

Årsstatistikk fra legevakt 2013

Rapport nr. 2-2014

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin



Tittel	Årsstatistikk fra legevakt 2013
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	978-82-92970-68-3 (pdf)
ISSN	1891-3474
Rapport	Nr. 2-2014
Tilgjengelighet	Pdf
Prosjekttittel	Årsstatistikk fra legevakt 2013
Antall sider	28
Publiseringsmåned	April 2014
Oppdragsgiver	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
Sitering	Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2013. Rapport nr. 2-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2014.

Helsedepartementet har etablert Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Senteret er organisert i Uni Research AS/Uni 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 Kalfarveien 31
Postnummer 5018
Poststed Bergen

Forord

Dette er sjette rapport om aktiviteten på legevakt i Norge. Tidligere rapporter omfatter årene fra 2006 til 2012, mens denne inneholder data fra 2013. 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 2013.

Noen år kan det være aktuelt å gå særlig grundig inn i enkelte analyser, for eksempel bruk av spesielle takster eller diagnosekoder. For året 2013 har vi sett nærmere på effekten av den nye fastlegeforskriften på fastlegenes deltakelse i legevakt. Aldersgrensen for fritak ble opprinnelig satt til 55 år, men ble endret til 60 år i løpet av 2013.

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

Forord	2
Innhold	4
Sammendrag	5
Legevakt	7
ICPC	7
Takstsystem	8
Materialet	8
Kontakter	9
Diagnoser	14
Legers deltakelse i legevakt	21
Takster	22
Fastlegeskrift og fritak fra legevakt	24
Referanser	27

Sammendrag

Denne rapporten er basert på elektroniske refusjonskrav fra legevakt i årene 2006 til 2013. For hver pasientkontakt blir det laget et regningskort til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO). Disse regningskortene inneholder opplysninger om personalia og diagnosekode, samt takstkoder. Det er egne takstkoder for ulike typer pasientkontakter, og tilleggstakster for tidsbruk og ulike prosedyrer som blir utført. Det er også egne tilleggstakster dersom legen har spesielle kvalifikasjoner.

Det var i 2013 ca. 1,94 millioner pasientkontakter, hvorav 69,2 % var konsultasjoner og 3,4 % sykebesøk. Telefonkontakter utgjorde 25,0 %. 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 2013 var det bare 66 986. 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 2013 var julehelgen og påsken.

Diagnosefordelingen er gjennomgående stabil fra det ene året til det andre, men bruken av allmenne og uspesifikke diagnoser er stadig økende. I 2013 var dette den mest brukte diagnosegruppen, fulgt av sykdommer i åndedretsorganene og muskel- og skjelettlidelser. Den hyppigste enkeltdiagnosen var den helt uspesifikke «helseproblem/sykdom», fulgt av forkjølelser, urinveisinfeksjoner, abdominalsmerter og sår/kutt. Økende bruk av uspesifikke diagnoser kan på sikt svekke mulighetene til å fremskaffe nyttig og pålitelig statistikk over sykdomsutbredelsen blant pasienter i primærhelsetjenesten.

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.

Det er en økende bruk av laboratorieundersøkelser på legevakt. Den viktigste enkeltanalysen er CRP, som ble brukt i 35,3 % av konsultasjonene. Det er også økende bruk av tidstaksten, som i 2013 ble brukt i 38,2 % av konsultasjonene. Bruken av sykmeldinger var høyest i 2007 med 7,4 % av konsultasjonene. I 2013 resulterte 4,5 % av konsultasjonene i sykmelding.

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. I 2013 ble 43,6 % av alle legevaktkontakter med identifiserte vaktleger utført av fastleger.

Hele 31,4 % av kontaktene var med uidentifisert 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 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. Utviklingen i retning av flere uidentifiserte vaktleger gjør dette vanskelig. Et annet problem er at HELFOs behov for tilsyn med takstbruken ikke blir ivaretatt. Uidentifiserte vaktleger krevde spesialisttakst i over 26 000 tilfeller, men når legen ikke kan identifiseres, har ikke HELFO noen mulighet til å kontrollere om bruken av spesialisttakst er berettiget.

Det bør vurderes å endre rutinene for innsending av regningskort, slik at den enkelte vaktlege alltid kan identifiseres. Dette vil muliggjøre adekvat takstkontroll fra HELFOs side, samt kunne gi pålitelig statistikk for hvilke leger som faktisk utfører legevaktarbeidet.

Den nye fastlegeforskriften inneholder en bestemmelse om at fastleger kan be seg fritatt fra legevakt når de når en viss aldersgrense. Denne aldersgrensen ble opprinnelig satt til 55 år. Helseministeren fikk imidlertid signaler om at kvaliteten av legevakttjenesten var truet som følge av massivt frafall av erfarne fastleger. Resultatet av to evalueringer var angivelig så tydelig at regjeringen besluttet å øke aldersgrensen til 60 år allerede fra 1. juli 2013.

På det tidspunktet disse evalueringsrapportene ble utarbeidet, fantes det ikke tilgjengelige data som kunne belyse i hvor stor grad fastlegenes deltakelse i legevakt ble påvirket av den nye forskriften. Endringen gjaldt fastleger i alderen 55-59 år, en aldersgruppe hvor de fleste allerede har sluttet med legevakt. En gjennomgang av regningskortene viser at frafallet av fastleger i legevakt har vært svært begrenset. En korrigerer for andel uidentifiserte, hadde vi i 2013 ca. 35 færre fastleger i aldersgruppen 55 - 59 i vakt på årsbasis, 16 på månedsbasis. Avtale- eller forskriftsfestede aldersgrenser har trolig begrenset betydning for fastlegenes deltakelse i legevakt.

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 fem rapporter basert på refusjonskrav fra legevakt i årene 2006 - 2011 (2-6), og viderefører nå statistikken med data fra 2013.

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 (7).

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 (8). Forskrift og avtaleverk 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 (9-11). 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 (12).

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 (13).

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 2013. 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 (14) og mindre enn 1 % i 2010 (15).

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 2013 (31,4 %). 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. Utviklingen i retning av flere uidentifiserte vaktleger 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.

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.

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. Kontaktraten i 2009 var ellers noe preget av svineinfluensaepidemien, og forklarer trolig at det var en nedgang året etter. Siden har det vært en jevn økning, og i 2013 ble det registrert flere legevaktkontakter enn noensinne tidligere.

Kontakter

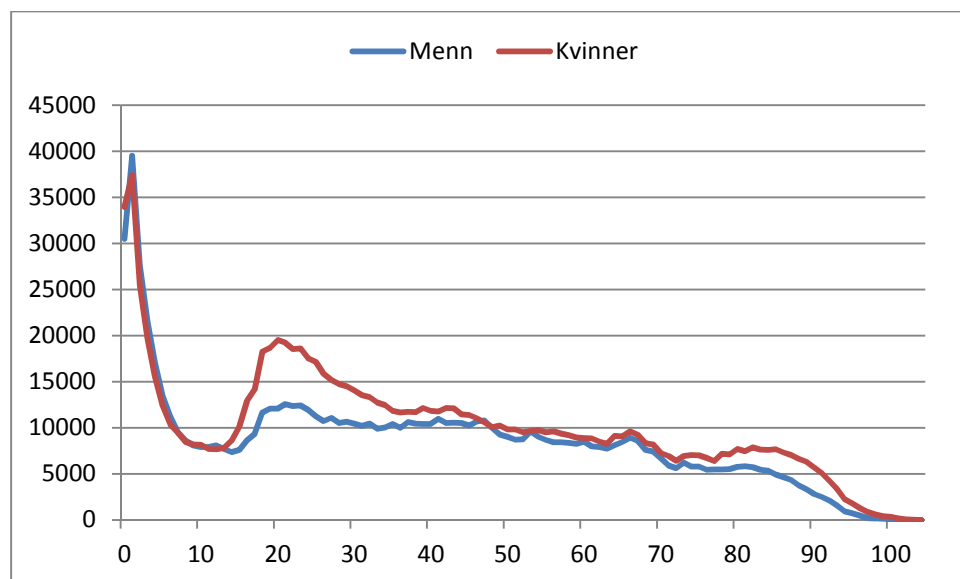
Tabell 1: Prosentvis fordeling av ulike kontakttypene

	Takstkoder	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Konsultasjoner	2ad, 2ak, 2fk	76,2	76,0	77,3	74,5	75,7	74,4	72,8	69,2
Sykebesøk	11ad, 11ak	5,7	5,1	4,6	4,3	4,1	3,8	3,6	3,4
Telefonkontakter	1bd, 1bk, 1g	17,1	17,7	16,7	19,7	18,6	20,0	21,4	25,0
Enkle kontakter	1ad, 1ak, 1h, 1i	1,0	1,2	1,8	1,6	1,6	1,8	2,2	2,3
N		1 626 644	1 631 222	1 712 394	1 782 761	1 758 528	1 827 409	1 879 357	1 942 955

Økningen i antall kontakter var relativt sterk 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. Fra 2012 til 2013 øker antall kontakter med ca. 63 500, til et nytt toppnivå.

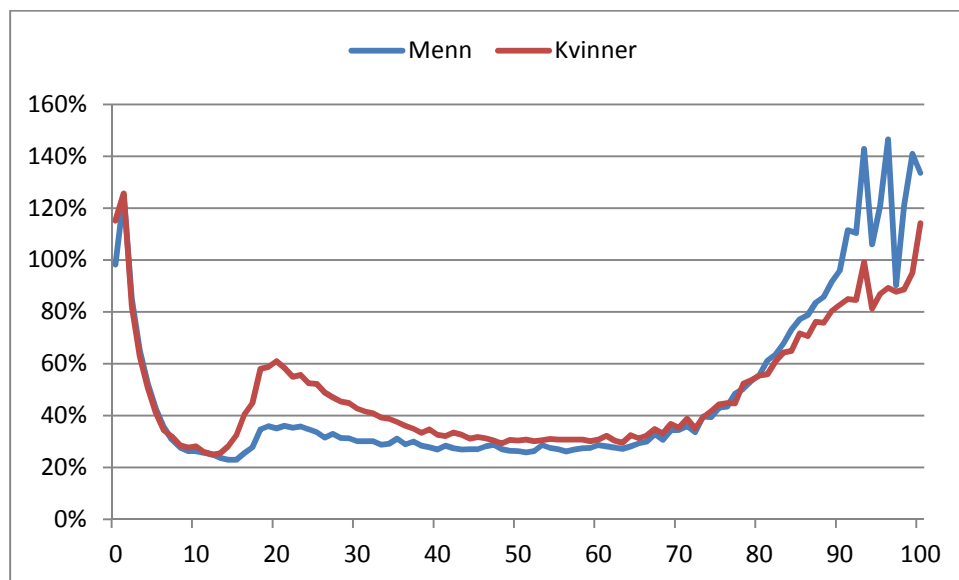
Relativt sett kan en merke seg at andelen sykebesøk reduseres jevnt og trutt fra det ene året til det neste. Denne utviklingen har pågått over lang tid. Ifølge takstbrukundersøkelsene til NAV var det i 1995 ca. 685 000 sykebesøk på legevakt (16), ved årtusenskiftet var det ca. 357 000, og fem år senere ca. 141 000 (7). Utviklingen har blitt satt i sammenheng med utbyggingen av interkommunale, stasjonære legevakter (17). De siste tallene viser at reduksjonen i sykebesøk fortsetter. I 2013 var det 66 986 sykebesøk på legevakt.

Figur 1: Antall kontakter for menn og kvinner etter alder (2013)



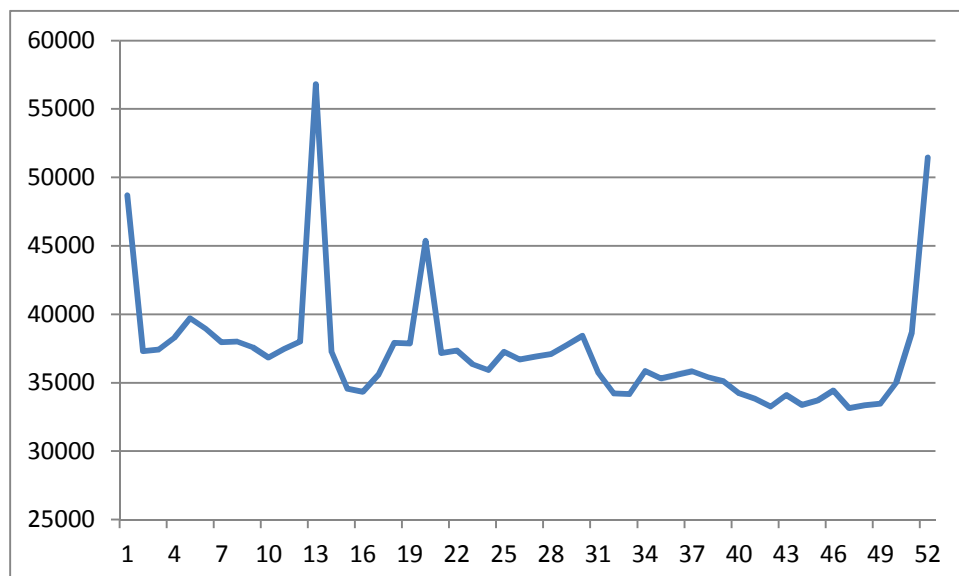
Figur 1 viser et velkjent mønster for befolkningens kontakter med primærhelsetjenesten. I alle aldersgrupper er det flere kvinner enn menn som konsulterer legevakt. Forskjellen er særlig stor i aldersgruppene 15 – 40 og blant de aller eldste. Dette har dels sammenheng med svangerskap og prevensjon, dels 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 (2013)



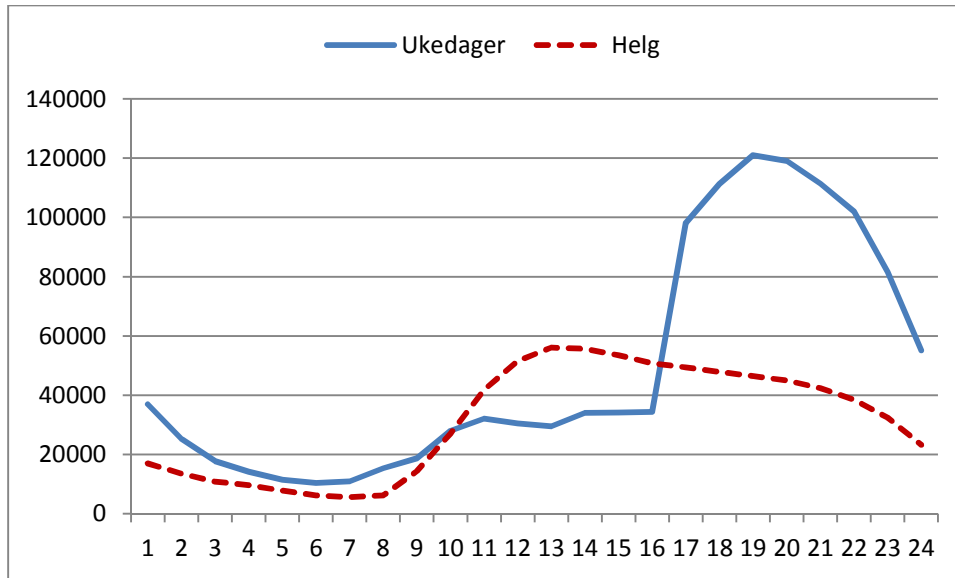
Mønsteret blir noe annerledes om vi ser på hvilke befolkningsgrupper som bruker legevakten mest. Figur 2 viser at det er små barn og de eldste som er de største brukerne. Vi finner igjen at kvinner er overrepresentert i aldersgruppen 15 – 40, men blant de eldste er mennene overrepresentert. Kontaktratene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

Figur 3: Antall kontakter per uke (2013)



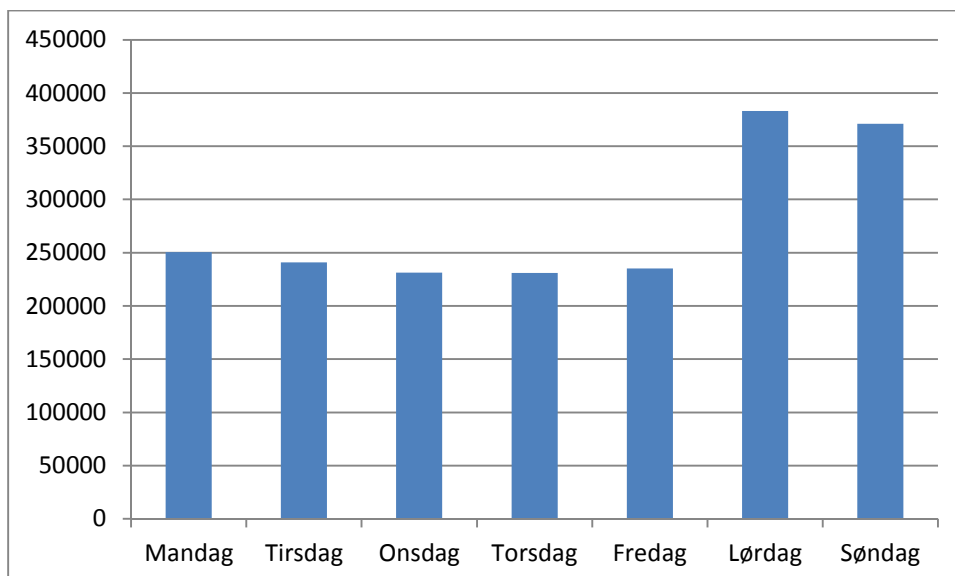
Kontaktfrekvensen varierer noe gjennom året, men enkelte uker skiller seg ut. Størst aktivitet var det i påske- og juleferien. I slike ferieperioder er det dårligere tilgjengelighet hos fastlegene. Dessuten er mange pasienter bortreist i feriene. De oppholder seg i andre kommuner og er dermed henvist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

Figur 4: Antall kontakter per klokke time (2013)



På ukedagene er kontaktfrekvensen høyest om kvelden. Dette gjelder alle kontakttyper (konsultasjoner, telefonkontakter og sykebesøk). Det skjer det 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 19 - 20 % på lørdag og søndag, 12 - 13 % på resten av ukedagene (fig 5).

Figur 5: Antall kontakter per ukedag (2013)



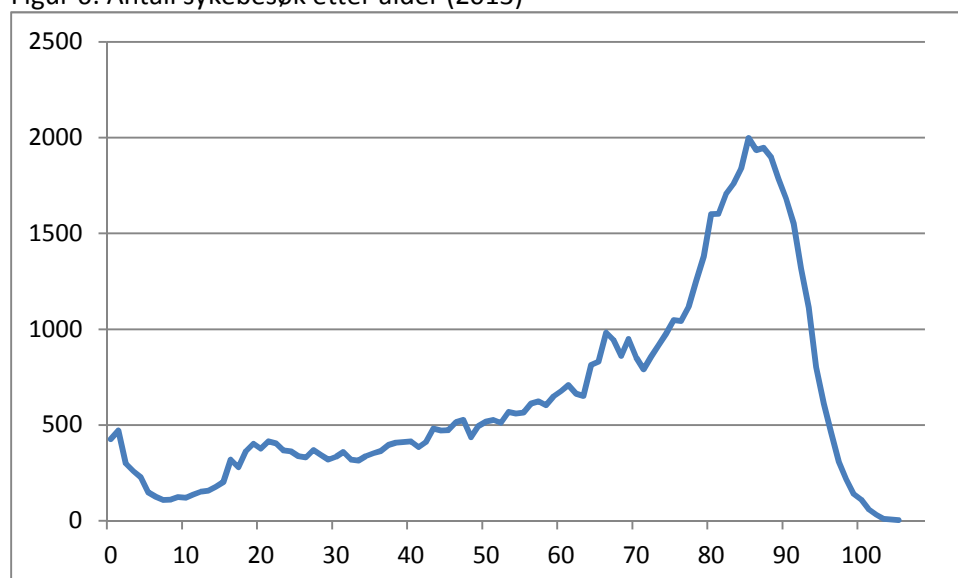
Tabell 2: Prosentvis fordeling av ulike kontakttypet etter geografi (legens praksiskommune, 2013)

Praksiskommune	N	Konsultasjoner	Sykebesøk	Telefonkontakter	Enkle kontakter
Innb > 50 000	669 286	70,5	3,7	25,1	0,6
Innb 10 001 – 50 000	889 220	68,8	2,0	25,8	3,4
Innb 5 001 – 10 000	181 592	71,9	4,8	21,0	2,2
Innb 2 001 – 5 000	157 832	66,7	6,6	22,8	3,8
Innb < 2 001	45 025	55,8	10,7	31,5	2,0
Sentral*	1 030 374	70,4	3,5	25,0	1,1
Noe sentral	495 110	66,6	1,8	27,1	4,4
Mindre sentral	141 284	73,7	3,9	20,8	1,6
Minst sentral	276 187	66,9	6,0	23,6	3,5

*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 (18).

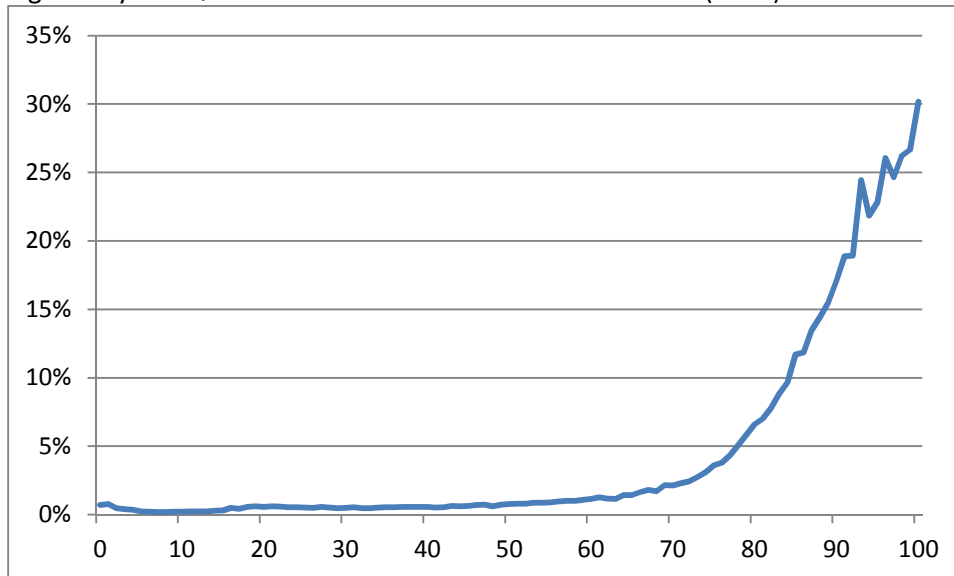
Det er tydelig at legevakten i små og perifere kommuner i større grad bruker sykebesøk enn større og mer sentrale kommuner. Dette kan ha sammenheng med at antall henvendelser per lege er lavere i perifere strøk og at vaktlegen derfor har mer tid til disposisjon for å reise i sykebesøk.

Figur 6: Antall sykebesøk etter alder (2013)



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 (2013)



Diagnoser

Tabell 3: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter år

ICPC hovedgruppe	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
A: allment	13,1	13,4	13,5	15,9	16,1	18,7	20,6	23,8
B: blod	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
D: fordøyelse	9,9	9,8	10,2	9,7	10,0	9,7	9,5	9,3
F: øye	4,5	4,4	4,4	4,1	4,4	4,1	3,8	3,6
H: øre	3,3	3,2	3,2	2,9	3,2	3,0	2,8	2,5
K: hjerte/kar	3,8	3,8	3,7	3,5	3,6	3,4	3,5	3,5
L: muskel/skjelett	14,8	15,0	15,0	14,2	14,7	14,0	13,6	13,6
N: nevrologi	3,7	3,8	3,8	3,7	3,8	3,8	3,7	3,8
P: psykiatri	4,8	4,8	4,8	4,8	4,9	4,8	5,1	5,2
R: respirasjon	21,3	21,4	20,6	21,3	19,0	18,8	18,6	16,2
S: hud	11,4	10,9	11,0	10,2	10,3	10,0	9,6	9,3
T: metabolsk	1,0	1,0	1,0	0,9	1,0	0,9	0,9	1,0
U: urin	5,1	5,2	5,3	5,4	5,7	5,6	5,2	5,2
W: svangerskap	1,2	1,2	1,3	1,2	1,2	1,1	1,0	1,0
X: kv. kjønnsorgan	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8
Y: m. kjønnsorgan	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Z: sosialt	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3
Sum kontakter	1 626 644	1 631 222	1 712 394	1 782 761	1 758 528	1 827 409	1 879 357	1 942 955

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

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

Diagnoser	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
A99: helseproblem/sykdom	0,8	1,1	1,5	2,3	3,1	4,5	5,6	8,1
R74: akutt øvre luftveisinfeksjon	5,1	4,9	5,1	4,9	4,8	4,5	4,6	4,1
U71: cystitt/urinveisinfeksjon	3,2	3,3	3,4	3,6	3,8	3,8	3,4	3,4
D01: abdominalsmerter	2,9	3,1	3,2	3,1	3,2	3,3	3,1	3,3
S18: åpent sår/kutt	3,6	3,5	3,5	3,2	3,2	3,1	2,9	2,9
A97: administrativ kontakt	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	1,8	2,0	2,0
A03: feber	2,2	2,1	2,0	2,3	1,8	1,9	1,9	1,8
A11: brystsmerte	0,9	1,1	1,2	1,2	1,3	1,3	1,5	1,4
L81: skade muskel/skjelett	1,7	1,7	1,6	1,5	1,6	1,5	1,4	1,4
R81: lungebetennelse	2,0	2,0	1,8	1,5	1,5	1,8	1,9	1,3
R05: hoste	2,1	2,0	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	1,3
A45: helseopplysning/rådgivning	0,1	0,1	0,0	0,2	0,3	0,4	0,5	1,2
A29: generelle symptomer/plager	1,7	0,5	0,5	0,5	0,4	0,3	0,5	1,1
F70: infeksiøs konjunktivitt	1,8	1,7	1,7	1,4	1,7	1,5	1,3	1,1
H71: mellomørebetennelse akutt	1,6	1,6	1,6	1,4	1,5	1,4	1,3	1,1
A58: terapeutisk rådgivning/samtale	0,4	1,1	0,6	1,3	1,1	0,8	1,3	1,0
P19: stoffmisbruk	0,3	0,4	0,5	0,5	0,6	0,7	1,0	1,0
L17: fot/tå symptomer	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0
R78: akutt bronkitt/bronkiolitt	1,6	1,5	1,4	1,2	1,3	1,3	1,2	0,9
R75: bihulebetennelse	1,2	1,3	1,2	1,0	1,1	1,0	1,0	0,9
R83: luftveisinfeksjon	1,0	1,1	1,0	1,0	0,9	1,0	1,0	0,9
R76: akutt tonsillitt	1,4	1,4	1,4	1,1	1,2	1,1	1,0	0,8
R21: hals symptomer/plager	1,0	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9	0,9	0,8
S76: hudinfeksjon	0,9	0,9	0,9	0,8	0,9	0,9	0,8	0,8
R80: influensa	0,9	0,9	0,7	2,7	0,4	0,7	0,7	0,7
Sum diagnoser	1 626 644	1 631 222	1 712 394	1 782 761	1 758 528	1 827 409	1 879 357	1 942 955

Det er også små endringer i bruk av de vanligste enkeltdiagnosene fra det ene året til det andre, med unntak for influensa i 2009. Men det har vært en sterk økning i bruk av uspesifikke diagnoser som A99 (helseproblem/sykdom) og A97 (administrativ kontakt), og siden 2012 har en slik diagnose (A99) inntatt topplasseringen. 77 % av A99-kontaktene var telefonkontakter. En mulig forklaring kan være at det brukes makrofunksjoner, som lager standardiserte regningskort ved telefonkonsultasjoner. Dersom tendensen med økende bruk av uspesifikke diagnoser fortsetter, vil det etter hvert svekke grunnlaget for statistikk basert på innrapporterte ICPC-diagnoser.

De ti hyppigste diagnosene utgjorde 30 % av alle kontaktene, mens de 20 hyppigste diagnosene utgjorde 39 %. Dette viser at legevaktlegene må forholde seg til et bredt utvalg av diagnoser

Tabell 5: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kontaktttype (2013)

ICPC hovedgruppe	Alle kontakter	Konsultasjoner	Sykebesøk	Telefonkontakt
A: allment	23,8	12,7	27,5	53,7
B: blod	0,3	0,3	0,5	0,3
D: fordøyelse	9,3	10,4	8,1	7,0
F: øye	3,6	4,6	0,5	1,5
H: øre	2,5	3,1	0,5	1,3
K: hjerte/kar	3,5	3,6	8,6	2,4
L: muskel/skjelett	13,6	16,0	10,1	7,8
N: nevrologi	3,8	4,2	5,8	2,9
P: psykiatri	5,2	4,2	11,7	4,9
R: respirasjon	16,2	19,9	13,8	7,3
S: hud	9,3	11,4	3,8	4,4
T: metabolsk	1,0	0,8	2,1	1,3
U: urin	5,2	6,0	5,2	3,1
W: svangerskap	1,0	1,2	0,4	0,8
X: kv. kjønnsorgan	0,8	0,8	0,4	0,6
Y: m. kjønnsorgan	0,7	0,8	0,5	0,4
Z: sosialt	0,3	0,3	0,3	0,3
Sum kontakter	1 942 955	1 344 801	66 986	485 810

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 på telefon.

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, kronisk alkoholmisbruk (P15) ved sykebesøk, og psykisk lidelse (P99) 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 6: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kontakttidspunkt i løpet av døgnet (2013)

ICPC hovedgruppe	Natt	Dag	Kveld
A: allment	29,4	23,9	22,7
B: blod	0,2	0,3	0,3
D: fordøyelse	13,2	7,8	9,4
F: øye	1,7	4,3	3,6
H: øre	1,2	2,7	2,6
K: hjerte/kar	4,5	3,3	3,3
L: muskel/skjelett	9,6	13,8	14,2
N: nevrologi	4,7	3,2	4,0
P: psykiatri	9,8	5,1	4,3
R: respirasjon	11,6	17,4	16,5
S: hud	6,5	8,7	10,2
T: metabolsk	0,9	1,0	1,0
U: urin	4,1	5,6	5,2
W: svangerskap	0,9	1,0	1,1
X: kv. kjønnsorgan	0,5	0,8	0,8
Y: m. kjønnsorgan	0,5	0,7	0,7
Z: sosialt	0,5	0,3	0,2
Sum kontakter	221 174	596 921	1 124 860

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 (2013)

ICPC hovedgruppe	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
A: allment	23,9	24,2	23,6	24,0	22,7	23,9	23,8	23,5	24,2	24,5	24,1	23,7
B: blod	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
D: fordøyelse	8,7	9,1	9,5	10,2	9,3	8,8	8,9	9,4	9,1	9,5	9,9	9,4
F: øye	2,7	2,8	3,2	3,4	4,2	4,0	3,9	3,5	3,7	3,9	4,1	3,8
H: øre	2,9	3,1	2,8	2,3	2,4	2,2	2,5	2,3	2,3	2,2	2,3	2,6
K: hjerte/kar	3,2	3,2	3,4	3,6	3,5	3,5	3,4	3,6	3,5	3,5	3,5	3,4
L: muskel/skjelett	11,3	12,4	13,4	13,9	13,9	14,6	13,9	15,0	14,4	13,7	13,6	12,7
N: nevrologi	3,6	3,7	3,7	4,0	3,8	3,8	3,5	3,9	4,1	4,3	4,2	3,7
P: psykiatri	4,6	4,8	4,8	5,3	5,4	5,3	5,4	5,6	5,3	5,6	5,5	4,9
R: respirasjon	24,8	22,2	19,6	16,0	15,7	12,6	11,4	10,7	13,7	13,7	14,7	17,8
S: hud	6,3	6,6	7,4	8,3	9,9	12,1	13,3	12,2	10,1	9,3	8,4	7,9
T: metabolsk	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
U: urin	4,3	4,3	4,9	4,9	5,1	5,1	5,6	5,9	5,5	5,5	5,6	5,9
W: svangerskap	1,0	1,0	0,9	1,1	1,0	1,0	1,1	1,2	1,1	1,1	1,1	1,0
X: kv.kjønnsorgan	0,6	0,6	0,7	0,7	0,8	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
Y: m.kjønnsorgan	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Z: sosialt	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Sum kontakter	175 507	153 959	185 201	154 626	171 594	161 006	163 617	155 551	152 972	146 954	145 727	176 241

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 (2013)

ICPC hovedgruppe	Kvinner	Menn
A: allment	24,0	23,6
B: blod	0,3	0,3
D: fordøyelse	10,0	8,4
F: øye	3,0	4,2
H: øre	2,4	2,6
K: hjerte/kar	3,3	3,6
L: muskel/skjelett	13,0	14,2
N: nevrologi	4,0	3,7
P: psykiatri	4,3	6,3
R: respirasjon	16,3	16,1
S: hud	7,9	10,9
T: metabolsk	0,9	1,1
U: urin	6,8	3,3
W: svangerskap	1,9	-
X: kv. kjønnsorgan	1,4	-
Y: m. kjønnsorgan	-	1,4
Z: sosialt	0,3	0,2
Sum kontakter	1 056 638	886 317

Tabell 9: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter aldersgrupper (2013)

ICPC hovedgruppe	Aldersgrupper								
	0 - 1	2 - 4	5 - 9	10 - 15	16 - 25	26 - 40	41 - 60	61 - 80	81 -
A: allment	36,1	27,9	23,3	19,1	21,3	21,2	21,3	23,4	30,8
B: blod	0,1	0,2	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,5	0,7
D: fordøyelse	9,9	8,6	10,3	8,4	10,5	10,1	8,6	8,8	8,1
F: øye	4,8	5,0	4,0	3,3	3,4	4,1	3,9	2,6	1,1
H: øre	5,7	7,4	6,4	3,6	1,9	1,8	1,5	1,0	0,5
K: hjerte/kar	0,1	0,1	0,2	0,4	1,1	1,9	4,4	8,6	9,5
L: muskel/skjelett	1,5	4,6	11,2	26,1	14,5	14,3	17,1	14,1	12,1
N: nevrologi	2,4	2,7	3,2	4,4	4,2	4,3	4,1	4,0	3,5
P: psykiatri	0,2	0,1	0,2	1,8	6,2	8,3	9,0	4,0	3,0
R: respirasjon	30,3	26,7	19,5	15,7	14,5	13,8	12,9	14,5	13,2
S: hud	7,1	12,2	16,3	13,2	10,2	8,6	8,9	7,6	5,4
T: metabolsk	0,5	0,2	0,2	0,3	0,4	0,6	1,2	2,0	2,3
U: urin	0,8	3,0	3,7	2,0	6,1	4,9	5,2	7,6	8,7
W: svangerskap	0,0	0,0	0,0	0,1	2,5	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	1,0	0,6	0,8	0,6	0,5	0,7	0,5
Z: sosialt	0,0	0,0	0,0	0,3	0,6	0,4	0,3	0,1	0,1
Sum kontakter	141 417	127 035	100 030	96 750	289 081	353 977	394 553	292 729	147 383

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.

Legers deltakelse i legevakt

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

Legegruppe	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Fastlege	43,7	42,7	36,1	35,6	35,5	36,9	37,1	33,0
Spesialist i allmenntmedisin	29,9	28,8	27,0	24,7	24,8	23,6	23,7	21,2
Kvinne	20,9	20,3	24,5	24,7	25,5	25,6	22,0	17,0
Alder < 30	13,6	10,9	11,7	11,8	11,2	11,4	8,5	3,2
Alder 30 – 39	36,0	35,5	40,6	40,2	41,1	39,3	35,3	27,7
Alder 40 – 49	24,7	23,1	23,6	22,3	20,5	19,7	19,4	17,4
Alder 50 – 59	16,9	16,5	16,3	16,7	17,6	16,5	16,3	12,8
Alder 60 –	2,7	3,6	3,7	3,9	4,3	6,4	5,7	7,6
Uidentifisert lege	6,1	10,4	3,9	5,1	5,4	6,8	14,8	31,4
Sum kontakter	1 626 644	1 631 222	1 712 396	1 783 171	1 758 528	1 827 409	1 879 357	1 942 955

Det er et metodologisk problem at andel uidentifiserte leger varierer fra år til år. Dette har sammenheng med at fastlønnte vaktleger leverer regningskort på kommunens eller legevaktens organisasjonsnummer. Antallet uidentifiserte vaktleger var spesielt høyt i 2013, 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 10 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 48,1 % og de kvinnelige legene 24,7 %.

Takster

Tabell 11: Hyppighet av noen ulike takster (målt i prosent av antall konsultasjoner)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Spesialisttakst (2dd, 2dk)	26,1	25,0	22,5	21,2	21,1	20,9	21,8	20,4
Tidstakst (2cd, 2ck)	32,1	31,9	32,7	33,6	34,1	35,0	36,2	38,2
Laboratorium (701a)	30,3	33,2	35,2	36,9	37,8	39,9	41,0	41,0
CRP (705k)	28,2	29,2	30,6	32,2	32,6	34,6	35,7	35,3
Streptest (706k)	4,3	4,3	4,7	4,2	4,0	4,0	3,8	3,5
EKG (707, 707a)	3,9	4,5	4,9	5,1	5,4	5,6	6,1	6,5
Kirurgiske prosedyrer (100, 103, 104, 105, 106a, 106b)	10,5	10,8	10,9	10,6	10,7	10,0	10,3	10,7
Kontakt med hjemmesykepleie og lignende (1f)	3,3	3,3	3,2	3,2	3,4	3,5	4,1	4,6
Sykmelding (L1)	6,9	7,4	7,2	6,4	5,2	5,2	4,9	4,5
N	1 238 791	1 240 235	1 323 453	1 328 643	1 330 561	1 359 902	1 368 297	1 344 801

Denne tabellen omfatter alle kontakter, også med uidentifiserte leger. Det er tydelige tendenser til økt bruk av laboratorium og tidstakst. Ellers er det en tydelig reduksjon i bruken av takst for spesialisttillegg, noe som avspeiler at spesialister i allmennmedisin har deltatt stadig mindre i legevakt. I og med at denne statistikken er fullstendig (omfatter alle konsultasjoner), er dette det mest pålitelige tallet vi har for spesialistenes vakt deltakelse. En skal også merke seg at bruken av sykmelding kulminerte i 2007 og siden har avtatt.

Tabell 12: Hyppighet av noen ulike takster (målt i prosent av antall konsultasjoner) blant identifiserte og uidentifiserte vaktleger

	Identifiserte	Uidentifiserte
Spesialisttakst (2dd, 2dk)	26,2	7,3
Tidstakst (2cd, 2ck)	36,4	43,2
Laboratorium (701a)	41,5	39,6
CRP (705k)	36,0	33,4
Streptest (706k)	3,8	2,6
EKG (707, 707a)	6,3	7,2
Kirurgiske prosedyrer (100, 103, 104, 105, 106a, 106b)	11,0	9,8
Kontakt med hjemmesykepleie og lignende (1f)	4,4	5,3
Sykmelding (L1)	4,9	3,7
N	983 053	361 748

Tabell 12 viser at takstbruken er forskjellig blant identifiserte og uidentifiserte vaktleger. Særlig er det stor forskjell i bruk av spesialisttakst. Spesialister i allmennmedisin er underrepresentert blant de uidentifiserte vaktlegene. Likevel brukte uidentifiserte vaktleger spesialisttakst mer enn 26 000 ganger, uten at HELFO har noen mulighet for å kontrollere om denne takstbruken er berettiget.

Det bør vurderes å endre rutine for innsending av regningskort, slik at den enkelte vaktlege alltid kan identifiseres. Dette vil muliggjøre adekvat takstkontroll fra HELFOs side, samt kunne gi pålitelig statistikk for hvilke leger som faktisk utfører legevaktarbeidet.

Fastlegeforskrift og fritak fra legevakt

I forskrift om fastlegeordningen er fastlegene er pålagt å delta i legevakt (8), men i realiteten utføres mindre enn halvparten av legevaktarbeidet av fastleger (6, 9-11). Dette har vakt bekymring. Stortinget mener fastlegene må utgjøre ryggraden i legevakttjenesten (19).

Forskriften er nylig revidert, den nye versjonen trådte i kraft 1. januar 2013. Her ble fastlegene gitt rett til fritak fra legevakt når de fyller 55 år. Tidligere var dette regulert i avtaleverket, med rett til fritak fra 60 år. Den nye og lavere aldersgrensen medførte bekymringer for at kommunale legevaktordninger kunne bryte sammen fordi for mange fastleger fikk fritak. Kommunenes Sentralforbund (KS) hevdet at 600 leger kunne forsvinne fra de kommunale legevaktene fra 1. januar 2013 (20).

Dette medførte at Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) begynte et arbeid med å revidere denne aldersgrensen (21). Allerede i løpet av våren ble det innhentet evalueringsrapporter som skulle belyse situasjonen. Den ene av disse ble utarbeidet av Helsedirektoratet, den andre av Norut på oppdrag fra KS (22). Disse rapportene fikk helseminister Støre til å konkludere med at kvaliteten av legevakttjenesten var truet som følge av retten til fritak ved 55 år. Resultatet av evalueringene var angivelig så tydelig at regjeringen besluttet å endre forskriften og heve aldersgrensen for fritak til 60 år (23). Endringene trådte i kraft 1. juli 2013.

Til tross for de nevnte evalueringsrapportene er de reelle konsekvensene av den nye forskriften ukjent. På det tidspunktet disse rapportene ble utarbeidet, fantes det ikke tilgjengelige data som kunne belyse i hvor stor grad fastlegenes deltakelse i legevakt ble påvirket av den nye forskriften. Endringen gjaldt fastleger i alderen 55-59 år, en aldersgruppe hvor de fleste allerede har sluttet med legevakt (11). Vi må også anta at det vil være enkelte fastleger som velger å fortsette med legevakt, selv om de har rett til fritak.

Vi har tatt utgangspunkt i alle elektroniske regningskort fra vaktleger i Norge i 2011, 2012 og 2013. Materialet er tilnærmet fullstendig, dekningsgraden var over 99 % i et tilsvarende materiale i 2011 (24). Det er imidlertid ikke alle legevaktlegene som kan identifiseres, fordi de har fast lønn og leverer regningskort på legevaktens eller kommunens organisasjonsnummer.

Det er utført en kopling til fastlegedatabasen, slik at vi vet om vaktlegen er fastlege eller ikke. Vi har ellers opplysninger om kontakttidspunkt (dato), vaktlegenes kjønn og alder, samt kommunens sentralitet. 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 betegner de minst sentrale kommunene og 3 de mest sentrale (18). For hver måned har vi registrert hvor mange fastleger i alderen 55-59 år som er registrert med minst en legevaktkontakt.

I 2011 ble 6,8 % av alle legevaktkontakter utført av uidentifiserte leger. Det tilsvarende tallet i 2012 var 14,8 %, og i 2013 hele 31,4 %. Blant de identifiserte vaktlegene i 2011 var det 267 fastleger i alderen 55-59 år som hadde hatt vakt, herav 18 % kvinner. I 2012 var tilsvarende tall 248 fastleger, 19 % kvinner. I 2013 hadde i alt 172 fastleger vakt, 18 % kvinner. Gjennomsnittlig antall fastleger som hadde vakt per måned var 162 (16 % kvinner) i 2011, 147 (16 % kvinner) i 2012 og 107 (18 % kvinner) i 2013 (Tab 13).

Tabell 13: Antall fastleger i alderen 55-59 år som har hatt vakt i løpet av en måned, hele landet og utkantkommuner (sentralitet 0)

	2011		2012		2013	
	Alle	Utkant	Alle	Utkant	Alle	Utkant
Januar	182	43	169	41	129	39
Februar	176	45	174	43	112	36
Mars	175	45	165	46	107	29
April	165	43	155	45	110	30
Mai	171	39	146	37	107	29
Juni	168	41	135	35	103	28
Juli	131	28	120	34	89	24
August	156	42	148	42	108	34
September	161	46	138	38	104	30
Oktober	155	41	137	41	107	28
November	141	36	135	37	103	27
Desember	157	39	141	39	103	28
Hele året	267	57	248	60	172	48
Uidentifiserte	6,8 %		14,8 %		31,4 %	

Den sterkt økende andelen uidentifiserte vaktleger fra år til år er et betydelig usikkerhetsmoment i analysene. Trolig er dette hovedårsaken til at vi finner varierende antall fastleger som har hatt vakt fra det ene året til det andre. Nedgangen i antall fastleger fra 2011 til 2012 tilsvarer nesten nøyaktig økningen i antall uidentifiserte legevaktkontakter. Nedgangen fra 2012 til 2013 er noe større. Om en korrigerer for andel uidentifiserte, står vi igjen med ca. 35 færre fastleger i vakt på årsbasis, 16 på månedsbasis. Det hefter imidlertid usikkerhet med en slik korrigering, da fordelingen av leger neppe er den samme blant identifiserte og uidentifiserte leger.

Uansett må vi kunne fastslå at den nye fastlegeforskriften hadde svært liten effekt på fastlegenes deltakelse i legevakt. KS hevdet at 600 leger (alle fastleger i alderen 55-59 år) kunne forsvinne fra de kommunale legevaktene fra 1. januar 2013 (20). Faktum er at de fleste av disse legene allerede hadde sluttet med legevakt. Avtale- eller forskriftsfestede aldersgrenser har trolig begrenset betydning for fastlegenes deltakelse i legevakt. En analyse fra 2008 viste at vakt deltakelsen avtok jevnt med økende alder, med unntak for kvinner som reduserte sin vakt deltakelse merkbart når de passerte 30 år (11).

I 2006 spurte vi alle landets fastleger om deres holdninger til legevakt (10). Bare 16 % av fastleger under 55 år, og som fortsatt hadde legevakt, ønsket å fortsette med legevakt etter fylte 55 år, 10 % etter fylte 60 år. På denne tiden var aldersgrensen for fritak 60 år. En ville derfor ikke vente at en senkning av aldersgrensen til 55 år ville føre til vesentlige endringer.

Trolig spiller kollegiale forhold en stor rolle for hvor lenge fastlegene velger å fortsette med legevakt. Man vet at vaktbelastningen øker for de gjenværende dersom en selv melder seg ut. Fastleger som likevel ikke orker å fortsette med legevakt, finner som regel en utvei, kanskje ved å flytte til mer sentrale strøk. Der er det ofte mange yngre leger som ønsker å spe på inntekten sin ved å ta ekstravakter. For de fleste er økonomi den viktige grunnen til at man ønsker å ha legevakt (25).

De fleste kontaktene på legevakt dreier seg om vanlige allmennt medisinske problemstillinger (26-28), og det er derfor grunn til å tro at fastleger er mest kompetent til å utføre legevaktarbeid (7). Vi vet at erfarne fastleger arbeider raskere enn andre vaktleger (29). Men arbeidsbetingelsene på legevakt

kan være vanskelige, av og til havner man i dramatiske akuttsituasjoner som man er dårlig forberedt på å takle (30). Arbeidet medfører økt risiko for å gjøre feil og pådra seg klagesaker (31). Det kommer på toppen av ordinær arbeidstid, og oppleves ofte som en belastning (10, 25). Derfor er det ikke overraskende at mange fastleger velger bort legevaktarbeid.

I undersøkelsen fra 2006 svarte 75 % av fastlegene at vaktbelastning var viktig for legestabilitet i kommunen (10). Velfungerende legevaktordninger er en vesentlig faktor for stabilitet i fastlegestillingene (32), og derfor bør legevaktarbeid gjøres mer attraktivt enn det er i dag. Men en moderne legevakt vil være ressurskrevende (7), og så langt har det vært liten politisk vilje til å satse på denne tjenesten (33, 34). Dersom vaktplikten innskjerpes og aldersgrensen heves, uten at legevakten opprustes, kan en risikere svakere rekruttering og stabilitet i fastlegestillingene, særlig i utkantene.

En velfungerende fastlegeordning er også en forutsetning for at legevakten skal fungere etter hensikten. Fastlegene skal ha tilstrekkelig kapasitet for å ta unna akutte henvendelser på dagtid, og legevakten skal ta seg av sykdom som ikke kan vente til neste dag. Slik er det ikke i dag. Mange av pasientene på legevakt kunne med fordel vente til neste dag, dersom fastlegen hadde kapasitet til å ta i mot dem da (35, 36). En opptrappingsplan for fastlegeordningen vil derfor være viktig for å få legevakten til å fungere etter intensjonen (33, 37).

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, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2007. Rapport nr. 5-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009.
3. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2008 og 2009. Rapport nr. 7-2010. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2010.
4. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2010. Rapport nr. 3-2011. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2010.
5. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2011. Rapport nr. 5-2012. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, 2012. .
6. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2012. Rapport nr. 3-2013. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, 2013.
7. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. ... er hjelpta 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.
8. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. www.lovdatabank.no/for/sf/ho/xo-20120829-0842.html.
9. Sandvik H, Hunskår S. Hvilke leger mottar trygderefusjon for legevaktarbeid? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1347-50.
10. Sandvik H, Zakariassen E, Hunskår S. Fastlegenes deltakelse i legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2513-6.
11. Sandvik H, Hunskår S, Diaz E. Hvilke fastleger deltar i legevakt? Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 2277-80.
12. ICPC-2 - Den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten. Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren. www.kith.no/templates/kith_WebPage___1186.aspx.
13. Normaltariffen. Den norske legeforening. <http://legeforeningen.no/arbeidsliv-og-jus/naringsdrivende-leger/normaltariffen/>.
14. Analyserapport. Fastleger, legevakt og avtalespesialister. Aktivitetsstatistikk 2009. Oslo: Helseøkonomiforvaltningen, april 2011. www.helfo.no/statistikk/Documents/Analyserapport%20Aktivitetsstatistikk%202009.pdf.
15. Analyserapport. Statistikk over legars takstbruk 2010. Oslo: Helseøkonomiforvaltningen, 2012. <http://helfo.no/SiteCollectionDocuments/Vedlegg%20statistikk/Statistikk%20analyser%20og%20rapporter/Analyserapport-Statistikk%20over%20legars%20takstbruk%202010.pdf>.
16. St.meld. nr. 43 (1999-2000) Om akuttmedisinsk beredskap.
17. Sundar T. Interkommunal legevakt - sparegris for staten? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1292-3.
18. Standard for kommuneklassifisering 1994. Statistisk sentralbyrå 1994. <https://www.ssb.no/a/metadatabank/conceptvariable/vardok/927/nb>.
19. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). <http://stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2010-2011/inns-201011-424/>.
20. Riise IL, Heggstad, ØJ. Begrepet "øyeblikkelig hjelp" er en saga blott. NRK Møre og Romsdal 20.12.2012. www.nrk.no/nyheter/distrikt/more_og_romsdal/1.8365853.
21. Storvik AG. Revurderer 55-årsgrense for legevakt. Dagens Medisin 24.01.2013. www.dagensmedisin.no/nyheter/revurderer-55-arsgrense-for-legevakt/.
22. Gaski M, Abelsen B. Konsekvenser for kommunene på kort og lengre sikt av fritak fra legevakt fra fylte 55 år. Norut Alta notat 8. mai 2013. www.ks.no/PageFiles/44479/NorutAlta2013Legevakt.pdf.

23. Storvik AG. Hever aldersgrensen for legevaktfritak. Dagens Medisin 19.6.2013. www.dagensmedisin.no/nyheter/hever-aldersgrensen-for-legevaktfritak/.
24. Nydal T. Analyserapport. Statistikk over allmennlegars takstbruk 2011. Oslo: Helseøkonomiforvaltningen 2012. www.helfo.no/SiteCollectionDocuments/Vedlegg%20statistikk/Statistikk%20analyser%20og%20rapporter/Analyserapport-Statistikk%20over%20spesialistlegers%20takstbruk%20i%202011.pdf.
25. Kristoffersen JE. Legevaktslegene - hvordan har de det, og hvordan tar de det? En spørreundersøkelse blant leger ved en interkommunal legevaktsentral. Utposten 1997; 26: 274-8.
26. Hansen EH, Hunskaar S. Forskjeller i henvendelse til legevakten. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1344-6.
27. Hansen EH, Zakariassen E, Hunskaar S. Sentinel monitoring of activity of out-of-hours services in Norway in 2007: an observational study. BMC Health Serv Res 2009; 9: 123.
28. Brügger EA, Jøsendal O. Registrering av aktivitet under legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2730-1.
29. Sandvik H, Hunskaar S. Arbeidsstil hos fastleger og andre leger på legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2010; 130: 135-8.
30. Zakariassen E, Sandvik H, Hunskaar S. Norwegian regular general practitioners' experiences with out-of-hours emergency situations and procedures. Emerg Med J 2008; 25: 528-33.
31. Bratland SZ, Hunskaar S. Medisinsk-faglige vurderinger i tilsynssaker mot allmennleger. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 166-9.
32. Abelsen B, Karlsen Bæck DU, Kramvig B, Moilanen M. Lav stillingsstabilitet som utfordring for fastlegeordningen i Finnmark og Nord-Trøndelag. NORUT Samfunnsforskning AS, Rapport nr 06/05.
33. Gjessing H. Legevakt - behov for forbedringer nå. Tidsskr Nor Lægeforen 2013; 133: 481.
34. Representantforslag fra stortingsrepresentantene Robert Eriksson, Kari Kjønaas Kjos og Siv Jensen om en nasjonal handlingsplan for legevakt for å sikre kvalitet, kompetanse og tilgjengelighet for brukerne. <http://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2012-2013/dok8-201213-076/?lvi=0>.
35. Jøsendal O, Aase S, Hunskaar S. Evaluering av interkommunal legevakt før og etter innføring av fastlegeordninga. I: Sandvik H, red. Evaluering av fastlegereformen 2001-2005 Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter. Oslo: Norges forskningsråd, 2005: 216-7.
36. Steen K, Hunskaar S. Fastlegeordningen og legevakt i Bergen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 365-6.
37. Storvik AG. Vil ha aldersgrenseregulering ut av forskrift. Dagens Medisin 25.01.2013. www.dagensmedisin.no/nyheter/vil-ha-aldersgrenseregulering-ut-av-forskrift/.