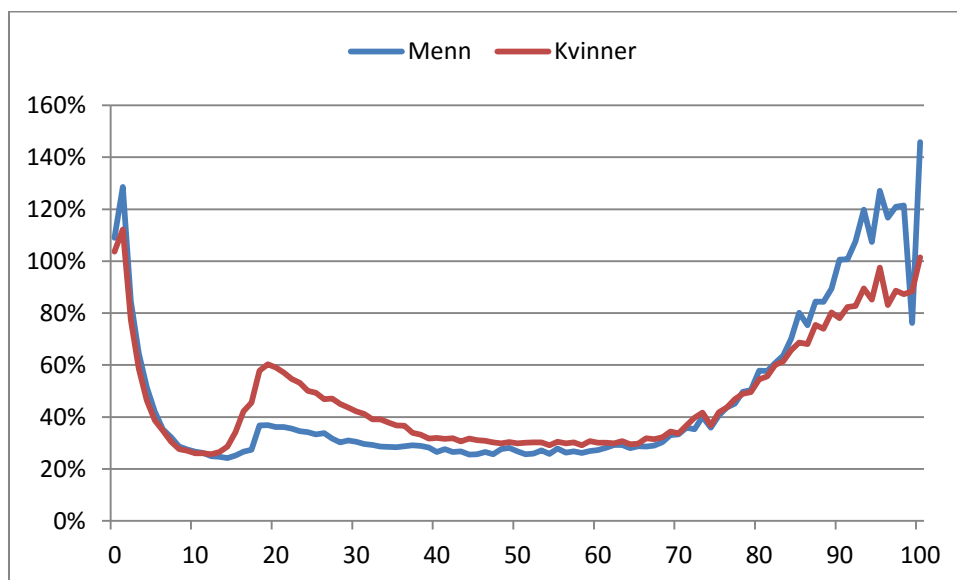
En kan merke seg at antall sykebesøk reduseres jevnt og trutt fra det ene året til det neste. Denne utviklingen har pågått over lang tid. Ifølge takstbrukundersøkelsene til NAV var det i 1995 ca. 685 000 sykebesøk på legevakt (19), ved årtusenskiftet var det ca. 357 000, og fem år senere ca. 141 000 (9). Utviklingen har blitt satt i sammenheng med utbyggingen av interkommunale, stasjonære legevakter (20). De siste tallene viser at reduksjonen i sykebesøk fortsetter. I 2015 var det 63 192 sykebesøk på legevakt.

Figur 1: Antall kontakter for menn og kvinner etter alder (2015)



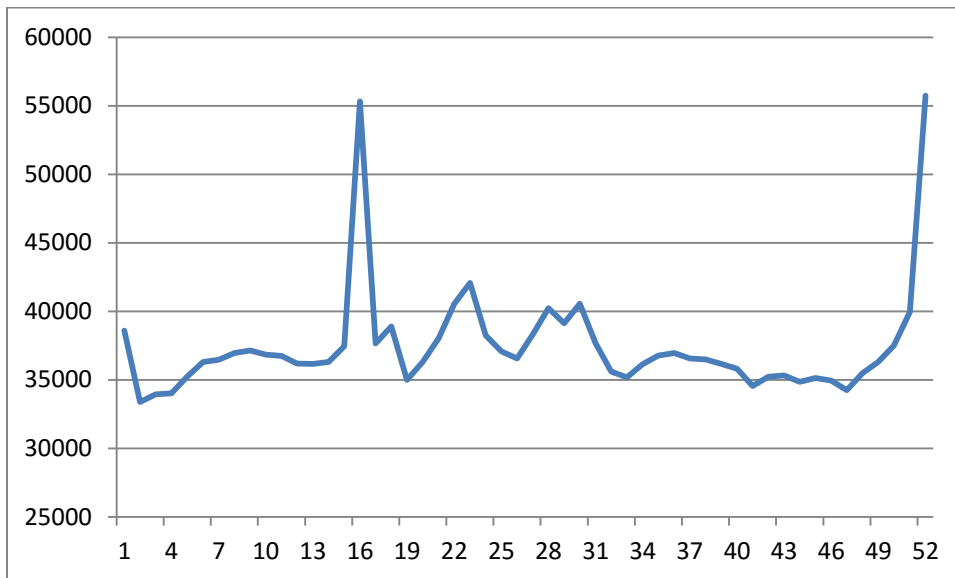
Figur 1 viser et velkjent mønster for befolkningens kontakter med primærhelsetjenesten. Bortsett fra barna, er det i alle aldersgrupper flere kvinner enn menn som konsulterer legevakt. Forskjellen er særlig stor i aldersgruppene 15 – 40 og blant de aller eldste. Dette har dels sammenheng med svangerskap og prevensjon, dels at kvinner lever lengre enn menn. Det er ellers en topp i antall kontakter omkring 20 år. Dette skyldes nok i stor grad studenter som har flyttet hjemmefra og som ikke har skaffet seg fastlege på studiestedet. De er derfor i større grad henvist til å bruke legevakten når de blir syke.

Figur 2: Befolkningens bruk av legevakt (kontaktrater), fordelt på kjønn og alder (2015)



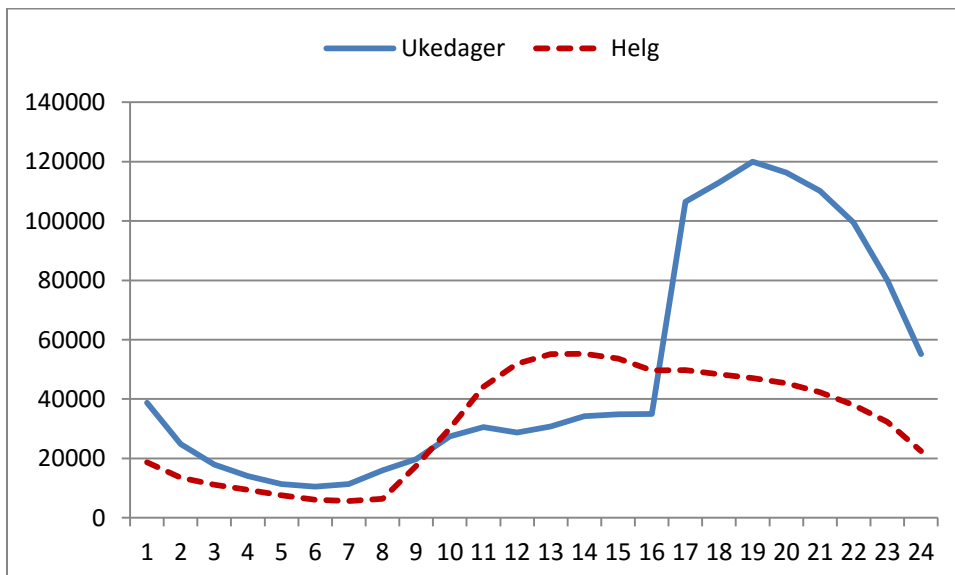
Mønsteret blir noe annerledes om vi ser på hvilke befolkningsgrupper som bruker legevakten mest. Figur 2 viser at det er små barn og de eldste som er de største brukerne. Vi finner igjen at kvinner er overrepresentert i aldersgruppen 15 – 40, men blant de eldste er mennene overrepresentert. Kontaktratene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

Figur 3: Antall kontakter per uke (2015)



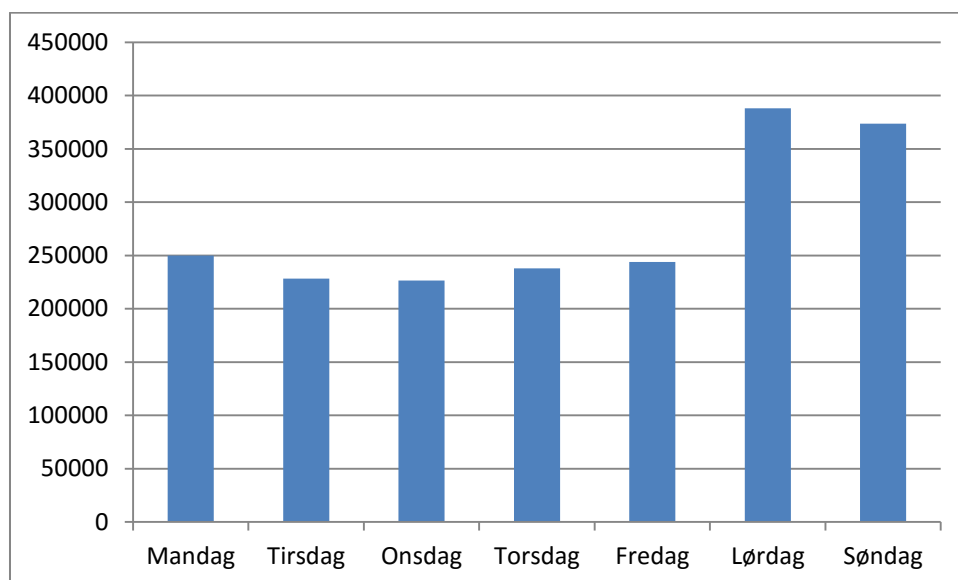
Kontaktfrekvensen varierer noe gjennom året, men enkelte uker skiller seg ut. Størst aktivitet var det i påske- og juleferien. I slike ferieperioder er det dårligere tilgjengelighet hos fastlegene. Dessuten er mange pasienter bortreist i feriene. De oppholder seg i andre kommuner og er dermed henvist til å bruke lokal legevakt.

Figur 4: Antall kontakter per klokke (2015)



På ukedagene er kontaktfrekvensen høyest om kvelden. Dette gjelder alle kontakttypene (konsultasjoner, telefonkontakter og sykebesøk). Det skjer et tydelig hopp i antall kontakter ved arbeidstidens slutt, når fastlegekontorene stenger. Det er grunn til å anta at det meste av akutte henvendelser på dagtid foregår hos fastlegene og ikke på legevakt. Men i helgene skjer alle slike henvendelser til legevakt, og da er kontaktfrekvensen høyest på dagtid. Kontaktene i løpet av en uke fordeler seg med knapt 20 % på lørdag og søndag og ca. 12 % på resten av ukedagene (fig 5).

Figur 5: Antall kontakter per ukedag (2015)



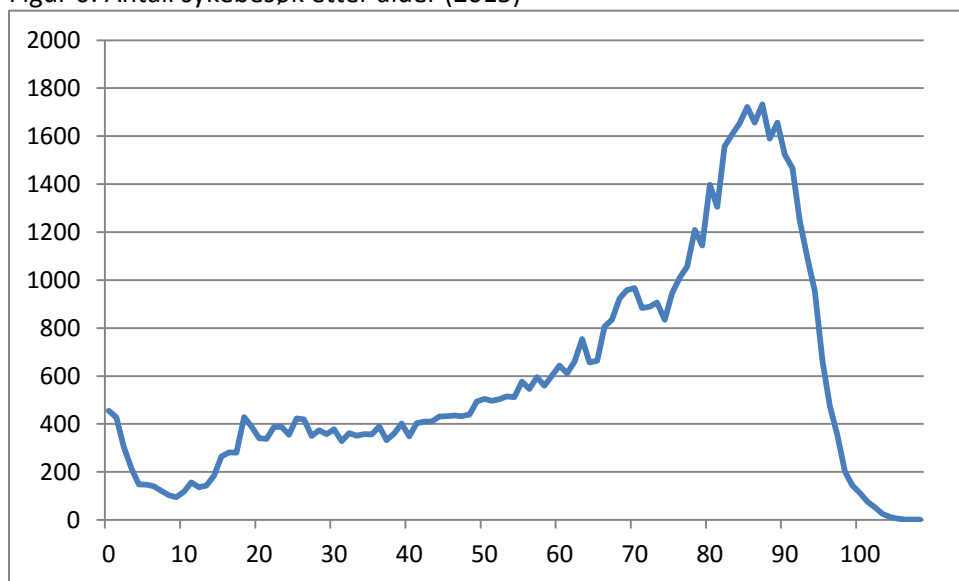
Tabell 2: Prosentvis fordeling av ulike kontakttypet etter geografi (legens praksiskommune, 2015)

Praksiskommune	N	Konsultasjoner	Sykebesøk	Telefonkontakter	Enkle kontakter
Innb > 50 000	672 757	71,5	3,7	24,0	0,9
Innb 10 001 – 50 000	930 240	67,0	1,8	27,9	3,2
Innb 5 001 – 10 000	165 705	72,6	4,5	20,6	2,3
Innb 2 001 – 5 000	138 511	69,1	7,0	20,8	3,1
Innb < 2 001	40 411	54,0	10,7	33,1	2,2
Sentral*	1 012 461	71,4	3,5	24,0	1,2
Noe sentral	541 291	63,6	1,5	30,8	4,1
Mindre sentral	140 769	74,8	3,1	19,5	2,6
Minst sentral	253 103	67,2	6,2	23,7	2,8

*Sentralitet er definert som en kommunes geografiske beliggenhet i forhold til et senter hvor det finnes funksjoner av høy orden (sentrale funksjoner). Sentralitet regnes på en skala fra 0 til 3, hvor 0 er de minst sentrale og 3 de mest sentrale kommunene (21).

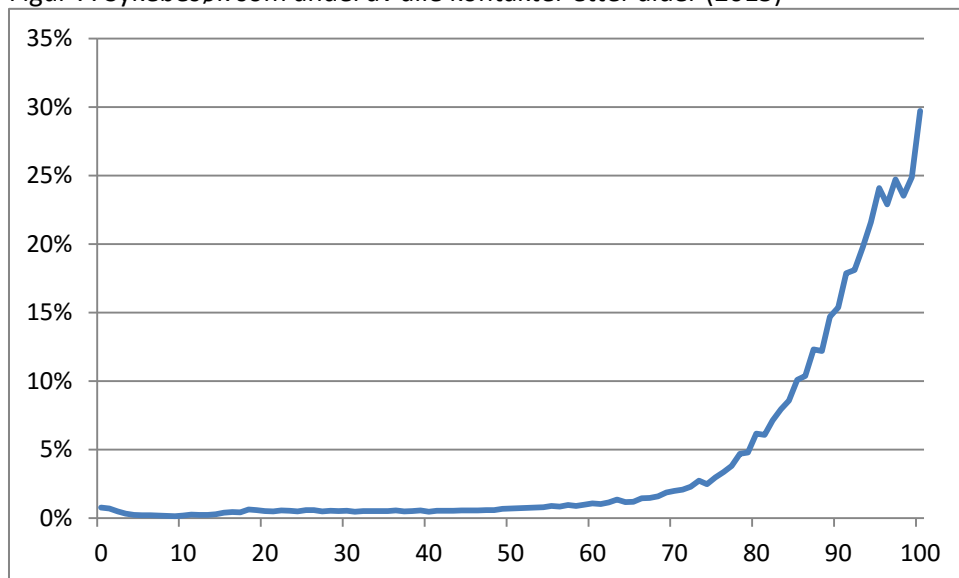
Det er tydelig at legevakten i små og perifere kommuner i større grad bruker sykebesøk enn større og mer sentrale kommuner. Dette kan ha sammenheng med at antall henvendelser per lege er lavere i perifere strøk og at vaktlegen derfor har mer tid til disposisjon for å reise i sykebesøk.

Figur 6: Antall sykebesøk etter alder (2015)



Figur 6 viser at sykebesøk er en kontaktform som stort sett forbeholdes eldre pasienter. Dette blir enda tydeligere om vi ser sykebesøkene som prosentvis andel av alle kontakter på hvert alderstrinn (fig 7). For de aller eldste skjer 30 % av kontaktene i form av sykebesøk.

Figur 7: Sykebesøk som andel av alle kontakter etter alder (2015)



Diagnoser

Tabell 3: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter år

ICPC hovedgruppe	2006	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015
A: allment	13,1	13,5	16,1	18,7	20,6	23,8	24,1	25,4
B: blod	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
D: fordøyelse	9,9	10,2	10,0	9,7	9,5	9,3	9,6	9,5
F: øye	4,5	4,4	4,4	4,1	3,8	3,6	3,7	3,7
H: øre	3,3	3,2	3,2	3,0	2,8	2,5	2,5	2,3
K: hjerte/kar	3,8	3,7	3,6	3,4	3,5	3,5	3,3	3,1
L: muskel/skjelett	14,8	15,0	14,7	14,0	13,6	13,6	13,9	13,8
N: nevrologi	3,7	3,8	3,8	3,8	3,7	3,8	3,7	3,7
P: psykiatri	4,8	4,8	4,9	4,8	5,1	5,2	4,9	4,7
R: respirasjon	21,3	20,6	19,0	18,8	18,6	16,2	15,2	15,4
S: hud	11,4	11,0	10,3	10,0	9,6	9,3	9,7	9,2
T: metabolsk	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0
U: urin	5,1	5,3	5,7	5,6	5,2	5,2	5,3	5,2
W: svangerskap	1,2	1,3	1,2	1,1	1,0	1,0	1,0	1,0
X: kv. kjønnsorgan	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7
Y: m. kjønnsorgan	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6
Z: sosialt	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3
Sum kontakter	1 626 644	1 712 394	1 758 528	1 827 409	1 879 357	1 942 955	1 955 860	1 947 624

Denne tabellen viser at fordelingen på diagnosegrupper er stabil fra det ene året til det andre, bortsett fra en stadig økende bruk av uspesifikke diagnoser (ICPC hovedgruppe A), i hovedsak på bekostning av hovedgruppe R (sykdom i åndedretsorganene).

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

Diagnoser	2006	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015
A99: helseproblem/sykdom	0,8	1,5	3,1	4,5	5,6	8,1	9,0	10,4
R74: akutt øvre luftveisinfeksjon	5,1	5,1	4,8	4,5	4,6	4,1	4,1	4,3
U71: cystitt/urinveisinfeksjon	3,2	3,4	3,8	3,8	3,4	3,4	3,5	3,3
D01: abdominalsmerter	2,9	3,2	3,2	3,3	3,1	3,3	3,5	3,5
S18: åpent sår/kutt	3,6	3,5	3,2	3,1	2,9	2,9	3,0	3,0
A97: administrativ kontakt	0,3	0,4	0,5	1,8	2,0	2,0	2,3	2,8
A03: feber	2,2	2,0	1,8	1,9	1,9	1,8	1,6	1,5
A11: brystsmerte	0,9	1,2	1,3	1,3	1,5	1,4	1,4	1,5
L81: skade muskel/skjelett	1,7	1,6	1,6	1,5	1,4	1,4	1,4	1,5
R81: lungebetennelse	2,0	1,8	1,5	1,8	1,9	1,3	1,3	1,4
R05: hoste	2,1	1,9	1,8	1,8	1,8	1,3	1,3	1,2
F70: infeksiøs konjunktivitt	1,8	1,7	1,7	1,5	1,3	1,1	1,0	1,1
H71: mellomørebetennelse akutt	1,6	1,6	1,5	1,4	1,3	1,1	1,0	0,9
Sum diagnoser	1 626 644	1 712 394	1 758 528	1 827 409	1 879 357	1 942 955	1 955 860	1 947 624

Det er også små endringer i bruk av de vanligste enkeltdiagnosene fra det ene året til det andre, med unntak av en sterk økning i bruk av uspesifikke diagnoser som A99 (helseproblem/sykdom) og A97 (administrativ kontakt). 82 % av A99-kontaktene var telefonkontakter.

De ti hyppigste diagnosene utgjorde 33 % av alle kontaktene, mens de 20 hyppigste diagnosene utgjorde 43 %. Dette viser at legevaktlegene må forholde seg til et bredt utvalg av diagnoser.

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

Diagnoser	2006	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015
A99: helseproblem/sykdom	2,1	5,5	12,3	17,5	20,1	24,8	28,5	33,4
A97: administrativ kontakt	1,0	1,3	1,4	7,8	7,8	6,4	7,1	8,6
A45: helseopplysning/rådgivning	0,4	0,3	1,5	1,8	2,1	4,0	3,6	2,6
A13: engstelig for behandling	1,9	2,9	3,4	2,9	2,6	2,6	2,5	2,5
A29: generelle symptomer/plager	8,0	1,9	1,3	0,8	1,2	3,1	3,0	2,2
A03: feber	3,7	3,4	2,9	2,8	2,6	2,3	2,2	2,1
D01: abdominalsmerter	2,7	2,8	2,6	2,4	2,1	2,0	2,2	2,0
U71: cystitt/urinveisinfeksjon	2,4	2,6	2,6	2,2	2,0	1,9	1,9	1,7
R74: akutt øvre luftveisinfeksjon	1,8	1,7	1,5	1,4	1,4	1,2	1,1	1,1
R05: hoste	1,8	1,7	1,5	1,3	1,3	1,0	1,0	1,0
Sum diagnoser	278 650	286 515	327 462	366 358	402 562	485 810	493 177	497 480

Økningen i antall telefonkontakter har vært sterk, men det er grunn til å tro at dette har sammenheng med økende rapportering. Trolig har det tidligere vært en underreportering av telefonkontakter med sykepleier, i den forstand at det ikke har blitt sendt regning for disse kontaktene. Vaktårnprosjektet, som registrerer faktiske telefonkontakter ved syv utvalgte legevakter, finner relativt stabile rater for telefonkontakt (22).

Tabell 5 viser at bruken av uspesifikke diagnoser har vært sterkt økende ved telefonkontakter. De seks hyppigst brukte diagnosene var alle uspesifikke og utgjorde til sammen 51 % av alle telefondiagnosene i 2015. Til sammenligning utgjorde disse seks diagnosene bare 17 % i 2006.

Hele 67 % av telefondiagnosene var uspesifikke når legen var uidentifisert, altså når regningen var sendt på kommunens organisasjonsnummer. Med identifisert lege var 41 % av telefondiagnosene uspesifikke. 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.

Dersom tendensen med økende bruk av uspesifikke diagnoser fortsetter, vil det etter hvert svekke grunnlaget for statistikk basert på innrapporterte ICPC-diagnoser.

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

Diagnoser	2006	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015
R74: akutt øvre luftveisinfeksjon	6,1	6,2	6,0	5,7	5,9	5,4	5,5	5,8
U71: cystitt/urinveisinfeksjon	3,5	3,7	4,2	4,2	3,9	4,0	4,1	4,0
D01: abdominalsmerter	3,0	3,3	3,5	3,7	3,6	3,8	4,1	4,2
S18: åpent sår/kutt	4,3	4,2	3,9	3,9	3,7	3,8	4,0	3,9
A99: helseproblem/sykdom	0,5	0,7	0,9	1,1	1,5	2,2	2,1	2,2
L81: skade muskel/skjelett	2,0	1,9	1,9	1,8	1,7	1,7	1,8	1,9
A11: brystsmerte	0,9	1,2	1,4	1,5	1,7	1,7	1,7	1,9
R81: lungebetennelse	1,9	1,7	1,5	1,9	2,0	1,4	1,4	1,6
F70: infeksiøs konjunktivitt	2,1	2,0	2,1	1,9	1,6	1,4	1,4	1,4
R78: akutt bronkitt	1,9	1,7	1,6	1,7	1,6	1,2	1,2	1,4
A03: feber	1,9	1,7	1,7	1,8	1,7	1,8	1,5	1,3
R05: hoste	2,3	2,0	2,0	2,0	2,0	1,5	1,4	1,3
H71: mellomørebetennelse akutt	2,0	1,9	1,9	1,8	1,6	1,4	1,4	1,2
Sum diagnoser	1 238 791	1 323 453	1 330 561	1 359 902	1 368 297	1 344 801	1 352 209	1 342 521

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

Tabell 7: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kontaktttype (2015)

ICPC hovedgruppe	Alle kontakter	Konsultasjoner	Sykebesøk	Telefonkontakt
A: allment	25,4	12,8	27,9	57,3
B: blod	0,3	0,3	0,5	0,3
D: fordøyelse	9,5	10,9	7,8	6,7
F: øye	3,7	4,7	0,5	1,5
H: øre	2,3	2,8	0,5	1,2
K: hjerte/kar	3,1	3,3	8,7	2,0
L: muskel/skjelett	13,8	16,7	9,9	7,5
N: nevrologi	3,7	4,1	5,8	2,6
P: psykiatri	4,7	4,2	11,5	4,1
R: respirasjon	15,4	19,1	14,0	6,6
S: hud	9,2	11,3	4,0	4,1
T: metabolsk	1,0	0,8	2,3	1,2
U: urin	5,2	6,0	5,0	2,9
W: svangerskap	1,0	1,1	0,4	0,8
X: kv. kjønnsorgan	0,7	0,8	0,3	0,6
Y: m. kjønnsorgan	0,6	0,8	0,4	0,4
Z: sosialt	0,3	0,3	0,4	0,2
Sum kontakter	1 947 624	1 342 521	63 192	497 480

Ulike kontaktttyper har ulik diagnosefordeling. Sykebesøk, som stort sett forbeholdes eldre, har oftere sammenheng med allmenne/uspesifiserte diagnoser, hjerte- og karsykdommer, nevrologi og psykiatri. Godt over halvparten av telefonkontaktene ender med en allmenn og uspesifisert diagnose.

Den hyppigste allmenne diagnosekoden i forbindelse med sykebesøk er dødsfall (A96), og i forbindelse med telefonkontakt helseproblem/sykdom (A99). Øyesykdommer håndteres oftest som konsultasjon og hyppigste enkeltdiagnose er infeksiøs konjunktivitt (F70). Sykebesøk for hjerte- og karsykdommer dreier seg oftest om hjerneslag (K90) og hjertesvikt (K77). Innen psykiatrikapitlet er akutt alkoholmisbruk (P16) den hyppigste diagnosekoden ved konsultasjoner og sykebesøk, og angst/nervøsitet (P01) ved telefonkontakt. Når det gjelder kontakter for sykdommer i åndedretsorganene er hyppigste enkeltdiagnose akutt øvre luftveisinfeksjon (R74) ved telefonkontakt og konsultasjon, lungebetennelse (R81) ved sykebesøk. Hudsykdommer behandles oftest i konsultasjon og den hyppigste enkeltdiagnosen er åpent sår/kutt (S18).

Tabell 8: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kontakttidspunkt i løpet av døgnet (2015)

ICPC hovedgruppe	Natt	Dag	Kveld
A: allment	30,6	25,9	24,1
B: blod	0,2	0,3	0,3
D: fordøyelse	13,6	7,9	9,6
F: øye	1,7	4,4	3,7
H: øre	1,2	2,5	2,4
K: hjerte/kar	4,2	3,0	3,0
L: muskel/skjelett	9,8	14,3	14,4
N: nevrologi	4,4	3,1	3,9
P: psykiatri	9,5	4,1	4,2
R: respirasjon	11,3	16,7	15,6
S: hud	6,1	8,7	10,1
T: metabolsk	0,8	1,0	1,0
U: urin	4,1	5,7	5,1
W: svangerskap	0,9	0,9	1,0
X: kv. kjønnsorgan	0,6	0,8	0,7
Y: m. kjønnsorgan	0,5	0,6	0,7
Z: sosialt	0,6	0,3	0,2
Sum kontakter	223 076	598 515	1 126 033

Det er også tydelige døgnvariasjoner i bruk av ulike diagnosegrupper. Psykiatri og magelidelser er overrepresentert om natten, mens en ser relativt mindre sykdommer i åndedretsorganer, muskel/skjelett, øye og øre-nese-hals. Disse siste sykdommene oppleves trolig oftere som mindre truende, slik at de kan utsettes til neste dag.

Tabell 9: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter måned (2015)

ICPC hovedgruppe	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
A: allment	24,4	24,4	24,6	23,8	24,7	25,6	25,6	25,3	26,2	26,6	27,0	26,2
B: blod	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
D: fordøyelse	9,5	9,5	10,1	10,1	9,7	9,2	9,0	9,3	9,4	9,6	9,8	9,2
F: øye	3,1	2,9	3,5	3,9	4,4	4,2	4,1	3,5	3,7	3,7	3,7	3,4
H: øre	2,5	2,6	2,3	2,2	2,2	2,1	2,4	2,1	2,1	2,1	2,1	2,6
K: hjerte/kar	3,1	2,9	3,2	3,2	3,3	3,2	3,2	3,0	3,1	3,2	3,2	3,1
L: muskel/skjelett	13,2	12,8	14,0	14,7	14,2	14,9	14,1	15,2	14,4	13,8	13,1	11,9
N: nevrologi	3,7	3,7	3,7	3,5	3,8	3,7	3,4	3,6	3,8	3,9	4,0	3,6
P: psykiatri	4,4	4,4	4,5	4,7	4,8	4,9	5,0	4,9	4,9	5,1	5,0	4,4
R: respirasjon	20,5	22,0	17,3	15,4	14,7	12,4	10,9	10,9	13,0	13,7	14,9	18,8
S: hud	7,0	6,7	7,9	8,9	9,2	10,8	12,4	12,6	10,3	9,1	8,1	7,6
T: metabolsk	1,0	1,0	1,0	1,1	1,0	1,0	1,0	0,9	1,0	0,9	0,9	1,0
U: urin	4,8	4,5	4,8	5,3	5,2	5,1	5,7	5,7	5,3	5,4	5,2	5,3
W: svangerskap	1,0	0,9	1,0	1,1	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,9
X: kv.kjønnsorgan	0,7	0,6	0,7	0,8	0,7	0,7	0,8	0,7	0,8	0,8	0,7	0,7
Y: m.kjønnsorgan	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7
Z: sosialt	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2
Sum kontakter	172 293	155 804	163 510	167 207	171 910	153 985	163 826	162 131	153 234	155 670	154 039	174 015

Den tydeligste endringen i diagnosebruk gjennom året er en klar overrepresentasjon av sykdommer i åndedretsorganene i vinterhalvåret. Omvendt sees en overrepresentasjon av hudlidelser om sommeren.

Tabellen under viser diagnosespekteret for menn og kvinner. Bortsett fra de kjønns spesifikke diagnosene, har kvinner hyppigere urinveislidelser og menn mer hudlidelser. De dominerende enkelt diagnosene er henholdsvis urinveisinfeksjon (U71) og åpent sår/kutt (S18).

Tabell 10: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kjønn (2015)

ICPC hovedgruppe	Kvinner	Menn
A: allment	25,4	25,4
B: blod	0,3	0,3
D: fordøyelse	10,3	8,6
F: øye	3,1	4,3
H: øre	2,1	2,4
K: hjerte/kar	3,0	3,3
L: muskel/skjelett	13,3	14,5
N: nevrologi	3,9	3,5
P: psykiatri	4,2	5,4
R: respirasjon	15,4	15,5
S: hud	7,8	10,8
T: metabolsk	0,9	1,1
U: urin	6,8	3,3
W: svangerskap	1,9	-
X: kv. kjønnsorgan	1,3	-
Y: m. kjønnsorgan	-	1,4
Z: sosialt	0,3	0,2
Sum kontakter	1 044 882	902 742

Tabell 11: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter aldersgrupper (2015)

ICPC hovedgruppe	Aldersgrupper								
	0-1	2-4	5-9	10-15	16-25	26-40	41-60	61-80	81-
A: allment	36,5	29,0	24,8	21,0	23,5	23,0	23,4	24,9	31,2
B: blod	0,1	0,2	0,4	0,3	0,2	0,3	0,2	0,5	0,6
D: fordøyelse	10,3	9,1	10,2	8,3	10,4	10,6	8,9	8,8	8,3
F: øye	4,5	4,7	4,1	3,3	3,6	4,3	4,2	2,8	1,1
H: øre	5,1	6,7	5,6	3,0	1,8	1,6	1,5	1,1	0,5
K: hjerte/kar	0,1	0,1	0,2	0,4	1,1	2,0	3,9	7,4	8,8
L: muskel/skjelett	1,6	4,9	12,1	27,2	14,5	14,2	17,2	14,3	12,4
N: nevrologi	2,4	2,8	3,3	4,2	4,0	4,1	4,0	3,7	3,3
P: psykiatri	0,2	0,1	0,3	1,9	6,2	7,3	7,5	3,8	2,9
R: respirasjon	29,9	25,9	18,3	14,8	13,9	12,4	12,1	14,3	13,5
S: hud	7,2	12,0	16,0	12,2	9,8	8,7	8,9	7,7	5,5
T: metabolsk	0,5	0,3	0,2	0,3	0,4	0,6	1,2	2,0	2,3
U: urin	0,9	2,9	3,4	1,8	5,8	5,0	5,3	7,6	8,7
W: svangerskap	0,0	0,0	0,0	0,1	2,1	3,4	0,2	0,0	0,0
X: kv. kjønnsorgan	0,1	0,2	0,2	0,4	1,5	1,4	0,7	0,4	0,3
Y: m. kjønnsorgan	0,5	1,1	0,9	0,6	0,8	0,6	0,5	0,6	0,5
Z: sosialt	0,0	0,0	0,1	0,3	0,6	0,4	0,3	0,1	0,1
Sum kontakter	135 685	120 535	102 987	99 743	292 297	356 656	394 739	301 110	144 872

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

Behandling av skader hører til legevaktens kjerneoppgaver. De første legevaktene som ble etablert i Norge, behandlet først og fremst sårskader og brudd (23). I tabell 12 har vi brukt samme kategorisering av ICPC-kodene som Folkehelseinstituttet benyttet i rapporten «Skadebildet i Norge» (24).

Tabell 12: Oversikt over ulike skader på legevakt

Skadetyper ICPC-2 diagnosekoder	2006	2008	2010	2012	2013	2014	2015
Bruddskader L72, L73, L74, L75, L76	23 552	24 599	25 266	22 870	22 224	22 858	23 494
Forstuvning, forstrekning, ute av ledd L77, L78, L79, L80, L81, L96	47 869	48 561	47 321	43 838	44 028	44 076	44 319
Hodeskader (ekskl. brudd), hjernerystelse N79, N80	13 245	15 026	16 137	17 866	18 104	16 879	17 356
Øyeskader (inkl. fremmedlegeme) F75, F76, F79	15 341	15 485	13 812	13 313	12 741	13 071	12 914
Penetrasjonsskade stikk, kutt, bitt S13, S18	65 664	68 544	66 011	64 266	65 672	69 028	66 623
Forbrenning, skoldning S14	6 298	6 761	7 004	7 027	6 925	7 286	7 215
Andre overflateskader, inkl. insektstikk S12, S15, S16, S17, S19, H78	29 067	30 431	28 023	27 350	27 455	30 636	25 819
Forgiftninger A84, A86	4 797	5 554	5 664	5 140	5 590	5 663	6 634
Andre skader A80, A81, A88, B76, B77, D79, D80, H76, H77, H79, N81, R87, R88, U80, X82, Y80	18 749	20 679	21 221	20 579	21 005	22 429	23 351
Sum kontakter	224 582	235 640	230 459	222 249	223 744	231 926	227 725

Tabellen viser stor grad av stabilitet i totalt antall skader over tid. Det har imidlertid vært en økning i noen skadetyper. Siden 2006 har antall forgiftningstilfeller økt med 38 % og antall hodeskader har økt med 31 %. På den andre siden har antall øyeskader blitt redusert med 16 %.

Legers deltakelse i legevakt

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

Legegruppe	2006	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Fastlege	43,7	36,1	35,5	36,9	37,1	33,0	35,5	33,6
Spesialist i allmenntmedisin	29,9	27,0	24,8	23,6	23,7	21,2	20,6	17,4
Kvinne	20,9	24,5	25,5	25,6	22,0	17,0	22,0	15,6
Alder < 30	13,6	11,7	11,2	11,4	8,5	3,2	9,0	3,1
Alder 30 – 39	36,0	40,6	41,1	39,3	35,3	27,7	32,4	26,1
Alder 40 – 49	24,7	23,6	20,5	19,7	19,4	17,4	18,1	17,2
Alder 50 – 59	16,9	16,3	17,6	16,5	16,3	12,8	11,5	9,8
Alder 60 –	2,7	3,7	4,3	6,4	5,7	7,6	7,4	4,2
Uidentifisert lege	6,1	3,9	5,4	6,8	14,8	31,4	21,6	39,5
Sum kontakter	1 626 644	1 712 396	1 758 528	1 827 409	1 879 357	1 942 955	1 955 860	1 947 624

Det er et metodologisk problem at andel uidentifiserte vaktleger har økt sterkt de senere årene. Dette har sammenheng med at fastlønte vaktleger leverer regningskort på kommunens eller legevaktens organisasjonsnummer. Antallet uidentifiserte vaktleger var spesielt høyt i 2015, og dette gjør anslagene usikre. De uidentifiserte legene har neppe samme fordeling som de identifiserte. Trolig er unge kvinnelige fastleger overrepresentert blant de uidentifiserte.

I tabell 13 er de uidentifiserte legene inkludert i analysene. Det medfører at de ulike legegruppens andel av kontaktene blir underestimert i varierende grad. Om en ekskluderer de uidentifiserte legene, utgjorde fastlegenes andel av vaktarbeidet 55,5 %. Dette er en økning sammenlignet med 2014, da tilsvarende andel var 45,3 %.

Takster

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

	2006	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Spesialisttakst (2dd, 2dk)	26,1	22,5	21,1	20,9	21,8	20,4	20,2	21,3
Tidstakst (2cd, 2ck)	32,1	32,7	34,1	35,0	36,2	38,2	37,7	38,2
Laboratorium (701a)	30,3	35,2	37,8	39,9	41,0	41,0	41,0	42,7
CRP (705k)	28,2	30,6	32,6	34,6	35,7	35,3	35,4	36,7
Streptest (706k)	4,3	4,7	4,0	4,0	3,8	3,5	3,3	3,3
EKG (707)	3,9	4,9	5,4	5,6	6,1	6,5	6,7	7,1
Kirurgiske prosedyrer (100, 103, 104, 105, 106a, 106b, 111)	10,5	10,9	10,7	10,0	10,3	10,7	10,9	11,4
Kontakt med hjemmesykepleie og lignende (1f)	3,3	3,2	3,4	3,5	4,1	4,6	5,2	6,3
Sykmelding (L1)	6,9	7,2	5,2	5,2	4,9	4,5	4,1	4,1
N	1 238 791	1 323 453	1 330 561	1 359 902	1 368 297	1 344 801	1 352 209	1 342 521

Denne tabellen omfatter alle konsultasjoner, også med uidentifiserte leger. Det har vært en liten økning i bruk av takst for spesialisttillegg siden 2014, noe som avspeiler at spesialister i allmenntilleggsmedisin har tatt en litt større andel av legevaktarbeidet. I og med at denne statistikken er fullstendig (omfatter alle konsultasjoner), er dette det mest pålitelige tallet vi har for spesialistenes vakt deltakelse.

Den nye akuttmedisinforskriften som trådte i kraft 1. mai 2015, innførte skjerpede kompetansekrav for vaktlegene (25). Leger som har vakt alene må enten være spesialist i allmenntilleggsmedisin eller være godkjent allmennlege med tre års veiledet tjeneste. Det vil være en overgangsordning på tre år for å oppfylle disse kravene, men det er åpenbart at dette vil bli en stor utfordring.

Det har over tid vært en økende bruk av laboratorium (hovedsakelig CRP), EKG og tidstakst. Vaktlegene tar stadig oftere kontakt med hjemmesykepleie, noe som kan ha sammenheng med økende utbredelse av elektroniske dialogmeldinger. En skal ellers merke seg at bruken av sykmelding har avtatt jevnt og trutt, selv om nedgangen synes å ha flatet ut det siste året.

Tabell 15: Hyppighet av noen ulike takster (målt i prosent av antall konsultasjoner) blant identifiserte og uidentifiserte vaktleger (2015)

	Identifiserte	Uidentifiserte
Spesialisttakst (2dd, 2dk)	26,5	9,8
Tidstakst (2cd, 2ck)	34,9	45,5
Laboratorium (701a)	40,9	46,6
CRP (705k)	36,2	37,9
Streptest (706k)	3,7	2,5
EKG (707)	6,4	8,9
Kirurgiske prosedyrer (100, 103, 104, 105, 106a, 106b, 111)	12,4	9,0
Kontakt med hjemmesykepleie og lignende (1f)	4,9	9,3
Sykmelding (L1)	4,3	3,7
N	925 598	416 923

Tabell 15 viser at takstbruken er forskjellig blant identifiserte og uidentifiserte vaktleger. Det er f.eks. tydelig at spesialister i allmenntid medisin er underrepresentert blant de uidentifiserte vaktlegene. Likevel brukte uidentifiserte vaktleger spesialisttakst over 40 000 ganger, uten at HELFO har noen mulighet for å kontrollere om denne takstbruken er berettiget.

Med virkning fra 1. januar 2016 har meldingsformatet til HELFO blitt utvidet, slik at legevakten nå på hver regning kan innrapportere hvem som er utførende behandler. Dette vil muliggjøre adekvat takstkontroll fra HELFOs side, samt kunne gi pålitelig statistikk for hvilke leger som faktisk utfører legevaktarbeidet.

Kommunale og interkommunale vaktordninger

Siden 1. juli 2012 har det eksistert to tilleggskoder som kan brukes av vaktleger som ikke er tilknyttet interkommunale vaktordninger (16):

Takst 2nk: Tillegg for uttrykning fra legens hjem til kontoret mellom kl. 23 og 08 for leger i kommuner der interkommunal (med tilstedevakt) legevakt ikke er etablert. Kan også kreves ved nødvendig utkalling av bakvakt ved interkommunal legevakt.

Takst 11nk: Tillegg for sykebesøk mellom kl. 23 og 08 for leger i kommuner der interkommunal legevakt (med tilstedevakt) ikke er etablert.

Disse takstene kan brukes til å identifisere vaktleger som er tilknyttet henholdsvis kommunale og interkommunale vaktordninger. Takst 2nk vil typisk kombineres med 2fk og 11nk med 11ak.

I 2014 var det 80 kommunale og 111 interkommunale legevakter i Norge (10). Vaktordningene kan imidlertid variere gjennom uken og døgnet. Det er lite sannsynlig at det vil eksistere interkommunale vaktordninger på dag- og kveldstid dersom dette ikke er etablert om natten, men det motsatte er nok ikke uvanlig, dvs. at vaktordningen er kommunal om kvelden og interkommunal om natten.

Identifisering basert på bruk av disse takstene vil derfor være noe unøyaktig. Det vil trolig være noen kommunale vaktleger som ikke har brukt takst 2nk eller 11nk, fordi den kommunale vaktordningen bare eksisterer på dag- og kveldstid. De som deltar i varierende vaktordninger, vil derfor oftest bli registrert som deltaker i interkommunal ordning. Utkalling av bakvakt ved interkommunal legevakt vil være en annen metodologisk feilkilde. På grunn av dette vil de forskjellene vi måtte finne mellom kommunale og interkommunale vaktordninger være utvannet. De reelle forskjellene vil trolig være større enn det vi registrerer med denne metoden. Feilkildene vil være mindre om en begrenser analysene til kontakter om natten.

Totalt sett identifiserte vi 726 vaktleger som hadde brukt disse tilleggskodene minst én gang og 3 239 som ikke hadde brukt dem. I fortsettelsen bruker vi betegnelsene «kommunale» og «interkommunale».

Det er bare mindre og usystematiske forskjeller mellom legenes alder i kommunale og interkommunale vaktordninger, men kvinner utfører en større andel av vaktarbeidet i interkommunale ordninger enn i kommunale ordninger (26,8 % og 21,5 %). Leger i kommunale vaktordninger hadde i gjennomsnitt 324 kontakter per år, mens leger i interkommunale ordninger hadde 291.

Tabell 16: Prosentvis fordeling av legevaktkontakter i kommunale og interkommunale vaktordninger etter sentralitet*

Sentralitet	Hele døgnet		Bare natt	
	Kommunal	Interkommunal	Kommunal	Interkommunal
0	45,2	8,1	42,0	10,2
1	14,6	6,1	16,5	9,7
2	21,0	29,4	26,1	22,9
3	19,2	56,4	15,5	57,2
N	235 501	942 464	22 193	36 797

*Sentralitet er definert som en kommunes geografiske beliggenhet i forhold til et senter hvor det finnes funksjoner av høy orden (sentrale funksjoner). Sentralitet regnes på en skala fra 0 til 3, hvor 0 er de minst sentrale og 3 de mest sentrale kommunene (21).

Tabell 16 viser at kommunale vaktordninger er et typisk utkantfenomen, og at andelen interkommunale ordninger øker sterkt med økende sentralitet.

Tabell 17: Prosentvis fordeling av ulike kontakttyper i kommunale og interkommunale vaktordninger

	Takstkoder	Hele døgnet		Bare natt	
		Kommunal	Interkommunal	Kommunal	Interkommunal
Konsultasjoner	2ad, 2ak, 2fk	69,6	80,8	52,5	66,3
Sykebesøk	11ad, 11ak	6,0	3,3	10,9	4,8
Telefonkontakter	1bd, 1bk, 1g	22,4	14,6	35,8	28,0
Enkle kontakter	1ad, 1ak, 1h, 1i	2,0	1,3	0,7	1,0
N		235 501	942 464	22 193	36 797

Tabell 17 viser at det er systematiske forskjeller i kontaktmønsteret mellom kommunale og interkommunale vaktordninger. Interkommunale vaktordninger har høyere andel konsultasjoner, mens kommunale vaktordninger har høyere andel sykebesøk og telefonkontakter. Disse forskjellene er tydelige både om natten og gjennom hele døgnet. I begge vaktordningene er det høyere andel sykebesøk og telefonkontakter om natten.

En har over mange år sett en utvikling i retning av stadig færre sykebesøk, noe som har blitt satt i sammenheng med utbyggingen av interkommunale, stasjonære legevakter (20). Våre tall understøtter denne antagelsen.

Tabell 18: Andel av vaktarbeidet (prosent av alle kontakter) som er utført av fastleger og spesialister i allmenntilleggsmedisin, fordelt på kommunale og interkommunale vaktordninger.

	Hele døgnet		Bare natt	
	Kommunal	Interkommunal	Kommunal	Interkommunal
Fastlegers andel av alle kontakter	55,3	55,6	62,7	51,5
Spesialisters andel av alle kontakter	25,9	29,6	37,4	26,1
Totalt antall kontakter	235 501	942 464	22 193	36 797

Her skal en merke seg at tabell 18, i likhet med alle analyser i dette kapittelet, bare omfatter identifiserte vaktleger. Tallene er derfor ikke direkte sammenlignbare med de som er presentert tidligere i denne rapporten (tabellene 13 og 14). Forskjellene mellom vaktordningene er relativt små om en betrakter hele døgnet, men nattestid ser det ut til at fastleger og spesialister tar en større andel av vaktbelastningen i kommunale vaktordninger. Trolig dreier dette seg om etablerte fastleger i mindre utkantkommuner.

Referanser

1. Nossen JP. Hva foregår på legekantorene? Konsultasjonsstatistikk for 2006. NAV-rapport nr 4 2007. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet, oktober 2007.
2. Sandvik H, Hunskaar S. Årsstatistikk fra legevakt 2007. Rapport nr. 5-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009.
3. Sandvik H, Hunskaar S. Årsstatistikk fra legevakt 2008 og 2009. Rapport nr. 7-2010. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2010.
4. Sandvik H, Hunskaar S. Årsstatistikk fra legevakt 2010. Rapport nr. 3-2011. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2010.
5. Sandvik H, Hunskaar S. Årsstatistikk fra legevakt 2011. Rapport nr. 5-2012. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, 2012.
6. Sandvik H, Hunskaar S. Årsstatistikk fra legevakt 2012. Rapport nr. 3-2013. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, 2013.
7. Sandvik H, Hunskaar S. Årsstatistikk fra legevakt 2013. Rapport nr. 2-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, 2014.
8. Sandvik H, Hunskaar S. Årsstatistikk fra legevakt 2014. Rapport nr. 2-2015. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, 2015.
9. 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://bora.uib.no/handle/1956/6251>.
10. Morken T, Midtbø V, Zachariassen SM. Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2014. Rapport nr. 4-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2014. <https://bora.uib.no/handle/1956/8352>.
11. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. www.lovdato.no/for/sf/ho/xo-20120829-0842.html.
12. Sandvik H, Hunskaar S. Hvilke leger mottar trygderefusjon for legevaktarbeid? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1347-50.
13. Sandvik H, Zakariassen E, Hunskaar S. Fastlegenes deltakelse i legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2513-6.
14. Sandvik H, Hunskaar S, Diaz E. Hvilke fastleger deltar i legevakt? Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 2277-80.
15. ICPC-2 - Den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten. Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren. www.kith.no/templates/kith_WebPage_1186.aspx.
16. Normaltariffen. Den norske legeförening. <http://legeföreningen.no/Arbeidsliv-og-jus/naringsdrivende/Normaltariffen/>.
17. Analyserapport. Fastleger, legevakt og avtalespesialister. Aktivitetsstatistikk 2009. Oslo: Helseøkonomiforvaltningen, april 2011.
18. Analyserapport. Statistikk over legars takstbruk 2010. Oslo: Helseøkonomiforvaltningen, 2012.
19. St.meld. nr. 43 (1999-2000) Om akuttmedisinsk beredskap.
20. Sundar T. Interkommunal legevakt - sparegris for staten? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1292-3.
21. Standard for kommuneklassifisering 1994. Statistisk sentralbyrå 1994. <https://www.ssb.no/a/metadato/conceptvariable/vardok/927/nb>.
22. Eikeland OJ, Raknes G, Tønsaker S, Hunskaar S. Vaktårnprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport for 2013. Rapport nr. 3-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse 2014. <https://bora.uib.no/handle/1956/8264>.
23. Steen K, Klemsdal KH. Fra nødhjelpstasjon til moderne legevakt. Fiin gammel 2007; 4: 5.
24. Skadebildet i Norge. Hovedvekt på personskader i sentrale registre. Folkehelseinstituttet, Rapport 2014:2, Oslo. www.fhi.no/dokumenter/8558040d0a.pdf.
25. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). <https://lovdato.no/dokument/LTI/forskrift/2015-03-20-231>.