

# Årsstatistikk fra legevakt 2016

Rapport nr. 3-2017

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin



uni Research

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

<b>Tittel</b>	Årsstatistikk fra legevakt 2016
<b>Institusjon</b>	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Bergen
<b>Ansvarlig</b>	Steinar Hunskår
<b>Forfatter</b>	Hogne Sandvik, forsker dr. med., Steinar Hunskår, forskningsleder professor dr. med. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
<b>ISBN</b>	978-82-8361-010-9 (pdf)
<b>ISSN</b>	1891-3474
<b>Rapport</b>	Nr. 3-2017
<b>Tilgjengelighet</b>	Pdf
<b>Prosjekttittel</b>	Årsstatistikk fra legevakt 2016
<b>Antall sider</b>	29
<b>Publiseringsmåned</b>	April 2017
<b>Oppdragsgiver</b>	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
<b>Sitering</b>	Sandvik H, Hunskår S. Årsstatistikk fra legevakt 2016. Rapport nr. 3-2017. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, 2017.

Helsedepartementet har etablert Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Senteret er organisert i Uni Research AS/Uni Research Helse og knyttet faglig til Forskningsgruppe for allmenntmedisin, Universitetet i Bergen, og til Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom). Senteret skal gjennom forskning og fagutvikling og i samarbeid med andre fagmiljøer bidra til å bygge opp og formidle faglig kunnskap innen kommunal legevaktmedisin.

**Nettadresse** [www.legevaktmedisin.no](http://www.legevaktmedisin.no)  
**E-post** [post@legevaktmedisin.no](mailto:post@legevaktmedisin.no)  
**Telefon** +47 55586500  
**Telefaks** +47 55586130  
**Besøksadresse** Kalfarveien 31, Paviljongen  
**Postadresse** Kalfarveien 31  
**Postnummer** 5018  
**Poststed** Bergen

## Forord

Dette er niende rapport om aktiviteten på legevakt i Norge. Tidligere rapporter omfatter årene fra 2006 til 2015, mens denne inneholder data fra 2016. 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 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. For året 2016 har vi sett nærmere på kontakter mellom legevakt og pleie- og omsorgstjenesten i kommunen.

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

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

# Innhold

<b>Forord</b>	<b>3</b>
<b>Innhold</b>	<b>4</b>
<b>Sammendrag</b>	<b>5</b>
<b>Innledning</b>	<b>7</b>
<b>Legevakt</b>	<b>7</b>
<b>ICPC</b>	<b>7</b>
<b>Takstsystem</b>	<b>7</b>
<b>Materialet</b>	<b>8</b>
<b>Kontakter</b>	<b>9</b>
<b>Diagnoser</b>	<b>14</b>
<b>Legers deltakelse i legevakt</b>	<b>21</b>
<b>Takster</b>	<b>22</b>
<b>Legevaktens kontakt med pleie- og omsorgstjenesten</b>	<b>24</b>
<b>Referanser</b>	<b>28</b>

## Sammendrag

Denne rapporten er basert på elektroniske refusjonskrav fra legevakt i årene 2006 til 2016. 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 2016 knapt to millioner pasientkontakter, hvorav 67,7 % var konsultasjoner og 3,2 % sykebesøk. Telefonkontakter utgjorde 26,5 %. Antall konsultasjoner er relativt stabilt. Antall telefonkontakter har vist en økende tendens over flere år, trolig fordi telefonkontakt med sykepleier oftere resulterer i regningskort enn tidligere. Antall sykebesøk har vist en nedadgående tendens over mange år. Ved årtusenskiftet ble det beregnet at det ble utført ca. 357 000 sykebesøk på legevakt. I 2016 var det bare 64 147. 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 2016 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 64 % av alle diagnosene er 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.

Antall skader som er behandlet ved norske legevakter viser stor grad av stabilitet over tid. Det har imidlertid vært en økning i noen skadetyper. Siden 2006 har antall kontakter for forgiftningstilfeller økt med 43 % og hodeskader har økt med 32 %. På den andre siden har antall kontakter for øyeskader blitt redusert med 17 %.

Det har lenge vært en økende bruk av laboratorieundersøkelser på legevakt. Den viktigste enkeltanalysen er CRP, som ble brukt i 38,1 % av konsultasjonene. Det har også vært en økende bruk av tidstaksten, som i 2016 ble brukt i 40,3 % av konsultasjonene. Bruken av sykmeldinger var høyest i 2007 med 7,4 % av konsultasjonene. I 2016 resulterte 3,9 % av konsultasjonene i sykmelding.

Deltakelse i legevakt er obligatorisk for fastleger, men i virkeligheten ivaretas mange av legevaktene av andre leger, som heltidsansatte vaktleger, turnusleger, sykehusleger og stipendiater. I 2016 ble

62,6 % av alle legevaktkontakter med identifiserte vaktleger utført av fastleger. Bare 20,8 % av alle konsultasjonene ble utført av spesialist i allmenntidning.

Tallene tyder på at vaktledelsen blant fastleger var høyere i 2016 enn tidligere. Dette kan ha sammenheng med to metodeforhold som trolig medfører at analysene for 2016 er mer i tråd med virkeligheten:

1. Tidligere har fastleger blitt definert som leger registrert i Fastlegerregisteret. Dette har medført at vikarer ofte ikke har blitt registrert som fastleger. Fra 2016 blir fastleger definert som leger som har sendt fastlegeregninger til Helfo. Dette gir en mer fullstendig dekning.

2. Det har de senere årene vært et stort metodeproblem at mange av kontaktene har vært med uidentifiserte leger. Dermed har det vært usikre anslag for hvilke leger som faktisk har legevakt. Med virkning fra 1. januar 2016 har meldingsformatet til Helfo blitt utvidet, slik at legevakten nå på hver regning kan innrapportere hvem som er utførende behandler. Dette har gitt et bedre datagrunnlag for 2016. Men foreløpig har ikke Helfo avvist regninger som mangler denne informasjonen, så rapporteringen er heller ikke fullstendig for 2016.

Takst 1f, som brukes ved kontakt mellom legevakt og pleie- og omsorgstjenesten, ble brukt vel 93 000 ganger i 2016. Denne taksten brukes i all hovedsak hos eldre pasienter. Kontakt med hjemmesykepleien er hyppigere jo flere konsultasjoner og sykebesøk en pasient har hatt, men det er også mange slike kontakter uten at pasienten har hatt direkte kontakt med legevakten. Disse kontaktene er ofte kodet med uspesifikke diagnoser. Kontakter med pleie- og omsorgstjenesten er betydelig hyppigere i små kommuner enn i store. Fastleger og spesialister i allmenntidning har oftere kontakt med hjemmesykepleien enn andre vaktleger.

## 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 åtte rapporter basert på refusjonskrav fra legevakt i årene 2006 - 2015 (2-9), og viderefører nå statistikken med data fra 2016.

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 (10).

## Legevakt

Alle kommuner er pålagt å ha en legevaktordning som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og foreta den oppfølgingen som anses nødvendig. Flere kommuner kan samarbeide om legevaktordningen. I 2016 var det 182 legevakter i Norge, 101 interkommunale og 81 kommunale (11). 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 (12). Det gis rett til fritak under visse forutsetninger, men undersøkelser har vist at langt flere enn de som har formelt fritak, har meldt seg ut av legevaktstjenesten (13-15). En stor del av legevaktene ivaretas av andre leger, som heltidsansatte vaktleger, turnusleger, sykehusleger, stipendiater og andre universitetsansatte leger.

## ICPC

Allerede i 1992 fastsatte Rikstrykdeverket at alle primærleger skal bruke ICPC (International Classification of Primary Care) for koding av diagnoser på legeregningskort og sykmeldinger. Hensikten var å få et enhetlig system for koding av diagnoser. Norge var dermed det første landet som gjorde ICPC til en offisiell nasjonal standard. Siden 2004 har man brukt oppfølgeren ICPC-2 (16).

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

## Takstsystem

For hver pasientkontakt blir det laget et regningskort til Helseøkonomiforvaltningen (Helfo). Regningskortet inneholder opplysninger om personalia og diagnosekode, samt takstkoder. Takstkodene finnes i Normaltariffen (Fastlegetariffen), som er forhandlet frem av Legeforeningen og Staten (17).

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 2016. 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 «fastlege» er en lege som i løpet av samme år har sendt fastlegeregninger til Helfo.

Materialet omfatter alle elektroniske regningskort. Papirbaserte refusjonskrav og refusjon som utbetales til pasienten hvis legen ikke har avtale om direkte oppgjør, er ikke med i materialet. Det er beregnet at disse utgjorde 4,9 % av alle legevaktkontaktene i 2006 (1), 2,1 % i 2009 (18) og mindre enn 1 % siden 2010 (19, 20).

Ved noen legevakter har legene fast lønn, og regningene kan da ha blitt registrert på kommunens eller legevaktens organisasjonsnummer. I disse tilfellene kan informasjon om legen mangle. Antall regningskort (kontakter) fra uidentifiserte leger varierer fra år til år, og var særlig høyt i 2015 (39,5 %). 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.

Med virkning fra 1. januar 2016 har meldingsformatet til Helfo blitt utvidet, slik at legevakten nå på hver regning kan innrapportere hvem som er utførende behandler. Foreløpig har ikke Helfo avvist regninger som mangler denne informasjonen, så rapporteringen er heller ikke fullstendig for 2016. Men den er klart bedre enn foregående år, og fra mars 2017 avviser Helfo alle regninger som mangler identifisert lege.

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

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

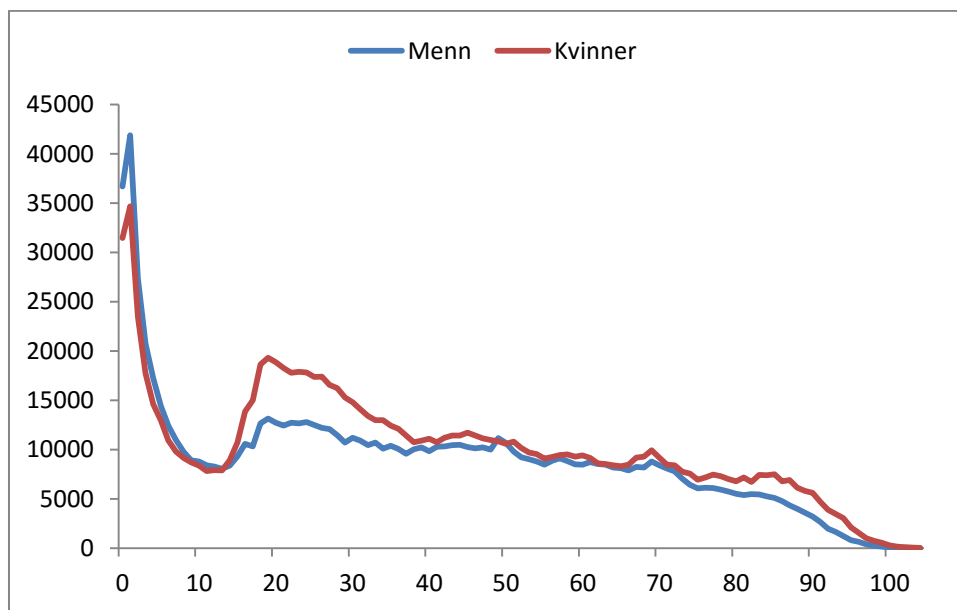
Tabell 1: Prosentvis fordeling (og absolutt antall) av ulike kontakttypene

	Takstkoder	2006	2008	2010	2012	2013	2014	2015	2016
Konsultasjoner	2ad, 2ak, 2fk	76,2 1 238 791	77,3 1 323 453	75,7 1 330 561	72,8 1 368 297	69,2 1 344 801	69,1 1 352 209	68,9 1 342 521	67,7 1 350 766
Sykebesøk	11ad, 11ak	5,7 92 543	4,6 78 999	4,1 72 296	3,6 68 000	3,4 66 986	3,3 65 202	3,2 63 192	3,2 64 147
Telefonkontakter	1bd, 1bk, 1be, 1g	17,1 278 650	16,7 286 515	18,6 327 462	21,4 402 562	25,0 485 810	25,2 493 177	25,5 497 480	26,5 528 248
Enkle kontakter	1ad, 1ak, 1h, 1i	1,0 16 660	1,8 23 427	1,6 28 209	2,2 40 498	2,3 45 358	2,3 45 272	2,3 44 431	2,6 51 713
N		1 626 644	1 712 394	1 758 528	1 879 357	1 942 955	1 955 860	1 947 624	1 994 874

Økningen i antall kontakter skyldes først og fremst økende bruk av telefon. Antall telefonkontakter har økt med 90 % 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. Det aller meste av den registrerte økningen i antall konsultasjoner kan skyldes mer fullstendig rapportering. Vi har tidligere beregnet at underrapportering kunne utgjøre inntil 8 % av konsultasjonene i 2007 (2).

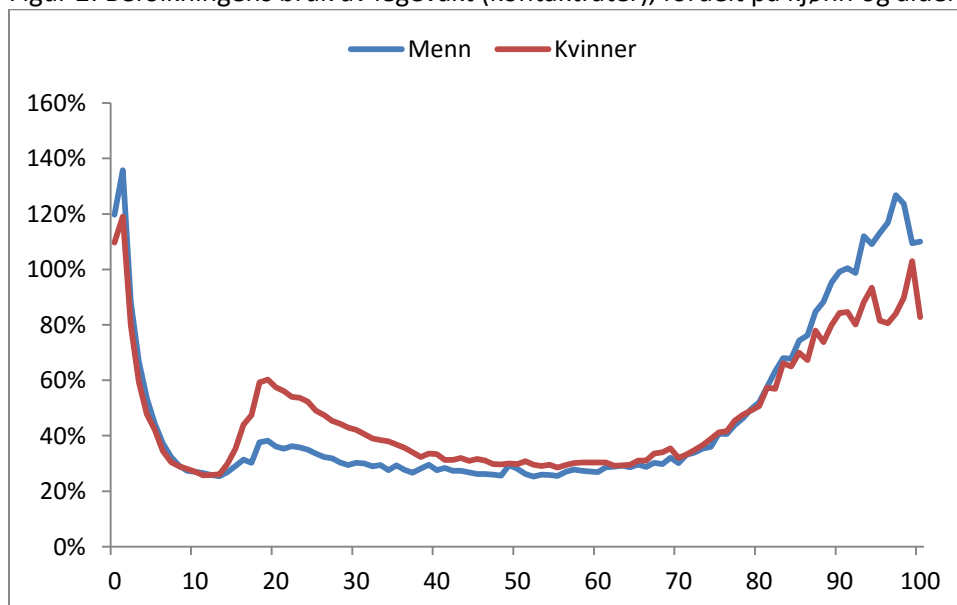
Antall sykebesøk har gått nedover i mange år. Ifølge takstbrukundersøkelsene til NAV var det i 1995 ca. 685 000 sykebesøk på legevakt (21), ved årtusenskiftet var det ca. 357 000, og fem år senere ca. 141 000 (10). Utviklingen har blitt satt i sammenheng med utbyggingen av interkommunale, stasjonære legevakter (22). De siste tallene tyder på at reduksjonen har stagnert. I 2016 var det 64 147 sykebesøk på legevakt.

Figur 1: Antall kontakter for menn og kvinner etter alder (2016)



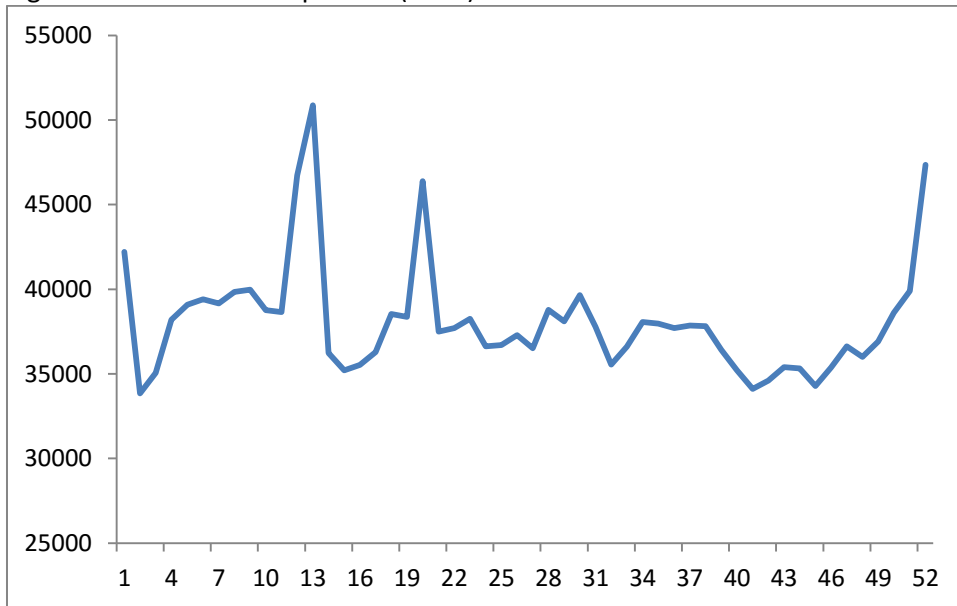
Figur 1 viser et velkjent mønster for befolkningens kontakter med primærhelsetjenesten. Bortsett fra barna, er det i alle aldersgrupper flere kvinner enn menn som konsulterer legevakt. Forskjellen er særlig stor i aldersgruppene 15 – 40 og blant de aller eldste. Dette har dels sammenheng med svangerskap 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 (2016)



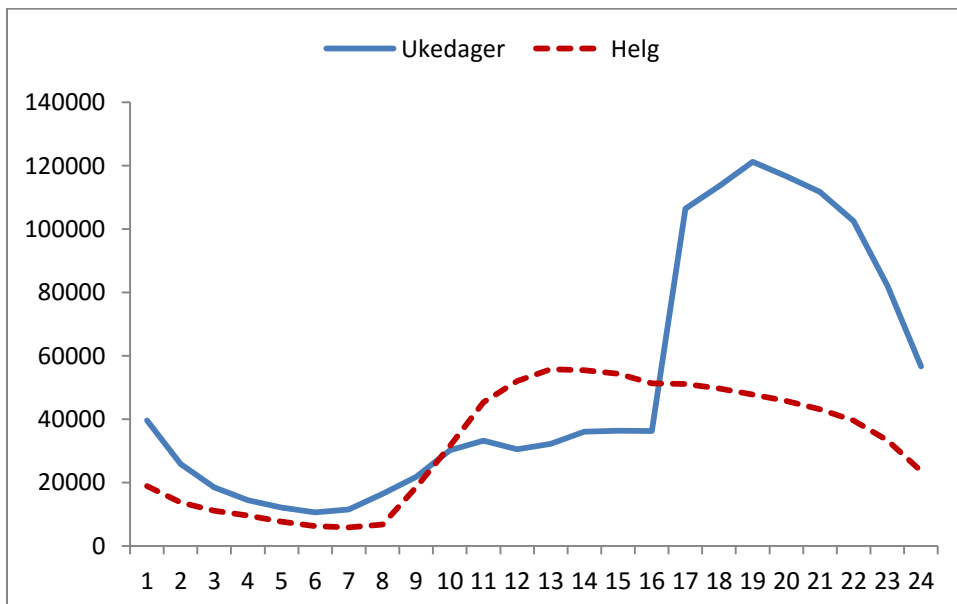
Mønsteret blir noe annerledes om vi ser på hvilke befolkningsgrupper som bruker legevakten mest. Figur 2 viser at det er små barn og de eldste som er de største brukerne. Vi finner igjen at kvinner er overrepresentert i aldersgruppen 15 – 40, men blant de eldste er mennene overrepresentert. Kontaktratene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

Figur 3: Antall kontakter per uke (2016)



Kontaktfrekvensen varierer noe gjennom året, men enkelte uker skiller seg ut. Størst aktivitet var det i påske- og juleferien. Uke 20 var også travel, da 17. mai kom rett etter pinsehelgen. 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.

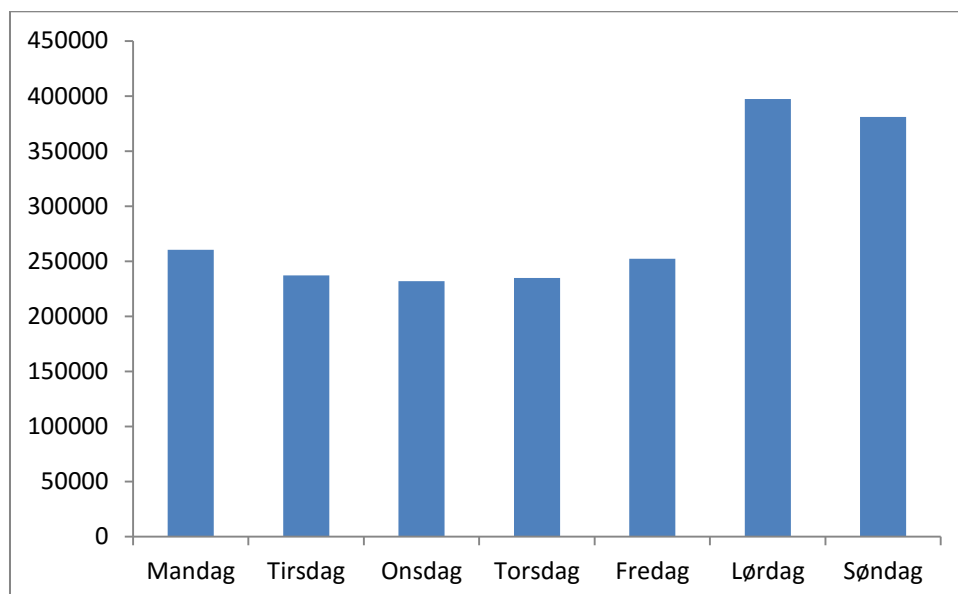
Figur 4: Antall kontakter per klokke (2016)



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 knapt 20 % på lørdag og søndag og ca. 12 % på resten av ukedagene (fig 5).

Figur 5: Antall kontakter per ukedag (2016)



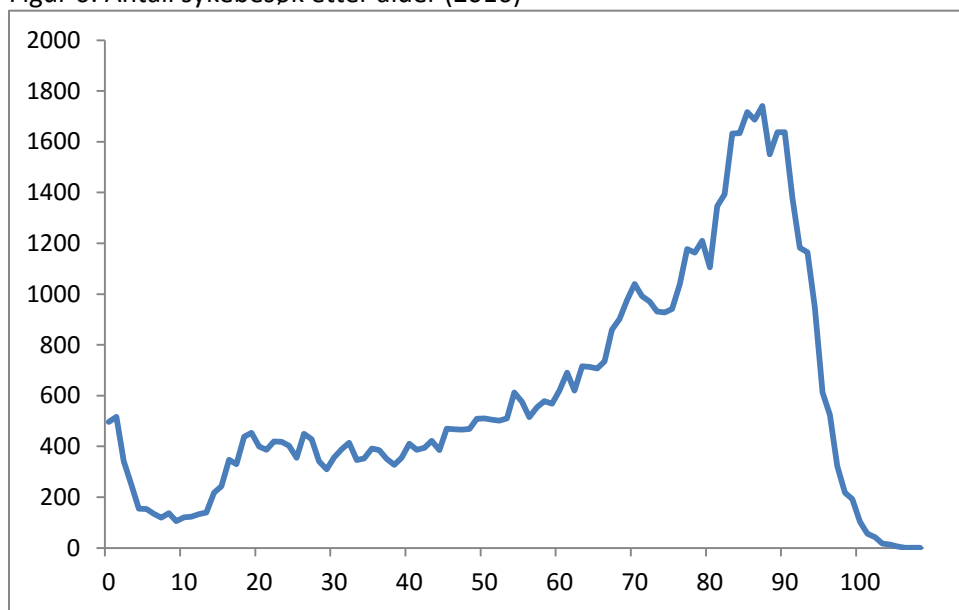
Tabell 2: Prosentvis fordeling av ulike kontakttyper etter geografi (legens praksiskommune, 2016)

Praksiskommune	N	Konsultasjoner	Sykebesøk	Telefonkontakter	Enkle kontakter
Innb > 50 000	680 896	70,3	3,6	25,0	1,1
Innb 10 001 – 50 000	976 171	65,2	1,9	29,3	3,6
Innb 5 001 – 10 000	168 836	73,7	4,2	20,1	2,1
Innb 2 001 – 5 000	132 025	69,3	7,4	19,4	3,9
Innb < 2 001	36 946	52,5	11,5	33,3	2,7
Sentral*	1 045 253	69,6	3,4	25,8	1,7
Noe sentral	549 994	63,0	1,4	30,7	4,9
Mindre sentral	150 748	71,9	3,2	22,5	2,5
Minst sentral	248 879	67,8	6,4	22,7	3,1

\*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 (23).

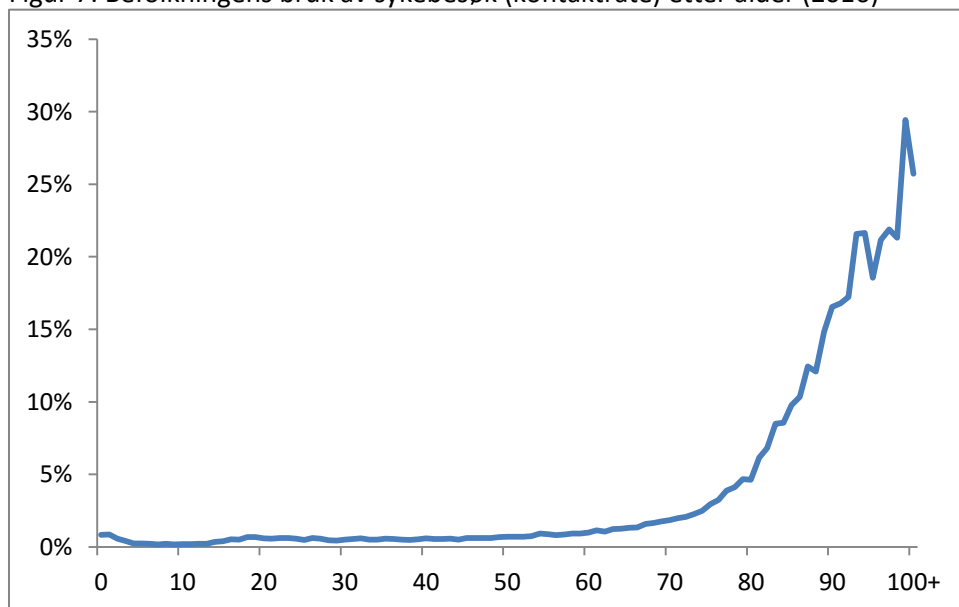
Det er tydelig at legevakten i små og perifere kommuner i større grad bruker sykebesøk enn større og mer sentrale kommuner. Dette kan ha sammenheng med at antall henvendelser per lege er lavere i perifere strøk og at vaktlegen derfor har mer tid til disposisjon for å reise i sykebesøk.

Figur 6: Antall sykebesøk etter alder (2016)



Figur 6 viser at sykebesøk er en kontaktform som stort sett forbeholdes eldre pasienter. Dette blir enda tydeligere om vi analyserer sykebesøksraten i befolkningen (fig 7). Blant de eldste innbyggerne er kontaktraten i form av sykebesøk 20 – 30 %.

Figur 7: Befolkningens bruk av sykebesøk (kontaktrate) etter alder (2016)



## Diagnoser

Tabellen under 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 3: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter år

ICPC hovedgruppe	2006	2008	2010	2012	2013	2014	2015	2016
A: allment	13,1	13,5	16,1	20,6	23,8	24,1	25,4	27,6
B: blod	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
D: fordøyelse	9,9	10,2	10,0	9,5	9,3	9,6	9,5	9,0
F: øye	4,5	4,4	4,4	3,8	3,6	3,7	3,7	3,4
H: øre	3,3	3,2	3,2	2,8	2,5	2,5	2,3	2,2
K: hjerte/kar	3,8	3,7	3,6	3,5	3,5	3,3	3,1	3,1
L: muskel/skjelett	14,8	15,0	14,7	13,6	13,6	13,9	13,8	13,5
N: nevrologi	3,7	3,8	3,8	3,7	3,8	3,7	3,7	3,6
P: psykiatri	4,8	4,8	4,9	5,1	5,2	4,9	4,7	4,8
R: respirasjon	21,3	20,6	19,0	18,6	16,2	15,2	15,4	15,2
S: hud	11,4	11,0	10,3	9,6	9,3	9,7	9,2	8,9
T: metabolsk	1,0	1,0	1,0	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0
U: urin	5,1	5,3	5,7	5,2	5,2	5,3	5,2	5,0
W: svangerskap	1,2	1,3	1,2	1,0	1,0	1,0	1,0	0,9
X: kv. kjønnsorgan	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,7	0,6
Y: m. kjønnsorgan	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6
Z: sosialt	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Sum kontakter	1 626 644	1 712 394	1 758 528	1 879 357	1 942 955	1 955 860	1 947 624	1 994 874

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). 85 % av A99-kontaktene var telefonkontakter.

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

Diagnoser	2006	2008	2010	2012	2013	2014	2015	2016
A99: helseproblem/sykdom	0,8	1,5	3,1	5,6	8,1	9,0	10,4	12,3
R74: akutt øvre luftveisinfeksjon	5,1	5,1	4,8	4,6	4,1	4,1	4,3	4,6
D01: abdominalsmerter	2,9	3,2	3,2	3,1	3,3	3,5	3,5	3,4
U71: cystitt/urinveisinfeksjon	3,2	3,4	3,8	3,4	3,4	3,5	3,3	3,2
S18: åpent sår/kutt	3,6	3,5	3,2	2,9	2,9	3,0	3,0	2,9
A97: administrativ kontakt	0,3	0,4	0,5	2,0	2,0	2,3	2,8	2,9
A03: feber	2,2	2,0	1,8	1,9	1,8	1,6	1,5	1,5
A11: brystsmerte	0,9	1,2	1,3	1,5	1,4	1,4	1,5	1,5
L81: skade muskel/skjelett	1,7	1,6	1,6	1,4	1,4	1,4	1,5	1,4
R81: lungebetennelse	2,0	1,8	1,5	1,9	1,3	1,3	1,4	1,4
Sum diagnoser	1 626 644	1 712 394	1 758 528	1 879 357	1 942 955	1 955 860	1 947 624	1 994 874

De ti hyppigste diagnosene utgjorde 35 % av alle kontaktene, mens de 20 hyppigste diagnosene utgjorde 45 %. Dette viser at legevaktlegene må forholde seg til et bredt utvalg av diagnoser.

Økningen i antall telefonkontakter har vært sterk, men det er grunn til å tro at dette har sammenheng med økende rapportering. Trolig har det tidligere vært en underrapportering av telefonkontakter med sykepleier, i den forstand at det ikke har blitt sendt regning for disse kontaktene. Det er mulig at sykepleiere ved enkelte legevakter, kanskje særlig de som sender regninger på kommunens organisasjonsnummer, oftere sender regningskort for telefonkontakter. Det er også mulig at det brukes makrofunksjoner, som lager standardiserte regningskort. Vaktårnprosjektet, som registrerer faktiske telefonkontakter ved syv utvalgte legevakter, finner relativt stabile rater for telefonkontakt (24).

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 59 % av alle telefondiagnosene i 2016. Til sammenligning utgjorde disse seks diagnosene bare 17 % i 2006. Dersom tendensen med økende bruk av uspesifikke diagnoser fortsetter, vil det etter hvert svekke grunnlaget for statistikk basert på innrapporterte ICPC-diagnoser.

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

Diagnoser	2006	2008	2010	2012	2013	2014	2015	2016
A99: helseproblem/sykdom	2,1	5,5	12,3	20,1	24,8	28,5	33,4	39,3
A97: administrativ kontakt	1,0	1,3	1,4	7,8	6,4	7,1	8,6	8,6
A13: engstelig for behandling	1,9	2,9	3,4	2,6	2,6	2,5	2,5	3,6
A98: individforebyggende tiltak	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4	0,5	0,5	3,4
A29: generelle symptomer/plager	8,0	1,9	1,3	1,2	3,1	3,0	2,2	2,0
A03: feber	3,7	3,4	2,9	2,6	2,3	2,2	2,1	1,9
D01: abdominalsmerter	2,7	2,8	2,6	2,1	2,0	2,2	2,0	1,7
U71: cystitt/urinveisinfeksjon	2,4	2,6	2,6	2,0	1,9	1,9	1,7	1,4
R74: akutt øvre luftveisinfeksjon	1,8	1,7	1,5	1,4	1,2	1,1	1,1	1,1
R05: hoste	1,8	1,7	1,5	1,3	1,0	1,0	1,0	0,8
Sum diagnoser	278 650	286 515	327 462	402 562	485 810	493 177	497 480	528 248

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

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

Diagnoser	2006	2008	2010	2012	2013	2014	2015	2016
R74: akutt øvre luftveisinfeksjon	6,1	6,2	6,0	5,9	5,4	5,5	5,8	6,2
D01: abdominalsmerter	3,0	3,3	3,5	3,6	3,8	4,1	4,2	4,2
U71: cystitt/urinveisinfeksjon	3,5	3,7	4,2	3,9	4,0	4,1	4,0	3,9
S18: åpent sår/kutt	4,3	4,2	3,9	3,7	3,8	4,0	3,9	3,9
A99: helseproblem/sykdom	0,5	0,7	0,9	1,5	2,2	2,1	2,2	2,1
L81: skade muskel/skjelett	2,0	1,9	1,9	1,7	1,7	1,8	1,9	1,9
A11: brystsmerte	0,9	1,2	1,4	1,7	1,7	1,7	1,9	1,9
R81: lungebetennelse	1,9	1,7	1,5	2,0	1,4	1,4	1,6	1,6
R78: akutt bronkitt	1,9	1,7	1,6	1,6	1,2	1,2	1,4	1,5
A03: feber	1,9	1,7	1,7	1,7	1,8	1,5	1,3	1,4
F70: infeksjøs konjunktivitt	2,1	2,0	2,1	1,6	1,4	1,4	1,4	1,3
H71: mellomørebetennelse akutt	2,0	1,9	1,9	1,6	1,4	1,4	1,2	1,2
Sum diagnoser	1 238 791	1 323 453	1 330 561	1 368 297	1 344 801	1 352 209	1 342 521	1 350 766

Ulike kontakttypene har ulik diagnosefordeling. Sykebesøk, som stort sett forbeholdes eldre, har oftere sammenheng med allmenne/uspesifiserte diagnoser, hjerte- og karsykdommer, nevrologi og psykiatri. Nesten to av tre telefonkontakter ender med en allmenn og uspesifisert diagnose.

Tabell 7: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kontakttypen (2016)

ICPC hovedgruppe	Alle kontakter	Konsultasjoner	Sykebesøk	Telefonkontakt
A: allment	27,6	13,0	27,8	63,6
B: blod	0,3	0,3	0,4	0,3
D: fordøyelse	9,0	10,7	7,5	5,5
F: øye	3,4	4,5	0,6	1,2
H: øre	2,2	2,8	0,4	1,1
K: hjerte/kar	3,1	3,4	8,5	1,6
L: muskel/skjelett	13,5	16,7	9,7	6,5
N: nevrologi	3,6	4,1	6,1	2,2
P: psykiatri	4,8	4,2	11,9	3,6
R: respirasjon	15,2	19,4	14,2	5,7
S: hud	8,9	11,3	4,0	3,6
T: metabolsk	1,0	0,8	2,1	1,1
U: urin	5,0	6,0	5,2	2,3
W: svangerskap	0,9	1,0	0,5	0,6
X: kv. kjønnsorgan	0,6	0,7	0,3	0,5
Y: m. kjønnsorgan	0,6	0,7	0,5	0,3
Z: sosialt	0,3	0,3	0,4	0,2
Sum kontakter	1 994 874	1 350 766	64 147	528 248



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 og sykebesøk, og angst/nervøsitet (P01) ved telefonkontakt. Når det gjelder kontakter for sykdommer i åndedretsorganene er hyppigste enkeltdiagnose akutt øvre luftveisinfeksjon (R74) ved telefonkontakt og konsultasjon, lungebetennelse (R81) ved sykebesøk. Hudsykdommer behandles oftest i konsultasjon og den hyppigste enkeltdiagnosen er åpent sår/kutt (S18).

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

Tabell 8: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kontakttidspunkt i løpet av døgnet (2016)

ICPC hovedgruppe	Natt (0-8)	Dag (8-16)	Kveld (16-24)
A: allment	33,2	28,4	26,1
B: blod	0,2	0,3	0,3
D: fordøyelse	13,1	7,3	9,1
F: øye	1,7	4,0	3,4
H: øre	1,1	2,4	2,3
K: hjerte/kar	3,9	2,9	3,0
L: muskel/skjelett	9,4	13,8	14,1
N: nevrologi	4,3	3,0	3,8
P: psykiatri	9,0	4,5	4,1
R: respirasjon	11,0	16,1	15,6
S: hud	5,9	8,3	9,9
T: metabolsk	0,8	1,0	1,0
U: urin	4,0	5,4	4,9
W: svangerskap	0,8	0,9	0,9
X: kv. kjønnsorgan	0,5	0,7	0,7
Y: m. kjønnsorgan	0,5	0,6	0,6
Z: sosialt	0,6	0,3	0,2
Sum kontakter	228 801	620 911	1 145 162

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.

Tabell 9: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter måned (2016)

ICPC hovedgruppe	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
A: allment	26,4	27,3	26,2	26,7	26,7	27,8	27,5	27,1	28,1	28,2	29,1	30,3
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	9,3	9,0	8,8	9,4	8,9	8,8	8,9	9,2	8,8	9,3	9,5	8,7
F: øye	3,0	2,9	3,2	3,6	4,0	4,0	3,6	3,3	3,4	3,6	3,5	2,9
H: øre	2,3	2,6	2,5	2,1	2,0	2,0	2,2	2,2	2,1	1,9	1,9	2,1
K: hjerte/kar	3,0	2,9	3,2	3,2	3,2	3,0	3,1	3,1	2,9	3,1	3,2	2,9
L: muskel/skjelett	13,1	13,0	13,3	14,1	14,4	14,5	13,8	14,1	14,3	13,4	13,0	10,7
N: nevrologi	3,6	3,7	3,5	3,8	3,7	3,7	3,3	3,6	3,8	3,8	3,9	3,3
P: psykiatri	4,6	4,4	4,3	5,2	4,8	4,8	4,8	5,1	5,1	5,1	5,0	4,4
R: respirasjon	18,8	20,0	19,0	14,3	14,0	11,4	11,2	11,8	12,8	13,6	14,4	20,1
S: hud	7,3	6,6	7,4	8,7	9,8	11,4	11,9	11,1	10,0	8,9	7,8	6,6
T: metabolsk	1,0	0,9	1,0	1,0	0,9	1,0	1,0	0,9	1,0	1,0	1,0	0,9
U: urin	4,9	4,2	5,0	5,0	5,0	4,8	5,7	5,5	5,0	5,2	4,9	4,5
W: svangerskap	0,9	0,8	0,9	1,0	0,8	0,9	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8
X: kv.kjønnsorgan	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,8	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6
Y: m.kjønnsorgan	0,6	0,6	0,6	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5
Z: sosialt	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Sum kontakter	169 836	163 105	188 850	154 439	178 417	157 775	172 729	161 660	158 819	157 905	150 393	180 946

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 (2016)

ICPC hovedgruppe	Kvinner	Menn
A: allment	27,6	27,5
B: blod	0,3	0,3
D: fordøyelse	9,8	8,2
F: øye	2,9	4,0
H: øre	2,1	2,3
K: hjerte/kar	3,0	3,2
L: muskel/skjelett	12,9	14,0
N: nevrologi	3,8	3,4
P: psykiatri	4,3	5,4
R: respirasjon	15,1	15,3
S: hud	7,6	10,5
T: metabolsk	0,9	1,0
U: urin	6,5	3,3
W: svangerskap	1,7	-
X: kv. kjønnsorgan	1,2	-
Y: m. kjønnsorgan	-	1,3
Z: sosialt	0,3	0,2
Sum kontakter	1 063 080	931 794

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.

Tabell 11: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter aldersgrupper (2016)

ICPC hovedgruppe	Aldersgrupper								
	0-1	2-4	5-9	10-15	16-25	26-40	41-60	61-80	81-
A: allment	39,0	31,3	27,4	23,4	25,6	25,4	25,6	26,9	32,8
B: blod	0,1	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,4	0,6
D: fordøyelse	8,3	8,0	10,0	7,8	9,9	10,3	8,7	8,7	7,7
F: øye	3,8	4,1	3,5	2,9	3,3	4,0	4,1	2,7	1,2
H: øre	4,8	6,2	5,2	2,9	1,7	1,6	1,4	1,1	0,5
K: hjerte/kar	0,1	0,1	0,2	0,3	1,0	1,9	3,9	7,3	8,5
L: muskel/skjelett	1,5	5,1	11,6	26,2	14,0	13,8	16,8	14,0	12,2
N: nevrologi	2,5	2,6	3,1	4,1	3,9	3,9	3,9	3,7	3,4
P: psykiatri	0,2	0,1	0,3	2,0	6,1	7,4	7,7	3,9	3,0
R: respirasjon	30,8	26,3	19,3	15,1	14,3	12,2	11,0	13,4	12,8
S: hud	6,8	11,7	14,5	11,7	9,5	8,6	8,8	7,6	5,6
T: metabolsk	0,5	0,2	0,2	0,3	0,5	0,6	1,2	1,9	2,2
U: urin	0,9	2,8	3,2	1,8	5,4	4,7	5,2	7,3	8,6
W: svangerskap	0,0	0,0	0,0	0,1	1,8	3,1	0,2	0,1	0,0
X: kv. kjønnsorgan	0,0	0,2	0,2	0,3	1,2	1,3	0,6	0,3	0,2
Y: m. kjønnsorgan	0,5	1,1	0,9	0,7	0,7	0,6	0,4	0,6	0,4
Z: sosialt	0,0	0,0	0,1	0,3	0,7	0,5	0,3	0,1	0,1
Sum kontakter	144 739	121 255	107 982	102 809	297 353	362 375	400 721	312 056	145 584

Behandling av skader hører til legevaktens kjerneoppgaver. De første legevaktene som ble etablert i Norge, behandlet først og fremst sårskader og brudd (25). I tabell 12 har vi brukt samme kategorisering av ICPC-kodene som Folkehelseinstituttet benyttet i rapporten «Skadebildet i Norge» (26).

Tabell 12: Oversikt over ulike skader på legevakt

Skadetyper ICPC-2 diagnosekoder	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016
<b>Bruddskader</b> L72, L73, L74, L75, L76	23 552	24 599	25 266	22 870	22 858	23 494	22 742
Forstuvning, forstrekning, ute av ledd L77, L78, L79, L80, L81, L96	47 869	48 561	47 321	43 838	44 076	44 319	44 646
Hodeskader (ekskl. brudd), hjernerystelse N79, N80	13 245	15 026	16 137	17 866	16 879	17 356	17 513
Øyeskader (inkl. fremmedlegeme) F75, F76, F79	15 341	15 485	13 812	13 313	13 071	12 914	12 781
Penetrasjonsskade stikk, kutt, bitt S13, S18	65 664	68 544	66 011	64 266	69 028	66 623	65 950
Forbrenning, skoldning S14	6 298	6 761	7 004	7 027	7 286	7 215	7 435
Andre overflateskader, inkl. insektstikk S12, S15, S16, S17, S19, H78	29 067	30 431	28 023	27 350	30 636	25 819	26 156
Forgiftninger A84, A86	4 797	5 554	5 664	5 140	5 663	6 634	6 856
Andre skader A80, A81, A88, B76, B77, D79, D80, H76, H77, H79, N81, R87, R88, U80, X82, Y80	18 749	20 679	21 221	20 579	22 429	23 351	24 581
<b>Sum kontakter</b>	<b>224 582</b>	<b>235 640</b>	<b>230 459</b>	<b>222 249</b>	<b>231 926</b>	<b>227 725</b>	<b>228 660</b>

Tabellen viser stor grad av stabilitet i totalt antall skader over tid. Det har imidlertid vært en økning i noen skadetyper. Siden 2006 har antall forgiftningstilfeller økt med 43 % og antall hodeskader har økt med 32 %. På den andre siden har antall øyeskader blitt redusert med 17 %.

## Legers deltakelse i legevakt

Det har vært et metodologisk problem at andel uidentifiserte vaktleger har vært høyt de senere årene. Dette har sammenheng med at fastlønte vaktleger har levert regningskort på kommunens eller legevaktens organisasjonsnummer. De uidentifiserte legene har neppe samme fordeling som de identifiserte. Fra mars 2017 vil regninger uten identifisert legen bli avvist, og dermed vil dette metodologiske problemet bli løst.

I tabell 13 er de uidentifiserte legene inkludert i analysene. Det medfører at de ulike legegruppenes andel av kontaktene blir underestimert i varierende grad. Om en ekskluderer de uidentifiserte legene, utgjorde fastlegenes andel av vaktarbeidet 62,6 % i 2016 og 55,5 % i 2015.

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

Legegruppe	2006	2008	2010	2012	2013	2014	2015	2016*
Fastlege	43,7	36,1	35,5	37,1	33,0	35,5	33,6	56,1
Spesialist i allmenntmedisin	29,9	27,0	24,8	23,7	21,2	20,6	17,4	22,7
Kvinne	20,9	24,5	25,5	22,0	17,0	22,0	15,6	26,6
Alder < 30	13,6	11,7	11,2	8,5	3,2	9,0	3,1	8,4
Alder 30 – 39	36,0	40,6	41,1	35,3	27,7	32,4	26,1	40,0
Alder 40 – 49	24,7	23,6	20,5	19,4	17,4	18,1	17,2	22,9
Alder 50 – 59	16,9	16,3	17,6	16,3	12,8	11,5	9,8	12,7
Alder 60 –	2,7	3,7	4,3	5,7	7,6	7,4	4,2	5,6
Uidentifisert lege	6,1	3,9	5,4	14,8	31,4	21,6	39,5	10,3
Sum kontakter	1 626 644	1 712 396	1 758 528	1 879 357	1 942 955	1 955 860	1 947 624	1 994 874

\*Definisjonen av fastlege er utvidet fra 2016

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

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

Anslaget for fastlegenes vakt deltakelse er høyere i 2016 enn tidligere år. Den utvidede definisjonen av «fastlege» er nok den viktigste forklaringen på dette. Når vi har data for 2017, vil vi kunne si mer om vi også er inne i en trend med økende vakt deltakelse blant fastlegene.

Den tilsynelatende økningen i vakt deltakelse blant spesialister er betydelig mindre enn for fastleger, og om vi ekskluderer de uidentifiserte, er det faktisk en nedgang fra 2015 til 2016. Spesialister er underrepresentert blant de uidentifiserte legene, og det er nok også bare unntaksvis at spesialister tar fastlegevikariater. Som tabell 14 viser (neste side), er det ingen tegn til økende vakt deltakelse blant spesialister i allmenntmedisin.

## Takster

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

	2006	2008	2010	2012	2013	2014	2015	2016
Spesialisttakst (2dd, 2dk)	26,1	22,5	21,1	21,8	20,4	20,2	21,3	20,8
Tidstakst (2cd, 2ck)	32,1	32,7	34,1	36,2	38,2	37,7	38,2	40,3
Laboratorium (701a)	30,3	35,2	37,8	41,0	41,0	41,0	42,7	44,9
CRP (705k)	28,2	30,6	32,6	35,7	35,3	35,4	36,7	38,1
Streptest (706k)	4,3	4,7	4,0	3,8	3,5	3,3	3,3	3,3
EKG (707)	3,9	4,9	5,4	6,1	6,5	6,7	7,1	7,4
Kir. prosedyrer (100, 103, 104, 105, 106a, 106b, 111)	10,5	10,9	10,7	10,3	10,7	10,9	11,4	11,4
Kontakt hjemme-sykepleie o.l. (1f)	3,3	3,2	3,4	4,1	4,6	5,2	6,3	6,9
Sykmelding (L1)	6,9	7,2	5,2	4,9	4,5	4,1	4,1	3,9
N	1 238 791	1 323 453	1 330 561	1 368 297	1 344 801	1 352 209	1 342 521	1 350 766

Denne tabellen omfatter alle konsultasjoner, også med uidentifiserte leger. Det er svært små endringer i bruk av takst for spesialisttillegg, noe som avspeiler at spesialister i allmenntid medisin tar den samme andelen av legevaktarbeidet som før. I og med at denne statistikken er fullstendig (omfatter alle konsultasjoner), er dette det mest pålitelige tallet vi har for spesialistenes vakt deltakelse.

Den nye akuttmedisinforskriften som trådte i kraft 1. mai 2015, innførte skjerpede kompetansekrav for vaktlegene (27). Leger som har vakt alene må enten være spesialist i allmenntid medisin eller være godkjent allmennlege med tre års veiledet tjeneste. Det vil være en overgangsordning på tre år for å oppfylle disse kravene, men det er åpenbart at dette vil bli en stor utfordring.

Det har over tid vært en økende bruk av laboratorium (hovedsakelig CRP), EKG og tidstakst. Vaktlegene har stadig oftere kontakt med hjemmesykepleie, noe som kan ha sammenheng med økende utbredelse av elektroniske dialogmeldinger. En skal ellers merke seg at bruken av sykmelding har avtatt jevnt og trutt.

Tabell 15 viser at takstbruken er forskjellig blant identifiserte og uidentifiserte vaktleger. Det er f.eks. tydelig at spesialister i allmenmedisin er underrepresentert blant de uidentifiserte vaktlegene. Likevel brukte uidentifiserte vaktleger spesialisttakst 7 403 ganger, uten at Helfo hadde noen mulighet for å kontrollere om denne takstbruken var berettiget. Det er også åpenbart at det skrives svært mange regningskort for kontakt med hjemmesykepleien uten at legen blir identifisert.

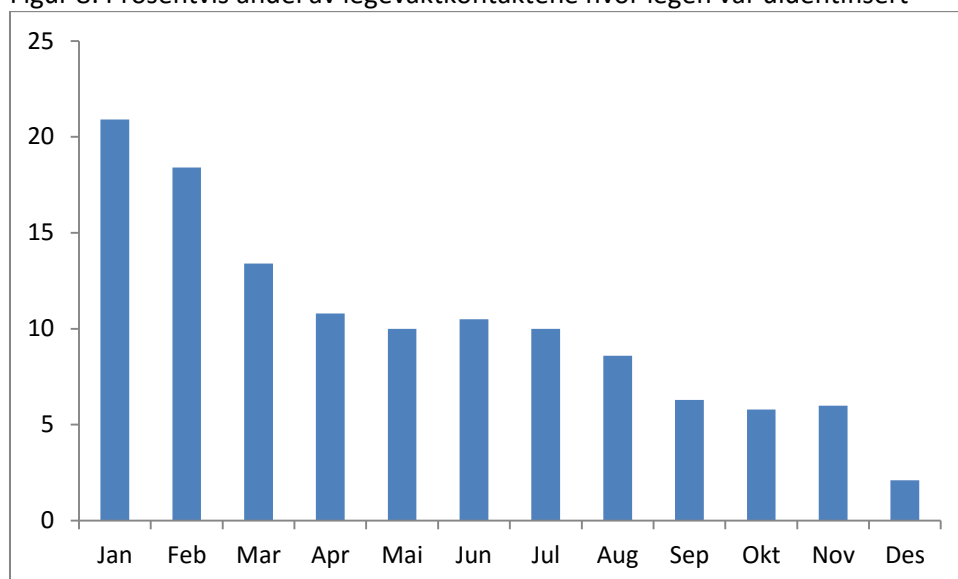
Tabell 15: Hyppighet av noen ulike takster (målt i prosent av antall konsultasjoner) blant identifiserte og uidentifiserte vaktleger (2016)

	Identifiserte	Uidentifiserte
Spesialisttakst (2dd, 2dk)	21,1	12,8
Tidstakst (2cd, 2ck)	40,6	34,5
Laboratorium (701a)	44,5	53,0
CRP (705k)	38,3	34,4
Streptest (706k)	3,4	2,1
EKG (707)	7,3	8,4
Kirurgiske prosedyrer (100, 103, 104, 105, 106a, 106b, 111)	11,5	10,0
Kontakt med hjemmesykepleie og lignende (1f)	5,3	41,9
Sykmelding (L1)	3,9	2,9
N	1 292 767	57 999

Med virkning fra 1. januar 2016 har meldingsformatet til Helfo blitt utvidet, slik at legevakten nå på hver regning kan innrapportere hvem som er utførende behandler. Dette vil muliggjøre adekvat takstkontroll fra Helfos side, samt kunne gi pålitelig statistikk for hvilke leger som faktisk utfører legevaktarbeidet.

Figur 8 viser at dette har hatt effekt. Det har vært en tydelig reduksjon av andel uidentifiserte vaktleger gjennom året. Fra mars 2017 aviser Helfo regninger som mangler identifisert lege.

Figur 8: Prosentvis andel av legevaktkontaktene hvor legen var uidentifisert



## Legevaktens kontakt med pleie- og omsorgstjenesten

Takst 1f kan brukes i følgende tilfeller (17):

*Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter med fysioterapeut, kiropraktor, kommunal helse- og omsorgstjeneste (pleie- og omsorgstjeneste, helsestasjon og skolehelsetjeneste), NAV Sosiale tjenester og bedriftshelsetjeneste, samt med farmasøyt på apotek og pedagogisk personell i psykiatritjenester, skole og barnehage. Legen må på anmodning oppgi hvem/ hvilken instans man har vært i kontakt med.*

Taksten brukes hyppigst i forhold til pleie- og omsorgstjenesten. Initiativet til slike kontakter kan komme både fra lege og fra samarbeidspartner. I 2016 ble takst 1f brukt i alt 93 185 ganger på legevakt. I dette kapitlet har vi sett nærmere på når den brukes. Brukshyppighet i ulike grupper blir beregnet som en andel av antall konsultasjoner og sykebesøk i samme gruppe.

Tabell 16: Bruk av takst 1f (andel av antall konsultasjoner og sykebesøk) etter pasientens alder og kjønn

Aldersgrupper (år)	Kvinner		Menn	
	Antall konsultasjoner og besøk	Andel takst 1f (%)	Antall konsultasjoner og besøk	Andel takst 1f (%)
0 - 1	43 490	1,0	53 299	1,0
2 - 4	38 151	1,0	45 409	0,9
5 - 9	36 508	1,0	40 464	1,1
10 - 15	38 649	1,4	38 627	1,6
16 - 25	126 725	1,8	92 150	2,5
26 - 40	141 876	2,9	116 795	6,7
41 - 60	145 018	4,6	138 014	9,5
61 - 80	115 135	9,2	106 952	10,0
81 -	58 820	35,0	38 831	29,3
Sum	744 372	6,2	670 541	7,0

Som forventet viser tabell 16 at takst 1f i all hovedsak brukes hos eldre pasienter, som jo har mest kontakt med den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.



Tabell 17 viser at takst 1f brukes hyppigere jo flere konsultasjoner og/eller sykebesøk pasienten har hatt. Når pasienten er storforbruker av legevakt, vil det også være hyppigere behov for å konferere med pleie- og omsorgstjenesten. Eller omvendt: Pasienter som er under omsorg av hjemmesykepleien, vil ha hyppigere behov for legevakt.

Tabell 17: Bruk av takst 1f (andel av pasientene) etter hvor mange konsultasjoner eller besøk pasienten har hatt med legevakten

Antall konsultasjoner og besøk i 2016	Antall pasienter	Andel takst 1f (%)
1	700 693	2,0
2	161 432	4,4
3	48 801	7,4
4	18 488	10,4
5	8 063	13,2
6+	10 686	23,0

Det er også mange 1f-kontakter uten at pasienten har vært til en eneste konsultasjon/besøk i løpet av året. I 2016 ble 1f brukt 36 242 ganger til 20 893 pasienter som ikke hadde vært til konsultasjon eller hatt sykebesøk fra legevakt.

Tabellen under viser de hyppigst brukte diagnosene for takst 1f. Hyppig bruk av uspesifikke diagnoser har trolig sammenheng med makrofunksjoner som lager automatiske regningskort når det sendes dialogmeldinger til pleie- og omsorgstjenesten. Diagnosefordelingen er den samme enten det dreier seg utelukkende om indirekte kontakter eller om pasienten også har hatt direkte kontakter med legevakten.

Tabell 18: De hyppigst brukte enkeltdiagnosene ved kontakt med pleie- og omsorgstjenesten

Diagnose ved bruk av takst 1f	Andel av alle diagnoser
A13 Engstelig for behandling	14,4
A97 Administrativ kontakt/undersøkelse	13,2
A99 Helseproblem/sykdom	10,6
U71 Cystitt/urinveisinfeksjon	5,6
A28 Redusert funksjonsevne	3,2
R81 Lungebetennelse	2,3
D01 Abdominalsmerte/krampe generell	1,2
R02 Kortpustethet/dyspné	1,2
P19 Stoffmisbruk	1,1
R95 KOLS	1,1
T90 Diabetes, ikke insulinavhengig	1,1
A11 Brystsmerte	1,0
K78 Atrieflimmer/flutter	1,0
N	93 185

Som tabellen under viser, er det også geografiske variasjoner. Kontakter med pleie- og omsorgstjenesten er hyppig i små kommuner og sjelden i store, sentrale kommuner.

Tabell 19: Bruk av takst 1f (andel av antall konsultasjoner og sykebesøk) etter kommunenes sentralitet og innbyggertall

	Antall konsultasjoner og besøk	Andel takst 1f
<b>Sentralitet*</b>		
0	184 665	10,2
1	113 179	7,0
2	354 338	12,2
3	762 731	3,0
<b>Innbyggertall</b>		
< 2001	23 649	21,0
2 001 – 5 000	101 260	10,9
5 001 – 10 000	131 409	6,9
10 001 – 50 000	655 192	8,4
> 50 000	503 403	2,5
<b>Sum</b>	<b>1 414 913</b>	<b>6,6</b>

\*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 (23).

Vaktleger er også forskjellige når det gjelder deres kontakthypighet med hjemmesykepleien. Målt som andel av antall konsultasjoner/besøk bruker fastleger takst 1f oftere enn andre vaktleger (5,8 % og 3,9 %). Spesialister i allmenntjenestemedisin bruker taksten litt oftere enn ikke-spesialister (5,6 % og 4,9 %). Fastleger og spesialister er trolig mer kjent med lokale forhold enn andre vaktleger, og har kanskje lettere for å ta kontakt med hjemmesykepleien.

Erfarne fastleger ser verdien av å holde pleie- og omsorgstjenesten informert. Det er av og til nyttig å involvere hjemmesykepleien i akutsituasjoner, f.eks. be om tettere observasjon og oppfølging. På denne måten bidrar disse vaktlegene til at legevakten fungerer som en del av en samlet primærhelsetjeneste. Det er slik det skal være, og det er åpenbart at små kommuner fungerer best i så måte.

Siden det er sterk sammenheng mellom ulike legekarakteristika, kan det være hensiktsmessig å bruke mer avanserte statistiske metoder for se om det er enkelte karakteristika ved legen som predikerer høyere bruk av takst 1f. Vi har gjort en multipl logistisk regresjonsanalyse hvor den avhengige variabelen er om legen har mye eller lite kontakt med hjemmesykepleien. Variabelen er delt ved hjelp av medianverdien (2,44 % av antall konsultasjoner/besøk).

Tabell 20: Multipl logistisk regresjonsanalyse som viser odds ratio (OR) med 95 % konfidensintervall (95 % KI) for at en lege hører til den halvdel som har hyppigst kontakt med pleie- og omsorgstjenesten

		N	OR	95 % KI
Kjønn	Mann (ref.)	3 001	1,00	
	Kvinne	2 427	0,93	0,82 – 1,04
Alder	< 30 (ref.)	892	1,00	
	30 – 39	2 400	1,05	0,88 – 1,24
	40 – 49	1 243	1,16	0,95 – 1,43
	50 – 59	597	0,92	0,72 – 1,18
	60 -	297	0,73	0,54 – 0,98
Spesialist allm.med.	Nei (ref.)	4 170	1,00	
	Ja	1 259	1,33	1,14 – 1,56
Fastlege	Nei (ref.)	1 822	1,00	
	Ja	3 607	1,57	1,37 – 1,80
Antall innbyggere	< 2001 (ref.)	287	1,00	
	2 001 – 5 000	715	0,80	0,59 – 1,07
	5 001 – 10 000	797	0,59	0,43 – 0,79
	10 001 – 50 000	2 244	0,43	0,31 – 0,60
	> 50 000	1 386	0,20	0,14 – 0,29
Sentralitet*	0 (ref.)	1 312	1,00	
	1	558	1,53	1,20 – 1,94
	2	1 275	1,32	1,06 – 1,66
	3	2 284	0,72	0,58 – 0,90

\*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 (23).

Denne analysen bekrefter at fastleger og spesialister i allmennmedisin har en noe lavere terskel for å kontakte hjemmesykepleien enn andre vaktleger. Legens kjønn og alder har mindre betydning. Størrelsen på kommunen er den variabelen som slår sterkest ut. Leger i store kommuner har mindre kontakt med hjemmesykepleien enn leger i små kommuner. Tendensen er den samme når det gjelder kommunens sentralitet, med et unntak for de kommunene som er aller mest perifere. Det er mulig at vaktleger i disse kommunene er mindre stabile, mer turnusleger og korttidsvikarer som er lite kjent med de lokale forholdene.

## Referanser

1. Nossen JP. Hva foregår på legekantorene? Konsultasjonsstatistikk for 2006. NAV-rapport nr 4 2007. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2007.
2. Sandvik H, Hunskaar S. Årsstatistikk fra legevakt 2007. Rapport nr. 5-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009. <http://bora.uib.no/handle/1956/6244>.
3. Sandvik H, Hunskaar S. Årsstatistikk fra legevakt 2008 og 2009. Rapport nr. 7-2010. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2010. <https://bora.uib.no/handle/1956/5907>.
4. Sandvik H, Hunskaar S. Årsstatistikk fra legevakt 2010. Rapport nr. 3-2011. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2010. <https://bora.uib.no/handle/1956/5906>.
5. Sandvik H, Hunskaar S. Årsstatistikk fra legevakt 2011. Rapport nr. 5-2012. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2012. <https://bora.uib.no/handle/1956/5910>.
6. Sandvik H, Hunskaar S. Årsstatistikk fra legevakt 2012. Rapport nr. 3-2013. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2013. <https://bora.uib.no/handle/1956/6600>.
7. Sandvik H, Hunskaar S. Årsstatistikk fra legevakt 2013. Rapport nr. 2-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2014. <https://bora.uib.no/handle/1956/7903>.
8. Sandvik H, Hunskaar S. Årsstatistikk fra legevakt 2014. Rapport nr. 2-2015. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2015. <http://bora.uib.no/handle/1956/9914>.
9. Sandvik H, Hunskaar S. Årsstatistikk fra legevakt 2015. Rapport nr. 2-2016. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2016. <https://bora.uib.no/handle/1956/11953>.
10. 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://bora.uib.no/handle/1956/6251>.
11. Morken T, Myhr K, Raknes G, Hunskaar S. Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2016. Rapport nr. 4-2016. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2016. <https://bora.uib.no/handle/1956/12957>.
12. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. [www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20120829-0842.html](http://lovdata.no/for/sf/ho/xo-20120829-0842.html).
13. Sandvik H, Hunskaar S. Hvilke leger mottar trygderefusjon for legevaktarbeid? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1347-50.
14. Sandvik H, Zakariassen E, Hunskaar S. Fastlegenes deltakelse i legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2513-6.
15. Sandvik H, Hunskaar S, Diaz E. Hvilke fastleger deltar i legevakt? Tidsskr Nor Lægeforen 2012; 132: 2277-80.
16. ICPC-2 - Den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten. Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren. [www.kith.no/templates/kith\\_WebPage\\_1186.aspx](http://www.kith.no/templates/kith_WebPage_1186.aspx).
17. Normaltariffen. Den norske legeförening. <http://legeforeningen.no/Arbeidsliv-og-jus/naringsdrivende/Normaltariffen/>.
18. Analyserapport. Fastleger, legevakt og avtalespesialister. Aktivitetsstatistikk 2009. Oslo: Helseøkonomiforvaltningen, april 2011.
19. Analyserapport. Statistikk over legars takstbruk 2010. Oslo: Helseøkonomiforvaltningen, 2012.
20. Nydal T. Analyserapport 4-2016. Måltall for refusjonsområdet lege. Oslo: Helseøkonomiforvaltningen 2016. <https://helfo.no/Documents/Analyser%20og%20rapporter/M%C3%A5ltall%20refusjonsomr%C3%A5de%20lege%202015.pdf>.
21. St.meld. nr. 43 (1999-2000) Om akuttmedisinsk beredskap.
22. Sundar T. Interkommunal legevakt - sparegris for staten? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1292-3.
23. Standard for kommuneklassifisering 1994. Statistisk sentralbyrå 1994. <https://www.ssb.no/a/metadatat/conceptvariable/vardok/927/nb> (27.11.2016).

24. Eikeland OJ, Raknes G, Hunskaar S. Vaktårnprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport for 2015. Rapport nr. 3-2016. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse 2016 <http://bora.uib.no/handle/1956/12328>.
25. Steen K, Klemsdal KH. Fra nødhjelpstasjon til moderne legevakt. Fiin gammel 2007; 4: 5.
26. Skadebildet i Norge. Hovedvekt på personskader i sentrale registre. Folkehelseinstituttet, Rapport 2014:2, Oslo. [www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/skadebildet-i-norge-hovedvekt-pa-personskader-i-sentrale-registre-pdf.pdf](http://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/skadebildet-i-norge-hovedvekt-pa-personskader-i-sentrale-registre-pdf.pdf) (4.8.2016).
27. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2015-03-20-231>.