

# Årsstatistikk fra legevakt 2010

Rapport nr. 3-2011

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin



<b>Tittel</b>	Årsstatistikk fra legevakt 2010
<b>Institusjon</b>	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, Bergen
<b>Ansvarlig</b>	Forskningsleder Steinar Hunskår
<b>Forfattere</b>	Hogne Sandvik, forsker dr. med., Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Steinar Hunskår, prof. dr. med., Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
<b>ISBN</b>	978-82-92970-40-9 (pdf)
<b>ISSN</b>	1891-3474
<b>Rapport</b>	Nr. 3-2011
<b>Tilgjengelighet</b>	Pdf
<b>Prosjekttittel</b>	Årsstatistikk fra legevakt 2010
<b>Antall sider</b>	25
<b>Publiseringsmåned</b>	Juni 2011
<b>Oppdragsgiver</b>	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
<b>Sitering</b>	Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2010. Rapport nr. 3-2011. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2011.

Helsedepartementet har etablert Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Senteret er organisert i Uni Research AS/Uni helse og knyttet faglig til Forskningsgruppe for allmenntmedisin, 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](http://www.legevaktmedisin.no)  
**E-post** [legevaktmedisin@uni.no](mailto:legevaktmedisin@uni.no)  
**Telefon** +47 55586500  
**Telefaks** +47 55586130  
**Besøksadresse** Kalfarveien 31, Paviljongen  
**Postadresse** Kalfarveien 31  
**Postnummer** 5018  
**Poststed** Bergen

# Forord

Dette er tredje rapport om aktiviteten på legevakt i Norge. Etter at de to første rapportene inneholdt data fra hhv 2006/2007 og 2008/2009, omfatter denne bare året 2010. Vi håper at rapportene heretter skal bli en årlig foreteelse. 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 2010.

Noen år kan det være aktuelt å gå særlig grundig inn i enkelte analyser, for eksempel bruk av spesielle takster eller diagnosekoder. For året 2010 var det naturlig å se nærmere på fastlegenes deltakelse i legevakt og vaktlegenes sykmeldingspraksis.

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 dr. med. Hogne Sandvik, i samråd med professor Steinar Hunskår. Vi vil rette en takk til seniorrådgiver Vegard Håvik (Helsedirektoratet, Avd. behandlingsrefusjon), som har tilrettelagt dataene for analyse.

# Innhold

Forord	3
Innhold	4
Sammendrag	5
Innledning	6
Legevakt	6
ICPC	6
Takstsystem	7
Materialet	7
Kontakter	8
Diagnoser	12
Legers deltakelse i legevakt	19
Takster	22
Sykmeldingspraksis	23
Referanser	25

# Sammendrag

Denne rapporten er basert på elektroniske refusjonskrav fra legevakt i årene 2006 til 2010. 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 2010 ca. 1,75 millioner pasientkontakter, hvorav 75,7 % var konsultasjoner og 4,1 % sykebesøk. Nesten 18,6 % var telefonkontakter. 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 2010 var det bare vel 72 000. 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 2010 var påskeuken, andre halvdel av mai (mange fridager), samt jule- og nyttårshelgen.

Diagnosefordelingen er svært stabil fra det ene året til det andre. Sykdommer i åndedretsorganene er den hyppigste kontaktårsaken, fulgt av allmenne/uspesifikke tilstander og muskel- og skjelettlidelser. De hyppigste enkeltdiagnosene er forkjølelser, sår/kutt og urinveisinfeksjoner. Det synes å være en økende bruk av uspesifikke diagnoser. I 2010 ble således 3,1 % av kontaktene kodet med diagnosekode A99 (helseproblem/sykdom).

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

Deltakelse i legevakt er obligatorisk for fastleger, men i virkeligheten ivaretas over halvparten av legevaktene av andre leger, som heltidsansatte vaktleger, vikarer, turnusleger, sykehusleger og stipendiater. Statistikken viser at fastlegene deltar stadig mindre i legevakt, og i 2010 ble 37,5 % av alle legevaktkontakter med identifiserte vaktleger utført av fastleger.

Kvinner øker sin andel av vaktarbeidet, men andelen fastleger blant vaktlegene er lavere for kvinner enn menn, og synker dessuten raskere. Andelen fastleger øker med vaktlegenes alder, og de aller eldste fastlegene har faktisk økt sin andel av vaktarbeidet fra 2006 til 2010.

Det er en økende bruk av laboratorieundersøkelser på legevakt. Den viktigste enkeltanalysen er CRP, som ble brukt i 32,6 % av konsultasjonene. Tidstaksten ble brukt i 34,1 % av konsultasjonene. Det er ellers verdt å merke seg av bruken av sykmeldinger kulminerte i 2007 og siden har vist en avtakende tendens. I 2010 resulterte 5,2 % av konsultasjonene i sykmelding. Eldre vaktleger sykmelder hyppigere enn sine yngre kolleger.

# Innledning

Frem til 2006 har det vært sparsomt med statistiske data fra legevakt. I 2007 publiserte NAV rapporten "Hva foregår på legekantorene" med konsultasjonsstatistikk basert på innsendte refusjonskrav i 2006 (1). Denne rapporten omfattet data fra både legevakt, fastleger og privatpraktiserende spesialister. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har senere utarbeidet to rapporter basert på refusjonskrav fra legevakt i årene 2006/2007 og 2008/2009 (2, 3), og viderefører nå statistikken med data fra 2010.

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 (4).

## 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. 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 (5). Avtaleverket gir rett til fritak under visse forutsetninger, men undersøkelser viser at langt flere enn de som har formelt fritak, har meldt seg ut av legevakttjenesten (6, 7). Vel 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 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 (8).

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 (9).

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 legevaksleger i 2010. 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) og 2,1 % i 2009 (10). Andelen er åpenbart ytterligere redusert etter innføringen av automatisk frikort.

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, var særlig høyt i 2007 (10,4 %), og utgjør et usikkerhetsmoment i analysene. Unge, kvinnelige leger er trolig overrepresentert blant de uidentifiserte.

De første årene var det også sannsynlig at det manglet opplysninger om en del av kontaktene som i sin helhet er betalt av pasientene. Dette gjelder 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.

Som det vil fremgå av denne rapporten har det vært en økning i antall kontakter på legevakt i årene 2006 til 2009. En del av denne økningen er ikke reell, men avspeiler mer fullstendig rapportering til HELFO.

# Kontakter

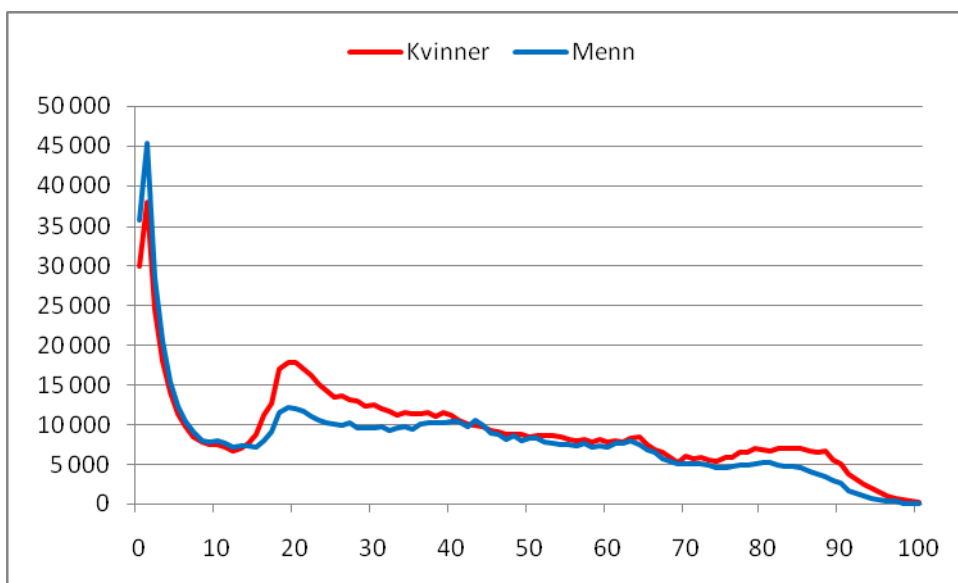
Tabell 1: Prosentvis fordeling av ulike kontakttypene

	Takstkoder	2006	2007	2008	2009	2010
Konsultasjoner	2ad, 2ak, 2fk	76,2	76,0	77,3	74,5	75,7
Sykebesøk	11ad, 11ak	5,7	5,1	4,6	4,3	4,1
Telefonkontakter	1bd, 1bk, 1g	17,1	17,7	16,7	19,7	18,6
Enkle kontakter	1ad, 1ak, 1h	1,0	1,2	1,8	1,6	1,6
N		1 626 644	1 631 222	1 712 394	1 782 761	1 758 528

Økningen i antall kontakter var sterkest i årene 2007 til 2009, og kan nok dels tilskrives en mer fullstendig rapportering, dels svineinfluensaen i 2009. Fra 2009 til 2010 var det en liten nedgang i antall kontakter. Dette skyldes at det var mer enn 40 000 færre kontakter på grunn av influensa i 2010.

Relativt sett kan en merke seg at andelen 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 (11), ved årtusenskiftet var det ca. 357 000, og fem år senere ca. 141 000 (4). Utviklingen har blitt satt i sammenheng med utbyggingen av interkommunale, stasjonære legevakter (12). De siste tallene viser at reduksjonen i sykebesøk fortsetter i raskt tempo. I 2010 var det 72 296 sykebesøk på legevakt.

Figur 1: Antall kontakter for menn og kvinner etter alder (2010)

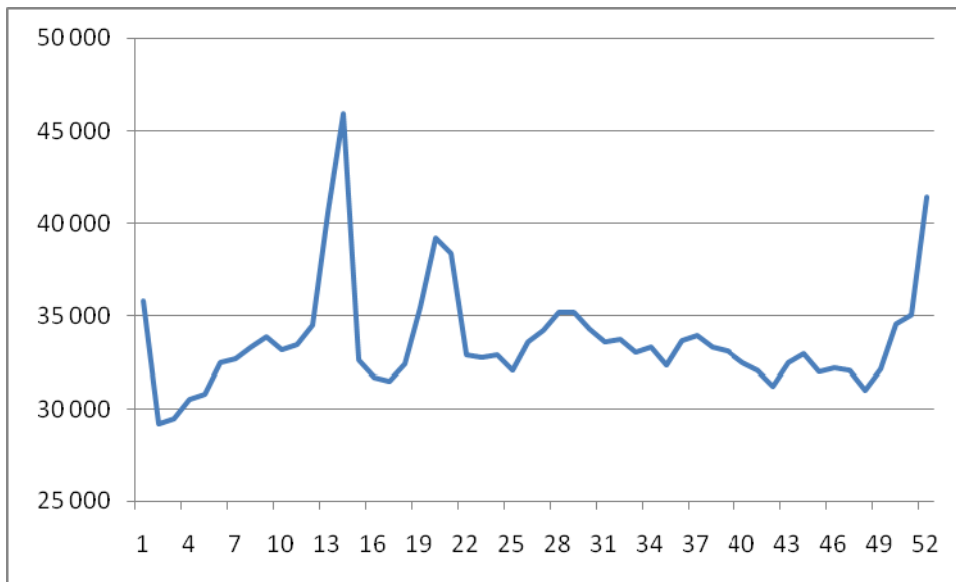


Figuren viser et velkjent mønster for befolkningens kontakter med primærhelsetjenesten. Bortsett fra de aller minste barna, er det i alle aldersgrupper flere kvinner enn menn som konsulterer lege-



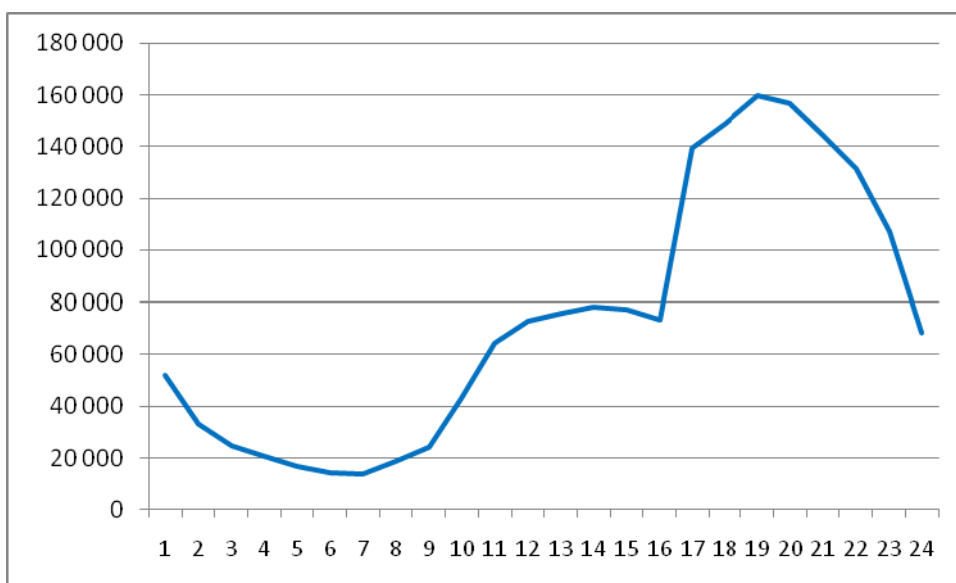
vakt. Forskjellen er særlig stor i aldersgruppene 15 – 40 og blant de aller eldste. Dette har dels sammenheng med svangerskap og prevensjon, dels at kvinner lever lengre enn menn. Det er også en topp i antall kontakter omkring 20 år. Dette skyldes nok i stor grad studenter som har flyttet hjemmefra og 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: Antall kontakter per uke (2010)



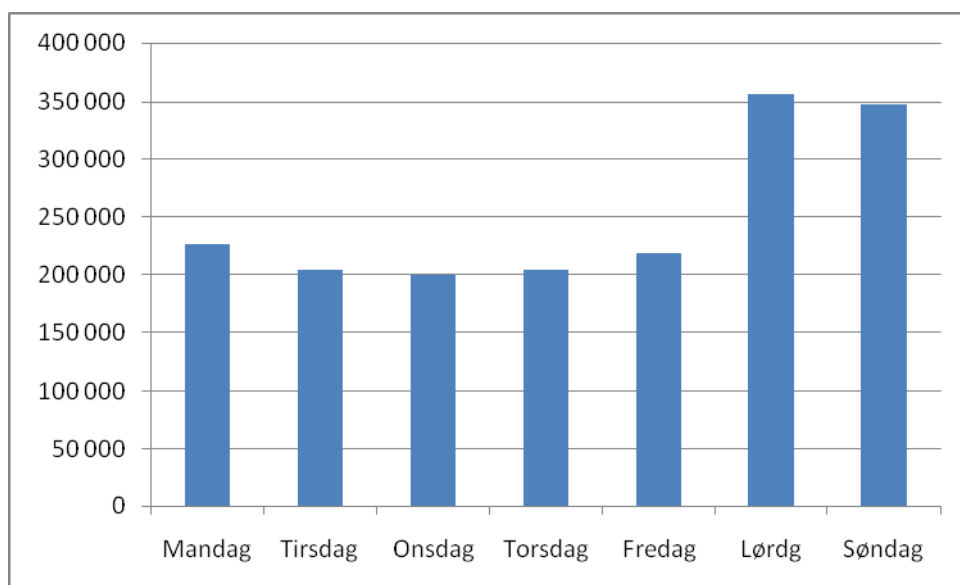
Kontaktfrekvensen varierer noe gjennom året, men enkelte uker skiller seg ut. Størst aktivitet var det i påskeuken og andre halvdel av mai da det var mange feriedager, samt i juleferien. I slike ferieperioder er det dårligere tilgjengelighet hos fastlegene. Dessuten er mange pasienter bortreist i feriene.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

Figur 3: Antall kontakter per klokke (2010)



Kontaktfrekvensen på legevakt er klart høyest om kvelden. Dette gjelder alle kontakttyper (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, noe som tydelig viser igjen i statistikken. Alle kontaktene i løpet av en uke fordeler seg med ca. 20 % på lørdag og 20 % på søndag, mens resten av ukedagene har 11-13 % (fig 4).

Figur 4: Antall kontakter per ukedag (2010)



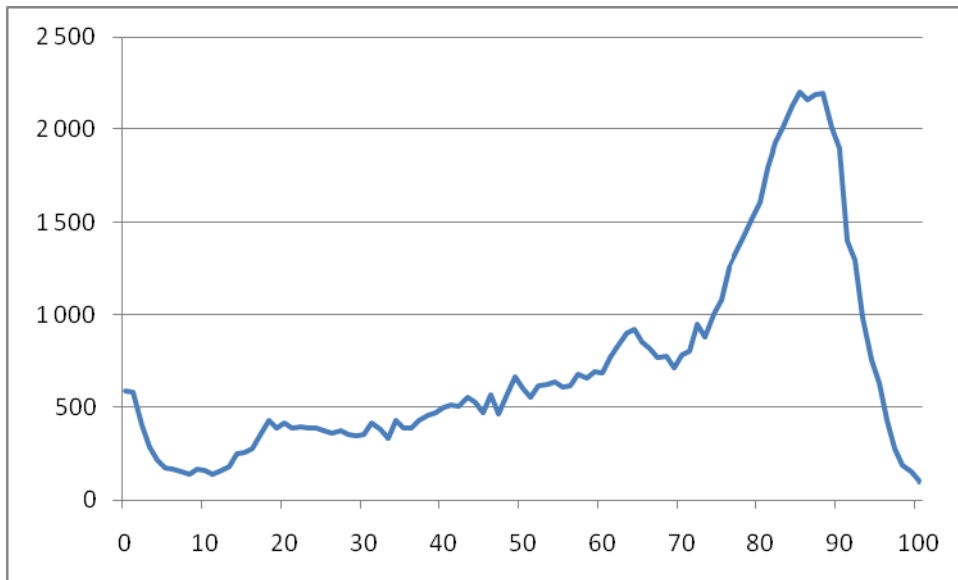
Tabell 2: Prosentvis fordeling av ulike kontakttyper etter geografi (legens praksiskommune, 2010)

Praksiskommune	N	Konsultasjoner	Sykebesøk	Telefonkontakter	Enkle kontakter
Innb > 50 000	579 818	80,6	4,4	14,4	0,6
Innb 10 001 – 50 000	781 610	75,1	2,4	20,1	2,4
Innb 5 001 – 10 000	189 207	73,4	5,3	19,7	1,6
Innb 2 001 – 5 000	161 284	67,7	7,7	22,9	1,7
Innb < 2 001	46 609	59,6	11,9	27,4	1,0
Sentral	908 215	79,0	4,2	16,0	0,8
Noe sentral	453 219	73,7	2,1	21,0	3,1
Mindre sentral	134 583	75,2	4,0	19,1	1,7
Minst sentral	262 511	67,7	7,2	23,5	1,7

Det er tydelig at legevakten i små og perifere kommuner i større grad bruker telefonkontakter og sykebesøk enn større og mer sentrale kommuner. Dette kan ha sammenheng med at vaktlegene i utkantstrøk oftere kjenner pasientene fra før og derfor kan løse flere problemer på telefon. Antall henvendelser per lege er også lavere i perifere strøk og dermed har vaktlegene mer tid til disposisjon for å reise i sykebesøk.

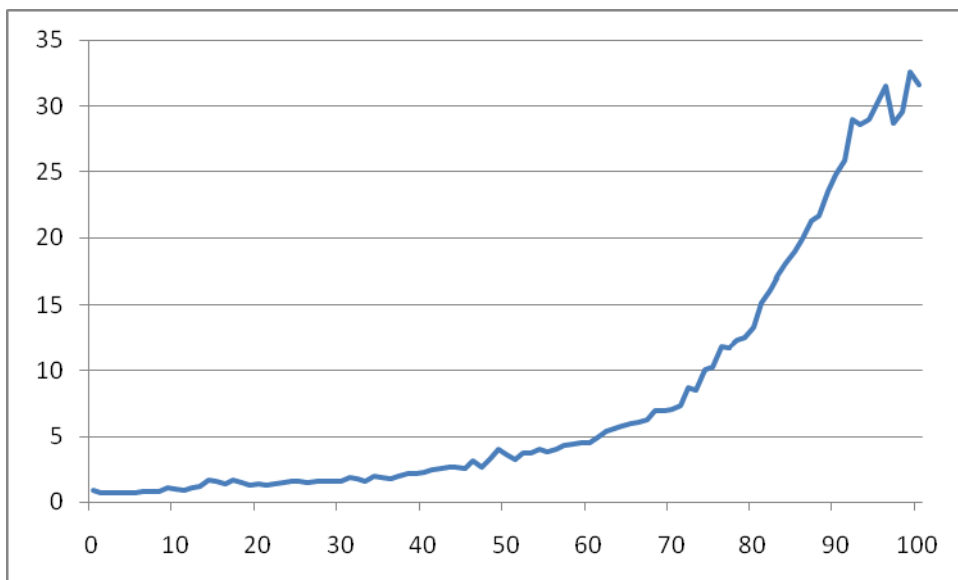
Sentralitet er definert som en kommunes geografiske beliggenhet i forhold til et senter hvor det finnes funksjoner av høy orden (sentrale funksjoner). Sentralitet regnes på en skala fra 0 til 3, hvor 0 er de minst sentrale og 3 de mest sentrale kommunene (13).

Figur 5: Antall sykebesøk etter alder (2010)



Figur 5 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 6). For de aller eldste skjer vel 30 % av kontaktene i form av sykebesøk.

Figur 6: Sykebesøk som andel av alle kontakter etter alder (2010)



# Diagnoser

Tabell 3: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter år

ICPC hovedgruppe	2006	2007	2008	2009	2010
A: allment	13,1	13,4	13,5	15,9	16,1
B: blod	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
D: fordøyelse	9,9	9,8	10,2	9,7	10,0
F: øye	4,5	4,4	4,4	4,1	4,4
H: øre	3,3	3,2	3,2	2,9	3,2
K: hjerte/kar	3,8	3,8	3,7	3,5	3,6
L: muskel/skjelett	14,8	15,0	15,0	14,2	14,7
N: nevrologi	3,7	3,8	3,8	3,7	3,8
P: psykiatri	4,8	4,8	4,8	4,8	4,9
R: respirasjon	21,3	21,4	20,6	21,3	19,0
S: hud	11,4	10,9	11,0	10,2	10,3
T: metabolsk	1,0	1,0	1,0	0,9	1,0
U: urin	5,1	5,2	5,3	5,4	5,7
W: svangerskap	1,2	1,2	1,3	1,2	1,2
X: kv. kjønnsorgan	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
Y: m. kjønnsorgan	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Z: sosialt	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3
Sum kontakter	1 626 644	1 631 222	1 712 394	1 782 761	1 758 528

Denne tabellen viser at fordelingen på diagnosegrupper er svært stabil fra det ene året til det andre, men en kan merke seg at det har vært en gradvis økning i bruk av uspesifikke diagnoser (ICPC hovedgruppe A).

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

Diagnoser	2006	2007	2008	2009	2010
R74: akutt øvre luftveisinfeksjon	5,1	4,9	5,1	4,9	4,8
S18: åpent sår/kutt	3,6	3,5	3,5	3,2	3,2
U71: cystitt/urinveisinfeksjon	3,2	3,3	3,4	3,6	3,8
D01: abdominalsmerter	2,9	3,1	3,2	3,1	3,2
R80: influensa	0,9	0,9	0,7	2,7	0,4
A03: feber	2,2	2,1	2,0	2,3	1,8
A99: helseproblem/sykdom	0,8	1,1	1,5	2,3	3,1
R05: hoste	2,1	2,0	1,9	1,8	1,8
R81: lungebetennelse	2,0	2,0	1,8	1,5	1,5
F70: infeksiøs konjunktivitt	1,8	1,7	1,7	1,4	1,7
A29: generelle symptomer/plager	1,7	0,5	0,5	0,5	0,4
L81: skade muskel/skjelett	1,7	1,7	1,6	1,5	1,6
H71: mellomørebetennelse akutt	1,6	1,6	1,6	1,4	1,5
R78: akutt bronkitt/bronkiolitt	1,6	1,5	1,4	1,2	1,3
R76: akutt tonsillitt	1,4	1,4	1,4	1,1	1,2
R75: bihulebetennelse	1,2	1,3	1,2	1,0	1,1
A11: brystsmerte	0,9	1,1	1,2	1,2	1,3
A58: terapeutisk samtale/rådgivning	0,4	1,1	0,6	1,3	1,1
R83: luftveisinfeksjon	1,0	1,1	1,0	1,0	0,9
R96: astma	1,0	0,9	0,8	0,9	0,8
R21: hals symptomer/plager	1,0	1,0	1,0	1,0	0,9
Sum diagnoser	1 626 644	1 631 222	1 712 394	1 782 761	1 758 528

Det er også små endringer i bruk av de vanligste enkeltdiagnosene fra det ene året til det andre, med unntak for influensa i 2009. Ellers finner vi de største variasjonene i mer uspesifikke diagnoser som A99 (helseproblem/sykdom), A29 (generelle symptomer/plager) og A58 (terapeutisk samtale/rådgivning). Nesten 80 % av kontaktene med disse tre diagnosekodene var telefonkontakter.

En mulig forklaring kan være at det brukes makrofunksjoner, som lager standardiserte regningskort ved telefonkonsultasjoner.

De ti hyppigste diagnosene utgjorde ca. 27 % av alle kontaktene, mens de 20 hyppigste diagnosene utgjorde ca. 38 %. Dette viser at legevaktlegene må forholde seg til et bredt utvalg av diagnoser

Tabell 5: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kontaktttype (2010)

ICPC hovedgruppe	Alle kontakter	Konsultasjoner	Sykebesøk	Telefonkontakt
A: allment	16,1	10,2	23,6	36,9
B: blod	0,3	0,3	0,4	0,4
D: fordøyelse	10,0	10,2	8,7	10,1
F: øye	4,4	5,2	0,7	1,9
H: øre	3,2	3,7	0,6	1,8
K: hjerte/kar	3,6	3,4	9,7	3,3
L: muskel/skjelett	14,7	16,2	11,4	10,1
N: nevrologi	3,8	3,7	5,7	3,9
P: psykiatri	4,9	3,7	10,7	7,2
R: respirasjon	19,0	21,8	14,7	9,6
S: hud	10,3	11,8	4,2	5,7
T: metabolsk	1,0	0,7	1,9	1,8
U: urin	5,7	6,1	5,8	4,1
W: svangerskap	1,2	1,2	0,4	1,3
X: kv. kjønnsorgan	0,9	0,9	0,4	1,0
Y: m. kjønnsorgan	0,7	0,7	0,6	0,6
Z: sosialt	0,3	0,2	0,3	0,4
Sum kontakter	1 758 528	1 330 561	72 296	327 462

Ulike kontakttyper har ulik diagnosefordeling. Sykebesøk, som stort sett forbeholdes eldre, har oftere sammenheng med allmenne/uspesifiserte diagnoser, hjerte- og karsykdommer, nevrologi og til dels psykiatri. Mange allmenne og uspesifiserte problemstillinger avklares også gjennom telefonkontakter.

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 depressiv lidelse (P76) den hyppigste diagnosekoden, uansett kontaktttype. 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 6: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kontakttidspunkt i løpet av døgnet (2010)

ICPC hovedgruppe	Natt	Dag	Kveld
A: allment	21,2	15,4	15,5
B: blod	0,2	0,3	0,3
D: fordøyelse	14,6	8,5	10,0
F: øye	1,9	5,4	4,4
H: øre	1,5	3,5	3,3
K: hjerte/kar	4,9	3,6	3,4
L: muskel/skjelett	11,0	15,3	15,1
N: nevrologi	5,0	3,2	3,9
P: psykiatri	10,0	4,0	4,4
R: respirasjon	13,4	20,7	19,2
S: hud	7,8	9,7	11,1
T: metabolsk	0,9	1,0	0,9
U: urin	4,8	6,3	5,5
W: svangerskap	1,2	1,2	1,2
X: kv. kjønnsorgan	0,7	0,9	0,9
Y: m. kjønnsorgan	0,6	0,7	0,7
Z: sosialt	0,5	0,3	0,2
Sum kontakter	193 442	508 935	1 056 151

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 7: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter måned (2010)

ICPC hovedgruppe	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
A: allment	15,8	16,4	15,8	15,2	15,4	16,5	16,0	15,7	15,9	16,7	16,7	17,2
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	11,2	10,7	10,8	10,3	9,7	9,3	9,3	9,8	9,5	9,8	10,6	9,8
F: øye	4,0	3,6	3,7	4,2	4,9	4,8	4,6	4,1	4,6	5,1	5,2	4,1
H: øre	2,9	4,1	4,0	3,3	2,9	2,6	3,0	2,8	3,2	3,0	3,0	3,1
K: hjerte/kar	3,9	3,6	3,7	3,7	3,5	3,5	3,6	3,6	3,4	3,7	3,6	3,5
L: muskel/skjelett	14,9	14,2	14,4	15,1	15,0	16,0	15,3	15,5	14,9	14,5	14,3	12,4
N: nevrologi	3,8	3,6	3,8	3,7	3,8	3,9	3,5	3,8	4,0	4,0	4,1	3,4
P: psykiatri	5,3	4,7	4,6	4,8	4,8	4,9	5,0	5,0	4,8	5,3	5,1	4,4
R: respirasjon	20,0	22,6	22,4	20,1	19,5	16,0	13,8	14,3	18,5	17,5	18,5	24,9
S: hud	8,2	7,5	7,7	9,6	10,6	12,7	14,9	14,6	11,3	10,0	8,8	7,6
T: metabolsk	1,0	0,9	1,0	1,0	1,0	0,9	1,0	1,0	0,9	0,9	0,9	1,0
U: urin	5,6	4,9	5,1	5,7	5,6	5,4	6,4	6,3	5,8	6,0	5,8	5,5
W: svangerskap	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,1	1,2	1,2	1,1
X: kv.kjønnsorgan	0,9	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	0,9	0,9	0,8	0,7
Y: m.kjønnsorgan	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,7	0,6
Z: sosialt	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2
Sum kontakter	141 496	130 700	149 526	153 650	162 944	139 043	153 633	147 389	141 579	145 456	135 911	157 201

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 enkeltdiagnosene er henholdsvis urinveisinfeksjon (U71) og åpent sår/kutt (S18).

Tabell 8: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kjønn (2010)

<b>ICPC hovedgruppe</b>	<b>Kvinner</b>	<b>Menn</b>
A: allment	15,6	16,4
B: blod	0,3	0,3
D: fordøyelse	10,7	9,3
F: øye	3,7	5,2
H: øre	3,0	3,3
K: hjerte/kar	3,5	3,7
L: muskel/skjelett	14,1	15,3
N: nevrologi	4,0	3,6
P: psykiatri	4,3	5,5
R: respirasjon	19,2	18,9
S: hud	8,7	12,2
T: metabolsk	0,9	1,0
U: urin	7,7	3,4
W: svangerskap	2,3	-
X: kv. kjønnsorgan	1,6	-
Y: m. kjønnsorgan	-	1,5
Z: sosialt	0,3	0,2
Sum kontakter	936 154	822 374

Tabell 9: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter aldersgrupper (2010)

ICPC hovedgruppe	Aldersgrupper								
	0 - 1	2 - 4	5 - 9	10 - 15	16 - 25	26 - 40	41 - 60	61 - 80	81 -
A: allment	25,1	18,4	15,0	11,8	13,1	13,8	14,8	16,4	21,7
B: blod	0,1	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,5	0,6
D: fordøyelse	11,1	9,7	10,8	8,8	11,0	10,5	9,2	9,7	9,2
F: øye	7,0	7,0	4,9	3,8	4,0	4,8	4,5	2,9	1,3
H: øre	7,7	9,5	7,6	4,1	2,1	2,1	1,8	1,2	0,5
K: hjerte/kar	0,1	0,1	0,2	0,3	0,9	1,9	4,6	9,4	11,6
L: muskel/skjelett	1,5	4,4	11,4	27,5	15,8	15,9	19,2	15,5	14,1
N: nevrologi	2,3	2,4	3,1	4,3	4,2	4,2	4,2	4,0	3,6
P: psykiatri	0,2	0,1	0,2	1,7	6,0	7,8	8,3	4,1	3,2
R: respirasjon	35,3	30,6	22,6	18,3	18,0	16,6	14,2	15,8	14,4
S: hud	7,5	12,8	18,3	15,0	11,3	9,7	10,1	8,6	6,0
T: metabolsk	0,5	0,2	0,2	0,3	0,4	0,6	1,2	2,1	2,4
U: urin	1,0	3,3	4,0	2,3	6,7	5,4	5,9	8,4	10,1
W: svangerskap	0,0	0,0	0,0	0,1	3,1	3,7	0,2	0,0	0,0
X: kv. kjønnsorgan	0,1	0,2	0,2	0,4	1,8	1,6	0,9	0,4	0,3
Y: m. kjønnsorgan	0,5	1,1	1,0	0,6	0,8	0,7	0,5	0,7	0,7
Z: sosialt	0,0	0,0	0,0	0,2	0,6	0,4	0,3	0,1	0,1
Sum kontakter	149 179	121 517	92 836	89 794	259 398	327 638	343 084	246 375	128 620

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

# Legers deltakelse i legevakt

Tabell 10: Deltakelse i legevakt (legegruppens prosentvise andel av alle kontakter)

Legegruppe	2006	2007	2008*	2009*	2010
Fastlege	43,7	42,7	36,1	35,6	35,5
Spesialist i allmenntidmedisin	29,9	28,8	27,0	24,7	24,8
Kvinne	20,9	20,3	24,5	24,7	25,5
Alder < 30	13,6	10,9	11,7	11,8	11,2
Alder 30 – 39	36,0	35,5	40,6	40,2	41,1
Alder 40 – 49	24,7	23,1	23,6	22,3	20,5
Alder 50 – 59	16,9	16,5	16,3	16,7	17,6
Alder 60 –	2,7	3,6	3,7	3,9	4,3
Uidentifisert lege	6,1	10,4	3,9	5,1	5,4
Sum kontakter	1 626 644	1 631 222	1 712 396	1 783 171	1 758 528

\*Tallene for 2008 og 2009 er revidert

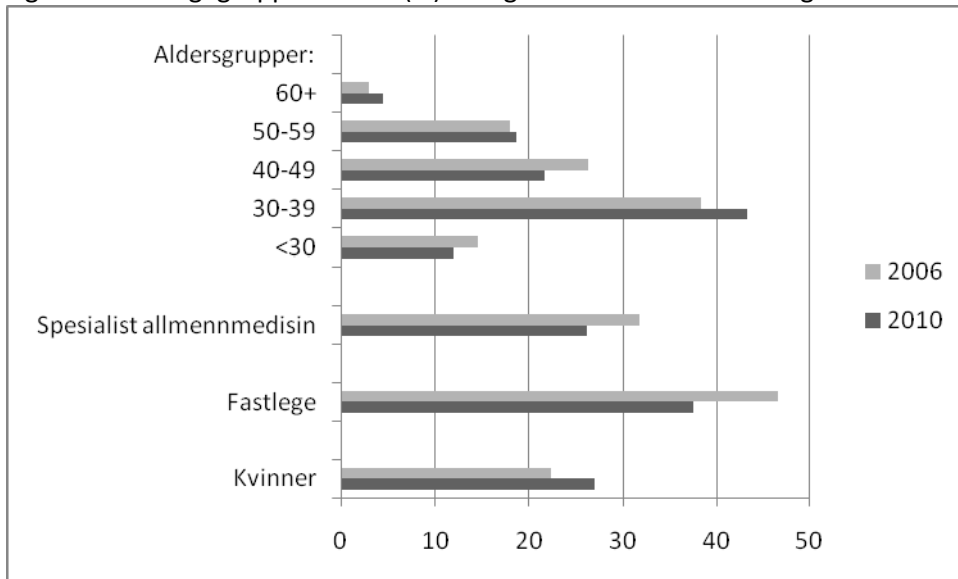
NAV, som leverte filene for 2006 og 2007, definerte vaktlegen som fastlege dersom legen var registrert som fastlege på konsultasjonstidspunktet. HELFO, som leverte filene for 2008 og 2009, var på det tidspunkt ikke i stand til å levere en like presis variabel, og definerte vaktlegen som fastlege dersom legen på et eller annet tidspunkt i løpet av året var registrert som fastlege. Dette medførte at andel fastleger ble overvurdert i årene 2008 og 2009 (3). Senere har HELFO levert reviderte filer for disse årene med presis definisjon av fastlege, og disse er brukt i tabell 10. Tallene for 2008 og 2009 vil derfor avvike fra tilsvarende tall i forrige rapport.

Et annet metodologisk problem er at andel uidentifiserte leger varierer fra år til år. Dette har sammenheng med at fastlønte vaktleger leverer regningskort på kommunens eller legevaktens organisasjonsnummer. De uidentifiserte legene har neppe samme distribusjon som de identifiserte. Om en sammenligner de ulike årene synes det som om kvinnelige leger og leger i aldersgruppe 30-39 må være overrepresentert blant de uidentifiserte. I tabell 10 er de uidentifiserte legene inkludert i analysene. Det medfører at de ulike legegruppens andel av kontaktene blir underestimert i varierende grad.

Figur 7 viser endringer i vaktlegenes sammensetning fra 2006 til 2010. Her er de uidentifiserte legene ekskludert. Beregnet på denne måten utgjorde fastlegenes andel av vaktarbeidet 37,5 % i 2010. Andel uidentifiserte leger var omtrent like stor i disse to årene og det er derfor grunn til å tro at sammenligningen er gyldig.

Tendensen er at det er avtakende vakt deltakelse blant fastleger og spesialister i allmenntillegene. Kvinner øker sin andel av vaktarbeidet, noe som trolig avspeiler at det blir stadig flere kvinnelige leger.

Figur 7: Ulike legegrupper andel (%) av legevaktkontakter i 2006 og 2010



Endringen i alderssammensetningen blant vaktlegene er ikke entydig. En avtakende vakt deltakelse blant de aller yngste kan ha sammenheng med at kvinner er overrepresentert i denne gruppen. Aldersgruppen 30-39 har økt sin vakt deltakelse på bekostning av gruppen 40-49, mens det faktisk er en liten økning blant de eldste gruppene.

Tabell 11 viser antall legevaktkontakter fordelt på ulike grupper vaktleger, samt fastlegenes andel av disse kontaktene i 2006 og 2010. Også her er de uidentifiserte vaktlegene ekskludert.

Kvinnelige vaktleger tok hånd om 31,8 % flere kontakter i 2010 enn i 2006, mens mannlige vaktleger økte antall kontakter med 2,3 %. Andelen fastleger var lavere blant de kvinnelige vaktlegene, og andelen sank raskere fra 2006 til 2010 blant de kvinnelige legene. Dette har skjedd til tross for at en stadig større andel av fastlegene er kvinner.

De yngste vaktlegene (< 30 år) tok hånd om 11,1 % færre kontakter i 2010 enn i 2006. I denne aldersgruppen var andelen fastleger svært lav, bare 4,8 % i 2010. En stor del av vaktarbeidet i denne aldersgruppen utføres av turnusleger.

Det var vaktleger i alderen 30-39 år som tok hånd om flest legevaktkontakter, og her økte antall kontakter med 23,5 % fra 2006 til 2010. Fastlegene reduserte sin andel av disse kontaktene fra 40,2 % til 30,7 % i samme tidsrom.

I aldersgruppen 40-49 år sank antall kontakter med 10,4 %. I aldersgruppen 50-59 år var det en økning på 12,5 %, og i aldersgruppen 60+ var det en økning på 69,3 %. Dette er trolig uttrykk for en kohorteffekt blant fastlegene (forgubbing). Blant vaktleger over 40 år var fortsatt fastlegene i flertall i 2010, selv om det var en kraftig reduksjon i andel fastleger i aldersgruppen 50-59 år. Det var bare i den eldste aldersgruppen (60+) at fastlegene økte sin andel av vaktarbeidet.

Det var ellers en økning i antall legevaktkontakter i alle kommuner bortsett fra de minst sentrale kommunene. Økningen var sterkest i de mest sentrale kommunene. Dette kan ha sammenheng med utbygging av større, interkommunale legevakter. Fastlegenes andel av vaktarbeidet har endret seg minst i de minst sentrale kommunene. Dette kan ha sammenheng med at det er mindre tilgang på vikarer i utkantene enn i mer sentrale strøk.

Tabell 11: Antall legevaktkontakter og fastlegenes andel av disse i 2006 og 2010, fordelt på legenes kjønn og aldersgrupper, samt sentralitet

	2006		2010	
	Antall kontakter	Fastlegenes andel (%)	Antall kontakter	Fastlegenes andel (%)
Kvinner	340 294	42,0	448 430	31,6
Menn	1 187 604	47,9	1 215 258	39,6
< 30 år	221 979	14,7	197 278	4,8
30 - 39 år	585 197	40,2	722 566	30,7
40 - 49 år	401 803	57,9	360 012	50,5
50 - 59 år	274 606	70,4	308 908	55,2
> 59 år	44 313	40,3	75 057	52,6
Minst sentral	287 566	45,9	258 413	41,8
Mindre sentral	126 604	50,5	131 950	34,9
Noe sentral	367 916	52,5	403 197	43,7
Sentral	743 601	43,3	870 261	33,7

# Takster

Tabell 12: Hyppighet av noen ulike takster (målt i prosent av antall konsultasjoner)

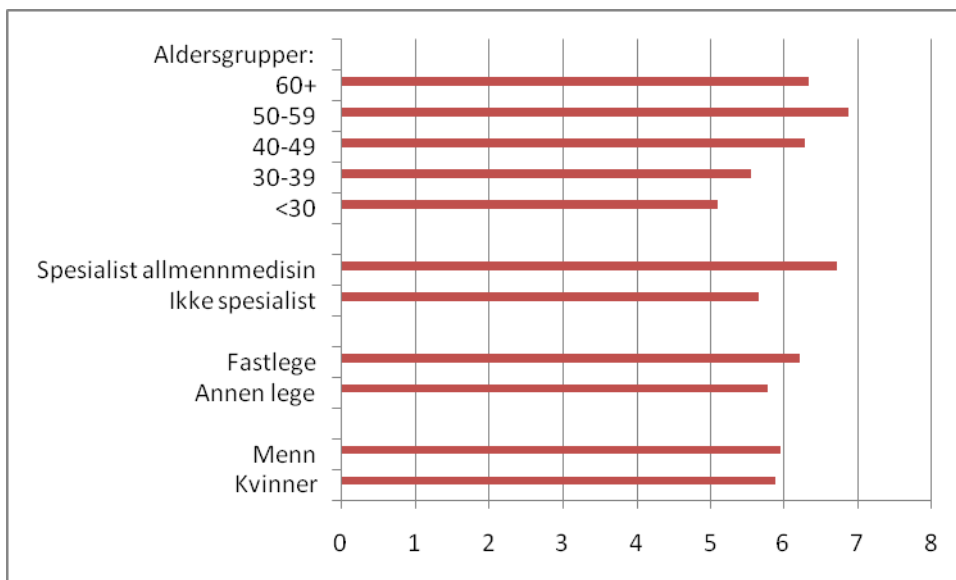
	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Spesialisttakst (2dd, 2dk)	26,1	25,0	22,5	21,2	21,1
Tidstakst (2cd, 2ck)	32,1	31,9	32,7	33,6	34,1
Laboratorium (701a)	30,3	33,2	35,2	36,9	37,8
CRP (705k)	28,2	29,2	30,6	32,2	32,6
Streptest (706k)	4,3	4,3	4,7	4,2	4,0
EKG (707, 707a)	3,9	4,5	4,9	5,1	5,4
Kirurgiske prosedyrer (100, 103, 104, 105, 106a, 106b)	10,5	10,8	10,9	10,6	10,7
Kontakt med hjemmesykepleie og lignende (1f)	3,3	3,3	3,2	3,2	3,4
Sykmelding (L1)	6,9	7,4	7,2	6,4	5,2
N	1 238 791	1 240 235	1 323 453	1 328 643	1 330 561

Denne tabellen omfatter alle kontakter, også med uidentifiserte leger. Den tydeligste tendensen er jevn økning i bruk av laboratorietaksten (701a). Det har vært en reduksjon i bruken av takst for spesialisttillegg, noe som også viser at spesialister i allmenntilleggsmedisin har redusert sin vakt deltakelse. En skal også merke seg at bruken av sykmelding kulminerte i 2007 og siden har avtatt.

# Sykmeldingspraksis

Det har vært mye fokus på store forskjeller i fastlegers sykmeldingspraksis (14). Slike variasjoner kan ha sammenheng med at fastleger har ulike praksispopulasjoner, for eksempel at noen fastleger har flere yrkesaktive på sin liste enn andre fastleger. Det kan også være forskjeller i listenes alderssammensetning og sykdomsspekter. På legevakt vil ikke slike forskjeller gjøre seg gjeldende, og dette materialet kan derfor være egnet til å analysere hvilke trekk ved legene som er assosiert med høyere sykmeldingsfrekvens.

Figur 8: Ulike vaktlegers bruk av sykmelding i 2010 (prosent av konsultasjoner hvor sykmelding skrives)



Figur 8 viser at eldre vaktleger skriver sykmelding oftere enn yngre vaktleger. Vaktleger som er spesialist i allmenntmedisin eller fastlege skriver også oftere sykmelding enn andre leger, mens det er liten forskjell mellom mannlige og kvinnelige vaktleger.

En slik enkel frekvensopptelling kan være misvisende da de ulike variablene er avhengige av hverandre. Kvinnelige leger er gjennomgående yngre enn mannlige, fastleger og spesialister i allmenntmedisin er eldre enn andre vaktleger.

Tabellen under viser resultatet av en logistisk regresjonsanalyse hvor den avhengige variabelen er vaktlegenes sykmeldingsfrekvens (prosent konsultasjoner hvor det skrives sykmelding), dikotomisert ved hjelp av medianverdien. Legenes alder er også dikotomisert ved hjelp av medianverdien (36 år).

Tabell 13: Logistisk regresjon med sykmeldingsfrekvens som avhengig variabel

	Odds ratio	95 % konfidensintervall
Kvinnelig v. mannlige lege	0,96	0,86 – 1,09
Spesialist v. ikke-spesialist	1,04	0,88 – 1,22
Fastlege v. annen lege	1,11	0,96 – 1,28
Eldre lege v. ung lege	1,26	1,09 – 1,45

Denne tabellen viser at det bare er legenes alder som er statistisk signifikant. Eldre vaktleger synes å ha en lavere terskel for å skrive sykmelding enn sine yngre kolleger. De andre forskjellene i sykmeldingsfrekvens kan tilskrives at fastleger og spesialister i allmenmedisin er eldre enn andre vaktleger.



# 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. 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. [www.unifobhelse.no/upload/Handlingsplan.pdf](http://www.unifobhelse.no/upload/Handlingsplan.pdf) (9.12.2010).
5. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. [www.lovdatabase.no/for/sf/ho/xo-20000414-0328.html](http://www.lovdatabase.no/for/sf/ho/xo-20000414-0328.html).
6. Sandvik H, Hunskaar S. Hvilke leger mottar trygderefusjon for legevaktarbeid? Tidsskr Nor Legeforen 2007; 127: 1347-50.
7. Sandvik H, Zakariassen E, Hunskaar S. Fastlegenes deltakelse i legevakt. Tidsskr Nor Legeforen 2007; 127: 2513-6.
8. 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).
9. Normaltariffen. Den norske legeforening. [www.legeforeningen.no/cocoon/legeforeningen/normaltariff.xsp](http://www.legeforeningen.no/cocoon/legeforeningen/normaltariff.xsp).
10. Analyserapport. Fastleger, legevakt og avtalespesialister. Aktivitetsstatistikk 2009. Oslo: Helseøkonomiforvaltningen, april 2011.
11. St.meld. nr. 43 (1999-2000) Om akuttmedisinsk beredskap.
12. Sundar T. Interkommunal legevakt - sparegris for staten? Tidsskr Nor Legeforen 2001; 121: 1292-3.
13. Standard for kommuneklassifisering 1994. Statistisk sentralbyrå 1994. [www.ssb.no/kommuner/komklasse94.html](http://www.ssb.no/kommuner/komklasse94.html).
14. Brage S, Kann IC. Fastlegers sykmeldingspraksis I - Variasjoner. RTV-rapport nr. 5-2006. <http://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/210681.cms>.