

Årsstatistikk for legevakt 2018

Rapport nr. 2-2019

**Nasjonalt kompetansesenter for
legevaktmedisin**



Tittel	Årsstatistikk fra legevakt 2018
Institusjon	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, Bergen
Ansvarlig	Jesper Blinkenberg
Forfatter	Hogne Sandvik, forsker dr. med. Steinar Hunskår, forsker dr. med. Jesper Blinkenberg, leder ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
ISBN	978-82-8408-010-9 (pdf)
ISSN	1891-3474
Rapport	Nr. 2 - 2019
Tilgjengelighet	Pdf-versjon
Prosjekttittel	Årsstatistikk - regningskort fra legevakt
Antall sider	27
Publiseringsmåned	April 2019
Oppdragsgiver	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
Sitering	Sandvik H, Hunskår S, Blinkenberg J. Årsstatistikk fra legevakt 2018. Rapport nr. 2-2019. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, 2019.
Sitering engelsk	Sandvik H, Hunskår S, Blinkenberg J. Statistics from out-of-hours primary health care 2018. Report no. 2-2019. Bergen: National Centre for Emergency Primary Health Care, NORCE Norwegian Research Centre, 2019.

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

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

Forord

Dette er ellefte rapport om aktiviteten på legevakt i Norge. Tidligere rapporter omfatter årene fra 2006 til 2017, mens denne inneholder data fra 2018. 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 kontakttypene i forhold til døgnets timer, geografi, kjønn og alder, samt diagnosefordelingen.

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

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

Noen år kan det være aktuelt å gå særlig grundig inn i enkelte analyser, for eksempel bruk av spesielle takster eller diagnosekoder. For året 2018 har vi sett nærmere på pasienter med alvorlige sinnslidelser.

Prosjektet er vurdert av personvernansvarlig i NAV og Personvernombudet for forskning. Siden det ikke er mulig å identifisere enkeltpersoner i materialet, verken direkte eller indirekte, er prosjektet ikke underlagt meldeplikt etter personopplysningsloven.

Rapporten er utarbeidet av forsker Hogne Sandvik, i samarbeid med professor Steinar Hunskaar og senterleder Jesper Blinkenberg. Vi vil rette en takk til seniorrådgiver Vegard Håvik (Helsedirektoratet, Divisjon for helseøkonomi og finansiering), som har tilrettelagt dataene for analyse.

Innhold

Forord	3
Innhold	4
Sammendrag	5
Innledning	7
Legevakt	7
ICPC	7
Takstsystem	8
Materialet	8
Kontakter	9
Diagnoser	14
Legers deltakelse i legevakt	21
Takster	22
Pasienter med alvorlige sinnslidelser	23
Referanser	26

Sammendrag

Denne rapporten er basert på elektroniske refusjonskrav fra legevakt i årene 2006 til 2018. 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 2018 litt over to millioner pasientkontakter med refusjonskrav, hvorav 63,8 % var konsultasjoner og 3,4 % sykebesøk. Telefonkontakter utgjorde 30,5 %. 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. Lavest antall ble registrert i 2015 med 63 192 sykebesøk. Siden har antallet gått litt oppover igjen. I 2018 var det 70 829 sykebesøk fra legevakt. Sykebesøk er en kontaktform som nesten utelukkende forbeholdes eldre pasienter. Sykebesøk i små utkantkommuner utgjør en noe større andel av kontaktene enn i større kommuner. I absolutte tall er det likevel slik at det kjøres flest sykebesøk i store og sentrale kommuner.

40 % av legevaktkontaktene skjer i helgene, 60 % på de fem ukedagene. De travleste periodene i 2018 var julehelgen og påsken.

Diagnosefordelingen er gjennomgående stabil fra det ene året til det andre, men bruken av allmenne og uspesifikke diagnoser (f.eks. «helseproblem/sykdom») er stadig økende. I 2006 var 13,1 % av kontaktene kodet med slike diagnoser, i 2018 var andelen steget til 33,1 %. Ved telefonkontakter var hele 75,4 % av alle diagnosene uspesifikke i 2018. Økende bruk av uspesifikke diagnoser svekker mulighetene til å fremskaffe nyttig og pålitelig statistikk over sykdomsutbredelsen blant pasienter i primærhelsetjenesten. En bør vurdere å innskjerpe overfor legevaktene at man skal tilstrebe korrekt bruk av diagnosekoder og avstå fra automatisk generering av regningskort.

I konsultasjoner, hvor det alltid er legen som setter diagnosen, er diagnosefordelingen svært stabil og med bare 12,8 % uspesifikke diagnoser. Her er sykdom i åndedretsorganene og muskel- og skjelettlidelser de vanligste diagnosene. De hyppigste enkeltdiagnosene er forkjølelser, urinveisinfeksjoner, abdominalsmerter og sår/kutt.

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

Antall skader som er behandlet ved norske legevakter viser stor grad av stabilitet over tid. Siden 2006 har det imidlertid vært en økning i hodeskader med 32 %. 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 38,9 % av konsultasjonene. Det har også vært en økende bruk av tidstaksten, som i 2018 ble brukt i 42,3 % av konsultasjonene. Bruken av sykmeldinger var høyest i 2007 med 7,4 % av konsultasjonene. I 2018 resulterte 3,5 % av konsultasjonene i sykmelding.

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

I 2018 ble 57,9 % av legevaktarbeidet utført av fastleger og 29,1 % av spesialister i allmenntilleggsmedisin. Tallene viser tilsynelatende at vaktledelsen blant fastleger har vært høyere siden 2016, men dette har sammenheng med to metodeforhold som medfører at analysene for 2016 og senere er mer i tråd med virkeligheten:

1. Tidligere har fastleger blitt definert som leger registrert i Fastlegeregisteret. Dette har medført at vikarer ofte ikke har blitt registrert som fastleger. Fra 2016 blir fastleger definert som leger som har sendt fastlegeregninger til Helfo. Dette gir en mer fullstendig dekning.
2. Det har tidligere vært et stort metodeproblem at mange av kontaktene har vært med uidentifiserte leger. Dermed har det vært usikre anslag for hvilke leger som faktisk har legevakt. Med virkning fra 1. januar 2016 har meldingsformatet til Helfo blitt utvidet, slik at legevakten på hver regning innrapporterer hvem som er utførende behandler. Dette har gitt et bedre datagrunnlag, og i 2018 var rapporteringen nesten komplett.

For pasienter med alvorlige sinnslidelser er kontinuitet viktig. Når de oppsøker kjente behandlere, vil man ofte kunne finne hensiktsmessige løsninger uten å måtte ty til innleggelse i institusjon. Men når pasienten er ukjent for legen, som ofte er tilfelle på legevakt, er det høyere sjans for at man velger innleggelse. I dette materialet fra 2018 identifiserte vi 3 727 pasienter som minst en gang hadde fått diagnosen schizofreni eller affektiv lidelse. I alt ble nesten 55 % av disse pasientene innlagt i psykiatrisk institusjon minst én gang. Legevaktlegen brukte ellers mye tid på disse konsultasjonene og var ofte i kontakt med den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Sykebesøk og telefonkontakt var mer brukt for disse pasientene enn for legevaktspasienter generelt.

Innledning

Frem til 2006 har det vært sparsomt med statistiske data fra legevakt. I 2007 publiserte NAV rapporten "Hva foregår på legekontorene" med konsultasjonsstatistikk basert på innsendte refusjonskrav i 2006 (1). Denne rapporten omfattet data fra både legevakt, fastleger og privatpraktiserende spesialister. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har senere utarbeidet ti rapporter basert på refusjonskrav fra legevakt i årene 2006 - 2017 (2-11), og viderefører nå statistikken med data fra 2018.

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 (12).

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 2016 var det 182 legevakter i Norge, 101 interkommunale og 81 kommunale (13). 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 (14). Det gis rett til fritak under visse forutsetninger, men undersøkelser har vist at langt flere enn de som har formelt fritak, har meldt seg ut av legevakttjenesten (15-17). En stor del av legevaktene ivaretas av andre leger, som heltidsansatte vaktleger, LIS1-leger (turnusleger), sykehusleger, stipendiater og andre universitetsansatte leger.

ICPC

Allerede i 1992 fastsatte Rikstrygdeverket at alle primærleger skal bruke ICPC (International Classification of Primary Care) for koding av diagnoser på legeregningskort og sykmeldinger. Hensikten var å få et enhetlig system for koding av diagnoser. Norge var dermed det første landet som gjorde ICPC til en offisiell nasjonal standard. Siden 2004 har man brukt oppfølgeren ICPC-2 (18).

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. Takstkodene finnes i Normaltariffen (Fastlegetariffen), som er forhandlet frem av Legeforeningen og Staten (19).

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 legevaktsleger i 2018. Variablene er pasientens kjønn og alder, kontakttidspunkt, diagnoser og takster. Disse dataene er koplet med følgende opplysninger om legene: alder, kjønn, praksiskommune og hvorvidt de er fastleger eller ikke. Fram til 2015 ble legen definert som «fastlege» dersom han stod i Fastlegeregisteret. Dette medførte at vikarer ofte ikke ble registrert som fastleger. Fra 2016 er dette endret slik at «fastlege» er en lege som i løpet av samme år har sendt fastlegeregninger til Helfo.

Materialet omfatter alle elektroniske regningskort. Papirbaserte refusjonskrav og refusjon som utbetales til pasienten hvis legen ikke har avtale om direkte oppgjør, er ikke med i materialet. Det er beregnet at disse utgjorde 4,9 % av alle legevaktkontaktene i 2006 (1), 2,1 % i 2009 (20) og mindre enn 1 % siden 2010 (21, 22). Konsultasjoner og sykebesøk til pasienter på sykehjem eller i fengsel honoreres på annen måte og er ikke med i dette materialet.

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

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

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

Kontakter

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

	Takstkoder	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2017	2018
Konsultasjoner	2ad, 2ak, 2fk, 2ae	76,2 1 238 791	77,3 1 323 453	75,7 1 330 561	72,8 1 368 297	69,1 1 352 209	67,7 1 350 766	65,7 1 332 024	63,8 1 321 039
Sykebesøk	11ad, 11ak	5,7 92 543	4,6 78 999	4,1 72 296	3,6 68 000	3,3 65 202	3,2 64 147	3,3 66 977	3,4 70 829
Telefonkontakter	1bd, 1bk, 1be, 1g	17,1 278 650	16,7 286 515	18,6 327 462	21,4 402 562	25,2 493 177	26,5 528 248	28,6 580 808	30,5 631 214
Enkle kontakter	1ad, 1ak, 1h, 1i	1,0 16 660	1,8 23 427	1,6 28 209	2,2 40 498	2,3 45 272	2,6 51 713	2,4 48 631	2,3 48 476
N		1 626 644	1 712 394	1 758 528	1 879 357	1 955 860	1 994 874	2 028 440	2 071 558

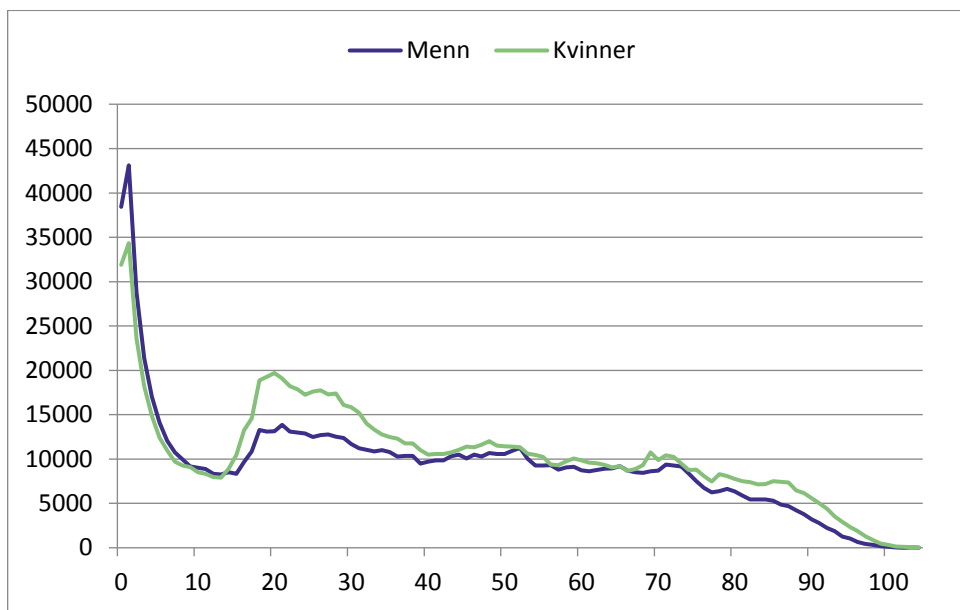
Antall telefonkontakter har økt med 127 % siden 2006, mens antall konsultasjoner bare har økt med 7 %. Trolig har registreringen av telefonkontakter blitt mer fullstendig de senere årene, i den forstand at det oftere blir sendt regningskort til Helfo. Den registrerte økningen i antall konsultasjoner kan skyldes mer fullstendig rapportering. Vi har tidligere beregnet at underrapportering kunne utgjøre inntil 8 % av konsultasjonene i 2007 (2). Alt-i-alt er det trolig at konsultasjonstallet er stabilt over tid.

Antall sykebesøk gikk nedover i mange år. Ifølge takstbrukundersøkelsene til NAV var det i 1995 ca. 685 000 sykebesøk på legevakt (23), ved årtusenskiftet var det ca. 357 000, og fem år senere ca. 141 000 (12). Lavest antall (63 192) ble registrert i 2015. Utviklingen har blitt satt i sammenheng med utbyggingen av interkommunale, stasjonære legevakter (24).

De siste tallene tyder på at antall sykebesøk igjen øker. I 2018 var det 70 829 sykebesøk på legevakt. Dette kan ha sammenheng med ny akuttmedisinforskrift og at flere legevakter har fått en mer offensiv holdning til sykebesøk (25).

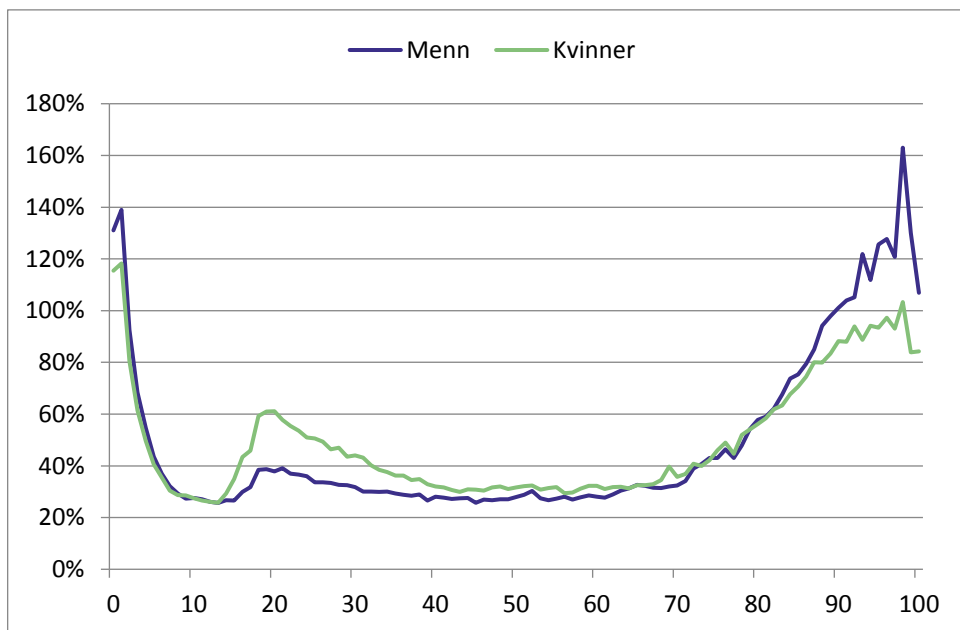
Figur 1 (neste side) viser et velkjent mønster for befolkningens kontakter med primærhelsetjenesten. Bortsett fra barna, er det i alle aldersgrupper flere kvinner enn menn som konsulterer legevakt. Forskjellen er særlig stor i aldersgruppene 15 – 40 og blant de aller eldste. Dette har dels sammenheng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

Figur 1: Antall kontakter for menn og kvinner etter alder (2018)

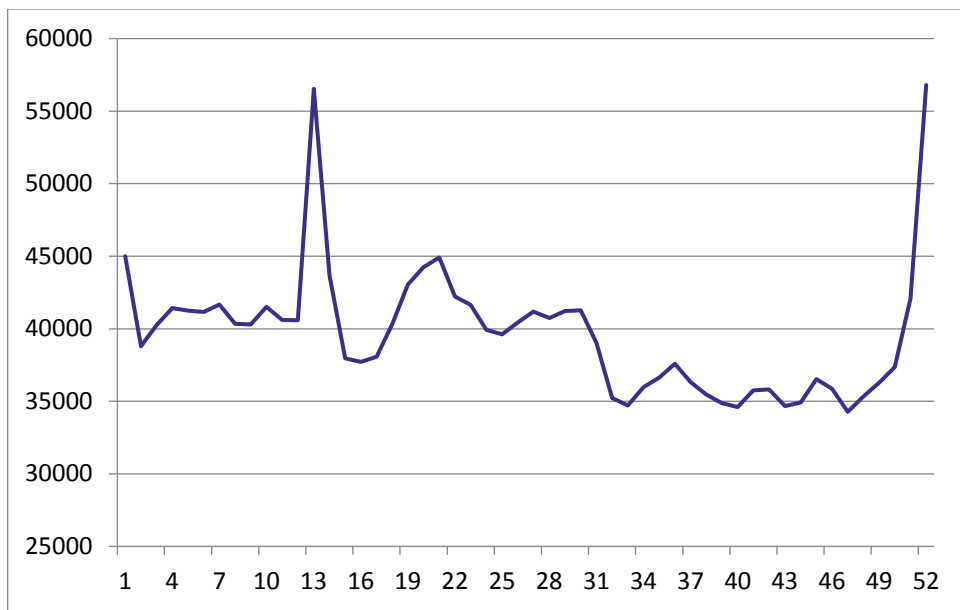


Mønsteret blir noe annerledes om vi ser på hvilke befolkningsgrupper som bruker legevakten mest. Figur 2 viser at det er små barn og de eldste som er de største brukerne. Vi finner igjen at kvinner er overrepresentert i aldersgruppen 15 – 40, men blant de eldste er mennene overrepresentert. Kontaktratene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

Figur 2: Bruk av legevakt (kontakter) per innbygger, fordelt på kjønn og alder (2018)

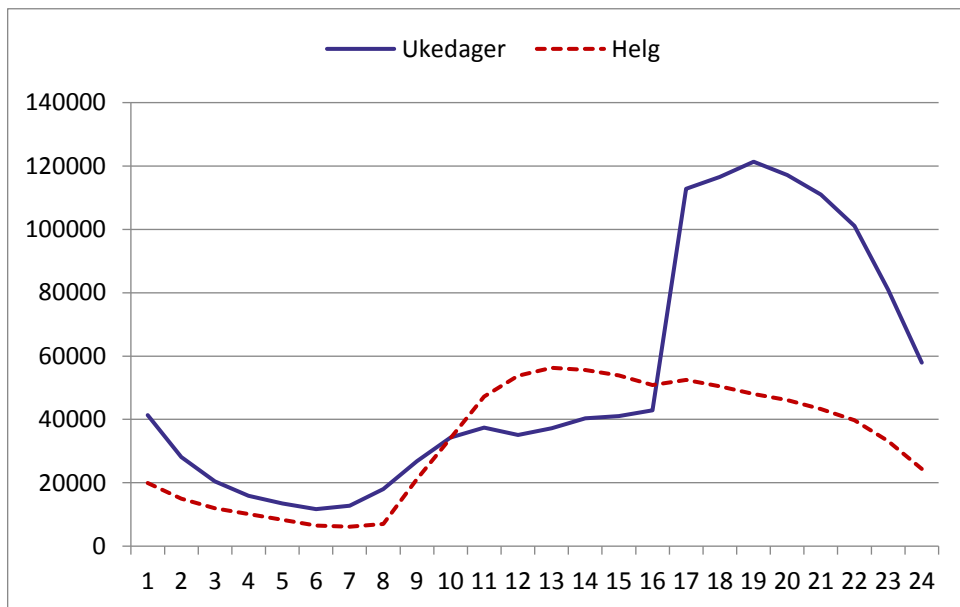


Figur 3: Antall kontakter per uke (2018)



Kontaktfrekvensen varierer noe gjennom året, men enkelte uker skiller seg ut. Størst aktivitet var det i påske- og juleferien (fig 3). I slike ferieperioder er det dårligere tilgjengelighet hos fastlegene. Dessuten er mange pasienter bortreist i feriene. De oppholder seg i andre kommuner og er dermed henvist til å bruke lokal legevakt.

Figur 4: Antall kontakter per klokke (2018)

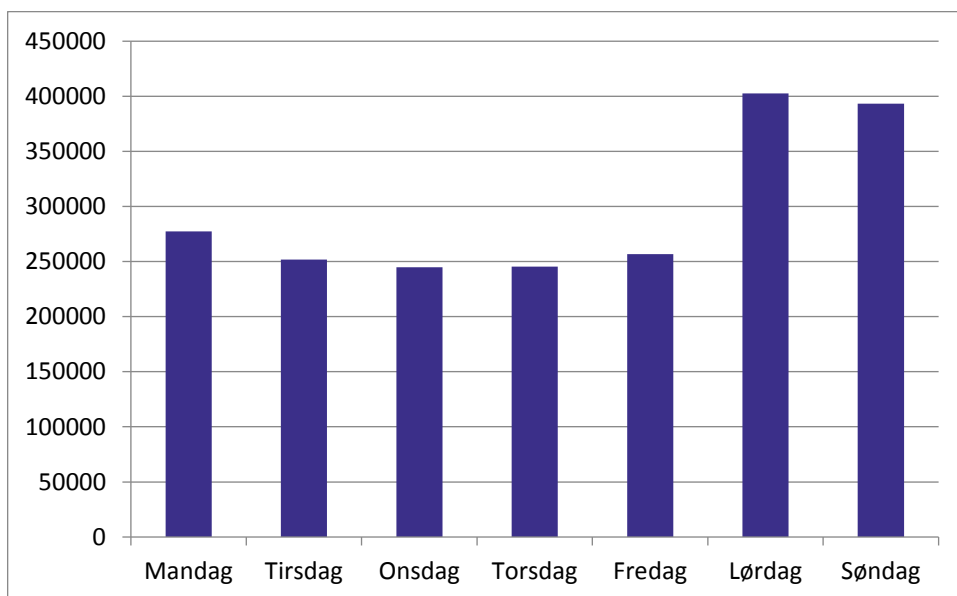


På ukedagene er kontaktfrekvensen høyest om kvelden (fig 4). Dette gjelder alle kontaktyper (konsultasjoner, telefonkontakter og sykebesøk). Det skjer et tydelig hopp i antall kontakter ved arbeidstidens slutt, når fastlegekontorene stenger. Det er grunn til å anta at det meste av akutte

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 (2018)



Tabell 2: Prosentvis fordeling av ulike kontakttypet etter geografi (legens praksiskommune, 2018)

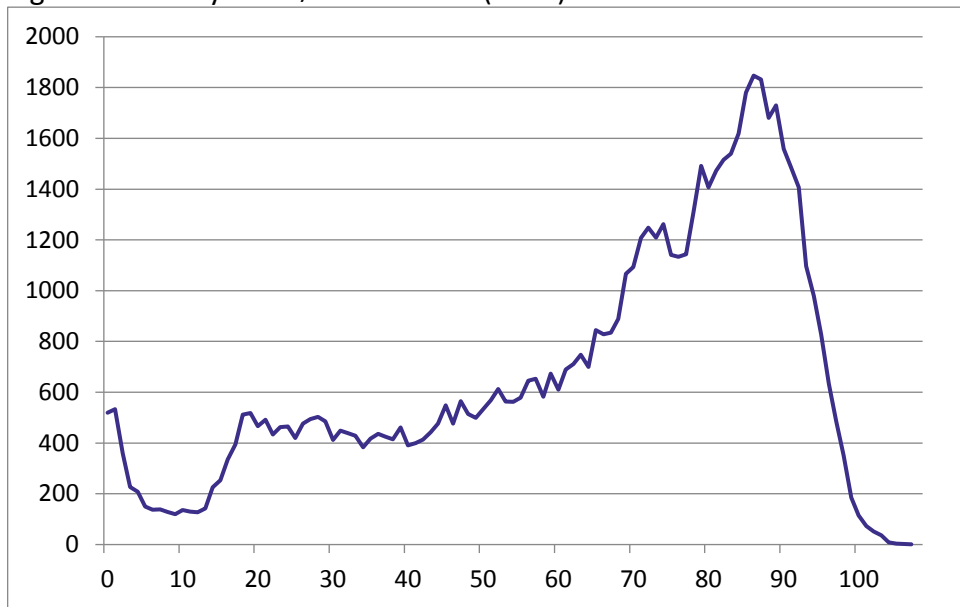
Praksiskommune	N	Konsultasjon	Sykebesøk	Telefonkontakter	Enkle kontakter
Innb > 50 000	752 903	63,2	3,7	32,3	0,9
Innb 10 001 – 50 000	979 772	63,5	2,2	31,2	3,1
Innb 5 001 – 10 000	178 403	68,6	3,9	25,4	2,2
Innb 2 001 – 5 000	127 227	66,2	7,9	20,6	5,3
Innb < 2 001	33 253	51,1	13,8	32,6	2,5
Sentral*	1 117 517	63,6	3,5	31,7	1,2
Noe sentral	554 634	62,8	1,6	31,5	4,1
Mindre sentral	165 888	67,6	3,5	26,2	2,7
Minst sentral	233 419	64,3	7,0	25,1	3,5

*SSB har nylig lansert en ny sentralitetsindeks, men vi har her brukt den samme som i tidligere rapporter. Sentralitet er definert som en kommunes geografiske beliggenhet i forhold til et senter hvor det finnes funksjoner av høy orden (sentrale funksjoner). Sentralitet regnes på en skala fra 0 til 3, hvor 0 er de minst sentrale og 3 de meste sentrale kommunene (26).

Selv om de absolutte tallene er små, er det 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.

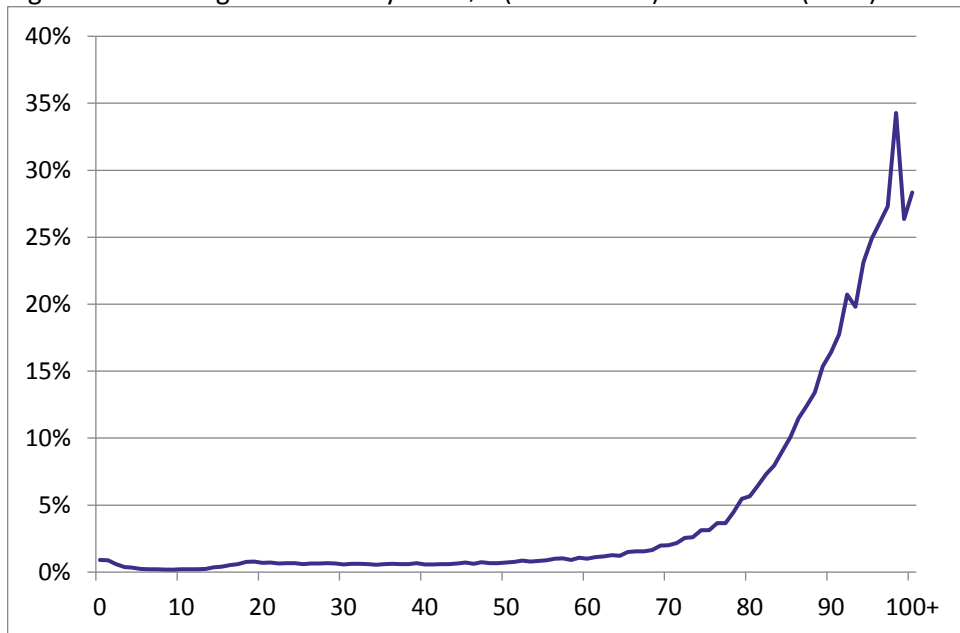
I absolutte tall kjøres det likevel flest sykebesøk i de store kommunene. Legevakten i Oslo har tradisjonelt hatt relativt mange sykebesøk, og skiller seg nok noe ut fra andre store og sentrale kommuner. Med 13 782 sykebesøk i 2017 (27), hadde Oslo en besøksrate på 1,4 %. Til sammenligning hadde Bergen legevakt 1 479 sykebesøk i 2016 (28), som gir en besøksrate på bare 0,5 %. For landet som helhet var tilsvarende rate 1,3 %.

Figur 6: Antall sykebesøk etter alder (2018)



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 20 – 30 %.

Figur 7: Befolkningens bruk av sykebesøk (kontaktrate) etter alder (2018)



Diagnoser

Tabell 3 viser at fordelingen på diagnosegrupper er stabil fra det ene året til det andre, bortsett fra en sterkt økende bruk av uspesifikke diagnoser (ICPC hovedgruppe A). I 2018 var nesten hver tredje kontakt uten spesifisert diagnose.

Tabell 3: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter år

ICPC hovedgruppe	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2017	2018
A: allment	13,1	13,5	16,1	20,6	24,1	27,6	31,4	33,1
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	9,5	9,6	9,0	8,6	8,4
F: øye	4,5	4,4	4,4	3,8	3,7	3,4	3,3	3,1
H: øre	3,3	3,2	3,2	2,8	2,5	2,2	2,0	1,9
K: hjerte/kar	3,8	3,7	3,6	3,5	3,3	3,1	3,0	2,9
L: muskel/skjelett	14,8	15,0	14,7	13,6	13,9	13,5	12,9	12,7
N: nevrologi	3,7	3,8	3,8	3,7	3,7	3,6	3,5	3,6
P: psykiatri	4,8	4,8	4,9	5,1	4,9	4,8	4,6	4,8
R: respirasjon	21,3	20,6	19,0	18,6	15,2	15,2	14,0	13,0
S: hud	11,4	11,0	10,3	9,6	9,7	8,9	8,6	8,6
T: metabolsk	1,0	1,0	1,0	0,9	1,0	1,0	0,9	0,9
U: urin	5,1	5,3	5,7	5,2	5,3	5,0	4,5	4,5
W: svangerskap	1,2	1,3	1,2	1,0	1,0	0,9	0,8	0,8
X: kv. kjønnsorgan	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	0,6	0,6	0,6
Y: m. kjønnsorgan	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,5
Z: sosialt	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Sum kontakter	1 626 644	1 712 394	1 758 528	1 879 357	1 955 860	1 994 874	2 028 440	2 071 558

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) (tab 4). 89 % av A99-kontaktene var telefonkontakter.

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

Diagnoser	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2017	2018
A99: helseproblem/sykdom	0,8	1,5	3,1	5,6	9,0	12,3	16,1	17,0
R74: akutt øvre luftveisinfeksjon	5,1	5,1	4,8	4,6	4,1	4,6	4,2	3,9
D01: abdominalsmerter	2,9	3,2	3,2	3,1	3,5	3,4	3,1	3,1
A97: administrativ kontakt	0,3	0,4	0,5	2,0	2,3	2,9	2,9	2,9
U71: cystitt/urinveisinfeksjon	3,2	3,4	3,8	3,4	3,5	3,2	2,8	2,7
S18: åpent sår/kutt	3,6	3,5	3,2	2,9	3,0	2,9	2,8	2,7
A29: gen. symptomer/plager	1,7	0,5	0,4	0,5	1,1	0,7	1,6	2,4
A11: brystsmerte	0,9	1,2	1,3	1,5	1,4	1,5	1,5	1,4
L81: skade muskel/skjelett	1,7	1,6	1,6	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
A03: feber	2,2	2,0	1,8	1,9	1,6	1,5	1,2	1,3
R81: lungebetennelse	2,0	1,8	1,5	1,9	1,3	1,4	1,3	1,1
Sum diagnoser	1 626 644	1 712 394	1 758 528	1 879 357	1 955 860	1 994 874	2 028 440	2 071 558

De ti hyppigste diagnosene utgjorde 39 % av alle kontaktene, mens de 20 hyppigste diagnosene utgjorde 48 %. Dette viser at legevaktlegene må forholde seg til et bredt utvalg av diagnoser.

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

Vaktårnprosjektet, som registrerer faktiske telefonkontakter ved syv utvalgte legevakter, finner relativt stabile rater for telefonkontakt (29). Ved denne registreringen er også diagnosene mer spesifikke, med knapt 20 % A-diagnoser (30).

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 72 % av alle telefondiagnosene i 2018. Til sammenligning utgjorde disse seks diagnosene bare 17 % i 2006. Dersom tendensen med økende bruk av uspesifikke diagnoser fortsetter, vil det etter hvert svekke grunnlaget for statistikk basert på innrapporterte ICPC-diagnoser. En bør vurdere å innskjerpe overfor legevaktene at man skal tilstrebe korrekt bruk av diagnosekoder og avstå fra automatisk generering av regningskort.

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

Diagnoser	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2017	2018
A99: helseproblem/sykdom	2,1	5,5	12,3	20,1	28,5	39,3	49,6	49,8
A97: administrativ kontakt	1,0	1,3	1,4	7,8	7,1	8,6	8,5	8,3
A29: gen. symptomer/plager	8,0	1,9	1,3	1,2	3,0	2,0	4,9	7,5
A13: engstelig for behandling	1,9	2,9	3,4	2,6	2,5	3,6	2,8	2,9
A98: individforebyggende tiltak	0,2	0,2	0,3	0,3	0,5	3,4	3,0	2,2
A03: feber	3,7	3,4	2,9	2,6	2,2	1,9	1,2	1,3
D01: abdominalsmerter	2,7	2,8	2,6	2,1	2,2	1,7	1,2	1,1
U71: cystitt/urinveisinfeksjon	2,4	2,6	2,6	2,0	1,9	1,4	0,9	0,8
R74: akutt øvre luftveisinfeksjon	1,8	1,7	1,5	1,4	1,1	1,1	0,7	0,6
R05: hoste	1,8	1,7	1,5	1,3	1,0	0,8	0,6	0,5
Sum diagnoser	278 650	286 515	327 462	402 562	493 177	528 248	580 808	631 214

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

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

Diagnoser	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2017	2018
R74: akutt øvre luftveisinfeksjon	6,1	6,2	6,0	5,9	5,5	6,2	6,1	5,8
D01: abdominalsmerter	3,0	3,3	3,5	3,6	4,1	4,2	4,1	4,1
S18: åpent sår/kutt	4,3	4,2	3,9	3,7	4,0	3,9	4,0	4,0
U71: cystitt/urinveisinfeksjon	3,5	3,7	4,2	3,9	4,1	3,9	3,7	3,7
A99: helseproblem/sykdom	0,5	0,7	0,9	1,5	2,1	2,1	2,0	2,1
L81: skade muskel/skjelett	2,0	1,9	1,9	1,7	1,8	1,9	1,9	2,0
A11: brystsmerte	0,9	1,2	1,4	1,7	1,7	1,9	2,0	1,9
A03: feber	1,9	1,7	1,7	1,7	1,5	1,4	1,2	1,4
R81: lungebetennelse	1,9	1,7	1,5	2,0	1,4	1,6	1,6	1,3
R78: akutt bronkitt	1,9	1,7	1,6	1,6	1,2	1,5	1,4	1,2
F70: infeksjøs konjunktivitt	2,1	2,0	2,1	1,6	1,4	1,3	1,3	1,1
H71: mellomørebetennelse akutt	2,0	1,9	1,9	1,6	1,4	1,2	1,1	1,0
Sum diagnoser	1 238 791	1 323 453	1 330 561	1 368 297	1 352 209	1 350 766	1 332 024	1 321 039

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

Tabell 7: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kontakttype (2018)

ICPC hovedgruppe	Alle kontakter	Konsultasjoner	Sykebesøk	Telefonkontakt
A: allment	33,1	12,8	27,0	75,4
B: blod	0,3	0,3	0,5	0,2
D: fordøyelse	8,4	10,8	7,4	3,7
F: øye	3,1	4,4	0,5	0,8
H: øre	1,9	2,6	0,3	0,7
K: hjerte/kar	2,9	3,5	8,1	1,1
L: muskel/skjelett	12,7	17,0	9,3	4,6
N: nevrologi	3,6	4,5	6,2	1,6
P: psykiatri	4,8	4,8	14,0	2,7
R: respirasjon	13,0	17,8	13,7	3,5
S: hud	8,6	11,8	3,8	2,5
T: metabolsk	0,9	0,8	2,3	0,7
U: urin	4,5	5,9	5,1	1,4
W: svangerskap	0,8	1,0	0,4	0,4
X: kv. kjønnsorgan	0,6	0,8	0,3	0,3
Y: m. kjønnsorgan	0,5	0,7	0,4	0,2
Z: sosialt	0,3	0,4	0,5	0,2
Sum kontakter	2 071 558	1 321 039	70 829	631 214

Den hyppigste allmenne diagnosekoden i forbindelse med sykebesøk er dødsfall (A96), og i forbindelse med telefonkontakt helseproblem/sykdom (A99). Øyesykdommer håndteres oftest som konsultasjon og hyppigste enkeltdiagnose er infeksjøs konjunktivitt (F70). Sykebesøk for hjerte- og karsykdommer dreier seg oftest om hjerneslag (K90) og hjertesvikt (K77). Innen psykiatrikapitlet er akutt alkoholmisbruk (P16) den hyppigste diagnosekoden ved konsultasjoner og sykebesøk, og 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).

Det er også tydelige døgnvariasjoner i bruk av ulike diagnosegrupper (tab 8). Psykiatri og magelidelser er overrepresentert om natten, mens en ser relativt mindre sykdommer i åndedretsorganer, muskel/skjelett, øye og øre-nese-hals. Disse siste sykdommene oppleves trolig oftere som mindre truende, slik at de kan utsettes til neste dag.

Tabell 8: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kontakttidspunkt i løpet av døgnet (2018)

ICPC hovedgruppe	Natt (0-8)	Dag (8-16)	Kveld (16-24)
A: allment	39,1	34,5	30,9
B: blod	0,2	0,3	0,3
D: fordøyelse	11,6	6,8	8,6
F: øye	1,5	3,7	3,2
H: øre	0,9	2,1	2,0
K: hjerte/kar	3,6	2,7	2,8
L: muskel/skjelett	8,5	13,1	13,3
N: nevrologi	4,0	3,0	3,8
P: psykiatri	9,2	4,1	4,3
R: respirasjon	9,5	13,7	13,4
S: hud	5,4	8,0	9,6
T: metabolsk	0,6	0,9	0,9
U: urin	3,5	4,8	4,5
W: svangerskap	0,7	0,7	0,8
X: kv. kjønnsorgan	0,4	0,6	0,6
Y: m. kjønnsorgan	0,4	0,5	0,6
Z: sosialt	0,7	0,3	0,2
Sum kontakter	246 821	668 193	1 156 544

Den tydeligste endringen i diagnosebruk gjennom året er en klar overrepresentasjon av sykdommer i åndedretsorganene i vinterhalvåret. Omvendt sees en overrepresentasjon av hudlidelser om sommeren (tab 9).

Tabell 9: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter måned (2018)

ICPC hovedgruppe	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
A: allment	33,4	33,2	34,2	34,2	33,9	34,6	34,0	30,9	31,1	32,1	32,2	32,1
B: blod	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3
D: fordøyelse	8,1	8,0	8,4	8,5	7,8	7,9	7,9	8,9	8,8	8,8	9,0	8,4
F: øye	2,6	2,6	2,8	3,1	3,6	3,7	3,3	3,3	3,3	3,3	3,2	3,0
H: øre	2,0	2,1	1,8	1,8	1,7	1,8	2,3	2,0	1,8	1,7	1,9	2,0
K: hjerte/kar	2,8	2,7	2,8	3,0	2,8	2,8	2,7	2,9	3,0	3,1	3,1	2,9
L: muskel/skjelett	11,8	11,7	12,4	13,2	13,5	12,9	12,6	13,6	13,6	13,0	12,3	11,5
N: nevrologi	3,4	3,4	3,3	3,6	3,4	3,7	3,3	3,9	3,9	4,0	4,0	3,3
P: psykiatri	4,2	4,1	4,2	4,8	4,7	4,8	4,8	5,3	5,2	5,7	5,6	4,7
R: respirasjon	18,3	19,3	16,1	12,3	11,2	9,5	8,5	8,8	11,3	10,9	12,3	16,7
S: hud	6,2	6,0	6,6	7,7	9,8	10,7	12,4	11,3	9,3	8,6	7,8	6,9
T: metabolsk	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	0,9	0,9	0,8
U: urin	4,0	3,7	4,0	4,2	4,3	4,3	4,7	5,3	5,0	4,8	4,7	4,8
W: svangerskap	0,8	0,8	0,7	0,8	0,7	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
X: kv.kjønnsorgan	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,6	0,7	0,6	0,6
Y: m.kjønnsorgan	0,5	0,5	0,5	0,6	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Z: sosialt	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,3
Sum kontakter	180673	163471	195917	171870	187659	176128	182359	156688	158632	153382	150470	194309

Tabell 10 viser diagnosespekteret for menn og kvinner. Bortsett fra de kjønns spesifikke diagnosene, har kvinner hyppigere urinveislidelser og menn mer hudlidelser. De dominerende enkeltdiagnosene er henholdsvis urinveisinfeksjon (U71) og åpent sår/kutt (S18).

Tabell 10: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kjønn (2018)

ICPC hovedgruppe	Kvinner	Menn
A: allment	33,4	32,6
B: blod	0,3	0,3
D: fordøyelse	9,1	7,6
F: øye	2,7	3,7
H: øre	1,8	2,1
K: hjerte/kar	2,8	3,0
L: muskel/skjelett	12,2	13,2
N: nevrologi	3,8	3,4
P: psykiatri	4,3	5,4
R: respirasjon	13,0	13,1
S: hud	7,3	10,1
T: metabolsk	0,8	1,0
U: urin	5,7	3,1
W: svangerskap	1,4	-
X: kv. kjønnsorgan	1,1	-
Y: m. kjønnsorgan	-	1,1
Z: sosialt	0,4	0,2
Sum kontakter	1 101 041	970 517

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

Tabell 11: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter aldersgrupper (2018)

ICPC hovedgruppe	Aldersgrupper								
	0-1	2-4	5-9	10-15	16-25	26-40	41-60	61-80	81-
A: allment	47,7	39,9	34,8	29,7	31,2	31,1	29,8	31,2	36,0
B: blod	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	0,7
D: fordøyelse	7,5	7,3	9,3	7,2	8,9	9,6	8,1	8,1	7,3
F: øye	2,8	3,3	3,2	2,8	3,1	3,9	3,8	2,6	1,2
H: øre	3,7	4,9	4,5	2,9	1,5	1,5	1,4	1,0	0,5
K: hjerte/kar	0,1	0,1	0,2	0,3	0,9	1,7	3,6	6,6	7,7
L: muskel/skjelett	1,3	4,9	11,3	24,5	13,2	13,1	15,8	13,1	11,4
N: nevrologi	2,3	2,7	3,1	3,9	3,8	4,0	3,7	3,7	3,6
P: psykiatri	0,2	0,1	0,2	2,2	6,9	6,8	7,8	3,9	3,1
R: respirasjon	26,4	22,0	15,0	12,0	12,2	9,8	9,8	12,2	12,1
S: hud	6,1	10,7	14,0	11,3	9,0	8,4	8,6	7,5	5,6
T: metabolsk	0,4	0,2	0,2	0,3	0,4	0,5	1,0	1,7	2,1
U: urin	0,7	2,3	2,7	1,5	4,4	4,2	4,7	6,8	8,0
W: svangerskap	0,1	0,0	0,0	0,0	1,4	2,7	0,2	0,1	0,1
X: kv. kjønnsorgan	0,1	0,2	0,2	0,3	1,1	1,2	0,6	0,3	0,2
Y: m. kjønnsorgan	0,5	1,0	0,8	0,6	0,7	0,5	0,4	0,5	0,4
Z: sosialt	0,0	0,0	0,0	0,3	0,8	0,5	0,3	0,1	0,1
Sum kontakter	147786	123942	107477	103438	301066	376480	413664	345281	152424

Behandling av skader hører til legevaktens kjerneoppgaver. De første legevaktene som ble etablert i Norge, behandlet først og fremst sårskader og brudd (31). I tabell 12 har vi brukt samme kategorisering av ICPD-kodene som Folkehelseinstituttet benyttet i rapporten «Skadebildet i Norge» (32).

Tabell 12: Oversikt over ulike skader på legevakt

Skadetyper ICPC-2 diagnosekoder	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Bruddskader L72, L73, L74, L75, L76	23 552	24 599	25 266	22 870	22 858	22 742	21 609
Forstuvning, forstrekning, ute av ledd L77, L78, L79, L80, L81, L96	47 869	48 561	47 321	43 838	44 076	44 646	43 609
Hodeskader (ekskl. brudd), hjernerystelse N79, N80	13 245	15 026	16 137	17 866	16 879	17 513	17 469
Øyeskader (inkl. fremmedlegeme) F75, F76, F79	15 341	15 485	13 812	13 313	13 071	12 781	12 815
Penetrasjonsskade stikk, kutt, bitt S13, S18	65 664	68 544	66 011	64 266	69 028	65 950	66 088
Forbrenning, skoldning S14	6 298	6 761	7 004	7 027	7 286	7 435	7 289
Andre overflateskader, inkl. insektstikk S12, S15, S16, S17, S19, H78	29 067	30 431	28 023	27 350	30 636	26 156	27 626
Forgiftninger A84, A86	4 797	5 554	5 664	5 140	5 663	6 856	5 558
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	22 429	24 581	23 529
Sum kontakter	224 582	235 640	230 459	222 249	231 926	228 660	225 592

Tabell 12 viser stor grad av stabilitet i totalt antall skader over tid. Det har imidlertid vært en økning i antall hodeskader med 32 % siden 2006. På den andre siden har antall øyeskader blitt redusert med 16 %.

Legers deltakelse i legevakt

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

I tabell 13 er de uidentifiserte legene inkludert i analysene. Det medfører at de ulike legegruppens andel av kontaktene tidligere år har blitt underestimert i varierende grad. Om en ekskluderer de uidentifiserte legene, utgjorde fastlegenes andel av vaktarbeidet 55,5 % i 2015 og 62,6 % i 2016. Tilsvarende tall for 2018 er 57,9 %.

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

Legegruppe	2006	2008	2010	2012	2014	2016*	2017	2018
Fastlege	43,7	36,1	35,5	37,1	35,5	56,1	57,7	57,9
Spesialist i allmenntillegemedisin	29,9	27,0	24,8	23,7	20,6	22,7	26,5	29,1
Kvinne	20,9	24,5	25,5	22,0	22,0	26,6	31,8	31,8
Alder < 30	13,6	11,7	11,2	8,5	9,0	8,4	10,1	9,6
Alder 30 – 39	36,0	40,6	41,1	35,3	32,4	40,0	41,2	40,8
Alder 40 – 49	24,7	23,6	20,5	19,4	18,1	22,9	27,8	27,6
Alder 50 – 59	16,9	16,3	17,6	16,3	11,5	12,7	14,4	15,5
Alder 60 –	2,7	3,7	4,3	5,7	7,4	5,6	6,3	6,6
Uidentifisert lege	6,1	3,9	5,4	14,8	21,6	10,3	0,1	0,0
Sum kontakter	1 626 644	1 712 396	1 758 528	1 879 357	1 955 860	1 994 874	2 028 440	2 071 558

*Definisjonen av fastlege er utvidet fra 2016

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

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

Siden 2016 er anslaget for fastlegenes vakt deltakelse høyere enn tidligere år. Den utvidede definisjonen av «fastlege» er den viktigste forklaringen på dette. Fastleger utfører nå i underkant av 58 % av legevaktarbeidet, og dette synes ikke å ha endret seg vesentlig de senere årene.

Takster

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

	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2017	2018
Spesialisttakst (2dd, 2dk)	26,1	22,5	21,1	21,8	20,2	20,8	21,3	23,3
Tidstakst (2cd, 2ck)	32,1	32,7	34,1	36,2	37,7	40,3	41,6	42,3
Laboratorium (701a)	30,3	35,2	37,8	41,0	41,0	44,9	45,6	45,9
CRP (705k)	28,2	30,6	32,6	35,7	35,4	38,1	38,3	38,9
Streptest (706k)	4,3	4,7	4,0	3,8	3,3	3,3	3,0	2,8
EKG (707)	3,9	4,9	5,4	6,1	6,7	7,4	7,8	8,1
Kir. prosedyrer (100, 103, 104, 105, 106a, 106b, 111)	10,5	10,9	10,7	10,3	10,9	11,4	11,5	11,8
Kontakt hjemme-sykepleie o.l. (1f)	3,3	3,2	3,4	4,1	5,2	6,9	6,8	7,0
Sykmelding (L1)	6,9	7,2	5,2	4,9	4,1	3,9	3,6	3,5
N	1 238 791	1 323 453	1 330 561	1 368 297	1 352 209	1 350 766	1 332 024	1 321 039

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

Det har over tid vært en økende bruk av laboratorium (hovedsakelig CRP), EKG og tidstakst. Vaktlegene har 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.

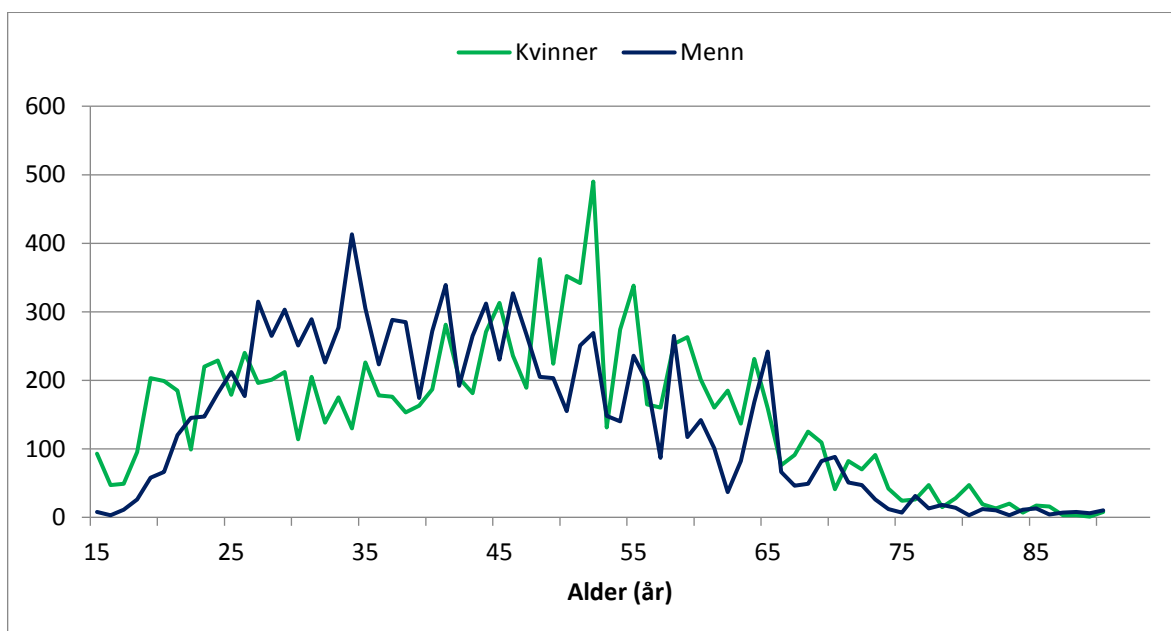
Pasienter med alvorlige sinnslidelser

Schizofreni og manisk-depressiv (bipolar, affektiv) sinnslidelse er alvorlige, kroniske psykiatriske lidelser. Livstidsprevalensen av schizofreni er i underkant av 1 % og bipolar lidelse i overkant av 1 %. Det er ingen vesentlig kjønnsforskjell.

Disse pasientene har vanligvis oppfølging i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten, men fastlege og kommunal psykiatritjeneste har også viktige funksjoner. Iblant skjer det uforutsette, akutte forverringer og da bør det fortrinnsvis være et etablert apparat som kan intervensere på kort varsel. Når dette ikke er på plass, er pasienten henvist til å bruke legevakten.

Vi har analysert pasienter med disse to diagnosene i legevaktmaterialet fra 2018. Dette er gjort ved å identifisere de som minst en gang i løpet av året har fått diagnosekode P72 (schizofreni) eller P73 (affektiv lidelse). I alt har vi da funnet 3 727 pasienter, hvorav 53 % menn og 47 % kvinner. Gjennomsnittlig alder for de mannlige pasientene var 43 år, for de kvinnelige 46 år. Fordelingen av deres legevaktkontakter er vist i figur 8. Figuren omfatter alle kontakter disse pasientene har hatt med legevakt, ikke bare på grunn av hoveddiagnosen.

Figur 8: Antall kontakter for menn og kvinner med schizofreni eller affektiv lidelse, etter alder (2018)



Alt-i-alt hadde de kvinnelige pasientene 6,4 kontakter per år, de mannlige hadde 5,3. Dette er betydelig mer enn legevaktspasienter generelt, hvor kvinner har 1,8 kontakter og menn 1,7 kontakter.

Fordelingen av ulike kontakter avviker også fra tilsvarende tall for alle legevaktspasienter (tab 15). Pasienter med schizofreni eller affektiv lidelse får relativt oftere sykebesøk eller også blir situasjonen håndtert noe oftere via telefonkontakt.

Tabell 15: Prosentvis fordeling av ulike kontakttyper for pasienter (2018)

ICPC hovedgruppe	Pasienter med schizofreni eller affektiv lidelse	Alle legevaktspasienter
Konsultasjon	49,1	63,8
Sykebesøk	9,4	3,4
Telefonkontakt	39,2	30,5
Enkel kontakt	2,2	2,3
Totalt antall kontakter	22 115	2 071 558

Tabellen under viser at det er i de minste kommunene at sykebesøk brukes oftest, men en kan merke seg at også i de aller største kommunene foregår 11,6 % av kontaktene med disse pasientene i form av sykebesøk.

Tabell 16: Prosentvis fordeling av ulike kontakttyper etter geografi (legens praksiskommune, 2018)

Praksiskommune	N	Konsultasjoner	Sykebesøk	Telefonkontakter	Enkle kontakter
Innb > 50 000	8 790	50,0	11,6	37,9	0,4
Innb 10 001 – 50 000	9 342	50,5	5,1	41,5	2,9
Innb 5 001 – 10 000	1 816	45,4	9,7	42,7	2,2
Innb 2 001 – 5 000	1 693	44,5	18,1	29,8	7,6
Innb < 2 001	474	35,4	22,4	39,0	3,2

På samme måte som andre har selvsagt psykiatriske pasienter av og til behov for å kontakte legevakt for annen sykdom. Det er bare 50,9 % av kontaktene som er kodet med en P-diagnose. Nest hyppigst er A-diagnoser (allment) som utgjør 32,0 %. Derneft følger L-diagnoser (muskel/skjelett) med 3,3 %, D-diagnoser (fordøyelse) med 2,9 %, S-diagnoser (hud) med 2,5 % og R-diagnoser (respirasjon) med 2,1 %. De hyppigst brukte enkeltdiagnosene er vist i tabell 17.

Tabell 17: De hyppigst brukte enkeltdiagnosene (prosent av alle) for pasienter med schizofreni eller affektiv lidelse (2018)

Diagnoser	Andel (%) av alle
A99 helseproblem/sykdom	19,2
P72 schizofreni	16,7
P73 affektiv lidelse	10,7
P99 psykisk lidelse IKA	4,4
A97 administrativ kontakt	3,0
P98 psykose IKA	3,0
A29 generelle symptomer/plager	2,8
P29 psykiske symptomer/plager IKA	2,7
P19 stoffmisbruk	2,0
P01 følelse angst/nervøsitet/anspent	1,7
P77 selvmord/selvmondsforsøk	1,7
A13 engstelig for behandling	1,3
S18 åpent sår/kutt	1,2
D01 abdominalsmerte	1,1
P80 personlighetsforstyrrelse	1,0
Sum antall kontakter	22 115

Grunnen til at det opereres med så mange ulike P-diagnoser er trolig et uttrykk for at den aktuelle legevaktlegen ikke kjenner pasienten fra før.

Når en pasient med kronisk psykiatrisk sykdom oppsøker kjente behandlere (fastlege, psykiatritjeneste, akutt ambulantteam, psykiatrisk poliklinikk e.l.), vil man ofte kunne finne hensiktsmessige løsninger uten å måtte ty til innleggelse i institusjon. Men når pasienten er ukjent for legen, som ofte er tilfelle på legevakt, er det høyere sjanse for at man velger innleggelse i institusjon. En annen grunn til at legevaktlegen i større grad velger innleggelse, er nok at det er færre andre tilbud som er åpne på kveld, natt og helg når det er mest aktivitet i legevakten.

Legen kan bruke takst 616 ved innleggelse i psykiatrisk institusjon. Denne taksten brukes ikke utelukkende ved slik innleggelse, men for disse pasientene er dette neppe noen stor feilkilde. I alt ble 54,8 % av disse pasientene innlagt minst én gang. 12,1 % hadde to innleggelser, 4,4 % hadde tre og 1,7 % hadde fire innleggelser i løpet av 2018. 0,4 % hadde ti eller flere innleggelser.

Legevaktlegen kan også ta kontakt med den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Dette ble gjort for 24,9 % av pasientene. Ellers bruker legevaktlegen ofte mye tid på disse pasientene. Tidstakst ble utløst i 67,5 % av alle konsultasjonene.

Referanser

1. Nossen JP. Hva foregår på legekantorene? Konsultasjonsstatistikk for 2006. NAV-rapport nr 4 2007. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2007.
2. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2007. Rapport nr. 5-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009. <http://bora.uib.no/handle/1956/6244>.
3. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2008 og 2009. Rapport nr. 7-2010. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2010. <https://bora.uib.no/handle/1956/5907>.
4. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2010. Rapport nr. 3-2011. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2010. <https://bora.uib.no/handle/1956/5906>.
5. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2011. Rapport nr. 5-2012. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2012. <https://bora.uib.no/handle/1956/5910>.
6. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2012. Rapport nr. 3-2013. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2013. <https://bora.uib.no/handle/1956/6600>.
7. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2013. Rapport nr. 2-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2014. <https://bora.uib.no/handle/1956/7903>.
8. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2014. Rapport nr. 2-2015. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2015. <http://bora.uib.no/handle/1956/9914>.
9. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2015. Rapport nr. 2-2016. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2016. <https://bora.uib.no/handle/1956/11953>.
10. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2016. Rapport nr. 3-2017. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2017. <https://bora.uib.no/handle/1956/15856>.
11. Sandvik H, Hunskår S, Blinkenberg J. Årsstatistikk fra legevakt 2017. Rapport nr. 2-2018. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2018. <http://bora.uib.no/handle/1956/17544>.
12. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. ... er hjelpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr. 1-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009. <https://bora.uib.no/handle/1956/6251>.
13. Morken T, Myhr K, Raknes G, Hunskår S. Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2016. Rapport nr. 4-2016. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2016. <https://bora.uib.no/handle/1956/12957>.
14. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20120829-0842.html.
15. Sandvik H, Hunskår S. Hvilke leger mottar trygderefusjon for legevaktarbeid? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1347-50.

16. Sandvik H, Zakariassen E, Hunskaar S. Fastlegenes deltakelse i legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2513-6.
17. Sandvik H, Hunskaar S, Diaz E. Hvilke fastleger deltar i legevakt? Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 2277-80.
18. ICPC-2 - Den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten. Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren. [www.kith.no/templates/kith WebPage 1186.aspx](http://www.kith.no/templates/kith/WebPage_1186.aspx).
19. Normaltariffen. Den norske legeforening. <http://legeforeningen.no/Arbeidsliv-og-jus/naringsdrivende/Normaltariffen/>.
20. Analyserapport. Fastleger, legevakt og avtalespesialister. Aktivitetsstatistikk 2009. Oslo: Helseøkonomiforvaltningen, april 2011.
21. Analyserapport. Statistikk over legars takstbruk 2010. Oslo: Helseøkonomiforvaltningen, 2012.
22. Nydal T. Analyserapport 4-2016. Måltall for refusjonsområdet lege. Oslo: Helseøkonomiforvaltningen 2016. <https://helfo.no/Documents/Analyser%20og%20rapporter/M%C3%A5ltall%20refusjonsomr%C3%A5de%20lege%202015.pdf>.
23. St.meld. nr. 43 (1999-2000) Om akuttmedisinsk beredskap.
24. Sundar T. Interkommunal legevakt - sparegris for staten? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1292-3.
25. Kongsvik LT. Suksesslegevakt på fire hjul. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 771.
26. Standard for kommuneklassifisering 1994. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1994. <https://www.ssb.no/a/metadata/conceptvariable/vardok/927/nb>
27. Årsberetning 2017. Helseetaten Oslo kommune. <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13103046/Innhold/Politikk%20og%20administrasjon/Etater%20og%20foretak/Helseetaten/%C3%85rsberetning%202017%20Helseetaten.pdf>.
28. Årsrapport 2016. Bergen legevakt. https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00301/legevakt_rapport_301416a.pdf.
29. Eikeland OJ, Fotland SLS, Raknes G, Hunskaar S. Vaktårnprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport for 2017. Rapport nr. 3-2018. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse 2018. <http://hdl.handle.net/1956/18313>.
30. 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.
31. Steen K, Klemsdal KH. Fra nødhjelpstasjon til moderne legevakt. Fiin gammel 2007; 4: 5.
32. Skadebildet i Norge. Hovedvekt på personskader i sentrale registre. Folkehelseinstituttet, Rapport 2014:2, Oslo. www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/skadebildet-i-norge-hovedvekt-pa-personskader-i-sentrale-registre-pdf.pdf (20.3.2019).