

Årsstatistikk for legevakt 2022

Rapport nr. 1-2023

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin



Tittel	Årsstatistikk fra legevakt 2022
Institusjon	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, Bergen
Ansvarlig	Jesper Blinkenberg
Forfatter	Hogne Sandvik, forsker, dr. med. Steinar Hunskår, professor, dr. med. Jesper Blinkenberg, leder ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, PhD
ISBN	978-82-8408-273-8 (pdf)
ISSN	1891-3474
Rapport	Nr. 1 - 2023
Tilgjengelighet	Pdf-versjon
Prosjekttittel	Årsstatistikk - regningskort fra legevakt
Antall sider	43
Publiseringsmåned	Mars 2023
Oppdragsgiver	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
Sitering	Sandvik H, Hunskår S, Blinkenberg J. Årsstatistikk fra legevakt 2022. Rapport nr. 1-2023. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, 2023.
Sitering engelsk	Sandvik H, Hunskår S, Blinkenberg J. Statistics from out-of-hours primary health care 2022. Report no. 1-2023. Bergen: National Centre for Emergency Primary Health Care, NORCE Norwegian Research Centre, 2023.

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

Nettadresse	legevaktmedisin.no
Epost	legevaktmedisin@norceresearch.no
Telefon	+47 5610 7288
Besøksadresse	Årstadveien 17, 5009 Bergen
Postadresse	Postboks 22 Nygårdstangen
Postnummer:	5838
Poststed	Bergen

Forord

Dette er femtende rapport om aktiviteten på legevakt i Norge. Tidligere rapporter omfatter årene fra 2006 til 2021, mens denne inneholder data fra 2022. Det er behov for presise data fra aktiviteten på legevakt, og regningskortene er et godt grunnlag for dette.

Mange data fra legevakt vil være relativt uendret fra det ene året til det andre, andre kan være 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 også tatt med tidligere år.

Noen år kan det være aktuelt å gå særlig grundig inn i enkelte analyser, for eksempel bruk av spesielle takster eller diagnosekoder. Denne gang har vi sett nærmere på hvilke leger som har utført legevaktarbeid i 2022.

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

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

Innhold

Forord	4
Innhold	5
Sammendrag	6
Innledning	9
Legevakt	9
ICPC	9
Takstsystem	10
Materialet	10
Kontakter	12
Diagnoser	19
Takster	27
Hvilke leger utfører legevaktarbeidet?	28
Andel av fastlegene som deltar i legevakt	39
Referanser	40

Sammendrag

Denne rapporten er basert på elektroniske refusjonskrav fra legevakt i årene 2006 til 2022. 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 2022 over 2,6 millioner pasientkontakter med refusjonskrav, 34 % mindre enn i 2021 og 24 % mer enn i 2019. Konsultasjoner utgjorde 49,4 % av kontaktene, sykebesøk 3,3 %. Telefonkontakter utgjorde 36,3 % og enkle kontakter 10,9 %. Antall konsultasjoner er relativt stabilt, mens antall telefonkontakter har vist en økende tendens over flere år, trolig fordi telefonkontakt med sykepleier oftere resulterer i regningskort enn tidligere. I forbindelse med pandemien var det en dobling av antall telefonkontakter, og en mangedobling av antall enkle kontakter. I andre halvdel av 2022 har kontaktfrekvensen ligget på prepandemisk nivå.

Antall sykebesøk har vist en nedadgående tendens over mange år. Ved årtusenskiftet ble det beregnet at det ble utført ca. 357 000 sykebesøk på legevakt. Lavest antall ble registrert i 2015 med 63 192 sykebesøk. Siden har antallet gått litt oppover igjen. I 2022 var det 87 829 sykebesøk fra legevakt. Sykebesøk er en kontaktform som nesten utelukkende forbeholdes eldre pasienter. Sykebesøk i små utkantkommuner utgjør en noe større andel av kontaktene enn i større kommuner.

Vanligvis er det slik at 40 % av legevaktkontaktene skjer i helgene, 60 % på de fem ukedagene, men i forbindelse med pandemien har det vært en jevnere fordeling av kontakter på alle ukedagene.

Diagnosefordelingen er gjennomgående stabil fra det ene året til det andre, men bruken av allmenne og uspesifikke diagnoser (f.eks. «helseproblem/sykdom») har vært stadig økende. I 2006 var 13,1 % av kontaktene kodet med slike diagnoser, i 2022 var andelen 35,5 %. Ved telefonkontakter var hele 71,3 % av alle diagnosene uspesifikke i 2022. Økende bruk av uspesifikke diagnoser svekker mulighetene til å fremskaffe nyttig og pålitelig statistikk over sykdomsutbredelsen blant pasienter i primærhelsetjenesten. Fra og med 2022 vil vi i større grad bruke antall konsultasjoner som analyseenhet i stedet for det totale antall kontakter. En bør vurdere å innskjerpe overfor legevaktene at man skal tilstrebe korrekt bruk av diagnosekoder og avstå fra automatisk generering av regningskort.

I konsultasjoner, hvor det alltid er legen som setter diagnosen, er diagnosefordelingen mer stabil og med bare 14,5 % uspesifikke diagnoser. Her er sykdom i åndedretsorganene og muskel- og skjelettlidelser de vanligste diagnosene. De hyppigste enkeltdiagnosene i 2022 var akutt øvre luftveisinfeksjon (R74), abdominalsmerte (D01), åpent sår/kutt (S18) og cystitt/urinveisinfeksjon (U71).

Diagnosefordelingen gjennom 2022 har vært mindre preget av pandemien enn 2021. Kontakter på grunn av luftveislidelser har gått ned fra 47,1 % av alle kontaktene til 23,9 %. Fortsatt er likevel de fleste enkle kontakter (79,0 %) kodet med luftveislidelser (testing for covid-19).

Antall skader som er behandlet ved norske legevakter har lenge vist stor grad av stabilitet, og har ligget på ca. 200 000 konsultasjoner per år. I forbindelse med pandemien ble det observert en nedgang, noe som til å begynne med ble satt i forbindelse med nedstenging i utelivsbransjen. Nedgangen i antall skader har imidlertid fortsatt inn i 2022 da det var 168 521 konsultasjoner på grunn av ulike skader. Hodeskader har imidlertid vist en jevn økning over tid, fra 5,4 % av alle skadene i 2006 til 10,3 % i 2022.

Det har lenge vært en økende bruk av laboratorieundersøkelser på legevakt. Den viktigste enkeltanalysen er CRP, som ble brukt i 41,7 % av konsultasjonene. Det har også vært en økende bruk av tidstaksten, som i 2022 ble brukt i 43,3 % av konsultasjonene. Dette er likevel litt mindre enn i pandemiårene. Bruken av sykmeldinger var høyest i 2007 med 7,4 % av konsultasjonene. I 2022 resulterte 2,9 % av konsultasjonene i sykmelding.

Deltakelse i legevakt er obligatorisk for fastleger, men i virkeligheten ivaretas mange av legevaktene av andre leger, som heltidsansatte vaktleger, LIS1-leger (turnusleger), nyutdannede LIS0-leger, sykehusleger og stipendiater.

I 2022 var det 3 915 fastleger og 2 450 andre leger som utførte legevaktarbeid. Gjennomsnittsalderen for fastlegene var 41,3 år og for andre vaktleger 35,0 år. Blant fastleger i vakt var det 53,8 % menn, blant andre vaktleger 43,5 %.

I 2022 ble 59,3 % av alle legevaktkonsultasjoner utført av fastleger. Denne andelen har vært nokså stabil de senere årene. Spesialister i allmenntmedisin utførte 29,6 % og kvinnelige leger 35,6 % av konsultasjonene. Ca. 70 % av alt vaktarbeidet ble utført av leger i aldersgruppen 30 – 50 år. Fastleger i store og sentrale kommuner utfører en mindre andel av legevaktarbeidet enn fastleger i små utkantkommuner.

Fastlegene utfører det meste av vaktarbeidet om kvelden, mens andre vaktleger står for like mye arbeid som fastlegene om natten. Fastlegene tar også en forholdsvis større andel av arbeidet i helgene.

I gjennomsnitt har vaktlegene 205 legevaktkonsultasjoner per år. Mannlige leger har betydelig flere konsultasjoner enn kvinner og antall konsultasjoner øker også med legenes alder. Vaktleger i store og sentrale kommuner har flere konsultasjoner enn vaktleger i mindre utkantkommuner.

En tredjedel av alle fastleger som hadde legevakt, hadde ingen konsultasjoner om natten. Dette kan skyldes at de har fritak fra nattevakter eller at de har byttet vekk disse vaktene. Dette var vanligst i store og sentrale kommuner hvor over 50 % ikke hadde hatt konsultasjoner om natten. Ellers var dette vanligere blant kvinnelige og eldre fastleger.

Med utgangspunkt i de månedlige basistilskudd-rapportene har vi forsøkt å anslå hvor stor andel av fastlegene som deltar i legevakt. Det var 6 085 leger som hadde mottatt basistilskudd minst en måned i løpet av året og 3 915 (64 %) fastleger som hadde minst en legevaktkonsultasjon i løpet av året.

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 14 rapporter basert på refusjonskrav fra legevakt i årene 2006 - 2021 (2-15), og viderefører nå statistikken med data fra 2022.

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 (16).

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 2022 var det 168 legevakter i Norge, 83 interkommunale og 85 kommunale (17). Under normale omstendigheter skjer det meste av legevaktarbeidet utenom ordinær arbeidstid. Vanligvis vil fastlegene ta hånd om det meste av øyeblikkelig hjelp i arbeidstiden. Noen kommuner har også organisert en egen stasjonær daglegevakt. I forbindelse med pandemien ble det opprettet feber- og luftveisklinikker som fungerte som daglegevakter og tok unna mange konsultasjoner som ellers ville ha skjedd hos fastlegen.

Deltakelse i legevakt er obligatorisk for fastleger (18). Det gis rett til fritak under visse forutsetninger, men undersøkelser har vist at flere enn de som har formelt fritak, har meldt seg ut av legevakttjenesten (19-21). En stor del av legevaktene ivaretas av andre leger, som heltidsansatte vaktleger, LIS1-leger (turnusleger), nyutdannede LIS0-leger, 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 legeregningkort 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 (22).

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.

I forbindelse med pandemien ble det i 2020 introdusert to nye ICPC-koder: R991 (mistenkt covid-19) og R992 (bekreftet covid-19). Frem til 4. mai 2020 ble R991 brukt for både mistenkt og bekreftet covid-19.

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 (23).

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 allmenmedisin, doktorgrad).

Materialet

Materialet til denne rapporten består av data fra regningskort som har blitt levert av legevaktleger i 2022. Variablene er pasientens kjønn og alder, kontakttidspunkt, diagnoser og takster. Disse dataene er koplet med følgende opplysninger om legene: alder, kjønn, praksiskommune og hvorvidt de er fastleger eller ikke. Fram til 2015 ble legen definert som «fastlege» dersom han stod i Fastlegeregisteret. Dette medførte at vikarer ofte ikke ble registrert som fastleger. Fra 2016 er dette endret slik at «fastlege» er en lege som i løpet av samme år har sendt fastlegeregninger til Helfo.

Materialet omfatter alle elektroniske regningskort. Papirbaserte refusjonskrav og refusjon som utbetales til pasienten hvis legen ikke har avtale om direkte oppgjør, er ikke med i materialet, men dette er svært få, har utgjort mindre enn 1 % siden 2010 (24, 25). Konsultasjoner og sykebesøk til pasienter på sykehjem eller i fengsel honoreres på annen måte og er ikke med i dette materialet. Disse kontaktene er nok i stor grad sykebesøk, men vi har ingen oversikt over hvor mange det dreier seg om.

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

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

Kontakter

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

	Takstkoder	2006	2014	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Konsultasjoner	2ad, 2ak, 2fk, 2ae, 2aek, 2af	76,2 1 238 791	69,1 1 352 209	65,7 1 332 024	63,8 1 321 039	62,3 1 341 415	37,0 1 251 333	32,1 1 283 786	49,4 1 307 558
Sykebesøk	11ad, 11ak	5,7 92 543	3,3 65 202	3,3 66 977	3,4 70 829	3,5 75 980	2,6 87 694	2,1 85 287	3,3 87 829
Telefonkontakter	1bd, 1bk, 1be, 1g	17,1 278 650	25,2 493 177	28,6 580 808	30,5 631 214	31,8 684 773	36,8 1 243 516	34,7 1 385 637	36,3 960 042
Enkle kontakter	1ad, 1ak, 1h, 1i	1,0 16 660	2,3 45 272	2,4 48 631	2,3 48 476	2,4 52 419	23,6 799 147	31,1 1 244 203	10,9 289 245
N		1 626 644	1 955 860	2 028 440	2 071 558	2 154 597	3 381 690	3 998 913	2 644 674

Antall konsultasjoner har vært ganske stabilt siden 2006. Tatt i betraktning at befolkningstallet økte med ca. 15 % i samme periode, har i realiteten konsultasjonsraten (per innbygger) gått ned.

Antall telefonkontakter har økt betydelig, trolig fordi registreringen av telefonkontakter har blitt mer fullstendig de senere årene, i den forstand at det oftere blir sendt regningskort til Helfo. Vaktårnprosjektet, som registrerer faktiske telefonkontakter ved syv utvalgte legevakter, finner relativt stabile rater for telefonkontakt (26).

I pandemiperioden ble kontaktmønsteret helt annerledes, antall kontakter nesten doblet. Det var litt færre konsultasjoner, men betydelig flere telefon- og enkle kontakter. Mange av disse kontaktene var åpenbart på grunn av covid-19-testing. Fra 2022 begynner kontaktmønsteret å nærme seg prepandemisk nivå.

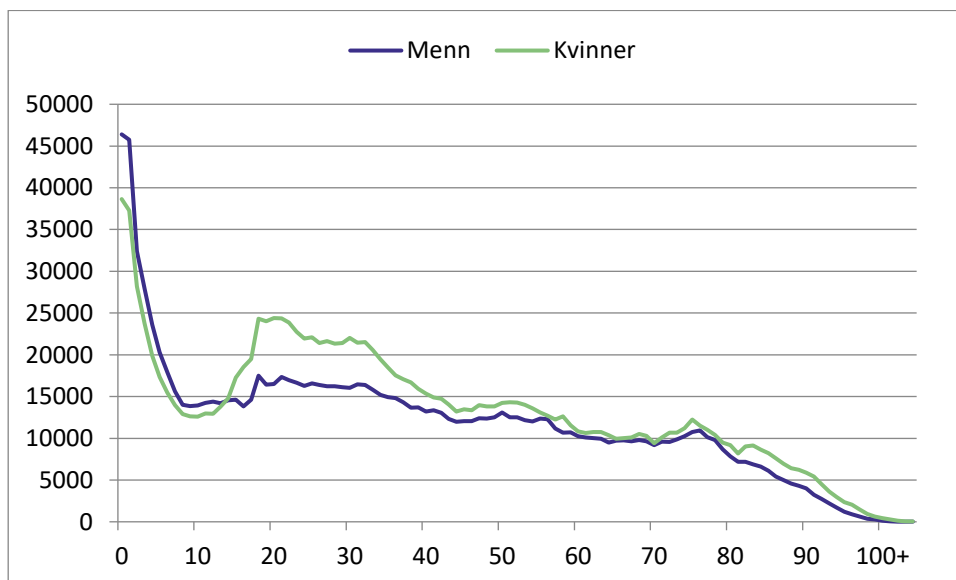
Antall sykebesøk gikk nedover i mange år. Ifølge takstbrukundersøkelsene til NAV var det i 1995 ca. 685 000 sykebesøk på legevakt (27), ved årtusenskiftet var det ca. 357 000, og fem år senere ca. 141 000 (16). Lavest antall (63 192) ble registrert i 2015. Utviklingen har blitt satt i sammenheng med utbyggingen av interkommunale, stasjonære legevakter (28).

Senere års tall viser at antall sykebesøk igjen øker. I 2022 var det 87 829 sykebesøk på legevakt. Dette kan ha sammenheng med ny akuttmedisinforordning og at flere legevakter

har fått en mer offensiv holdning til sykebesøk og utrykninger, samt ordninger med egne legevaktbiler (29). Sykebesøk er en kontaktform som stort sett er forbeholdt eldre, skrøpelige pasienter. I pandemien har det vært viktig å skåne disse for smitterisiko ved oppmøte på legevakten.

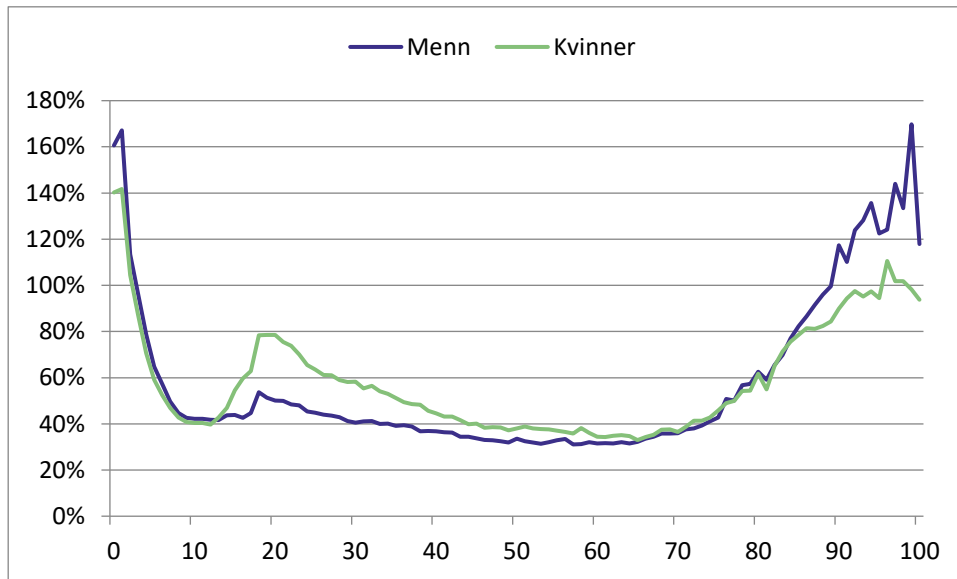
Figur 1 viser et velkjent mønster for befolkningens kontakter med primærhelsetjenesten. Bortsett fra de minste barna, er det i alle aldersgrupper flere kvinner enn menn som konsulterer legevakt. Det er ellers en topp i antall kontakter omkring 20 år. Dette skyldes nok i stor grad studenter som har flyttet 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. I pandemiårene var dessuten ekstra mange unge voksne i kontakt med legevakten på grunn av mer utbredt covid-19-testing i denne aldersgruppen.

Figur 1: Antall kontakter for menn og kvinner etter alder (2022)

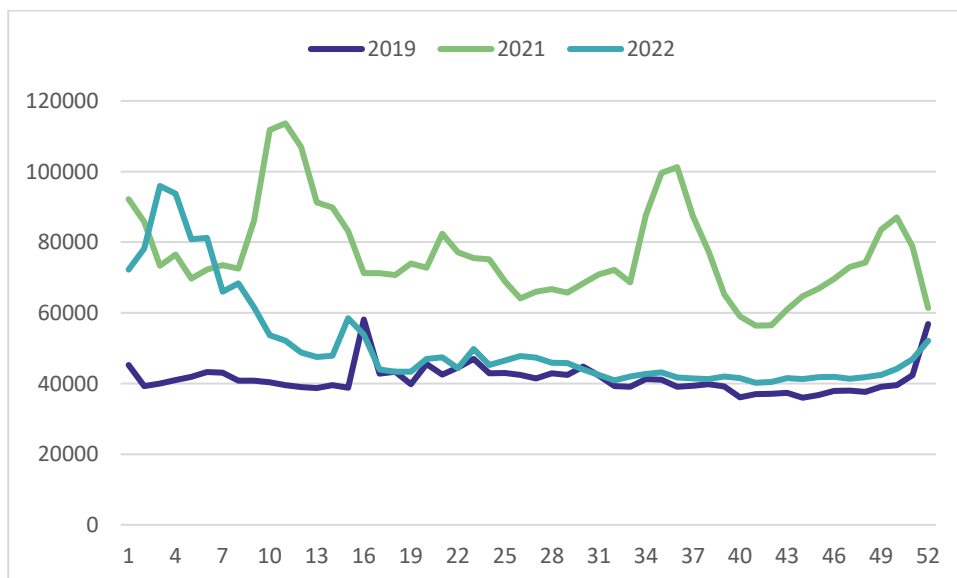


Mønsteret blir noe annerledes om vi ser på hvor stor andel av befolkningen som bruker legevakten (kontaktraten). Figur 2 viser at små barn og de eldste bruker legevaktene mye, men vi har fortsatt en mindre «pandemitopp» omkring 20-årsalderen. Vi finner igjen at unge og voksne kvinner er overrepresentert, men blant de eldste er mennene overrepresentert. Kontaktratene blir noe overestimert da legevaktkontakter også omfatter turister og andre som ikke er registrert bosatt i Norge.

Figur 2: Bruk av legevakt (kontakter) per innbygger, fordelt på kjønn og alder (2022)

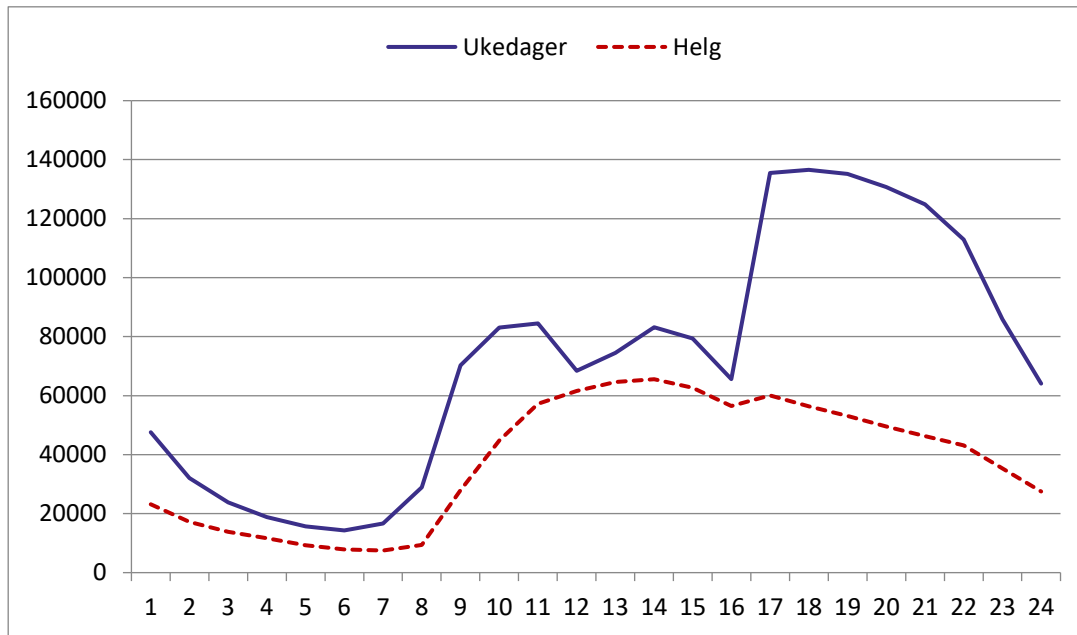


Figur 3: Antall kontakter per uke (2019, 2021 og 2022)



Kontaktfrekvensen varierer noe gjennom året. Vanligvis er det størst aktivitet i påske- og juleferien, som i 2019 (fig 3 foregående side). 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. I 2021 var dette mønsteret annerledes og preget av smittetopper og testaktivitet. Fra andre halvår 2022 ser det ut til at kontaktfrekvensen er tilbake på prepandemisk nivå.

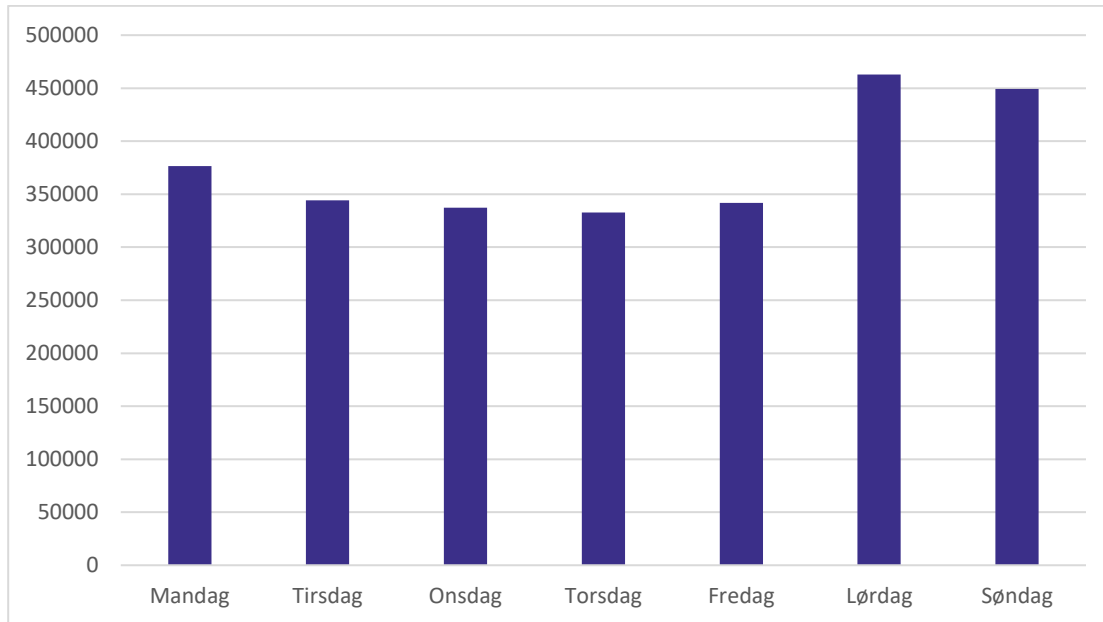
Figur 4: Antall kontakter per klokke (2022)



På ukedagene er kontaktfrekvensen på legevakt høyest om kvelden, med et tydelig hopp i antall kontakter ved arbeidstidens slutt, når fastlegekontorene stenger. I helgene skjer alle slike henvendelser til legevakt, og da er kontaktfrekvensen høyest på dagtid. Sammenlignet med årene før pandemien er det fortsatt noe høyere dagaktivitet på ukedagene, men forskjellen er mindre enn den var i 2021 (fig 4).

Kontaktene i løpet av en uke fordeler seg vanligvis med knapt 20 % på lørdag og søndag og ca. 12 % på resten av ukedagene. I pandemiårene var fordelingen jevnere mellom helg og ukedag, men i 2022 ser det ut til at man igjen vender tilbake til det vanlige mønsteret (fig 5).

Figur 5: Antall kontakter per ukedag (2022)



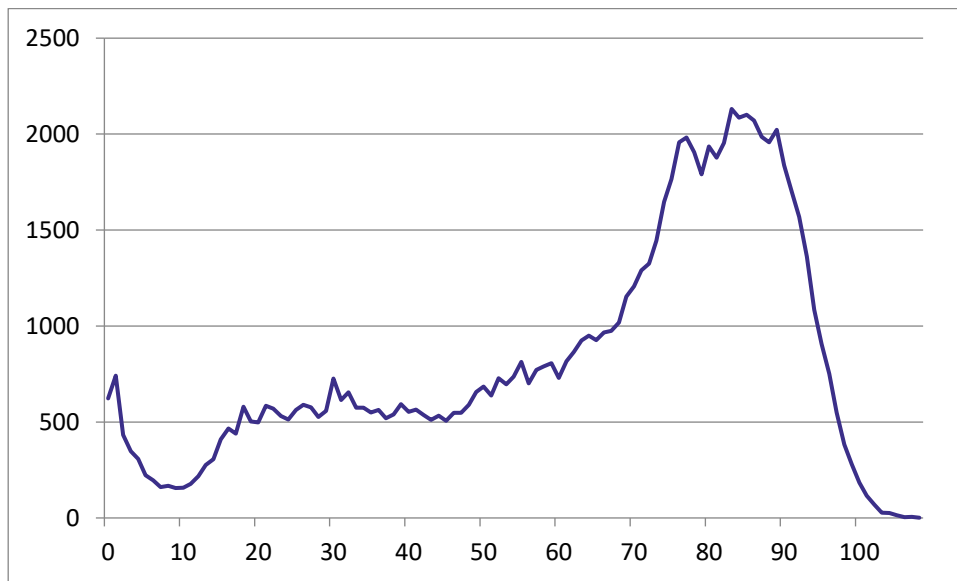
Tabell 2: Prosentvis fordeling av ulike kontakttyper etter geografi (legens praksiskommune, 2022)

Praksiskommune	N	Konsultasjon	Sykebesøk	Telefonkon-	Enkle
		sjoner		takter	kontakter
Innb > 50 000	1 414 238	44,7	3,2	40,0	12,1
Innb 10 001 – 50 000	978 968	53,4	2,6	33,6	10,4
Innb 5 001 – 10 000	146 830	61,6	4,1	27,7	6,5
Innb 2 001 – 5 000	77 566	63,1	9,1	22,6	5,1
Innb < 2 001	26 800	49,4	15,5	28,3	6,8
Sentral*	1 244 364	46,5	3,7	41,1	8,7
Noe sentral	1 168 023	50,1	2,1	33,3	14,6
Lite sentral	232 015	62,0	7,4	25,9	4,8

*Fra og med 2020 har vi brukt vi SSBs nye sentralitetsindeks, oppdatert etter kommunereformen av 2020. Den er ikke direkte sammenlignbar med den indeksen som er brukt i tidligere rapporter. Sentralitet beskriver en kommunes geografiske beliggenhet i forhold til et senter hvor det finnes funksjoner av høy orden (sentrale funksjoner). SSB opererer med seks nivåer av sentralitet. Vi har her slått sammen to og to nivåer (30).

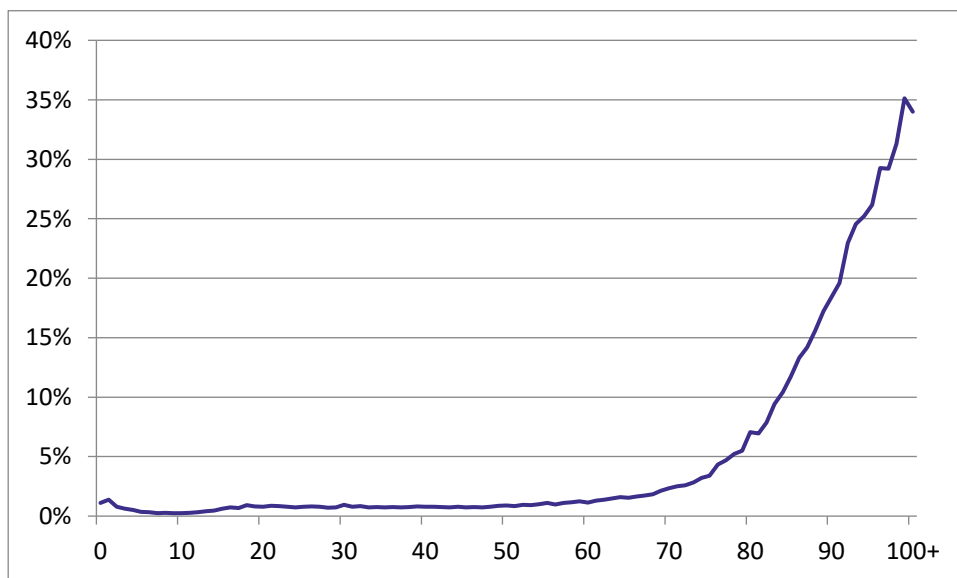
Selv om de absolutte tallene er små, er det tydelig at legevakten i små og perifere kommuner oftere bruker sykebesøk enn i større og mer sentrale kommuner. Dette kan ha sammenheng med at antall henvendelser per lege er lavere i perifere strøk og at vaktlegen derfor har mer tid til disposisjon for å reise i sykebesøk.

Figur 6: Antall sykebesøk etter alder (2022)



Figur 6 viser at sykebesøk er en kontaktform som stort sett forbeholdes eldre pasienter. Dette blir enda tydeligere om vi analyserer sykebesøksraten i befolkningen (fig 7). Blant de eldste innbyggerne er kontaktraten i form av sykebesøk omkring 30 %. Legevaktbesøk til sykehjem er ikke med i dette materialet da dette honoreres på annen måte. Det reelle antall sykebesøk til de aller eldste vil derfor være enda høyere enn hva som fremkommer her.

Figur 7: Befolkningens bruk av sykebesøk (kontaktrate) etter alder (2022)



Diagnoser

Ulike kontakttyper har ulik diagnosefordeling (tab 3). Det store antallet enkle kontakter er ikke typisk for ordinært legevaktarbeid og er preget av pandemien. De fleste enkle kontakter gjelder luftveisdiagnoser, med 37,4 % diagnosekode R991 (mistenkt covid-19) og 37,1 % R33 (prøve fra luftveiene). Telefonkontakter får oftest allmenne og uspesifiserte diagnoser. I 2022 fikk hele 71,3 % av alle telefonkontaktene en slik diagnosekode.

Tabell 3: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kontakttype (2022)

ICPC hovedgruppe	Alle kontakter	Konsultasjon	Sykebesøk	Telefonkontakt	Enkel kontakt
A: allment	35,5	14,5	27,3	71,3	13,8
B: blod	0,2	0,3	0,4	0,1	0,1
D: fordøyelse	6,7	10,9	7,2	2,7	0,7
F: øye	2,3	4,2	0,4	0,6	0,3
H: øre	1,4	2,4	0,4	0,6	0,1
K: hjerte/kar	2,2	3,4	7,2	0,7	0,4
L: muskel/skjelett	4,4	16,0	8,5	3,2	0,8
N: nevrologi	3,0	4,7	6,9	1,1	0,3
P: psykiatri	3,8	4,9	14,4	1,7	2,2
R: respirasjon	23,9	19,3	15,7	14,2	79,0
S: hud	5,9	10,1	3,3	1,7	1,2
T: metabolsk	0,7	0,8	1,8	0,4	0,3
U: urin	3,3	5,6	5,1	0,9	0,5
W: svangerskap	0,5	0,8	0,3	0,2	0,1
X: kv. kjønnsorgan	0,5	0,7	0,2	0,2	0,1
Y: m. kjønnsorgan	0,4	0,8	0,4	0,1	0,0
Z: sosialt	0,3	0,5	0,5	0,1	0,1
Sum kontakter	2 644 674	1 307 558	87 829	960 042	289 245

Regningskort for konsultasjoner lages bare av leger, mens regningskort for telefonkontakter og enkle kontakter i stor grad lages av sykepleiere. Om vi ser på de hyppigst brukte enkeltdiagnosene for alle legevaktkontakter (tabell 4, neste side), er det en kraftig økning i bruk av uspesifikke diagnoser over tid, f.eks. A99 (helseproblem/sykdom).

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

Diagnoser	2006	2014	2017	2018	2019	2020	2021	2022
A99: helseproblem/sykdom	0,8	9,0	16,1	17,0	17,8	18,3	14,6	17,9
R991: mistenkt covid-19						23,2	22,3	6,7
A29: gen. symptomer/plager	1,7	1,1	1,6	2,4	3,9	4,3	3,8	5,5
R33: prøve fra luftveiene						4,5	15,9	4,4
R74: akutt øvre luftveisinfeksjon	5,1	4,1	4,2	3,9	3,8	1,8	1,7	2,9
D01: abdominalsmerter	2,9	3,5	3,1	3,1	3,1	1,9	1,6	2,7
A97: administrativ kontakt	0,3	2,3	2,9	2,9	2,9	2,1	1,5	2,6
R992: bekreftet covid-19						0,3	1,5	2,6
S18: åpent sår/kutt	3,6	3,0	2,8	2,7	2,5	1,6	1,3	1,9
U71: cystitt/urinveisinfeksjon	3,2	3,5	2,8	2,7	2,6	1,4	1,2	1,9
R27: engstelig sykd. i luftveiene						4,8	2,0	0,6
Sum kontakter	1 626 644	1 955 860	2 028 440	2 071 558	2 154 597	3 381 690	3 998 913	2 644 674

Enda tydeligere blir dette om vi ser bare på telefonkontakter (tabell 5, neste side). Økningen i antall telefonkontakter har vært sterk over flere år, men det er grunn til å tro at dette har sammenheng med økende rapportering. Trolig har det tidligere vært en underrapportering av telefonkontakter med sykepleier, i den forstand at det ikke har blitt sendt regning for disse kontaktene.

Det er mulig at sykepleiere ved enkelte legevakter, kanskje særlig de som sender regninger på kommunens organisasjonsnummer, oftere sender regningskort for telefonkontakter. Det er også mulig at det brukes makrofunksjoner, som lager standardiserte regningskort med en legevaktsjef som utførende lege. I 2022 var det 19 leger som var registrert med mer enn 10 000 telefonkontakter, 77 leger hadde mer enn 1 000 telefonkontakter. Høyeste antall var 132 697 telefonkontakter registrert på en og samme lege.

Vaktårnprosjektet, som registrerer faktiske telefonkontakter ved syv utvalgte legevakter, finner relativt stabile rater for telefonkontakt (31). Ved denne registreringen er også diagnosene mer spesifikke, med knapt 20 % A-diagnoser (32).

Dersom denne tendensen med økende bruk av uspesifikke diagnoser fortsetter, vil det etter hvert svekke grunnlaget for statistikk basert på innrapporterte ICPC-diagnoser. En bør vurdere å innskjerpe overfor legevaktene at man skal tilstrebe korrekt bruk av diagnosekoder og avstå fra automatisk generering av regningskort med standardiserte diagnosekoder (33).

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

Diagnoser	2006	2014	2017	2018	2019	2020	2021	2022
A99: helseproblem/sykdom	2,1	28,5	49,6	49,8	49,4	40,8	37,6	43,8
A29: gen. symptomer/plager	8,0	3,0	4,9	7,5	11,6	10,8	10,3	14,8
R991: mistenkt covid-19						17,7	19,0	5,8
A97: administrativ kontakt	1,0	7,1	8,5	8,3	8,1	5,1	3,8	5,5
R992: bekreftet covid-19						0,3	2,8	4,1
A13: engstelig for behandling	1,9	2,5	2,8	2,9	2,3	1,2	1,0	1,6
A98: individforebyggende tiltak	0,2	0,5	3,0	2,2	1,9	2,2	2,1	1,4
A03: feber	3,7	2,2	1,2	1,3	1,3	0,7	0,7	1,4
D01: abdominalsmerter	2,7	2,2	1,2	1,1	1,1	0,7	0,6	0,9
R27: engstelig sykd. i luftveiene						4,6	5,0	0,8
R33: prøve fra luftveiene						0,5	1,8	0,8
R74: akutt øvre luftveisinfeksjon	1,8	1,1	0,7	0,6	0,6	1,0	0,5	0,6
A23: risiko for sykdom						0,4	1,8	0,2
Sum kontakter	278 650	493 177	580 808	631 214	684 773	1 243 516	1 385 637	960 042

Tabell 6 viser at fordelingen på diagnosegrupper ved legevakt*konsultasjoner* er noenlunde stabil fra det ene året til det andre, men også her har det vært en viss trend i retning av økende bruk av uspesifikke diagnoser (ICPC hovedgruppe A).

Tabell 6: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter år

ICPC hovedgruppe	2006	2014	2017	2018	2019	2020	2021	2022
A: allment	9,3	12,8	12,6	12,8	13,4	14,6	14,8	14,5
B: blod	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
D: fordøyelse	9,6	10,7	10,8	10,8	10,8	9,8	9,9	10,9
F: øye	5,3	4,7	4,6	4,4	4,5	3,7	3,8	4,2
H: øre	3,8	3,1	2,6	2,6	2,5	1,8	2,1	2,4
K: hjerte/kar	3,3	3,4	3,5	3,5	3,5	3,2	3,4	3,4
L: muskel/skjelett	15,7	16,4	17,0	17,0	17,0	14,8	16,0	16,0
N: nevrologi	3,4	4,0	4,3	4,5	4,5	4,1	4,4	4,7
P: psykiatri	3,5	4,1	4,5	4,8	5,0	4,8	4,7	4,9
R: respirasjon	24,0	18,7	18,7	17,8	17,4	23,4	21,3	19,3
S: hud	12,8	11,7	11,5	11,8	11,6	10,7	10,6	10,1
T: metabolsk	0,6	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	0,8
U: urin	5,3	6,2	5,8	5,9	5,9	5,5	5,4	5,6
W: svangerskap	1,2	1,1	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9	0,8
X: kv. kjønnsorgan	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7
Y: m. kjønnsorgan	0,7	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8
Z: sosialt	0,2	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5
Sum konsultasjoner	1 238 791	1 352 209	1 332 024	1 321 039	1 341 415	1 251 333	1 283 786	1 307 558

Tabell 7 viser at fordelingen av enkeltdiagnoser i konsultasjoner også har vært relativt stabil, men pandemi-diagnoser utgjorde et betydelig innslag i 2020 og 2021. Også her ser vi en tendens til økende bruk av uspesifikke diagnosekoder.

Tabell 7: De hyppigst brukte enkeltdiagnosene ved konsultasjoner (prosent av alle konsultasjoner)

Diagnoser	2006	2014	2017	2018	2019	2020	2021	2022
R74: akutt øvre luftveisinfeksjon	6,1	5,5	6,1	5,8	5,7	3,7	4,6	5,4
D01: abdominalsmerter	3,0	4,1	4,1	4,1	4,3	4,1	4,2	4,6
S18: åpent sår/kutt	4,3	4,0	4,0	4,0	3,8	4,0	3,9	3,6
U71: cystitt/urinveisinfeksjon	3,5	4,1	3,7	3,7	3,6	3,2	3,1	3,3
A99: helseproblem/sykdom	0,5	2,1	2,0	2,1	2,3	3,9	3,4	2,7
A11: brystsmerte	0,9	1,7	2,0	1,9	1,9	1,8	2,0	2,1
A03: feber	1,9	1,5	1,2	1,4	1,6	1,4	1,5	1,9
R992: bekreftet covid-19						0,5	1,4	1,8
L81: skade muskel/skjelett	2,0	1,8	1,9	2,0	2,0	1,8	1,8	1,7
R81: lungebetennelse	1,9	1,4	1,6	1,3	1,2	0,6	0,6	1,1
R991: mistenkt covid-19						8,6	5,4	1,0
R27: engstelig sykd. i luftveiene						1,4	0,6	0,1
Sum diagnoser	1 238 791	1 352 209	1 332 024	1 321 039	1 341 415	1 251 333	1 283 786	1 307 558

Det er døgnvariasjoner i bruk av ulike diagnosegrupper (tab 8). Her ser vi at psykiatri og magelidelser er overrepresentert om natten.

Tabell 8: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kontakttidspunkt i løpet av døgnet (2022)

ICPC hovedgruppe	Natt (0-8)	Dag (8-16)	Kveld (16-24)
A: allment	17,1	13,2	14,6
B: blod	0,2	0,3	0,3
D: fordøyelse	16,6	9,2	10,8
F: øye	2,1	5,0	4,2
H: øre	1,1	2,7	2,4
K: hjerte/kar	4,5	3,3	3,3
L: muskel/skjelett	11,1	17,0	16,3
N: nevrologi	5,6	4,2	4,9
P: psykiatri	11,1	3,5	4,5
R: respirasjon	14,9	22,1	18,6
S: hud	7,0	9,7	11,0
T: metabolsk	0,6	1,0	0,8
U: urin	5,0	5,9	5,5
W: svangerskap	0,7	0,8	0,9
X: kv. kjønnsorgan	0,6	0,8	0,7
Y: m. kjønnsorgan	0,7	0,7	0,8
Z: sosialt	1,1	0,5	0,3
Sum konsultasjoner	141 703	415 927	749 928

Diagnosefordelingen fra måned til måned viser overhyppighet av luftveislidelser om vinteren og hudsykdommer om sommeren.

Tabell 9: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter måned (2022)

ICPC hovedgruppe	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
A: allment	14,6	14,3	14,2	13,6	13,9	14,1	14,4	14,1	14,5	15,1	15,3	15,8
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	12,0	11,5	11,1	10,6	10,9	10,2	10,4	11,1	10,9	11,1	11,4	10,1
F: øye	3,8	3,5	3,9	4,3	4,9	4,9	4,7	4,2	4,4	4,4	4,1	3,1
H: øre	1,6	1,7	2,0	2,5	2,5	2,5	2,8	2,5	2,4	2,4	2,5	2,7
K: hjerte/kar	3,7	3,7	3,5	3,3	3,4	3,2	3,3	3,5	3,4	3,5	3,5	3,2
L: muskel/skjelett	16,3	16,3	16,9	15,7	16,4	16,6	15,7	17,7	17,1	15,7	14,8	12,8
N: nevrologi	4,9	5,0	4,8	4,2	4,7	4,5	4,3	4,9	5,1	5,1	5,1	4,4
P: psykiatri	5,0	4,8	4,8	4,5	4,9	4,8	4,9	5,3	5,2	5,5	5,3	4,4
R: respirasjon	19,4	22,2	21,1	22,5	19,0	17,9	16,3	13,3	16,1	17,2	19,4	27,1
S: hud	8,9	8,3	8,9	9,5	10,1	12,1	13,1	13,2	10,9	9,8	8,9	7,7
T: metabolsk	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	0,9	0,8
U: urin	5,6	5,0	5,0	5,5	5,3	5,3	6,1	6,1	6,0	6,0	5,6	5,3
W: svangerskap	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8	0,7
X: kv.kjønnsorgan	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,6
Y: m.kjønnsorgan	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,9	0,9	0,7
Z: sosialt	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4
Sum konsultasjoner	98 375	94 493	106 467	122 924	115 838	113 386	115 874	107 232	104 201	108 902	103 866	116 000

Tabell 10 viser diagnosespekteret for menn og kvinner. Bortsett fra de kjønns spesifikke diagnosene, har kvinner hyppigere sykdommer i urinveier og mage, menn oftere hudlidelser. De dominerende enkelt diagnosene er henholdsvis urinveisinfeksjon (U71), abdominalsmerter (D01) og åpent sår/kutt (S18).

Tabell 10: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kjønn (2022)

ICPC hovedgruppe	Kvinner	Menn
A: allment	14,0	15,0
B: blod	0,3	0,3
D: fordøyelse	12,1	9,7
F: øye	3,6	4,9
H: øre	2,3	2,4
K: hjerte/kar	3,4	3,5
L: muskel/skjelett	15,3	16,7
N: nevrologi	5,1	4,4
P: psykiatri	4,7	5,2
R: respirasjon	19,6	19,0
S: hud	8,5	11,9
T: metabolsk	0,8	0,9
U: urin	6,9	4,2
W: svangerskap	1,5	-
X: kv. kjønnsorgan	1,4	-
Y: m. kjønnsorgan	-	1,6
Z: sosialt	0,6	0,3
Sum konsultasjoner	682 397	625 161

Ulike aldersgrupper har ulike diagnosespekter (tab 11). Allmenne og uspesifiserte diagnoser benyttes mest på de aller yngste og eldste pasientene. Uspesifikke symptomer og plager hos eldre er ellers omtalt i rapporten «Eldre i den akuttmedisinske kjeden» (34). Luftveislidelser og øresykdommer er mest utbredt blant barn, mens hjerte- og karsykdommer og urinveislidelser øker med alderen. Psykiatriske diagnoser sees oftest hos unge og voksne.

Tabell 11: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter aldersgrupper (2022)

ICPC hovedgruppe	Aldersgrupper								
	0-1	2-4	5-9	10-15	16-25	26-40	41-60	61-80	81-
A: allment	24,0	17,2	14,4	11,5	12,9	12,7	13,4	14,7	17,1
B: blod	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	0,9
D: fordøyelse	9,5	10,9	13,6	9,2	10,5	12,3	10,9	10,5	9,7
F: øye	4,2	5,5	4,0	3,4	3,9	4,8	5,2	3,5	1,6
H: øre	4,4	6,0	5,0	3,3	2,1	2,0	1,7	1,2	0,7
K: hjerte/kar	0,1	0,1	0,2	0,4	1,3	2,4	4,6	7,8	8,2
L: muskel/skjelett	1,9	6,0	13,6	30,0	16,4	16,2	19,6	16,3	15,0
N: nevrologi	3,1	3,6	3,9	4,8	4,6	4,9	5,0	5,1	6,0
P: psykiatri	0,2	0,1	0,4	3,5	8,1	7,4	6,2	3,7	3,3
R: respirasjon	43,2	34,7	25,1	17,2	20,0	16,0	13,6	15,4	15,6
S: hud	6,9	11,2	14,5	12,4	10,2	9,7	10,9	9,5	7,6
T: metabolsk	0,6	0,4	0,3	0,4	0,4	0,6	1,0	1,6	2,0
U: urin	1,0	2,8	3,3	1,8	4,7	4,9	5,9	9,3	11,3
W: svangerskap	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	3,0	0,2	0,1*	0,1*
X: kv. kjønnsorgan	0,1	0,2	0,2	0,4	1,3	1,5	0,6	0,3	0,3
Y: m. kjønnsorgan	0,6	1,3	1,2	1,0	1,0	0,8	0,5	0,5	0,5
Z: sosialt	0,0	0,0	0,0	0,5	1,4	0,7	0,4	0,1	0,0
Sum konsultasjoner	81 117	76 735	68 775	73 299	194 705	253 484	257 325	221 275	80 843

*Feil bruk av diagnosekode W81 (svangerskapsforgiftning) hvor «hypertensjon» har forekommet som synonym i diagnoselisten hos enkelte EPJ-leverandører.

Behandling av skader hører til legevaktens kjerneoppgaver. De første legevaktene som ble etablert i Norge, behandlet først og fremst sårskader og brudd (35). I tabell 12 har vi brukt samme kategorisering av ICPC-kodene som Folkehelseinstituttet benyttet i rapporten «Skadebildet i Norge» (36).

Tabell 12: Prosentvis fordeling av alle skader på legevakt

Skadetyper ICPC-2 diagnosekoder	2006	2014	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Bruddskader L72, L73, L74, L75, L76	10,2	9,9	10,6	9,5	9,0	8,2	8,5	8,8
Forstuvning, forstrekning, ute av ledd L77, L78, L79, L80, L81, L96	22,0	19,7	20,2	19,9	19,8	18,1	18,1	18,7
Hodeskader (ekskl. brudd), hjernerystelse N79, N80	5,4	7,1	7,2	7,6	8,0	7,7	8,7	10,3
Øyeskader (inkl. fremmedlegeme) F75, F76, F79	7,5	6,2	6,3	6,1	6,3	6,7	6,4	6,1
Penetrasjonsskade stikk, kutt, bitt S13, S18	30,8	30,6	30,0	30,2	29,9	33,1	32,4	32,2
Forbrenning, skoldning S14	2,7	3,0	3,1	3,1	3,1	3,2	3,1	2,9
Andre overflateskader, inkl. insektstikk S12, S15, S16, S17, S19, H78	12,5	12,6	10,4	11,8	12,1	11,4	11,2	9,8
Forgiftninger A84, A86	1,5	2,0	2,4	2,1	2,2	2,1	2,1	2,2
Andre skader A80, A81, A88, B76, B77, D79, D80, H76, H77, H79, N81, R87, R88, U80, X82, Y80	7,4	9,0	9,8	9,7	9,6	9,6	9,5	9,0
Sum konsultasjoner	194 146	200 093	200 711	201 291	196 747	170 997	174 811	168 521

Tabell 12 viser at det var en nedgang i antall skader fra 2019 til 2020. En kunne tenke at dette har hatt sammenheng med nedstengning av uteliv i forbindelse med pandemien, men det reduserte skadetallet synes å forbli på et lavere nivå også i 2022. En skal ellers merke seg at andelen hodeskader har vært jevnt økende over tid, med nesten en dobling fra 2006 til 2022. Blant disse pasientene er 53 % menn, aldersfordelingen er den samme som for andre legevaktkontakter, med høyest kontaktrate for barn og gamle.

Takster

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

	2006	2014	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Tidstakst (2cd, 2ck)	32,1	37,7	41,6	42,3	43,6	45,2	46,1	43,3
Laboratorium (701a)	30,3	41,0	45,6	45,9	46,2	149,3	387,4	142,8
CRP (705k)	28,2	35,4	38,3	38,9	39,4	35,4	37,5	41,7
Streptest (706k)	4,3	3,3	3,0	2,8	2,7	2,2	1,8	2,6
EKG (707)	3,9	6,7	7,8	8,1	8,5	7,8	8,4	8,7
Kir. prosedyrer (100, 103, 104, 105, 106a, 106b, 111)	10,5	10,9	11,5	11,8	11,7	11,5	11,0	11,1
Kontakt hjemme- sykepleie o.l. (1f)	3,3	5,2	6,8	7,0	6,9	7,4	6,7	6,4
Sykmelding (L1)	6,9	4,1	3,6	3,5	3,4	2,4	2,3	2,9
N	1 238 791	1 352 209	1 332 024	1 321 039	1 341 415	1 251 333	1 283 786	1 307 558

Det har over tid vært en økende bruk av laboratorium (hovedsakelig CRP), EKG og tidstakst. Vaktlegene har også stadig oftere hatt kontakt med hjemmesykepleie, noe som kan ha sammenheng med økende utbredelse av elektroniske dialogmeldinger. De siste årene har antall slike kontakter flatet ut, noe som kan skyldes at den tekniske muligheten for å bruke dialogmeldinger etter hvert har blitt fullt utbygd.

I utgangspunktet er dette takster som tas i forbindelse med en konsultasjon, og prosentangivelsene kommer frem ved at vi har delt antall takster med antall konsultasjoner. Men disse takstene er ikke nødvendigvis skrevet på samme regningskort som en konsultasjonstakst. For eksempel vil takst 1f alltid være skrevet på et eget regningskort. I pandemien har også laboratorietaksten 701a ofte blitt tatt uten samtidig konsultasjon eller som en enkel kontakt. Dette er bakgrunnen for de høye prosentangivelsene for laboratorietaksten i pandemiperioden. Om en ser bort fra disse, er bruk av laboratorietakst omtrent på prepandemisk nivå (43,2 %).

Hvilke leger utfører legevaktarbeidet?

Deltakelse i legevakt er obligatorisk for fastleger (18), men det gis rett til fritak under visse forutsetninger, f.eks. hvis fastlegen er over 60 år. Det er likevel flere enn de med formelt fritak som har meldt seg ut av legevakttjenesten (19-21). En stor del av legevaktene ivaretas av andre leger, som heltidsansatte vaktleger, LIS1-leger (turnusleger), nyutdannede LIS0-leger, sykehusleger, stipendiater og andre universitetsansatte leger.

Vi kan gjøre detaljerte analyser av vaktlegene, selv om det frem til 2016 har vært et metodologisk problem at andel uidentifiserte vaktleger har vært høyt. Fra 2017 er imidlertid rapporteringen fullstendig.

Frem til 2016 ble fastleger definert som leger registrert i Fastlegeregisteret. Dette medførte at vikarer ofte ikke ble registrert som fastleger. Fra 2016 er definisjonen endret, slik at en fastlege er definert som en lege som i løpet av året har sendt fastlegeregninger til Helfo. Dette gir en mer fullstendig dekning av vikarer, men kan også medføre at fastlegenes vaktarbeid blir noe overestimert. Dette har sammenheng med at noen leger kan ha vikariert i fastlegestilling deler av året, men har utført vaktarbeid i andre perioder, når de ikke er fastleger.

I tabell 14 (neste side) har vi analysert ulike vaktlegers andel av alle konsultasjonene. De senere årene ser vi at fastlegene utfører ca. 60 % av alt vaktarbeidet, spesialister i allmennmedisin knapt 30 %. Kvinnene øker sin andel av vaktarbeidet, men denne andelen er betydelig lavere enn kvinneandelen blant fastlegene. Ifølge basistilskudd-rapporten for desember 2022 var 47,4 % av fastlegene kvinner. Størstedelen av vaktarbeidet (ca. 70 %) utføres av leger i alderen 30 – 50 år.

Tabell 14: Deltakelse i legevakt (legegruppens prosentvise andel av alle konsultasjoner)

Legegruppe	2006	2014	2017*	2018	2019	2020	2021	2022
Fastlege	45,7	45,8	61,2	61,7	61,6	61,2	57,9	59,3
Spesialist allmenntillegger	32,1	24,5	24,6	26,5	27,8	28,8	28,3	29,6
Kvinne	21,6	23,5	30,7	31,0	31,7	34,1	34,4	35,6
Alder < 30	14,1	11,9	12,2	11,9	10,2	10,1	10,4	10,0
Alder 30 – 39	38,5	42,9	45,4	45,7	46,0	43,9	44,2	45,2
Alder 40 – 49	26,9	23,7	24,4	24,0	24,1	27,9	27,4	24,3
Alder 50 – 59	17,8	14,9	12,5	13,0	13,5	11,9	11,5	13,1
Alder 60 –	2,7	6,5	5,5	5,5	6,3	6,2	6,5	7,4
Uidentifisert lege	4,9	15,8	-	-	-	-	-	-
Sum konsultasjoner	1 238 791	1 352 209	1 332 024	1 321 039	1 341 415	1 251 333	1 283 786	1 307 558

*Definisjonen av fastlege er utvidet fra 2016, jfr. tekst over

Tabellen under viser at fastleger i sentrale og større kommuner utfører en mindre andel av legevaktarbeidet enn fastleger i mindre utkantkommuner.

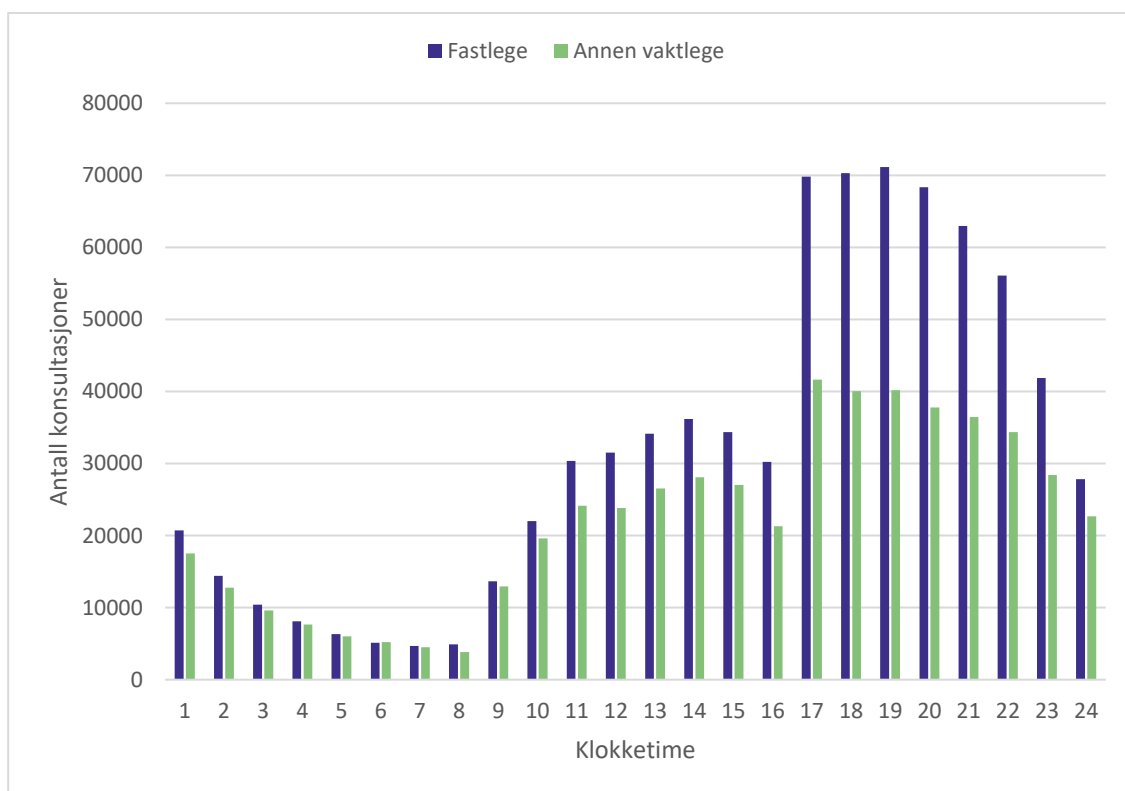
Tabell 15: Fastlegenes deltakelse i legevakt (prosentvis andel av alle konsultasjoner) etter kommunens størrelse og sentralitet

Legegruppe	2017	2018	2019	2020*	2021	2022
Innb > 50 000	52,9	54,3	54,6	54,3	49,4	51,8
Innb 10 001 – 50 000	64,1	64,6	64,6	66,2	64,6	63,9
Innb 5 001 – 10 000	69,6	70,6	69,1	76,8	74,0	76,5
Innb 2 001 – 5 000	71,2	67,4	66,3	70,4	71,2	70,4
Innb < 2 001	76,4	75,2	83,6	75,1	78,4	77,3
Sentral	56,2	56,1	56,6	53,3	47,7	50,4
Noe sentral	63,8	65,2	65,3	66,3	65,0	64,4
Lite sentral	70,9	72,2	70,9	74,6	74,1	74,2
Sum konsultasjoner	1 332 024	1 321 039	1 341 415	1 251 333	1 283 786	1 307 558

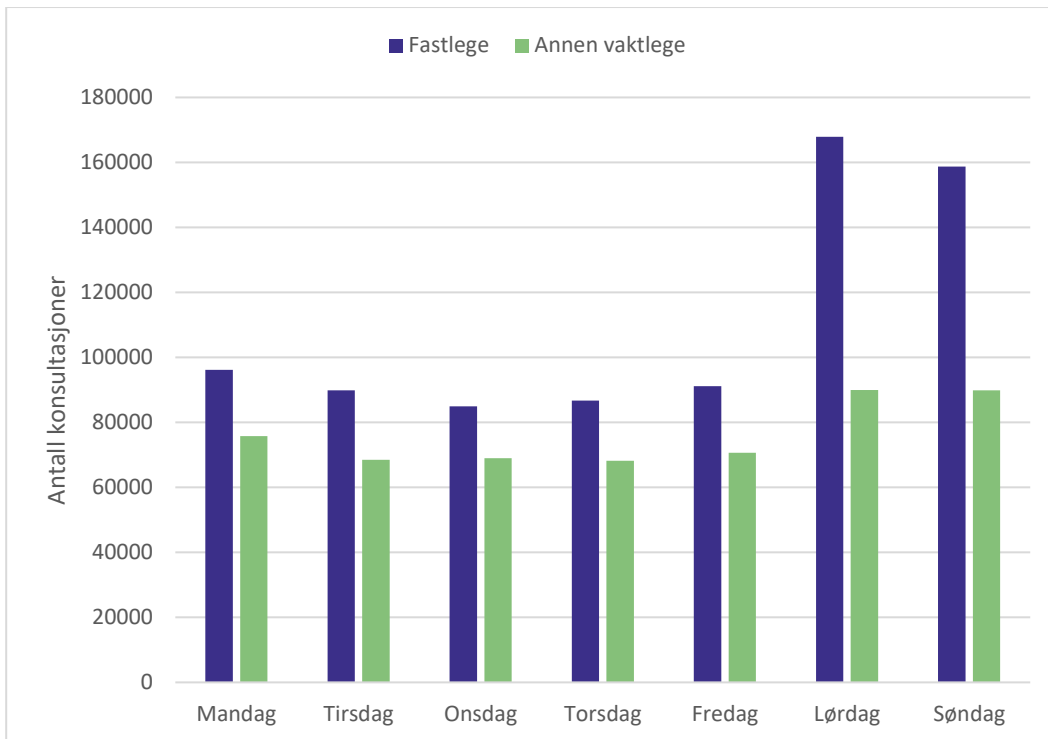
*Fra og med 2020 har vi brukt vi SSBs nye sentralitetsindeks, oppdatert etter kommunereformen av 2020. Den er ikke direkte sammenlignbar med den 4-delte indeksen som er brukt i tidligere rapporter. Sentralitet beskriver en kommunes geografiske beliggenhet i forhold til et senter hvor det finnes funksjoner av høy orden (sentrale funksjoner). SSB opererer med seks nivåer av sentralitet. Vi har her slått sammen to og to nivåer (30). Før 2020 har vi slått sammen de to mest perifere sentralitetsgruppene

De neste figurene viser hvor mange konsultasjoner fastleger og andre vaktleger har hatt i løpet av døgnet, uken og året. Fastlegene har betydelig flere konsultasjoner enn andre vaktleger om kvelden, litt flere på dagtid, mens det er noenlunde lik fordeling om natten (fig 8). Fastlegene har også betydelig flere konsultasjoner enn andre vaktleger i helgene, mens det er mindre forskjell på de andre ukedagene (fig 9). Ellers ser det ut til at forskjellen mellom fastleger og andre vaktleger blir mindre mot slutten av året (fig 10).

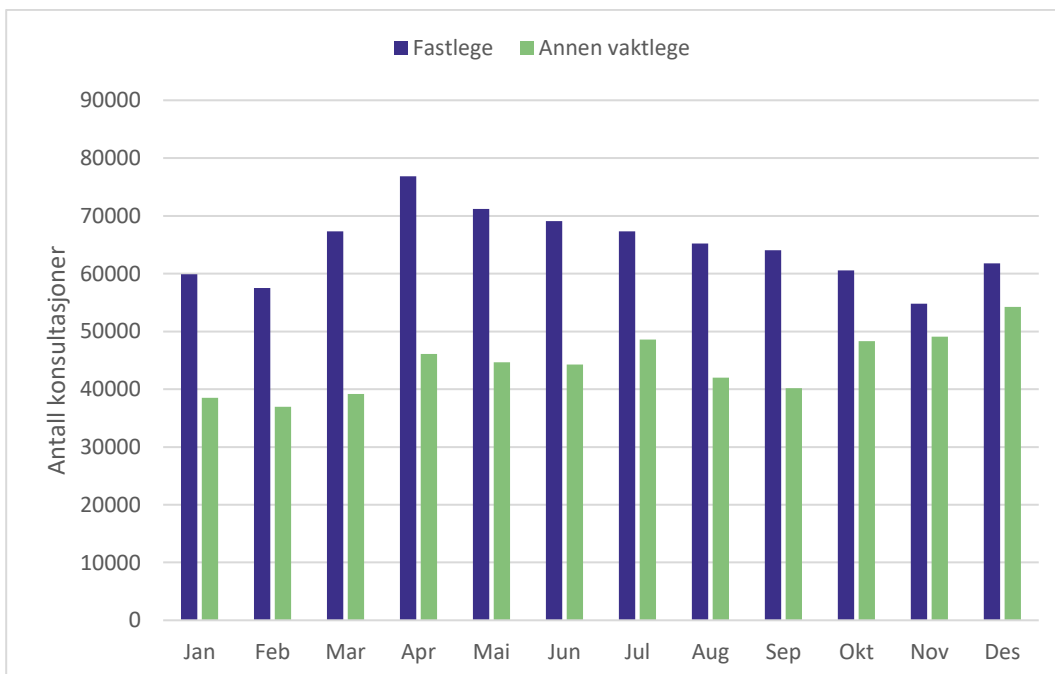
Figur 8: Antall konsultasjoner utført av fastleger og andre vaktleger per klokke time gjennom døgnet (2022).



Figur 9: Antall konsultasjoner utført av fastleger og andre vaktleger per ukedag (2022).



Figur 10: Antall konsultasjoner utført av fastleger og andre vaktleger per måned (2022)



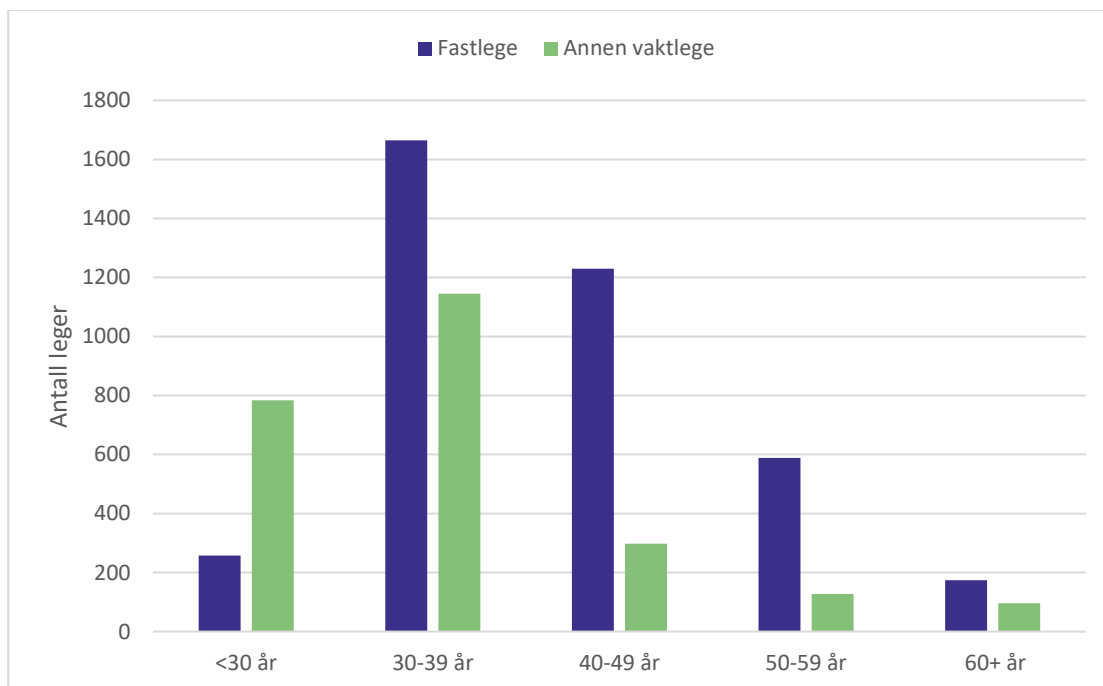
Tabell 16 viser at vaktlegene i gjennomsnitt utførte 205 konsultasjoner i løpet av 2022. Men det er stor variasjon mellom ulike vaktleger. En mannlig vaktlege utfører betydelig flere konsultasjoner enn en kvinnelig vaktlege. Det er også tydelige aldersforskjeller. De yngste vaktlegene utfører relativt få konsultasjoner, mens de eldste (≥ 60 år) har betydelig flere konsultasjoner enn gjennomsnittet. Endelig er det slik at antall konsultasjoner per vaktlege øker med kommunens størrelse og sentralitet.

Tabell 16: Antall konsultasjoner per vaktlege (2022)

Type vaktlege	Antall konsultasjoner per år
Fastlege	198
Ikke fastlege	217
Spesialist i allmenntmedisin	217
Ikke spesialist	201
Mann	265
Kvinne	146
< 30 år	126
30 – 39 år	210
40 – 49 år	208
50 – 59 år	239
60 – år	357
Sentral kommune	253
Noe sentral	212
Usentral	115
>50 000 innb.	249
10 001 – 50 000 innb.	208
5 001 – 10 000 innb.	135
2 001 – 5 000 innb.	114
<2 001 innb	84
Alle	205

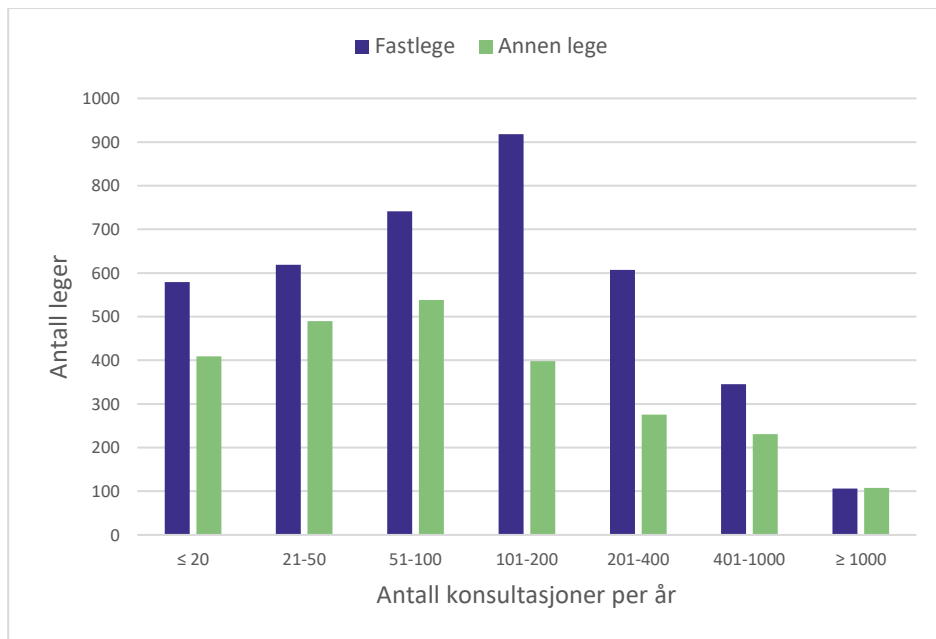
I 2022 var det 3 915 fastleger og 2 450 andre leger som utførte legevaktarbeid. Mannlige leger utgjorde 53,8 % av fastlegene og 43,5 % av andre leger. Gjennomsnittsalderen for fastlegene som gjorde legevaktarbeid var 41,3 år. Andre vaktleger hadde en gjennomsnittsalder på 35,0 år. Figuren under viser fordelingen på ulike aldersgrupper

Figur 11: Antall fastleger og andre vaktleger fordelt etter aldersgrupper (2022).

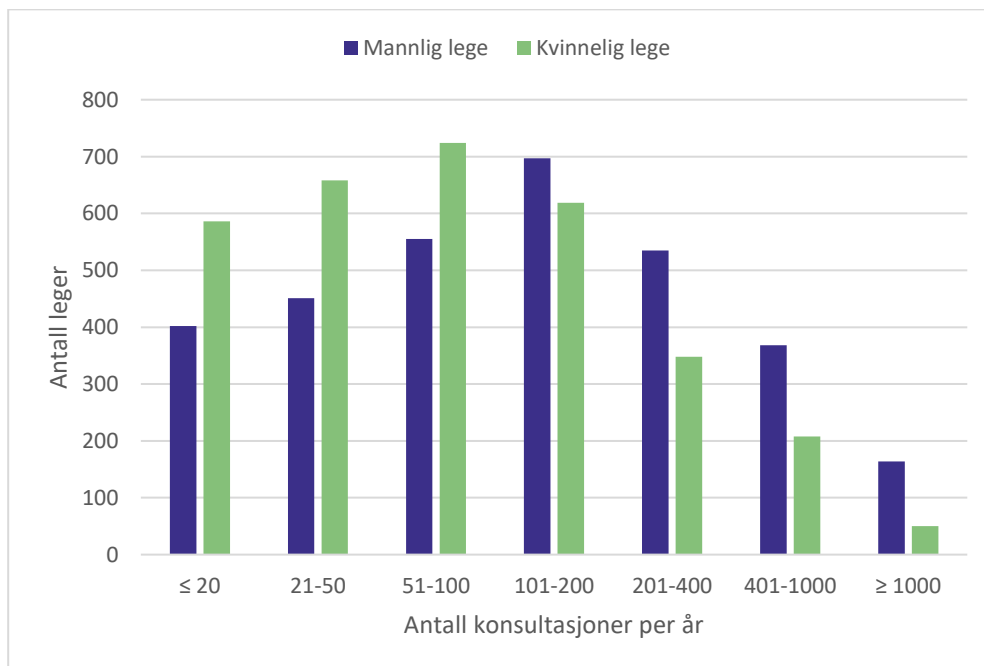


De etterfølgende histogrammene viser hvordan vaktlegene fordeler seg i forhold til antall konsultasjoner per år. Mannlige leger dominerer blant de som har mange legevakt-konsultasjoner. Kjønnforskjellene er mindre for fastleger enn for andre vaktleger. Trolig er det mange kvinnelige LIS1-leger blant disse andre vaktlegene.

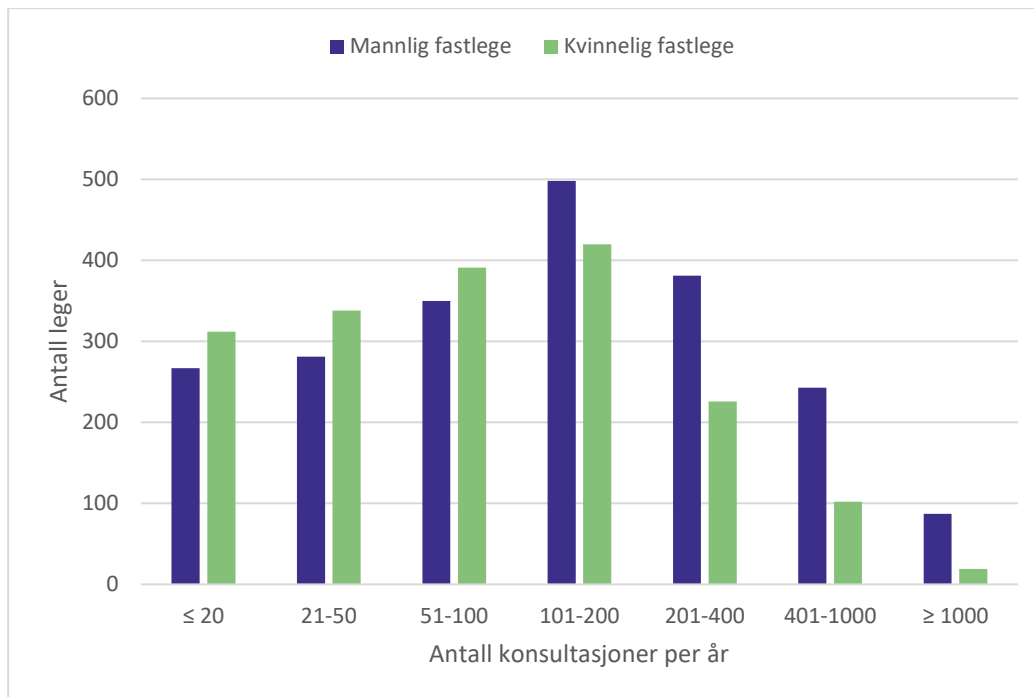
Figur 12: Antall fastleger og andre vaktleger fordelt etter hvor mange legevaktkonsultasjoner de har hatt i løpet av 2022.



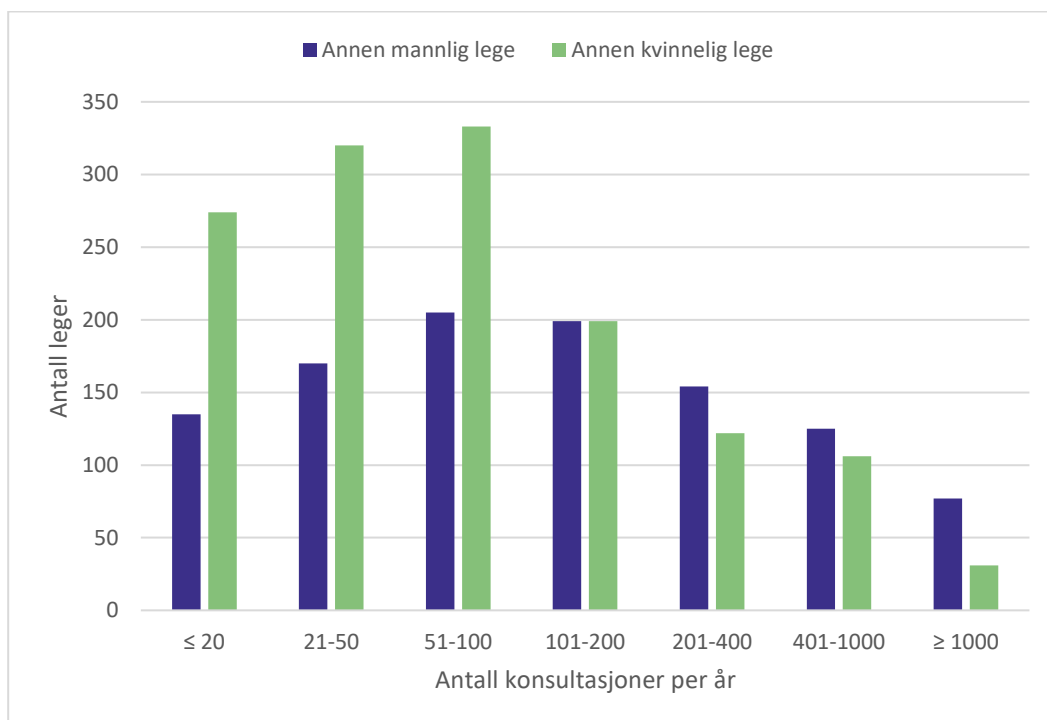
Figur 13: Antall mannlige og kvinnelige vaktleger fordelt etter hvor mange legevaktkonsultasjoner de har hatt i løpet av 2022.



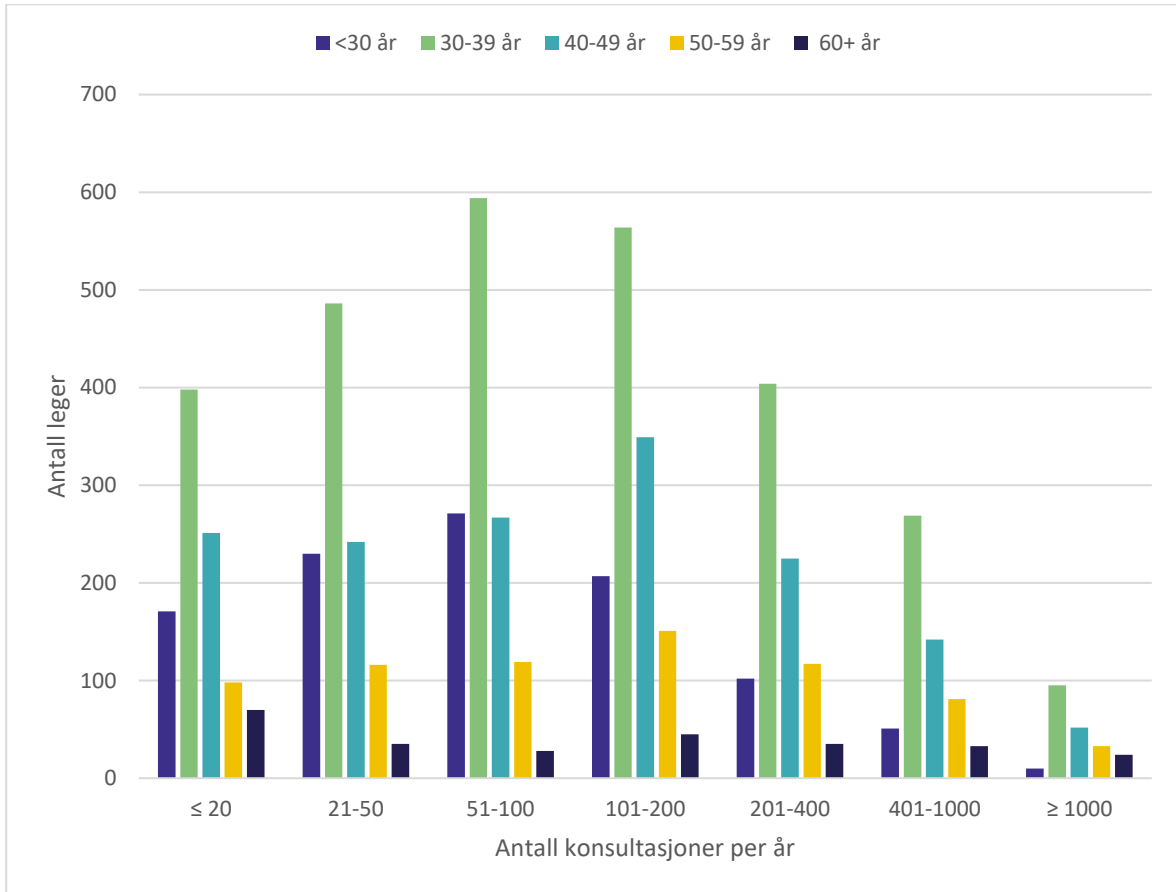
Figur 14: Antall mannlige og kvinnelige fastleger fordelt etter hvor mange legevaktkonsultasjoner de har hatt i løpet av 2022.



Figur 15: Antall mannlige og kvinnelige andre vaktleger (ikke fastlege) fordelt etter hvor mange legevaktkonsultasjoner de har hatt i løpet av 2022.



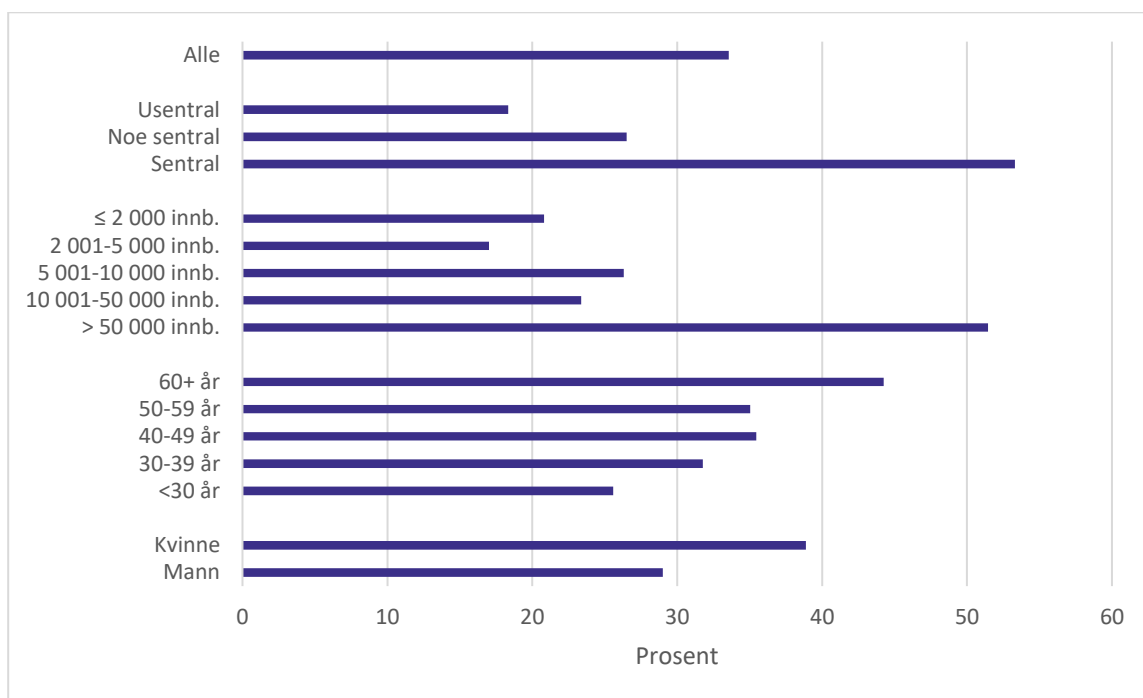
Figur 16: Antall vaktleger i ulike aldersgrupper fordelt etter hvor mange legevaktkonsultasjoner de har hatt i løpet av 2022.



Nattevakter er belastende for de fleste, og noen av fastlegene som deltar i legevakt, har fritak fra nattevakter. Andre bytter vekk nattevaktene sine. Figuren under viser at det er en tredjedel av vakt-fastlegene som ikke har hatt nattevakt i 2022, dvs. ikke har registrert noen konsultasjoner om natten. Det er vanligst i store og sentrale kommuner at fastlegene slipper nattevakt, ellers er det hyppigst blant kvinner og eldre fastleger.

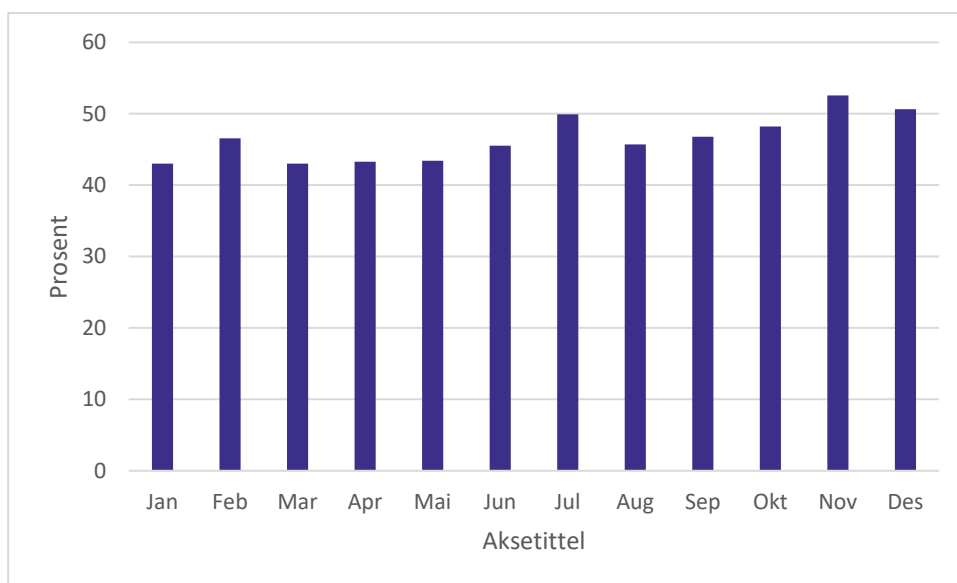
I utkantene og ved små legevakter er det ikke uvanlig at man kan ha nattevakt uten noen konsultasjoner, men det er usannsynlig at dette skal skje gjennom hele året. Det er derfor grunn til å tro at tallene i figur 17 avspeiler hvor mange som ikke deltar i nattevakt.

Figur 17: Andel (prosent) av vakt-fastleger som ikke har hatt noen konsultasjoner om natten i 2022



Det er også ganske vanlig at vakt-fastlegene har hele måneder uten at de har registrert en eneste konsultasjoner på legevakt (fig 18). Dette kan skyldes at de likevel har hatt en vakt i løpet av måneden, men at den var uten konsultasjoner. Men det kan selvsagt også skyldes at de ikke har hatt vakt i det hele tatt. Dessuten er det noen som bare har vært fastlege i deler av året.

Figur 18: Andel (prosent) av vakt-fastleger som ikke har hatt noen konsultasjoner i løpet av hver enkelt måned i 2022



Andel av fastlegene som deltar i legevakt

Vi kan gjøre detaljerte analyser at det arbeidet som utføres av vaktleger, men det er også av interesse å vite hvor mange av fastlegene som faktisk deltar i legevakt, ikke bare deres samlede andel av det totale vaktarbeidet. Siden vi ikke har noen informasjon om fastleger som *ikke* deltar i vakt, har vi brukt de månedlige rapportene for basistilskudd for å anslå det totale antall fastleger. Det er en del utskifting av fastleger gjennom året, og vi kan derfor ikke bruke antall fastlegehjemler som nevner i denne beregningen.

Antall basistilskudd per måned økte fra 5 234 i januar til 5 399 i desember, og i løpet av året var det i alt 6 085 unike leger som hadde mottatt basistilskudd. Legevaktmaterialet inneholder 3 915 unike fastleger som hadde minst en konsultasjon på legevakt. Dette skulle tilsa at 64 % av fastlegene deltok i legevakt, 66 % av mannlige fastleger og 62 % av kvinnelige. Blant fastleger i usentrale kommuner deltok 69 % i vakt, 68 % i middels sentrale kommuner og 57 % i sentrale kommuner.

Statistisk sentralbyrå brukte spørreskjema i KOSTRA som kilde og fant da at 3 465 fastleger deltok i legevakt i 2021 (37). De brukte antall fastlegehjemler (4 968) som nevner og beregnet at 70 % av fastlegene deltok i legevakt. Dette anslaget er nok usikkert da de som besvarer disse skjemaene neppe har reell oversikt over hvilke fastleger som deltar eller ikke deltar i legevakt.

Ekspertgruppe legevakt brukte en metode som ligner vår, men hadde den fordel at de kunne identifisere legene (38). De fant at det i 2019 var 5 774 unike leger som hadde hatt vakt i løpet av året (kveld, natt og/eller helg). Av disse hadde 2 611 mottatt basistilskudd i en enkelt måned (november). De brukte også antall fastlegehjemler som nevner, og endte opp med at 54 % av fastlegene deltar i legevakt. Men dette anslaget inkluderer altså ikke daglegevakt.

Referanser

1. Nossen JP. Hva foregår på legekantorene? Konsultasjonsstatistikk for 2006. NAV-rapport nr 4 2007. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2007.
2. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2007. Rapport nr. 5-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009. <https://hdl.handle.net/1956/6244>.
3. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2008 og 2009. Rapport nr. 7-2010. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2010. <https://hdl.handle.net/1956/5907>.
4. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2010. Rapport nr. 3-2011. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2010. <https://hdl.handle.net/1956/5906>.
5. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2011. Rapport nr. 5-2012. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2012. <https://hdl.handle.net/1956/5910>.
6. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2012. Rapport nr. 3-2013. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2013. <https://hdl.handle.net/1956/6600>.
7. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2013. Rapport nr. 2-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2014. <https://hdl.handle.net/1956/7903>.
8. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2014. Rapport nr. 2-2015. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2015. <https://hdl.handle.net/1956/9914>.
9. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2015. Rapport nr. 2-2016. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2016. <https://hdl.handle.net/1956/11953>.
10. Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2016. Rapport nr. 3-2017. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2017. <https://hdl.handle.net/1956/15856>.
11. Sandvik H, Hunskår S, Blinkenberg J. Årsstatistikk fra legevakt 2017. Rapport nr. 2-2018. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2018. <https://hdl.handle.net/1956/17544>.
12. Sandvik H, Hunskår S, Blinkenberg J. Årsstatistikk fra legevakt 2018. Rapport nr. 2-2019. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, 2019. <https://handle/11250/2625987>.
13. Sandvik H, Hunskår S, Blinkenberg J. Årsstatistikk fra legevakt 2019. Rapport nr. 1-2020. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, 2020. <https://handle/11250/2650727>.

14. Sandvik H, Hunskaar S, Blinkenberg J. Årsstatistikk fra legevakt 2020. Rapport nr. 2-2021. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, 2021. <https://hdl.handle.net/11250/2826187>.
15. Sandvik H, Hunskaar S, Blinkenberg J. Årsstatistikk fra legevakt 2021. Rapport nr. 1-2022. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, 2022. <https://hdl.handle.net/11250/2989361>.
16. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. ... er hjelpe nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr. 1-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009. <https://handle/1956/6251>.
17. Allertsen M, Morken T. Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2022. Rapport nr. 4-2022. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, 2022. <https://www.norceresearch.no/file/rapport-fra-nasjonalt-legevaktregister-2022>.
18. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>.
19. Sandvik H, Hunskaar S. Hvilke leger mottar trygderefusjon for legevaktarbeid? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1347-50.
20. Sandvik H, Zakariassen E, Hunskaar S. Fastlegenes deltakelse i legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2513-6.
21. Sandvik H, Hunskaar S, Diaz E. Hvilke fastleger deltar i legevakt? Tidsskr Nor Lægeforen 2012; 132: 2277-80.
22. Direktoratet for e-helse. ICPC-2. Den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten. <https://www.ehelse.no/standardisering/standarder/icpc-2-den-internasjonale-klassifikasjonen-for-primærhelsetjenesten>.
23. Normaltariffen. Den norske legeforening. <https://normaltariffen.legeforeningen.no/>.
24. Analyserapport. Statistikk over legars takstbruk 2010. Oslo: Helseøkonomiforvaltningen, 2012.
25. Nydal T. Analyserapport 4-2016. Måltall for refusjonsområdet lege. Oslo: Helseøkonomiforvaltningen 2016. <https://www.helfo.no/om-helfo/analyse-og-kontrollrapporter-fra-helfo/analyse-og-kontrollrapporter/M%C3%A5ltall%20refusjonsomr%C3%A5de%20lege%202015.pdf?download=false>.
26. Eikeland OJ, Fotland SLS, Raknes G. Vakttårnprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport for 2019. Rapport nr. 2-2020. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE, Norwegian Research Centre, 2019. <https://handle/11250/2659483>.
27. St.meld. nr. 43 (1999-2000) Om akuttmedisinsk beredskap.
28. Sundar T. Interkommunal legevakt - sparegris for staten? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1292-3.
29. Kongsvik LT. Suksesslegevakt på fire hjul. Tidsskr Nor Lægeforen 2017; 137: 771.

30. Statistisk sentralbyrå. Sentralitetsindeksen.
<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/sentralitetsindeksen.oppdatering-med-2020-kommuner>.
31. Eikeland OJ., Fotland, SLS., Blinkenberg, J., Raknes G., Vakttårnprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport for 2020. Rapport nr. 4-2021. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE, 2021.
<https://hdl.handle.net/11250/2771061>.
32. Midtbo V, Raknes G, Hunskaar S. Telephone counselling by nurses in Norwegian primary care out-of-hours services: a cross-sectional study. BMC Fam Pract 2017; 18: 84.
33. Sandvik H, Hunskår S. Bruk av uspesifikke diagnosekoder på legevakt. Tidsskr Nor Legeforen 2020; 140: 1142-4.
34. Sortland LS, Haraldseide LM, Sebjørnsen S. Eldre i den akuttmedisinske kjeden. Rapport nr. 1-2021. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, avdeling Helse, 2021.
35. Hunskår S, Sandvik H. Legevaktens historie. Fra barberkirurg til digital vaktlege. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevakt medisin, 2018.
36. Skadebildet i Norge. Hovedvekt på personskader i sentrale registre. Folkehelseinstituttet, Rapport 2014:2, Oslo.
<https://www.fhi.no/publ/2014/skadebildet-i-norge-hovedvekt-pa-pe2/>.
37. Ekornrud T, Stølan SBC, Thonstad M. Legevaktjenesten i norske kommuner i 2021. Kartlegging av organisering av legevaktarbeidet i kommunene. Rapport 2023/6. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2023.
<https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/legevaktjenesten-i-norske-kommuner-i-2021>.
38. Ekspertgruppe legevakt: Kartlegging av situasjonen i dagens legevaktordning. Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet, november 2021.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/2592eb7c9d5f41278ee604025ea519b5/rapport-ekspertgruppe-legevakt.pdf>.

