

Årsstatistikk fra legevakt 2014

Rapport nr. 2-2015

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin



uni Research

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

Tittel	Årsstatistikk fra legevakt 2014
Institusjon	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Bergen
Ansvarlig	Steinar Hunskår
Forfatter	Hogne Sandvik, forsker dr. med., Steinar Hunskår, forskningsleder professor dr. med. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
ISBN	978-82-92970-86-7 (pdf)
ISSN	1891-3474
Rapport	Nr. 2-2015
Tilgjengelighet	Pdf
Prosjekttittel	Årsstatistikk fra legevakt 2014
Antall sider	27
Publiseringsmåned	April 2015
Oppdragsgiver	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
Sitering	Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2014. Rapport nr. 2-2015. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, 2015.

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 sjuende rapport om aktiviteten på legevakt i Norge. Tidligere rapporter omfatter årene fra 2006 til 2013, mens denne inneholder data fra 2014. 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 2014.

Noen år kan det være aktuelt å gå særlig grundig inn i enkelte analyser, for eksempel bruk av spesielle takster eller diagnosekoder. For året 2014 har vi sett nærmere på epidemiologi og håndtering av ulike typer skader.

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 Hunskår. 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	7
Materialet	8
Kontakter	9
Diagnoser	14
Legers deltakelse i legevakt	21
Takster	22
Skader på legevakt	24
Referanser	27

Sammendrag

Denne rapporten er basert på elektroniske refusjonskrav fra legevakt i årene 2006 til 2014. 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 2014 ca. 1,96 millioner pasientkontakter, hvorav 69,1 % var konsultasjoner og 3,3 % sykebesøk. Telefonkontakter utgjorde 25,2 %. Antall konsultasjoner er relativt stabilt. Antall telefonkontakter har vist en økende tendens over flere år, trolig fordi telefonkontakt med sykepleier oftere resulterer i regningskort enn tidligere. Antall sykebesøk har vist en nedadgående tendens over mange år. Ved årtusenskiftet ble det beregnet at det ble utført ca. 357 000 sykebesøk på legevakt. I 2014 var det bare 65 202. 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 2014 var julehelgen og påsken.

Diagnosefordelingen er gjennomgående stabil fra det ene året til det andre, men bruken av allmenne og uspesifikke diagnoser (f.eks. «helseproblem/sykdom») er stadig økende. Dette gjelder først og fremst diagnoser ved telefonkontakter, hvor mer enn halvparten av alle diagnosene er uspesifikke. Når regningen er sendt inn på kommunens organisasjonsnummer (uidentifisert lege), er 70 % av telefondiagnosene uspesifikke. Økende bruk av uspesifikke diagnoser kan på sikt svekke mulighetene til å fremskaffe nyttig og pålitelig statistikk over sykdomsutbredelsen blant pasienter i primærhelsetjenesten.

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

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

Det har lenge vært en økende bruk av laboratorieundersøkelser på legevakt, men denne utviklingen synes nå å flate ut. Den viktigste enkeltanalysen er CRP, som ble brukt i 35,4 % av konsultasjonene. Det har også vært en økende bruk av tidstaksten, som i 2014 ble brukt i 37,7 % av konsultasjonene. Også her synes det som økningen har flatet ut. Bruken av sykmeldinger var høyest i 2007 med 7,4 % av konsultasjonene. I 2014 resulterte 4,1 % 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 2014 ble 45,3 % av alle legevaktkontakter med identifiserte vaktleger utført av fastleger. Bare 20,2 % av alle konsultasjonene ble utført av spesialist i allmenmedisin.

Det var i overkant av 230 000 legevaktkontakter på grunn av skader i 2014. Den største kategorien var «Penetrasjonsskade stikk/kutt/bitt» som stod for nesten 70 000 kontakter. Nest størst var

kategorien «Forstuvning/forstrekning/ute av ledd» med 44 000 kontakter. Det aller meste av skadebehandlingen skjer i konsultasjoner på legevakten.

Menn dominerer alle skadekategorier unntatt forgiftninger. Det var størst kjønnsforskjell for kategoriene øyeskader og penetrasjonsskader. Aldersgruppen 10 – 15 år har høyest andel skader i forhold til totalt antall legevaktkontakter. Denne aldersgruppen er særlig utsatt for brudd, forstuvninger, hodeskader og penetrasjonsskader. Øyeskader hører først og fremst til yrkesaktiv alder, mens forbrenning rammer de aller minste. Forgiftninger er vanligst blant unge voksne.

Hele 21,6 % av kontaktene var med uidentifiserte leger. Dette skaper store problemer når en vil undersøke hvilke leger som faktisk har legevakt. Stortinget har uttrykt bekymring over at erfarne fastleger og spesialister i 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 nesten 30 000 tilfeller, men når legen ikke kan identifiseres, har ikke HELFO noen mulighet til å kontrollere om bruken av spesialisttakst er berettiget.

Helsedirektoratet har satt i gang en prosess hvor meldingsformatet til HELFO utvides med et nytt felt knyttet til den enkelte regning. EPJ-leverandørene må i neste omgang gjøre endringer i sine systemer for å kunne ta dette i bruk. Når endringen er på plass, må de nødvendige lege-opplysningene faktisk registreres i EPJ. Forhåpentligvis er dette på plass til 2016.

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 seks rapporter basert på refusjonskrav fra legevakt i årene 2006 - 2013 (2-7), og viderefører nå statistikken med data fra 2014.

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 (8).

Legevakt

Alle kommuner er pålagt å ha en legevaktordning som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og foreta den oppfølgingen som anses nødvendig. Flere kommuner kan samarbeide om legevaktordningen. I 2014 var det 191 legevakter i Norge, 111 interkommunale og 80 kommunale (9). 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 (10). Det gis rett til fritak under visse forutsetninger, men undersøkelser viser at langt flere enn de som har formelt fritak, har meldt seg ut av legevakttjenesten (11-13). Vel halvparten av legevaktene ivaretas av andre leger, som heltidsansatte vaktleger, vikarer, 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 legereningskort og sykmeldinger. Hensikten var å få et enhetlig system for koding av diagnoser. Norge var dermed det første landet som gjorde ICPC til en offisiell nasjonal standard. Siden 2004 har man brukt oppfølgeren ICPC-2 (14).

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

Takstsystem

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

kodene finnes i Normaltariffen (Fastlegetariffen), som er forhandlet frem av Legeforeningen og Staten (15).

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 2014. 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 (16) og mindre enn 1 % i 2010 (17).

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 %). I 2014 var 21,6 % av kontaktene med uidentifiserte vaktleger. Dette utgjør et betydelig usikkerhetsmoment i analysene. Uidentifiserte vaktleger har neppe samme fordeling som de identifiserte. Det ser ut til at unge, kvinnelige fastleger er overrepresentert blant de uidentifiserte. Det samme gjelder leger uten spesialitet i allmennmedisin. Statistiske oversikter basert på identifiserte legevaktleger vil derfor bli misvisende.

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

Helsedirektoratet har satt i gang en prosess hvor meldingsformatet til HELFO utvides med et nytt felt knyttet til den enkelte regning. EPJ-leverandørene må i neste omgang gjøre endringer i sine systemer for å kunne ta dette i bruk. Når endringen er på plass, må de nødvendige lege-opplysningene faktisk registreres i EPJ. Forhåpentligvis er dette på plass til 2016.

De første årene var det sannsynlig at det manglet opplysninger om en del av kontaktene som i sin helhet var betalt av pasientene. Dette gjaldt i all hovedsak konsultasjoner (takstkode 2ad, 2ak) og sykebesøk (takstkode 11ad) med leger som ikke er spesialist i allmennmedisin. Vi har anslått at slik underreportering 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 underreportert, 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

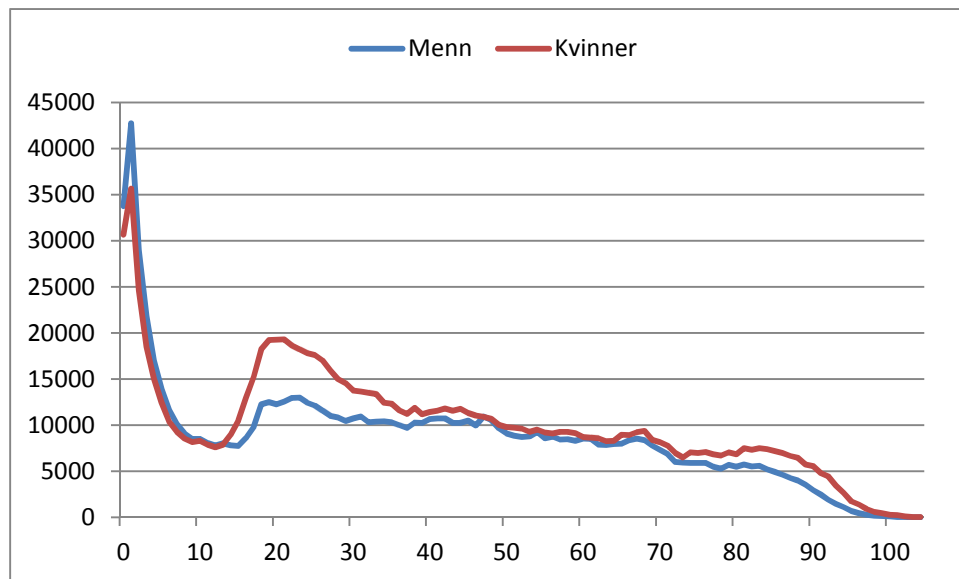
Tabell 1: Prosentvis fordeling (og absolutt antall) av ulike kontakttyper

	Takstkoder	2006	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Konsultasjoner	2ad, 2ak, 2fk	76,2 1 238 791	77,3 1 323 453	74,5 1 328 643	75,7 1 330 561	74,4 1 359 902	72,8 1 368 297	69,2 1 344 801	69,1 1 352 209
Sykebesøk	11ad, 11ak	5,7 92 543	4,6 78 999	4,3 75 884	4,1 72 296	3,8 68 883	3,6 68 000	3,4 66 986	3,3 65 202
Telefonkontakter	1bd, 1bk, 1g	17,1 278 650	16,7 286 515	19,7 350 337	18,6 327 462	20,0 366 358	21,4 402 562	25,0 485 810	25,2 493 177
Enkle kontakter	1ad, 1ak, 1h, 1i	1,0 16 660	1,8 23 427	1,6 27 897	1,6 28 209	1,8 32 266	2,2 40 498	2,3 45 358	2,3 45 272
N		1 626 644	1 712 394	1 782 761	1 758 528	1 827 409	1 879 357	1 942 955	1 955 860

Økningen i antall kontakter skyldes først og fremst økende bruk av telefon. Antall telefonkontakter har økt med 77 % siden 2006, mens antall konsultasjoner bare har økt med 9 %. Trolig har registreringen av telefonkontakter blitt mer fullstendig de senere årene, i den forstand at det oftere blir sendt regningskort til HELFO.

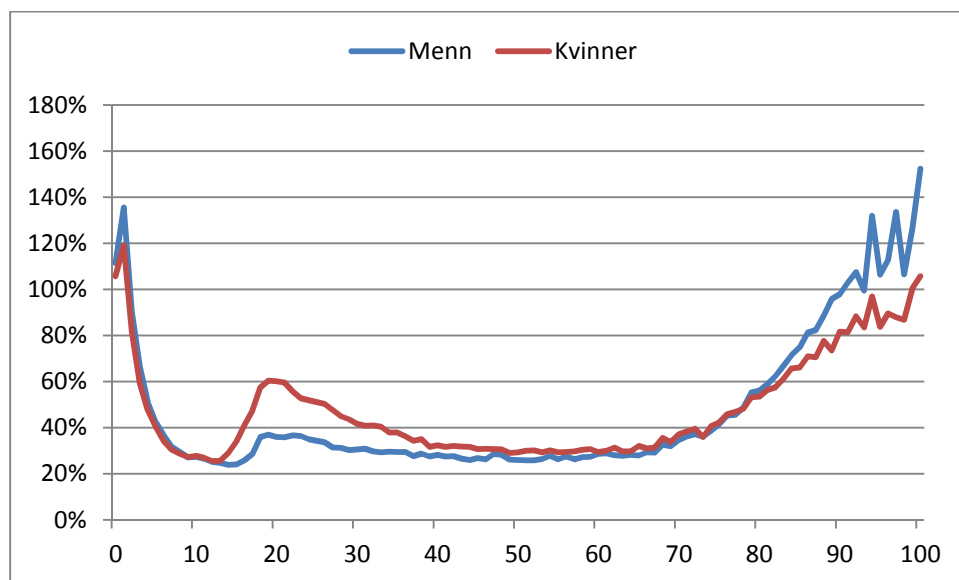
En kan merke seg at antall sykebesøk reduseres jevnt og trutt fra det ene året til det neste. Denne utviklingen har pågått over lang tid. Ifølge takstbrukundersøkelsene til NAV var det i 1995 ca. 685 000 sykebesøk på legevakt (18), ved årtusenskiftet var det ca. 357 000, og fem år senere ca. 141 000 (8). Utviklingen har blitt satt i sammenheng med utbyggingen av interkommunale, stasjonære legevakter (19). De siste tallene viser at reduksjonen i sykebesøk fortsetter. I 2014 var det 65 202 sykebesøk på legevakt.

Figur 1: Antall kontakter for menn og kvinner etter alder (2014)



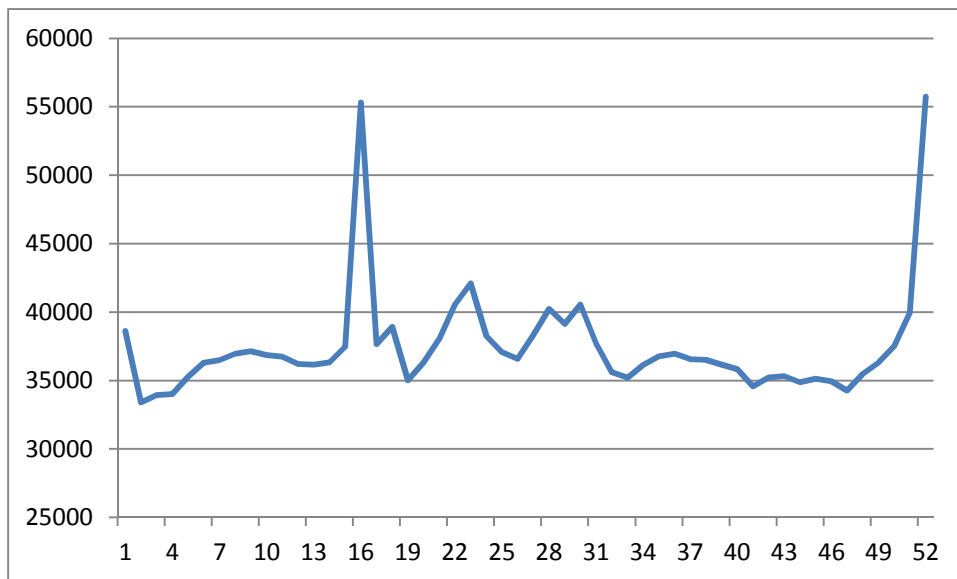
Figur 1 viser et velkjent mønster for befolkningens kontakter med primærhelsetjenesten. Bortsett fra barna, er det i alle aldersgrupper flere kvinner enn menn som konsulterer legevakt. Forskjellen er særlig stor i aldersgruppene 15 – 40 og blant de aller eldste. Dette har dels sammenheng med svangerskap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

Figur 2: Befolkningens bruk av legevakt (kontaktrater), fordelt på kjønn og alder (2014)



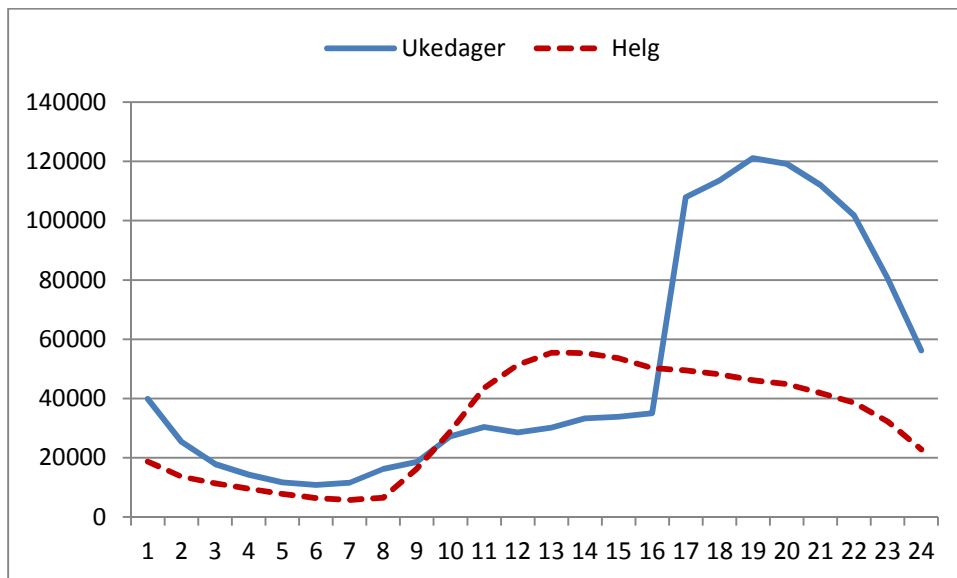
Mønsteret blir noe annerledes om vi ser på hvilke befolkningsgrupper som bruker legevakten mest. Figur 2 viser at det er små barn og de eldste som er de største brukerne. Vi finner igjen at kvinner er overrepresentert i aldersgruppen 15 – 40, men blant de eldste er mennene overrepresentert. Kontaktratene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

Figur 3: Antall kontakter per uke (2014)



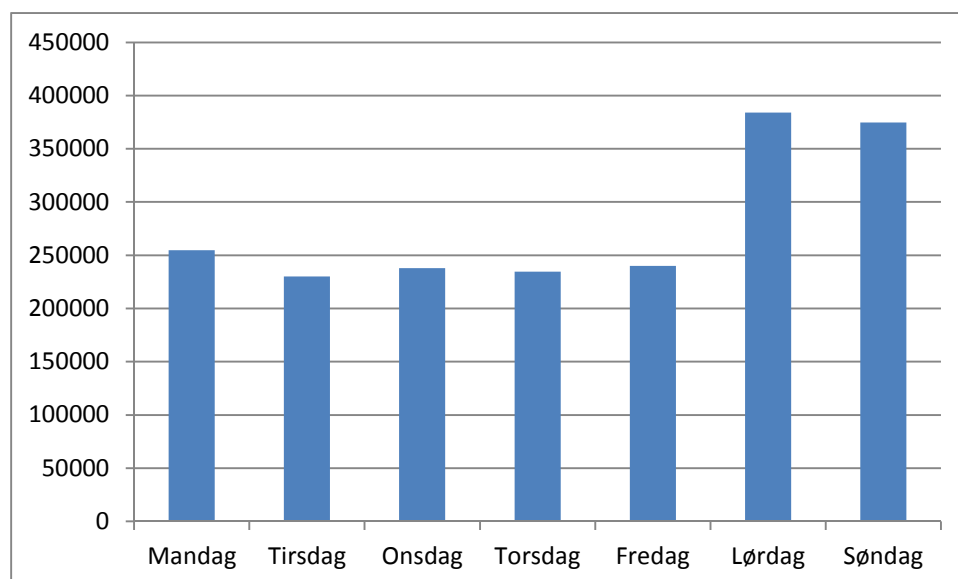
Kontaktfrekvensen varierer noe gjennom året, men enkelte uker skiller seg ut. Størst aktivitet var det i påske- og juleferien. I slike ferieperioder er det dårligere tilgjengelighet hos fastlegene. Dessuten er mange pasienter bortreist i feriene. De oppholder seg i andre kommuner og er dermed henvist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

Figur 4: Antall kontakter per klokke (2014)



På ukedagene er kontaktfrekvensen høyest om kvelden. Dette gjelder alle kontakttypene (konsultasjoner, telefonkontakter og sykebesøk). Det skjer et tydelig hopp i antall kontakter ved arbeidstidens slutt, når fastlegekontorene stenger. Det er grunn til å anta at det meste av akutte henvendelser på dagtid foregår hos fastlegene og ikke på legevakt. Men i helgene skjer alle slike henvendelser til legevakt, og da er kontaktfrekvensen høyest på dagtid. Kontaktene i løpet av en uke fordeler seg med 19 - 20 % på lørdag og søndag, 12 - 13 % på resten av ukedagene (fig 5).

Figur 5: Antall kontakter per ukedag (2014)



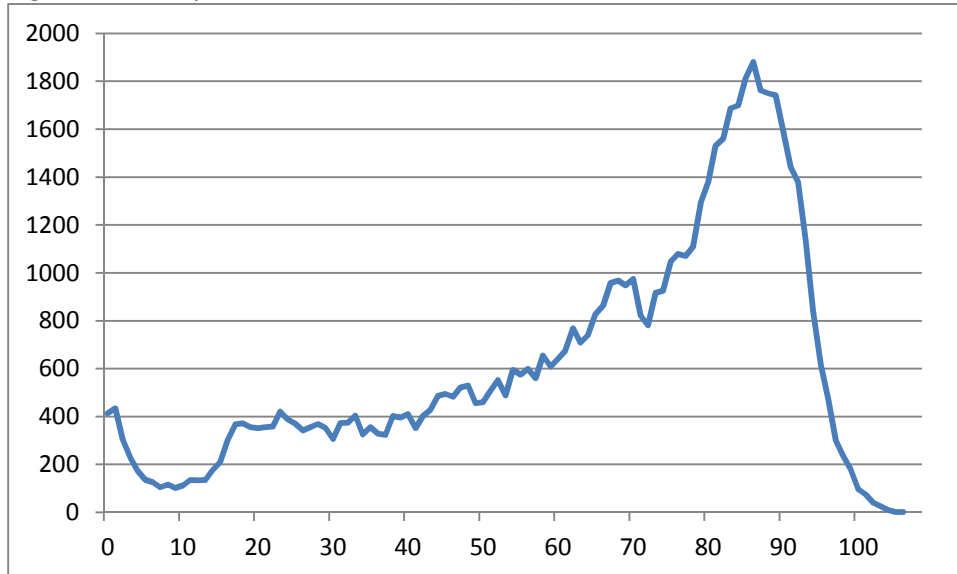
Tabell 2: Prosentvis fordeling av ulike kontakttypet etter geografi (legens praksiskommune, 2014)

Praksiskommune	N	Konsultasjoner	Sykebesøk	Telefonkontakter	Enkle kontakter
Innb > 50 000	671 187	71,3	3,7	24,2	0,8
Innb 10 001 – 50 000	914 869	67,9	1,9	27,0	3,3
Innb 5 001 – 10 000	173 075	72,3	4,4	21,1	2,2
Innb 2 001 – 5 000	154 344	67,6	7,0	21,9	3,5
Innb < 2 001	42 385	55,1	11,0	31,9	2,0
Sentral*	1 027 620	70,8	3,4	24,7	1,1
Noe sentral	522 780	65,5	1,7	28,6	4,2
Mindre sentral	138 939	73,9	3,2	20,8	2,1
Minst sentral	266 521	67,6	6,2	23,0	3,3

*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 (20).

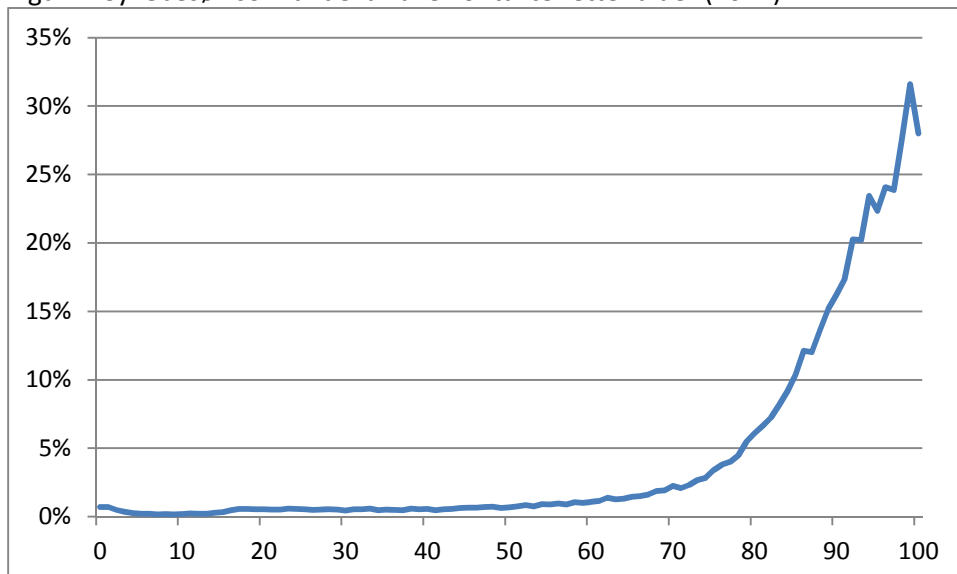
Det er tydelig at legevakten i små og perifere kommuner i større grad bruker sykebesøk enn større og mer sentrale kommuner. Dette kan ha sammenheng med at antall henvendelser per lege er lavere i perifere strøk og at vaktlegen derfor har mer tid til disposisjon for å reise i sykebesøk.

Figur 6: Antall sykebesøk etter alder (2014)



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 (2014)



Diagnoser

Tabell 3: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter år

ICPC hovedgruppe	2006	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
A: allment	13,1	13,5	15,9	16,1	18,7	20,6	23,8	24,1
B: blod	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
D: fordøyelse	9,9	10,2	9,7	10,0	9,7	9,5	9,3	9,6
F: øye	4,5	4,4	4,1	4,4	4,1	3,8	3,6	3,7
H: øre	3,3	3,2	2,9	3,2	3,0	2,8	2,5	2,5
K: hjerte/kar	3,8	3,7	3,5	3,6	3,4	3,5	3,5	3,3
L: muskel/skjelett	14,8	15,0	14,2	14,7	14,0	13,6	13,6	13,9
N: nevrologi	3,7	3,8	3,7	3,8	3,8	3,7	3,8	3,7
P: psykiatri	4,8	4,8	4,8	4,9	4,8	5,1	5,2	4,9
R: respirasjon	21,3	20,6	21,3	19,0	18,8	18,6	16,2	15,2
S: hud	11,4	11,0	10,2	10,3	10,0	9,6	9,3	9,7
T: metabolsk	1,0	1,0	0,9	1,0	0,9	0,9	1,0	1,0
U: urin	5,1	5,3	5,4	5,7	5,6	5,2	5,2	5,3
W: svangerskap	1,2	1,3	1,2	1,2	1,1	1,0	1,0	1,0
X: kv. kjønnsorgan	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8	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	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3
Sum kontakter	1 626 644	1 712 394	1 782 761	1 758 528	1 827 409	1 879 357	1 942 955	1 955 860

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

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

Diagnoser	2006	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
A99: helseproblem/sykdom	0,8	1,5	2,3	3,1	4,5	5,6	8,1	9,0
R74: akutt øvre luftveisinfeksjon	5,1	5,1	4,9	4,8	4,5	4,6	4,1	4,1
U71: cystitt/urinveisinfeksjon	3,2	3,4	3,6	3,8	3,8	3,4	3,4	3,5
D01: abdominalsmerter	2,9	3,2	3,1	3,2	3,3	3,1	3,3	3,5
S18: åpent sår/kutt	3,6	3,5	3,2	3,2	3,1	2,9	2,9	3,0
A97: administrativ kontakt	0,3	0,4	0,5	0,5	1,8	2,0	2,0	2,3
A03: feber	2,2	2,0	2,3	1,8	1,9	1,9	1,8	1,6
A11: brystsmerte	0,9	1,2	1,2	1,3	1,3	1,5	1,4	1,4
L81: skade muskel/skjelett	1,7	1,6	1,5	1,6	1,5	1,4	1,4	1,4
R81: lungebetennelse	2,0	1,8	1,5	1,5	1,8	1,9	1,3	1,3
R05: hoste	2,1	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	1,3	1,3
A45: helseopplysning/rådgivning	0,1	0,0	0,2	0,3	0,4	0,5	1,2	1,1
A29: generelle symptomer/plager	1,7	0,5	0,5	0,4	0,3	0,5	1,1	1,1
F70: infeksiøs konjunktivitt	1,8	1,7	1,4	1,7	1,5	1,3	1,1	1,0
H71: mellomørebetennelse akutt	1,6	1,6	1,4	1,5	1,4	1,3	1,1	1,0
Sum diagnoser	1 626 644	1 712 394	1 782 761	1 758 528	1 827 409	1 879 357	1 942 955	1 955 860

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). 80 % av A99-kontaktene var telefonkontakter.

De ti hyppigste diagnosene utgjorde 31 % av alle kontaktene, mens de 20 hyppigste diagnosene utgjorde 41 %. Dette viser at legevaktlegene må forholde seg til et bredt utvalg av diagnoser.

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

Diagnoser	2006	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
A99: helseproblem/sykdom	2,1	5,5	8,2	12,3	17,5	20,1	24,8	28,5
A97: administrativ kontakt	1,0	1,3	1,3	1,4	7,8	7,8	6,4	7,1
A45: helseopplysning/rådgivning	0,4	0,3	0,8	1,5	1,8	2,1	4,0	3,6
A29: generelle symptomer/plager	8,0	1,9	1,6	1,3	0,8	1,2	3,1	3,0
A13: engstelig for behandling	1,9	2,9	3,0	3,4	2,9	2,6	2,6	2,5
A03: feber	3,7	3,4	4,2	2,9	2,8	2,6	2,3	2,2
D01: abdominalsmerter	2,7	2,8	2,5	2,6	2,4	2,1	2,0	2,2
U71: cystitt/urinveisinfeksjon	2,4	2,6	2,4	2,6	2,2	2,0	1,9	1,9
R74: akutt øvre luftveisinfeksjon	1,8	1,7	2,1	1,5	1,4	1,4	1,2	1,1
R05: hoste	1,8	1,7	1,7	1,5	1,3	1,3	1,0	1,0
Sum diagnoser	278 650	286 515	350 337	327 462	366 358	402 562	485 810	493 177

Økningen i antall telefonkontakter har vært sterk, men det er grunn til å tro at dette har sammenheng med økende rapportering. Trolig har det tidligere vært en underreportering av telefonkontakter med sykepleier, i den forstand at det ikke har blitt sendt regning for disse kontaktene. Vaktårnprosjektet, som registrerer faktiske telefonkontakter ved syv utvalgte legevakter, finner relativt stabile rater for telefonkontakt (21).

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 47 % av alle telefondiagnosene i 2014. Til sammenligning utgjorde disse seks diagnosene bare 17 % i 2006.

Hele 70 % av telefondiagnosene var uspesifikke når legen var uidentifisert, altså når regningen var sendt på kommunens organisasjonsnummer. Med identifisert lege var 40 % av telefondiagnosene uspesifikke. Det er mulig at sykepleiere ved enkelte legevakter, kanskje særlig de som sender regninger på kommunens organisasjonsnummer, oftere sender regningskort for telefonkontakter. Det er også mulig at det brukes makrofunksjoner, som lager standardiserte regningskort.

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

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

Diagnoser	2006	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
R74: akutt øvre luftveisinfeksjon	6,1	6,2	6,0	6,0	5,7	5,9	5,4	5,5
U71: cystitt/urinveisinfeksjon	3,5	3,7	3,9	4,2	4,2	3,9	4,0	4,1
D01: abdominalsmerter	3,0	3,3	3,4	3,5	3,7	3,6	3,8	4,1
S18: åpent sår/kutt	4,3	4,2	4,0	3,9	3,9	3,7	3,8	4,0
A99: helseproblem/sykdom	0,5	0,7	0,8	0,9	1,1	1,5	2,2	2,1
L81: skade muskel/skjelett	2,0	1,9	1,8	1,9	1,8	1,7	1,7	1,8
A11: brystsmerte	0,9	1,2	1,3	1,4	1,5	1,7	1,7	1,7
A03: feber	1,9	1,7	1,9	1,7	1,8	1,7	1,8	1,5
F70: infeksiøs konjunktivitt	2,1	2,0	1,8	2,1	1,9	1,6	1,4	1,4
R05: hoste	2,3	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,5	1,4
R81: lungebetennelse	1,9	1,7	1,5	1,5	1,9	2,0	1,4	1,4
H71: mellomørebetennelse akutt	2,0	1,9	1,7	1,9	1,8	1,6	1,4	1,4
Sum diagnoser	1 238 791	1 323 453	1 328 643	1 330 561	1 359 902	1 368 297	1 344 801	1 352 209

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

Tabell 7: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kontaktttype (2014)

ICPC hovedgruppe	Alle kontakter	Konsultasjoner	Sykebesøk	Telefonkontakt
A: allment	24,1	12,8	27,1	53,7
B: blod	0,3	0,3	0,5	0,3
D: fordøyelse	9,6	10,7	8,0	7,1
F: øye	3,7	4,7	0,6	1,6
H: øre	2,5	3,1	0,5	1,4
K: hjerte/kar	3,3	3,4	8,9	2,3
L: muskel/skjelett	13,9	16,4	10,0	8,1
N: nevrologi	3,7	4,0	5,9	2,8
P: psykiatri	4,9	4,1	11,9	4,5
R: respirasjon	15,2	18,7	13,4	6,9
S: hud	9,7	11,7	4,1	4,8
T: metabolsk	1,0	0,8	2,4	1,3
U: urin	5,3	6,2	5,4	3,1
W: svangerskap	1,0	1,1	0,4	0,8
X: kv. kjønnsorgan	0,8	0,8	0,3	0,7
Y: m. kjønnsorgan	0,7	0,8	0,5	0,4
Z: sosialt	0,3	0,3	0,3	0,3
Sum kontakter	1 955 860	1 352 209	65 202	493 177

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

Den hyppigste allmenne diagnosekoden i forbindelse med sykebesøk er dødsfall (A96), og i forbindelse med telefonkontakt helseproblem/sykdom (A99). Øyesykdommer håndteres oftest som konsultasjon og hyppigste enkeltdiagnose er infeksiøs konjunktivitt (F70). Sykebesøk for hjerte- og karsykdommer dreier seg oftest om hjerneslag (K90) og hjertesvikt (K77). Innen psykiatrikapitlet er akutt alkoholmisbruk (P16) den hyppigste diagnosekoden ved konsultasjoner, kronisk alkoholmisbruk (P15) ved sykebesøk, og angst/nervøsitet (P01) ved telefonkontakt. Når det gjelder kontakter for sykdommer i åndedretsorganene er hyppigste enkeltdiagnose akutt øvre luftveisinfeksjon (R74) ved telefonkontakt og konsultasjon, lungebetennelse (R81) ved sykebesøk. Hudsykdommer behandles oftest i konsultasjon og den hyppigste enkeltdiagnosen er åpent sår/kutt (S18).

Tabell 8: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kontakttidspunkt i løpet av døgnet (2014)

ICPC hovedgruppe	Natt	Dag	Kveld
A: allment	29,0	24,5	23,0
B: blod	0,2	0,3	0,3
D: fordøyelse	13,8	7,9	9,6
F: øye	1,8	4,5	3,7
H: øre	1,3	2,7	2,6
K: hjerte/kar	4,4	3,1	3,2
L: muskel/skjelett	10,1	14,2	14,5
N: nevrologi	4,5	3,1	3,9
P: psykiatri	9,5	4,5	4,2
R: respirasjon	11,3	16,5	15,4
S: hud	6,5	9,1	10,6
T: metabolsk	0,9	1,0	1,0
U: urin	4,3	5,9	5,3
W: svangerskap	0,9	1,0	1,1
X: kv. kjønnsorgan	0,6	0,8	0,8
Y: m. kjønnsorgan	0,5	0,7	0,7
Z: sosialt	0,5	0,3	0,2
Sum kontakter	227 290	592 099	1 136 471

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

Tabell 9: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter måned (2014)

ICPC hovedgruppe	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
A: allment	24,6	25,0	24,9	23,8	24,3	24,7	24,0	22,9	23,4	24,3	24,1	24,0
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	10,2	10,0	9,8	9,6	9,4	9,0	9,1	9,8	9,3	9,9	9,8	9,0
F: øye	3,3	3,2	3,5	3,8	4,0	4,3	3,7	3,5	3,8	3,9	4,0	3,6
H: øre	2,3	2,9	2,8	2,4	2,1	2,0	3,0	2,4	2,3	2,4	2,6	2,8
K: hjerte/kar	3,5	3,3	3,3	3,3	3,4	3,2	3,3	3,3	3,2	3,4	3,2	3,1
L: muskel/skjelett	13,6	13,2	13,5	14,1	14,7	15,1	14,1	14,7	14,5	13,7	13,3	12,2
N: nevrologi	3,9	3,8	3,8	3,7	3,8	3,7	3,2	3,8	3,9	4,1	3,9	3,3
P: psykiatri	5,4	5,0	4,9	4,8	4,9	4,8	4,7	5,0	4,9	5,0	5,1	4,3
R: respirasjon	15,7	17,8	17,1	16,5	14,1	12,2	10,7	11,4	14,7	14,7	16,2	21,3
S: hud	7,7	7,1	8,0	9,0	10,1	11,6	14,4	12,7	10,3	9,1	8,2	7,4
T: metabolsk	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,2	1,0	0,9	1,0	1,0	1,0
U: urin	5,4	4,8	4,7	5,2	5,1	5,3	5,6	6,2	5,6	5,4	5,4	5,2
W: svangerskap	1,1	1,0	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,0	1,0	1,0	0,9
X: kv.kjønnsorgan	0,8	0,8	0,7	0,8	0,7	0,8	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8	0,7
Y: m.kjønnsorgan	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6
Z: sosialt	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,4	0,3
Sum kontakter	152 160	145 810	165 664	175 713	167 648	166 374	171 922	162 907	155 249	152 793	153 815	185 805

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

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

Tabell 10: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kjønn (2014)

ICPC hovedgruppe	Kvinner	Menn
A: allment	24,1	24,2
B: blod	0,3	0,3
D: fordøyelse	10,4	8,6
F: øye	3,2	4,4
H: øre	2,3	2,7
K: hjerte/kar	3,2	3,4
L: muskel/skjelett	13,4	14,5
N: nevrologi	3,9	3,5
P: psykiatri	4,2	5,6
R: respirasjon	15,1	15,3
S: hud	8,2	11,4
T: metabolsk	1,0	1,1
U: urin	7,1	3,3
W: svangerskap	1,9	-
X: kv. kjønnsorgan	1,4	-
Y: m. kjønnsorgan	-	1,4
Z: sosialt	0,3	0,2
Sum kontakter	1 049 819	906 041

Tabell 11: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter aldersgrupper (2014)

ICPC hovedgruppe	Aldersgrupper								
	0-1	2-4	5-9	10-15	16-25	26-40	41-60	61-80	81-
A: allment	36,1	27,5	23,2	19,4	21,9	21,7	22,2	23,7	29,9
B: blod	0,1	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,5	0,7
D: fordøyelse	9,5	8,6	10,5	8,6	10,7	10,5	9,0	9,1	8,2
F: øye	4,6	5,0	4,5	3,5	3,5	4,2	4,2	2,8	1,2
H: øre	5,8	7,4	6,5	3,5	1,8	1,7	1,6	1,1	0,5
K: hjerte/kar	0,1	0,1	0,2	0,3	1,1	2,0	4,1	8,0	9,2
L: muskel/skjelett	1,5	4,7	12,2	27,7	14,8	14,3	17,3	14,4	12,6
N: nevrologi	2,3	2,6	3,2	4,3	4,0	4,2	4,0	3,8	3,5
P: psykiatri	0,2	0,1	0,3	1,8	6,1	7,7	8,0	4,0	3,1
R: respirasjon	30,4	26,9	17,4	13,6	13,6	12,6	11,6	13,6	12,8
S: hud	7,4	12,3	16,8	13,2	10,4	9,2	9,4	8,0	5,8
T: metabolsk	0,5	0,3	0,2	0,3	0,4	0,6	1,2	2,1	2,4
U: urin	0,9	2,9	3,6	2,0	6,2	5,1	5,5	7,6	9,1
W: svangerskap	0,0	0,0	0,0	0,1	2,3	3,4	0,2	0,0	0,0
X: kv. kjønnsorgan	0,0	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	0,7	0,8	0,7	0,5	0,7	0,5
Z: sosialt	0,0	0,1	0,1	0,3	0,6	0,4	0,3	0,1	0,1
Sum kontakter	142 853	126 059	102 184	99 046	295 208	356 775	392 858	295 954	144 923

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

Legegruppe	2006	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Fastlege	43,7	36,1	35,6	35,5	36,9	37,1	33,0	35,5
Spesialist i allmenntmedisin	29,9	27,0	24,7	24,8	23,6	23,7	21,2	20,6
Kvinne	20,9	24,5	24,7	25,5	25,6	22,0	17,0	22,0
Alder < 30	13,6	11,7	11,8	11,2	11,4	8,5	3,2	9,0
Alder 30 – 39	36,0	40,6	40,2	41,1	39,3	35,3	27,7	32,4
Alder 40 – 49	24,7	23,6	22,3	20,5	19,7	19,4	17,4	18,1
Alder 50 – 59	16,9	16,3	16,7	17,6	16,5	16,3	12,8	11,5
Alder 60 –	2,7	3,7	3,9	4,3	6,4	5,7	7,6	7,4
Uidentifisert lege	6,1	3,9	5,1	5,4	6,8	14,8	31,4	21,6
Sum kontakter	1 626 644	1 712 396	1 783 171	1 758 528	1 827 409	1 879 357	1 942 955	1 955 860

Det er et metodologisk problem at andel uidentifiserte leger varierer fra år til år. Dette har sammenheng med at fastlønte 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 uidentifisert.

I tabell 12 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 45,3 %.

Takster

Tabell 13: Hyppighet av noen ulike takster (målt i prosent av antall konsultasjoner)

	2006	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Spesialisttakst (2dd, 2dk)	26,1	22,5	21,2	21,1	20,9	21,8	20,4	20,2
Tidstakst (2cd, 2ck)	32,1	32,7	33,6	34,1	35,0	36,2	38,2	37,7
Laboratorium (701a)	30,3	35,2	36,9	37,8	39,9	41,0	41,0	41,0
CRP (705k)	28,2	30,6	32,2	32,6	34,6	35,7	35,3	35,4
Streptest (706k)	4,3	4,7	4,2	4,0	4,0	3,8	3,5	3,3
EKG (707)	3,9	4,9	5,1	5,4	5,6	6,1	6,5	6,7
Kirurgiske prosedyrer (100, 103, 104, 105, 106a, 106b, 111)	10,5	10,9	10,6	10,7	10,0	10,3	10,7	10,9
Kontakt med hjemmesykepleie og lignende (1f)	3,3	3,2	3,2	3,4	3,5	4,1	4,6	5,2
Sykmelding (L1)	6,9	7,2	6,4	5,2	5,2	4,9	4,5	4,1
N	1 238 791	1 323 453	1 328 643	1 330 561	1 359 902	1 368 297	1 344 801	1 352 209

Denne tabellen omfatter alle kontakter, også med uidentifiserte leger. Det er en stadig 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.

Det har tidligere vært økende bruk av laboratorium og tidstakst, men dette synes nå å ha flatet ut. Bruken av EKG øker imidlertid fortsatt. Vaktlegene tar stadig oftere kontakt med hjemmesykepleie, noe som kan ha sammenheng med økende utbredelse av elektroniske dialogmeldinger. En skal ellers merke seg at bruken av sykmelding har avtatt jevnt og trutt.

Tabell 14: Hyppighet av noen ulike takster (målt i prosent av antall konsultasjoner) blant identifiserte og uidentifiserte vaktleger

	Identifiserte	Uidentifiserte
Spesialisttakst (2dd, 2dk)	21,3	14,0
Tidstakst (2cd, 2ck)	37,3	40,3
Laboratorium (701a)	39,6	48,6
CRP (705k)	35,0	38,0
Streptest (706k)	3,5	2,2
EKG (707)	6,4	8,6
Kirurgiske prosedyrer (100, 103, 104, 105, 106a, 106b, 111)	11,3	8,9
Kontakt med hjemmesykepleie og lignende (1f)	4,4	9,6
Sykmelding (L1)	4,2	3,9
N	1 139 130	213 079

Tabell 14 viser at takstbruken er forskjellig blant identifiserte og uidentifiserte vaktleger. Det er f.eks. tydelig at spesialister i allmennmedisin er underrepresentert blant de uidentifiserte vaktlegene. Likevel brukte uidentifiserte vaktleger spesialisttakst nesten 30 000 ganger, uten at HELFO har noen mulighet for å kontrollere om denne takstbruken er berettiget.

Det bør vurderes å endre rutineene 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.

Skader på legevakt

Behandling av skader hører til legevaktens kjerneoppgaver. De første legevaktene som ble etablert i Norge, behandlet først og fremst sårskader og brudd (22). I det følgende ser vi nærmere på skader og skadebehandling ved norske legevakter i 2014. Vi har brukt samme kategorisering av ICPC-kodene som Folkehelseinstituttet benyttet i rapporten «Skadebildet i Norge» (23):

Tabell 15: Kategorisering av skader

Skadetyper	ICPC-2 diagnosekoder
Bruddskader	L72, L73, L74, L75, L76
Forstuvning/forstreking/ute av ledd	L77, L78, L79, L80, L81, L96
Hodeskader (ekskl. brudd), hjernerystelse	N79, N80
Øyeskader (inkl. fremmedlegeme)	F75, F76, F79
Penetrasjonsskade stikk/kutt/bitt	S13, S18
Forbrenning/skoldning	S14
Andre overflateskader, inkl. insektsstikk	S12, S15, S16, S17, S19, H78
Forgiftninger	A84, A86
Andre skader	A80, A81, A88, B76, B77, D79, D80, H76, H77, H79, N81, R87, R88, U80, X82, Y80

Det var i overkant av 230 000 legevaktkontakter på grunn av skader i 2014. Den største kategorien var «Penetrasjonsskade stikk/kutt/bitt» som stod for nesten 70 000 kontakter. Nest størst var kategorien «Forstuvning/forstreking/ute av ledd» med 44 000 kontakter. Som det fremgår av tabell 16, skjer det aller meste av skadebehandlingen i konsultasjoner på legevakten. Noen skader blir også håndtert på telefon. Typiske eksempler på dette kan være bagatellmessige forgiftninger, små forbrenninger, insektsstikk o.l.

Tabell 16: Prosentvis fordeling av kontakttyper ved ulike skader

	Konsul- tasjon	Sykebesøk	Telefon- kontakt	Enkel kontakt	Alle (n)
Bruddskader	86,3	3,2	9,7	0,7	22 858
Forstuvning/forstreking/ute av ledd	89,3	1,5	8,5	0,6	44 076
Hodeskader (ekskl. brudd), hjernerystelse	84,0	3,5	12,3	0,2	16 879
Øyeskader (inkl. fremmedlegeme)	94,9	0,4	4,3	0,3	13 071
Penetrasjonsskade stikk/kutt/bitt	88,7	1,1	8,2	2,0	69 028
Forbrenning/skoldning	81,8	1,5	13,1	3,6	7 286
Andre overflateskader, inkl. insektsstikk	82,1	1,2	14,2	2,6	30 636
Forgiftninger	72,2	9,0	18,6	0,2	5 663
Andre skader	80,2	7,0	12,2	0,6	22 429
Alle skader (total)	86,3	2,3	10,1	1,3	231 926

Det er tydelig at menn er mer utsatt for skader enn kvinner (tabell 17). Menn dominerer alle skadekategorier unntatt forgiftninger. Det var størst kjønnsforskjell for kategoriene øyeskader og penetrasjonsskader. Forklaringen er trolig at menn er mer utsatt for slike yrkesskader, samt at gutter og menn gjerne har en mer risikofylt atferd.

Tabell 17: Prosentvis fordeling av skader på kvinner og menn (skadenes andel av alle kontakter)

	Kvinner	Menn
Bruddskader	1,1	1,3
Forstuvning/forstreking/ute av ledd	2,0	2,6
Hodeskader (ekskl. brudd), hjernerystelse	0,8	1,0
Øyeskader (inkl. fremmedlegeme)	0,3	1,1
Penetrasjonsskade stikk/kutt/bitt	2,5	4,7
Forbrenning/skoldning	0,3	0,4
Andre overflateskader, inkl. insektsstikk	1,3	1,8
Forgiftninger	0,3	0,3
Andre skader	0,9	1,4
Alle skader (total)	9,5	14,6
N (antall skader for kvinner og menn)	99 685	132 241

Aldersgruppen 10 – 15 år har høyest andel skader i forhold til totalt antall legevaktkontakter (tabell 18). Denne aldersgruppen er særlig utsatt for brudd, forstuvninger, hodeskader og penetrasjonsskader. Øyeskader hører først og fremst til yrkesaktiv alder, mens forbrenning rammer de aller minste. Forgiftninger er vanligst blant unge voksne.

Tabell 18: Prosentvis fordeling av skader på aldersgrupper (skadenes andel av alle kontakter)

	Aldersgrupper								
	0-1	2-4	5-9	10-15	16-25	26-40	41-60	61-80	81-
Bruddskader	0,1	0,4	1,4	3,2	1,2	0,9	1,2	1,2	1,6
Forstuvning/forstreking/ute av ledd	0,4	1,1	3,0	7,4	3,1	2,1	2,2	1,6	1,3
Hodeskader (ekskl. brudd), hjernerystelse	1,4	1,6	1,8	2,0	1,1	0,5	0,5	0,4	0,6
Øyeskader (inkl. fremmedlegeme)	0,1	0,3	0,6	0,5	0,8	1,1	0,9	0,5	0,1
Penetrasjonsskade stikk/kutt/bitt	1,3	4,4	6,4	5,1	4,2	3,7	3,6	2,6	1,9
Forbrenning/skoldning	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,4	0,3	0,1	0,0
Andre overflateskader, inkl. insektsstikk	0,9	2,2	3,4	2,5	1,5	1,3	1,5	1,4	0,9
Forgiftninger	0,2	0,2	0,1	0,2	0,5	0,4	0,4	0,2	0,1
Andre skader	1,2	2,5	2,0	1,6	1,5	1,0	0,8	0,7	0,6
Alle skader (total)	6,4	13,4	19,3	23,0	14,2	11,5	11,4	8,6	7,1
N (antall skader i hver aldersgruppe)	9 077	16 916	19 728	22 765	41 932	40 912	44 843	25 423	10 330

Geografi spiller liten rolle for hyppigheten av skader. Det er heller ingen vesentlige forskjeller når det gjelder ukedag eller klokkeslett. For de fleste skadetypene spiller heller ikke måned noen rolle, men det er en tendens til noe økt frekvens av penetrasjonsskader og andre overflateskader om sommeren.

Tabell 19 viser hvilke tiltak som gjøres når pasienter konsulterer legevakten på grunn av skader. Det er ikke overraskende at kirurgiske takster brukes mye, f.eks. sutur av sår eller fjerning av fremmedlegemer. Sykmelding brukes relativt sjelden, noe som kan ha sammenheng med at mange av disse pasientene er barn og unge. Bruk av tidstakst skiller seg ikke vesentlig fra andre typer konsultasjoner, men er noe oftere brukt ved penetrasjonsskader og forgiftninger. Laboratoriet har liten plass i skadebehandling, med unntak for forgiftninger, hvor det kan være aktuelt å ta prøver som ledd i utredningen (f.eks. blodsukker).

Tabell 19: Tiltak ved konsultasjoner på grunn av skader (prosent av konsultasjonene)

	Kirurgi	Sykmelding	Tidstakst	Laboratorium	Alle (n)
Bruddskader	14,4	4,9	26,9	3,3	19 736
Forstuvning/forstrekning/ute av ledd	12,2	5,6	21,8	2,4	39 376
Hodeskader (ekskl. brudd), hjernerystelse	9,5	3,7	38,6	5,0	14 173
Øyeskader (inkl. fremmedlegeme)	48,0	2,7	34,7	1,4	12 407
Penetrasjonsskade stikk/kutt/bitt	73,3	2,2	45,4	4,0	61 229
Forbrenning/skoldning	43,9	3,7	33,1	4,5	5 960
Andre overflateskader, inkl. insektsstikk	38,8	1,5	29,1	9,7	25 138
Forgiftninger	5,0	0,7	50,1	18,9	4 086
Andre skader	21,2	2,1	33,2	7,9	17 988
Alle skader (total)	38,1	3,2	34,4	4,9	200 093

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. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2013. Rapport nr. 2-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, 2014.
8. 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>.
9. Morken T, Midtbø V, Zachariassen SM. Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2014. Rapport nr. 4-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2014. <https://bora.uib.no/handle/1956/8352>.
10. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. www.lovdatabank.no/for/sf/ho/xo-20120829-0842.html.
11. Sandvik H, Hunskår S. Hvilke leger mottar trygderefusjon for legevaktarbeid? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1347-50.
12. Sandvik H, Zakariassen E, Hunskår S. Fastlegenes deltakelse i legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2513-6.
13. Sandvik H, Hunskår S, Diaz E. Hvilke fastleger deltar i legevakt? Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 2277-80.
14. ICPC-2 - Den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten. Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren. www.kith.no/templates/kith_WebPage___1186.aspx.
15. Normaltariffen. Den norske legeforening.normaltariffen. <http://legeforeningen.no/Arbeidsliv-og-jus/naringsdrivende/Normaltariffen/>.
16. Analyserapport. Fastleger, legevakt og avtalespesialister. Aktivitetsstatistikk 2009. Oslo: Helseøkonomiforvaltningen, april 2011.
17. Analyserapport. Statistikk over legars takstbruk 2010. Oslo: Helseøkonomiforvaltningen, 2012.
18. St.meld. nr. 43 (1999-2000) Om akuttmedisinsk beredskap.
19. Sundar T. Interkommunal legevakt - sparegris for staten? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1292-3.
20. Standard for kommuneklassifisering 1994. Statistisk sentralbyrå 1994. <https://www.ssb.no/a/metadatabank/conceptvariable/vardok/927/nb>.
21. Eikeland OJ, Raknes G, Tønsaker S, Hunskår S. Vaktårnprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport for 2013. Rapport nr. 3-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse 2014. <https://bora.uib.no/handle/1956/8264>.
22. Steen K, Klemsdal KH. Fra nødhjelpstasjon til moderne legevakt. Fiin gammel 2007; 4: 5.
23. Skadebildet i Norge. Hovedvekt på personskader i sentrale registre. Folkehelseinstituttet, Rapport 2014:2, Oslo. www.fhi.no/dokumenter/8558040d0a.pdf.