

Årsstatistikk fra legevakt 2017

Rapport nr. 2-2018

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin



Tittel	Årsstatistikk fra legevakt 2017
Institusjon	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, Bergen
Ansvarlig	Jesper Blinkenberg
Forfatter	Hogne Sandvik, forsker dr. med., Steinar Hunskår, forsker dr. med., Jesper Blinkenberg, leder ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
ISBN	978-82-8361-017-8 (pdf)
ISSN	1891-3474
Rapport	Nr. 2-2018
Tilgjengelighet	Pdf
Prosjekttittel	Årsstatistikk fra legevakt 2017
Antall sider	31
Publiseringsmåned	Mars 2018
Oppdragsgiver	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
Sitering	Sandvik H, Hunskår S, Blinkenberg J. Årsstatistikk fra legevakt 2017. Rapport nr. 2-2018. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2018.

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

Nettadresse www.legevaktmedisin.no
E-post legevaktmedisin@uni.no
Telefon +47 55586500
Telefaks +47 55586130
Besøksadresse Kalfarveien 31, Paviljongen
Postadresse Kalfarveien 31
Postnummer 5018
Poststed Bergen

Forord

Dette er tiende rapport om aktiviteten på legevakt i Norge. Tidligere rapporter omfatter årene fra 2006 til 2016, mens denne inneholder data fra 2017. 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.

Det har tidligere 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 fra 2016, og med full effekt fra 2017.

Noen år kan det være aktuelt å gå særlig grundig inn i enkelte analyser, for eksempel bruk av spesielle takster eller diagnosekoder. For året 2017 har vi sett nærmere på hvem vaktlegene er.

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	8
Legevakt	8
ICPC	8
Takstsystem	8
Materialet	9
Kontakter	10
Diagnoser	15
Legers deltakelse i legevakt	23
Takster	24
Hvem er vaktlegene?	25
Referanser	30

Sammendrag

Denne rapporten er basert på elektroniske refusjonskrav fra legevakt i årene 2006 til 2017. 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 2017 litt over to millioner pasientkontakter, hvorav 65,7 % var konsultasjoner og 3,3 % sykebesøk. Telefonkontakter utgjorde 28,6 %. 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. Lavest antall ble registrert i 2015 med 63 192 sykebesøk. Siden har antallet gått litt oppover igjen. I 2017 var det 66 977 sykebesøk fra legevakt. 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 2017 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. I 2006 var 13,1 % av kontaktene kodet med slike diagnoser, i 2017 var andelen steget til 31,4 %. Ved telefonkontakter var hele 73,8 % av alle diagnosene uspesifikke i 2017. Økende bruk av uspesifikke diagnoser svekker 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 12,6 % uspesifikke diagnoser. Her er sykdom i åndedretsorganene og muskel- og skjelettlidelser de vanligste diagnosene. De hyppigste enkeltdiagnosene 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 og øre avtar med alderen, mens hjerte- og karsykdommer og urinveislidelser øker. Hudlidelser er overrepresentert i barneårene, psykiatri og muskel/skjelett blant unge og 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 29 % og hodeskader har økt med 26 %. På den andre siden har antall kontakter for øyeskader blitt redusert med 14 %.

Det har lenge vært en økende bruk av laboratorieundersøkelser på legevakt. Den viktigste enkeltanalysen er CRP, som ble brukt i 38,3 % av konsultasjonene. Det har også vært en økende bruk av tidstaksten, som i 2017 ble brukt i 41,6 % av konsultasjonene. Bruken av sykmeldinger var høyest i 2007 med 7,4 % av konsultasjonene. I 2017 resulterte 3,6 % 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), sykehusleger og stipendiater. Akuttmedisinforskriften setter visse kompetansekrav til leger som skal ha legevakt uten bakvakt, men helseministeren har nylig valgt å utsette innføringen dette kravet. Bakgrunnen er at mange kommuner mangler tilstrekkelig antall vaktkompetente leger. I denne rapporten har vi analysert vaktlegene nærmere.

I 2017 deltok knapt 60 % av fastlegene (eller deres vikarer) og 38 % av fastleger med spesialitet i legevakt. Fastlegene utgjorde 69-74 % av alle vaktleger, fastleger med spesialitet 25-27 %. Av fastleger i vakt hadde 37-39 % selvstendig vaktkompetanse fordi de var spesialist i allmenntilleggsmedisin. Det var også 5 % av andre vaktleger som var spesialist i allmenntilleggsmedisin. Andelen fastleger i vakt var høyest i små utkantkommuner.

Fastleger i vakt har færre pasientkontakter enn andre vaktleger, noe som medfører at fastlegene utfører bare 58 % av alt vaktarbeidet. Spesialister i allmenntilleggsmedisin utfører 21 % av alle konsultasjoner, et tall som har vært ganske stabilt de senere årene. I alle aldersgrupper har kvinnelige vaktleger færre pasientkontakter enn mannlige vaktleger.

Tallene viser tilsynelatende at vakt-deltakelsen blant fastleger har vært høyere siden 2016, men dette har sammenheng med to metodeforhold som medfører at analysene for 2016 og senere 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, og i 2017 var bare 0,1 % av kontaktene med uidentifisert lege.

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 ni rapporter basert på refusjonskrav fra legevakt i årene 2006 - 2016 (2-10), og viderefører nå statistikken med data fra 2017.

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 (11).

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 (12). Det meste av legevaktarbeidet skjer utenom ordinær arbeidstid. I ordinær arbeidstid ivretas det meste av øyeblikkelig hjelp av fastlegene. Noen kommuner har også organisert en egen stasjonær daglegevakt.

Deltakelse i legevakt er obligatorisk for fastleger (13). 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 legevakttjenesten (14-16). En stor del av legevaktene ivretas av andre leger, som heltidsansatte vaktleger, LIS1-leger (turnusleger), sykehusleger, stipendiater og andre universitetsansatte leger.

ICPC

Allerede i 1992 fastsatte Rikstrygdeverket at alle primærleger skal bruke ICPC (International Classification of Primary Care) for koding av diagnoser på 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 (17).

ICPC er basert på en enkel struktur med en bokstavkode for organsystem (samt egne bokstavkoder for allmenne tilstander, psykiske og sosiale problemer) og en to-sifret 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 (18).

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 2017. 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 Fastlege-registeret. 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. Det er beregnet at disse utgjorde 4,9 % av alle legevaktkontaktene i 2006 (1), 2,1 % i 2009 (19) og mindre enn 1 % siden 2010 (20, 21).

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 har variert fra år til år, og var særlig høyt i 2015 (39,5 %). Dette har utgjort 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 har gjort dette vanskelig. Et annet problem er at Helfos behov for tilsyn med takstbruken ikke har blitt ivaretatt. 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. Rapporteringen er derfor nesten fullstendig for 2017.

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 (takstkoder 2ad, 2ak) og sykebesøk (takstkoder 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 kontakttyper

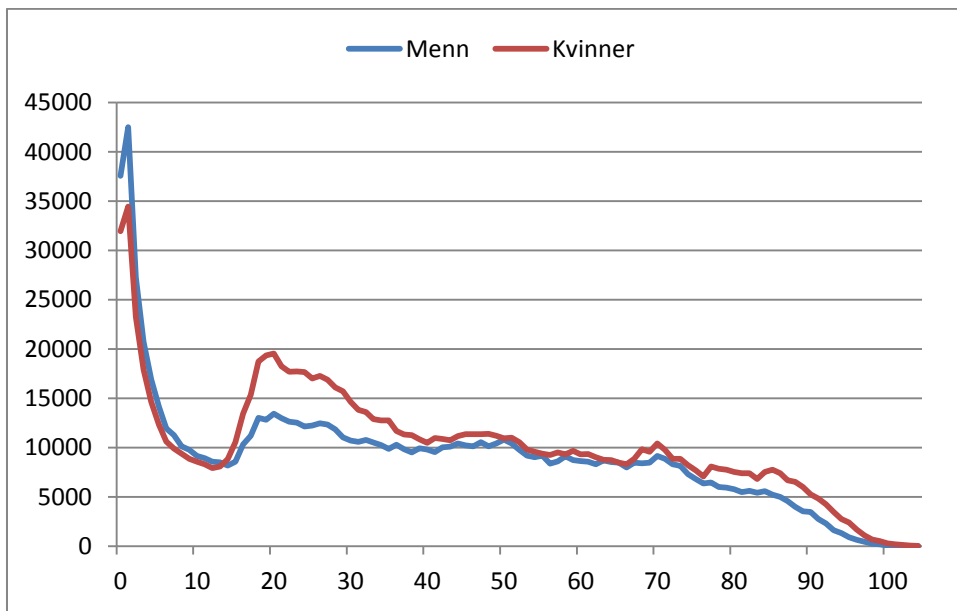
	Takstkoder	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017
Konsultasjoner	2ad, 2ak, 2fk, 2ae	76,2 1 238 791	77,3 1 323 453	75,7 1 330 561	72,8 1 368 297	69,1 1 352 209	68,9 1 342 521	67,7 1 350 766	65,7 1 332 024
Sykebesøk	11ad, 11ak	5,7 92 543	4,6 78 999	4,1 72 296	3,6 68 000	3,3 65 202	3,2 63 192	3,2 64 147	3,3 66 977
Telefonkontakter	1bd, 1bk, 1be, 1g	17,1 278 650	16,7 286 515	18,6 327 462	21,4 402 562	25,2 493 177	25,5 497 480	26,5 528 248	28,6 580 808
Enkle kontakter	1ad, 1ak, 1h, 1i	1,0 16 660	1,8 23 427	1,6 28 209	2,2 40 498	2,3 45 272	2,3 44 431	2,6 51 713	2,4 48 631
N		1 626 644	1 712 394	1 758 528	1 879 357	1 955 860	1 947 624	1 994 874	2 028 440

Antall telefonkontakter har økt med 108 % siden 2006, mens antall konsultasjoner bare har økt med 8 %. 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 gikk nedover i mange år. Ifølge takstbrukundersøkelsene til NAV var det i 1995 ca. 685 000 sykebesøk på legevakt (22), ved årtusenskiftet var det ca. 357 000, og fem år senere ca. 141 000 (11). Lavest antall (63 192) ble registrert i 2015. Utviklingen har blitt satt i sammenheng med utbyggingen av interkommunale, stasjonære legevakter (23). De siste tallene tyder på at reduksjonen har stagneret. I 2017 var det 66 977 sykebesøk på legevakt.

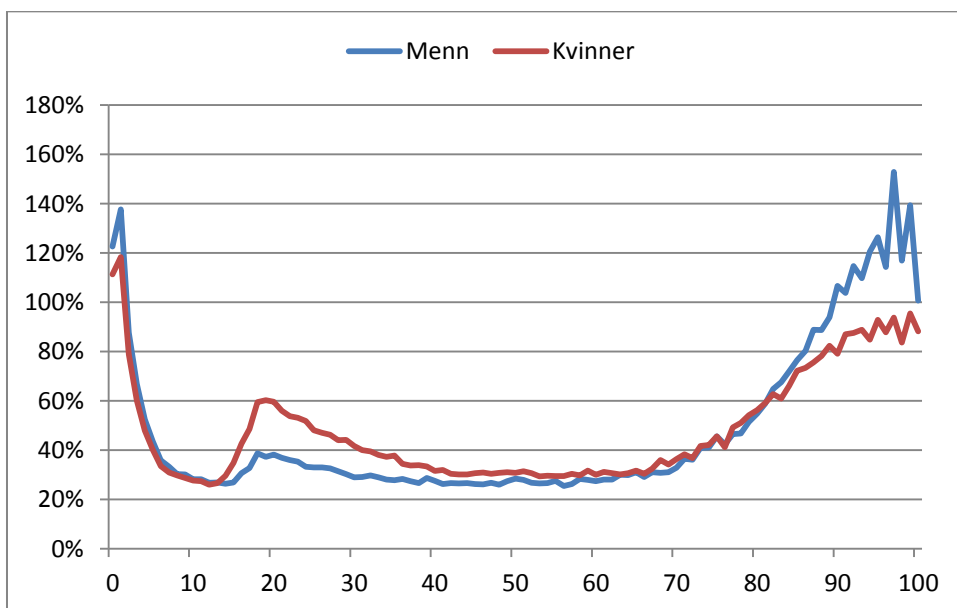
Figur 1 (neste side) viser et velkjent mønster for befolkningens kontakter med primærhelsetjenesten. Bortsett fra barna, er det i alle aldersgrupper flere kvinner enn menn som konsulterer legevakt. Forskjellen er særlig stor i aldersgruppene 15 – 40 og blant de aller eldste. Dette har dels sammenheng 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 1: Antall kontakter for menn og kvinner etter alder (2017)

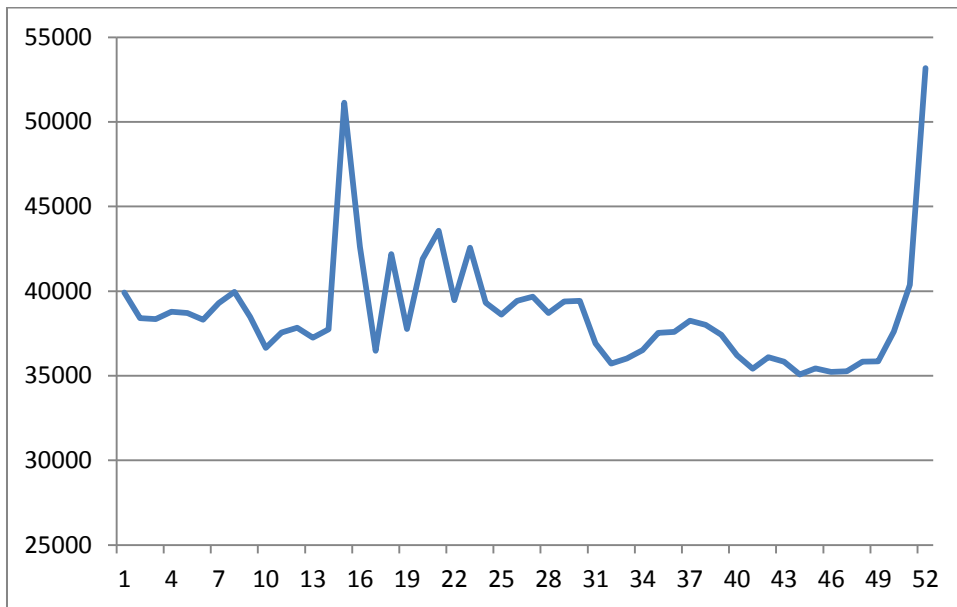


Mønsteret blir noe annerledes om vi ser på hvilke befolkningsgrupper som bruker legevakten mest. Figur 2 viser at det er små barn og de eldste som er de største brukerne. Vi finner igjen at kvinner er overrepresentert i aldersgruppen 15 – 40, men blant de eldste er mennene overrepresentert. Kontaktratene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

Figur 2: Befolkningens bruk av legevakt (kontaktrater), fordelt på kjønn og alder (2017)

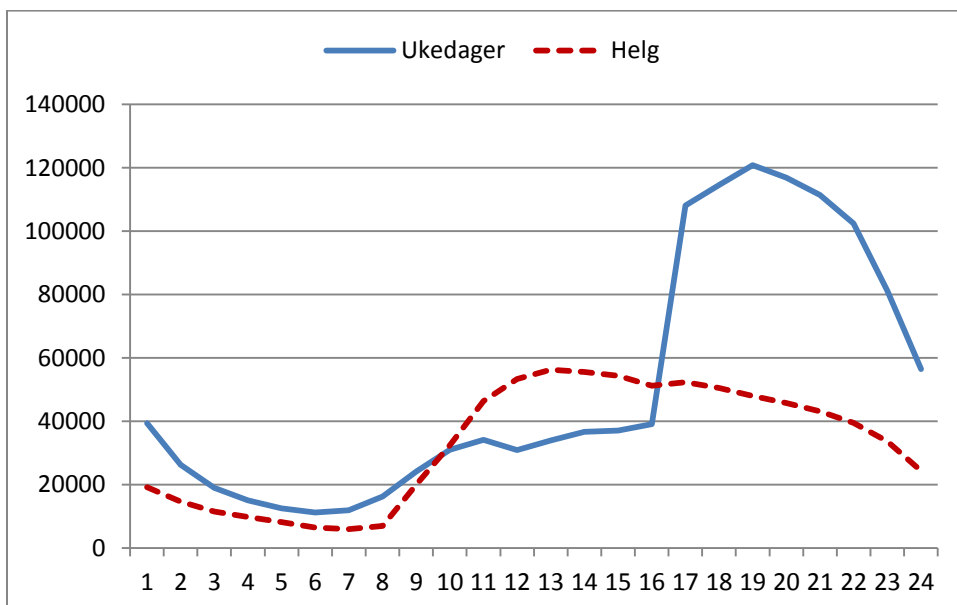


Figur 3: Antall kontakter per uke (2017)



Kontaktfrekvensen varierer noe gjennom året, men enkelte uker skiller seg ut. Størst aktivitet var det i påske- og juleferien (fig 3). 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 (2017)

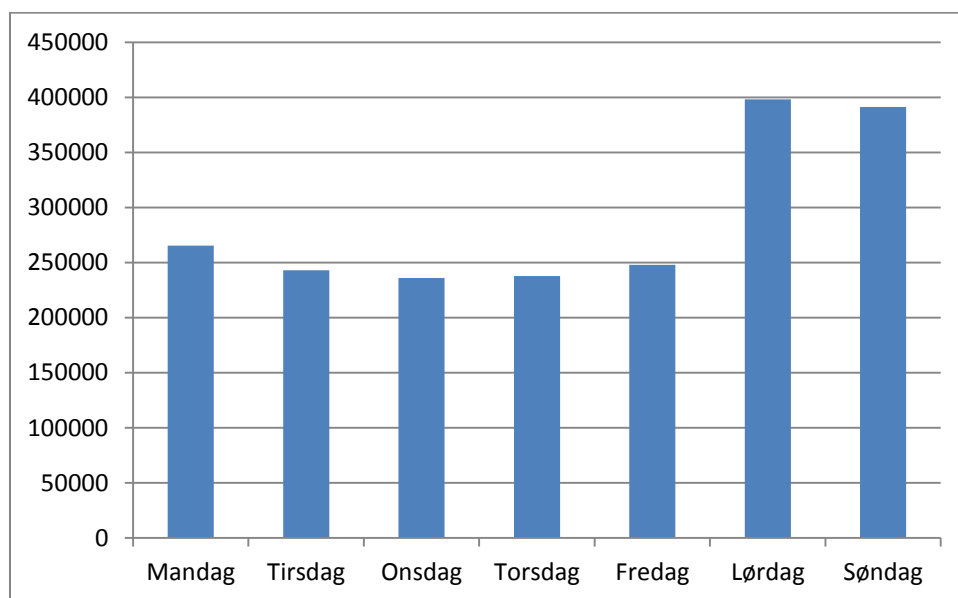


På ukedagene er kontaktfrekvensen høyest om kvelden (fig 4). Dette gjelder alle kontakttypene (konsultasjoner, telefonkontakter og sykebesøk). Det skjer et tydelig hopp i antall kontakter ved arbeidstidens slutt, når fastlegekontorene stenger. Det er grunn til å anta at det meste av akutte

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 (2017)



Tabell 2: Prosentvis fordeling av ulike kontakttyper etter geografi (legens praksiskommune, 2017)

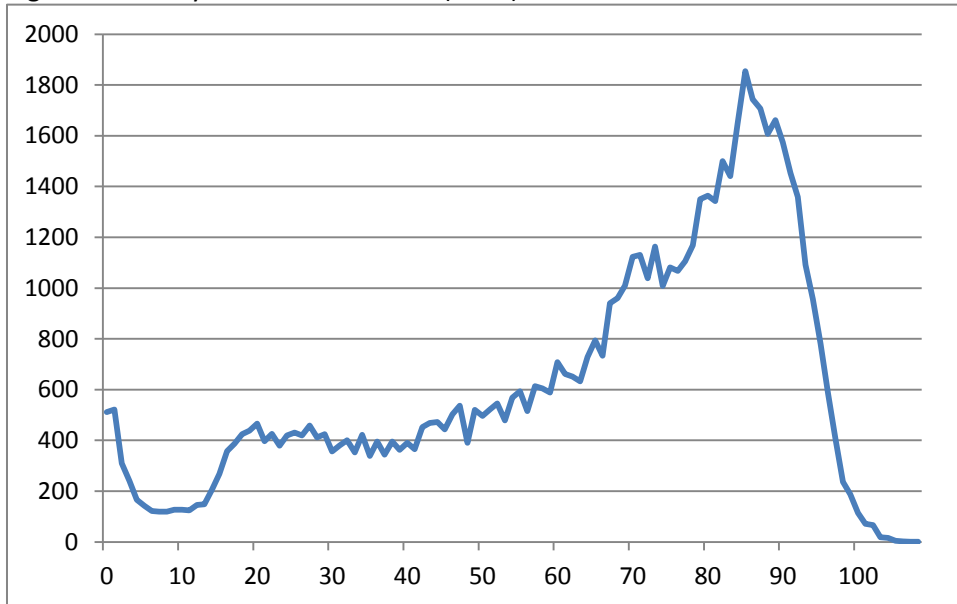
Praksiskommune	N	Konsultasjoner	Sykebesøk	Telefonkontakter	Enkle kontakter
Innb > 50 000	703 333	67,2	3,4	28,5	0,9
Innb 10 001 – 50 000	1 008 309	63,7	2,1	30,9	3,2
Innb 5 001 – 10 000	164 396	72,4	4,1	21,8	1,7
Innb 2 001 – 5 000	117 399	67,8	8,5	18,7	5,0
Innb < 2 001	35 003	52,1	13,6	31,5	2,8
Sentral*	1 085 734	66,1	3,4	29,4	1,1
Noe sentral	547 704	63,2	1,5	30,9	4,4
Mindre sentral	154 510	70,1	3,3	24,3	2,3
Minst sentral	240 492	66,4	6,9	23,0	3,6

*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 (24).

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.

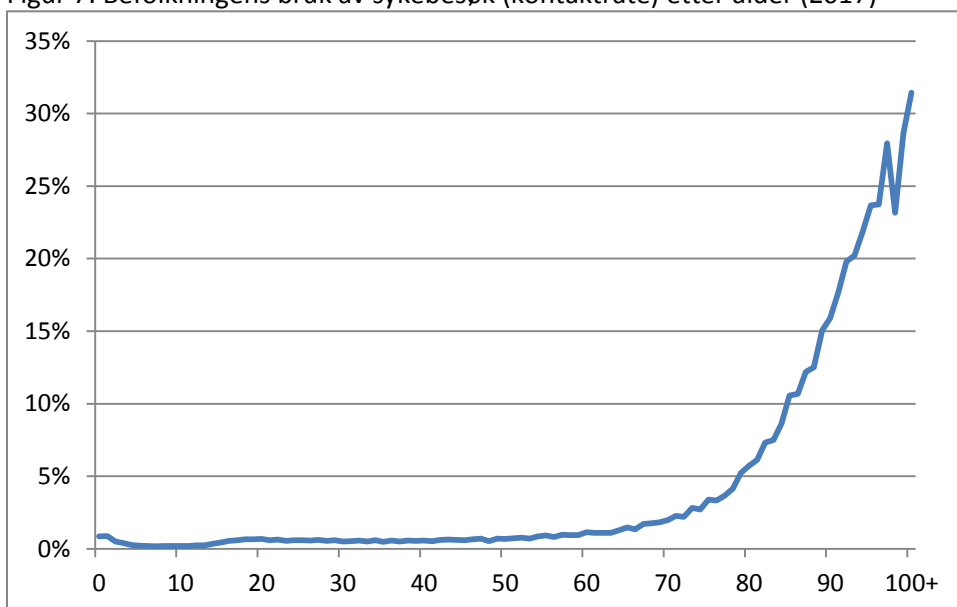
Legevakten i Oslo har tradisjonelt hatt relativt mange sykebesøk, og skiller seg nok noe ut fra andre store og sentrale kommuner. Med 13 782 sykebesøk i 2017 (25), hadde Oslo en besøksrate på 1,4 %. Til sammenligning hadde Bergen legevakt 1 479 sykebesøk i 2016 (26), som gir en besøksrate på bare 0,5 %. For landet som helhet var tilsvarende rate 1,3 %.

Figur 6: Antall sykebesøk etter alder (2017)



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 (2017)



Diagnoser

Tabell 3 viser at fordelingen på diagnosegrupper er stabil fra det ene året til det andre, bortsett fra en sterkt økende bruk av uspesifikke diagnoser (ICPC hovedgruppe A). I 2017 var nesten hver tredje kontakt uten spesifisert diagnose.

Tabell 3: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter år

ICPC hovedgruppe	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017
A: allment	13,1	13,5	16,1	20,6	24,1	25,4	27,6	31,4
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	9,6	9,5	9,0	8,6
F: øye	4,5	4,4	4,4	3,8	3,7	3,7	3,4	3,3
H: øre	3,3	3,2	3,2	2,8	2,5	2,3	2,2	2,0
K: hjerte/kar	3,8	3,7	3,6	3,5	3,3	3,1	3,1	3,0
L: muskel/skjelett	14,8	15,0	14,7	13,6	13,9	13,8	13,5	12,9
N: nevrologi	3,7	3,8	3,8	3,7	3,7	3,7	3,6	3,5
P: psykiatri	4,8	4,8	4,9	5,1	4,9	4,7	4,8	4,6
R: respirasjon	21,3	20,6	19,0	18,6	15,2	15,4	15,2	14,0
S: hud	11,4	11,0	10,3	9,6	9,7	9,2	8,9	8,6
T: metabolsk	1,0	1,0	1,0	0,9	1,0	1,0	1,0	0,9
U: urin	5,1	5,3	5,7	5,2	5,3	5,2	5,0	4,5
W: svangerskap	1,2	1,3	1,2	1,0	1,0	1,0	0,9	0,8
X: kv. kjønnsorgan	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	0,7	0,6	0,6
Y: m. kjønnsorgan	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	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	1 955 860	1 947 624	1 994 874	2 028 440

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). 88 % av A99-kontaktene var telefonkontakter (tab 4).

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

Diagnoser	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017
A99: helseproblem/sykdom	0,8	1,5	3,1	5,6	9,0	10,4	12,3	16,1
R74: akutt øvre luftveisinfeksjon	5,1	5,1	4,8	4,6	4,1	4,3	4,6	4,2
D01: abdominalsmerter	2,9	3,2	3,2	3,1	3,5	3,5	3,4	3,1
A97: administrativ kontakt	0,3	0,4	0,5	2,0	2,3	2,8	2,9	2,9
U71: cystitt/urinveisinfeksjon	3,2	3,4	3,8	3,4	3,5	3,3	3,2	2,8
S18: åpent sår/kutt	3,6	3,5	3,2	2,9	3,0	3,0	2,9	2,8
A29: gen. symptomer/plager	1,7	0,5	0,4	0,5	1,1	0,8	0,7	1,6
A11: brystsmerte	0,9	1,2	1,3	1,5	1,4	1,5	1,5	1,5
L81: skade muskel/skjelett	1,7	1,6	1,6	1,4	1,4	1,5	1,4	1,4
R81: lungebetennelse	2,0	1,8	1,5	1,9	1,3	1,4	1,4	1,3
A03: feber	2,2	2,0	1,8	1,9	1,6	1,5	1,5	1,2
Sum diagnoser	1 626 644	1 712 394	1 758 528	1 879 357	1 955 860	1 947 624	1 994 874	2 028 440

De ti hyppigste diagnosene utgjorde 38 % av alle kontaktene, mens de 20 hyppigste diagnosene utgjorde 47 %. 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 med uspesifisert diagnose. Vaktårnprosjektet, som registrerer faktiske telefonkontakter ved syv utvalgte legevakter, finner relativt stabile rater for telefonkontakt (27).

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 70 % av alle telefondiagnosene i 2017. 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	2014	2015	2016	2017
A99: helseproblem/sykdom	2,1	5,5	12,3	20,1	28,5	33,4	39,3	49,6
A97: administrativ kontakt	1,0	1,3	1,4	7,8	7,1	8,6	8,6	8,5
A29: gen. symptomer/plager	8,0	1,9	1,3	1,2	3,0	2,2	2,0	4,9
A98: individforebyggende tiltak	0,2	0,2	0,3	0,3	0,5	0,5	3,4	3,0
A13: engstelig for behandling	1,9	2,9	3,4	2,6	2,5	2,5	3,6	2,8
A03: feber	3,7	3,4	2,9	2,6	2,2	2,1	1,9	1,2
D01: abdominalsmerter	2,7	2,8	2,6	2,1	2,2	2,0	1,7	1,2
U71: cystitt/urinveisinfeksjon	2,4	2,6	2,6	2,0	1,9	1,7	1,4	0,9
R74: akutt øvre luftveisinfeksjon	1,8	1,7	1,5	1,4	1,1	1,1	1,1	0,7
R05: hoste	1,8	1,7	1,5	1,3	1,0	1,0	0,8	0,6
Sum diagnoser	278 650	286 515	327 462	402 562	493 177	497 480	528 248	580 808

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	2014	2015	2016	2017
R74: akutt øvre luftveisinfeksjon	6,1	6,2	6,0	5,9	5,5	5,8	6,2	6,1
D01: abdominalsmerter	3,0	3,3	3,5	3,6	4,1	4,2	4,2	4,1
S18: åpent sår/kutt	4,3	4,2	3,9	3,7	4,0	3,9	3,9	4,0
U71: cystitt/urinveisinfeksjon	3,5	3,7	4,2	3,9	4,1	4,0	3,9	3,7
A99: helseproblem/sykdom	0,5	0,7	0,9	1,5	2,1	2,2	2,1	2,0
A11: brystsmerte	0,9	1,2	1,4	1,7	1,7	1,9	1,9	2,0
L81: skade muskel/skjelett	2,0	1,9	1,9	1,7	1,8	1,9	1,9	1,9
R81: lungebetennelse	1,9	1,7	1,5	2,0	1,4	1,6	1,6	1,6
R78: akutt bronkitt	1,9	1,7	1,6	1,6	1,2	1,4	1,5	1,4
F70: infeksiøs konjunktivitt	2,1	2,0	2,1	1,6	1,4	1,4	1,3	1,3
A03: feber	1,9	1,7	1,7	1,7	1,5	1,3	1,4	1,2
H71: mellomørebetennelse akutt	2,0	1,9	1,9	1,6	1,4	1,2	1,2	1,1
Sum diagnoser	1 238 791	1 323 453	1 330 561	1 368 297	1 352 209	1 342 521	1 350 766	1 332 024

Ulike kontakttypene har ulik diagnosefordeling (tab 7). Sykebesøk, som stort sett forbeholdes eldre, har oftere sammenheng med allmenne/uspesifiserte diagnoser, hjerte- og karsykdommer, nevrologi og psykiatri. Nesten tre av fire telefonkontakter ender med en allmenn og uspesifisert diagnose.

Tabell 7: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kontakttypen (2017)

ICPC hovedgruppe	Alle kontakter	Konsultasjoner	Sykebesøk	Telefonkontakt
A: allment	31,4	12,6	27,0	73,8
B: blod	0,3	0,3	0,4	0,2
D: fordøyelse	8,6	10,8	7,6	4,0
F: øye	3,3	4,6	0,6	0,8
H: øre	2,0	2,6	0,4	0,7
K: hjerte/kar	3,0	3,5	8,4	1,2
L: muskel/skjelett	12,9	17,0	9,7	4,7
N: nevrologi	3,5	4,3	5,9	1,6
P: psykiatri	4,6	4,5	13,1	2,8
R: respirasjon	14,0	18,7	14,2	3,9
S: hud	8,6	11,5	4,0	2,5
T: metabolsk	0,9	0,8	2,3	0,8
U: urin	4,5	5,8	4,9	1,5
W: svangerskap	0,8	1,0	0,4	0,4
X: kv. kjønnsorgan	0,6	0,8	0,4	0,4
Y: m. kjønnsorgan	0,6	0,7	0,4	0,2
Z: sosialt	0,3	0,3	0,4	0,2
Sum kontakter	2 028 440	1 332 024	66 977	580 808

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 (tab 8). 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 (2017)

ICPC hovedgruppe	Natt (0-8)	Dag (8-16)	Kveld (16-24)
A: allment	37,7	33,0	29,2
B: blod	0,2	0,3	0,3
D: fordøyelse	11,9	6,9	8,8
F: øye	1,5	3,9	3,4
H: øre	0,9	2,2	2,1
K: hjerte/kar	3,8	2,8	3,0
L: muskel/skjelett	8,8	13,2	13,6
N: nevrologi	3,9	2,8	3,8
P: psykiatri	8,9	3,9	4,1
R: respirasjon	10,3	14,8	14,3
S: hud	5,4	8,0	9,5
T: metabolsk	0,8	1,0	0,9
U: urin	3,6	4,9	4,5
W: svangerskap	0,7	0,7	0,9
X: kv. kjønnsorgan	0,4	0,7	0,7
Y: m. kjønnsorgan	0,4	0,5	0,6
Z: sosialt	0,6	0,3	0,2
Sum kontakter	235 494	639 385	1 153 561

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 (tab 9).

Tabell 9: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter måned (2017)

ICPC hovedgruppe	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
A: allment	31,5	29,7	30,9	29,7	30,5	31,1	31,2	31,7	32,2	33,1	33,0	32,6
B: blod	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2
D: fordøyelse	8,7	8,8	9,2	8,8	8,4	8,2	8,2	8,7	8,3	8,6	8,9	8,1
F: øye	2,8	3,0	3,3	3,6	3,7	3,8	3,5	3,2	3,3	3,4	3,3	3,0
H: øre	2,2	2,4	2,1	2,0	1,8	1,9	2,0	1,9	1,8	1,7	1,8	2,1
K: hjerte/kar	3,0	3,0	3,1	3,1	3,0	3,0	3,0	3,0	2,9	3,0	3,2	2,9
L: muskel/skjelett	12,0	12,9	13,3	13,4	13,2	13,7	13,2	13,8	13,3	12,7	12,5	11,2
N: nevrologi	3,5	3,6	3,7	3,3	3,5	3,4	3,2	3,5	3,6	3,7	3,9	3,2
P: psykiatri	4,3	4,5	4,7	4,4	4,6	4,6	4,6	5,0	4,7	5,0	4,8	4,3
R: respirasjon	18,2	17,2	14,7	14,7	14,6	12,0	10,4	9,7	12,1	12,2	13,2	18,0
S: hud	6,5	7,0	7,3	8,3	8,9	10,3	11,8	10,8	9,4	8,4	7,5	6,7
T: metabolsk	0,9	1,0	0,9	0,9	1,0	0,9	1,0	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9
U: urin	4,1	4,2	4,2	4,9	4,3	4,5	5,0	5,0	4,6	4,5	4,4	4,6
W: svangerskap	0,8	0,8	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7
X: kv.kjønnsorgan	0,6	0,6	0,6	0,7	0,6	0,6	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6
Y: m.kjønnsorgan	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5
Z: sosialt	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3
Sum kontakter	172 778	156 123	163 200	183 444	179 614	169 378	176 858	158 689	163 809	161 252	152 575	190 720

Tabell 10 viser diagnosespekteret for menn og kvinner. Bortsett fra de kjønns spesifikke diagnosene, har kvinner hyppigere urinveislidelser og menn mer hudlidelser. De dominerende enkeltdiagnosene er henholdsvis urinveisinfeksjon (U71) og åpent sår/kutt (S18).

Tabell 10: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter kjønn (2017)

ICPC hovedgruppe	Kvinner	Menn
A: allment	31,7	31,1
B: blod	0,3	0,3
D: fordøyelse	9,3	7,7
F: øye	2,8	3,9
H: øre	1,9	2,1
K: hjerte/kar	2,9	3,1
L: muskel/skjelett	12,4	13,5
N: nevrologi	3,7	3,3
P: psykiatri	4,2	5,1
R: respirasjon	13,9	14,1
S: hud	7,2	10,1
T: metabolsk	0,9	1,0
U: urin	5,8	3,1
W: svangerskap	1,5	-
X: kv. kjønnsorgan	1,2	-
Y: m. kjønnsorgan	-	1,2
Z: sosialt	0,3	0,2
Sum kontakter	1 080 460	947 980

Ulike aldersgrupper har ulike diagnosespekter (tab 11). Allmenne og uspesifiserte diagnoser benyttes mest på de aller yngste og eldste pasientene. Sykdommer i åndedretsorganene og øre avtar med alderen, mens hjerte- og karsykdommer og urinveislidelser øker. Hudlidelser er overrepresentert i barneårene, psykiatri og muskel/skjelett blant unge og voksne.

Tabell 11: Prosentvis fordeling av alle diagnosegrupper etter aldersgrupper (2017)

ICPC hovedgruppe	Aldersgrupper								
	0-1	2-4	5-9	10-15	16-25	26-40	41-60	61-80	81-
A: allment	44,7	36,8	31,9	27,4	29,7	29,5	28,6	30,0	34,9
B: blod	0,1	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	0,6
D: fordøyelse	7,7	7,5	9,3	7,3	9,2	9,8	8,3	8,4	7,5
F: øye	3,3	3,9	3,6	2,9	3,2	4,1	4,0	2,7	1,2
H: øre	4,1	5,3	4,8	2,7	1,5	1,5	1,4	1,0	0,6
K: hjerte/kar	0,1	0,1	0,2	0,3	1,0	1,8	3,8	7,0	8,1
L: muskel/skjelett	1,4	4,8	11,6	25,6	13,3	13,3	16,2	13,3	11,6
N: nevrologi	2,2	2,6	3,0	3,8	3,7	3,9	3,8	3,6	3,4
P: psykiatri	0,2	0,1	0,3	2,0	6,6	6,8	7,3	3,9	3,1
R: respirasjon	28,0	23,6	16,4	13,5	13,2	10,7	10,3	12,8	12,8
S: hud	6,4	11,2	14,6	11,0	9,0	8,2	8,6	7,3	5,3
T: metabolsk	0,4	0,3	0,2	0,3	0,5	0,6	1,1	1,8	2,1
U: urin	0,7	2,4	2,9	1,6	4,6	4,3	4,8	6,8	8,0
W: svangerskap	0,1	0,0	0,0	0,1	1,5	2,9	0,2	0,1	0,1
X: kv. kjønnsorgan	0,0	0,2	0,2	0,3	1,3	1,3	0,6	0,3	0,2
Y: m. kjønnsorgan	0,5	1,1	0,9	0,7	0,7	0,5	0,4	0,5	0,4
Z: sosialt	0,0	0,0	0,0	0,3	0,7	0,4	0,3	0,1	0,1
Sum kontakter	148 222	121 515	108 806	104 422	299 199	363 566	403 331	329 189	150 190

Behandling av skader hører til legevaktens kjerneoppgaver. De første legevaktene som ble etablert i Norge, behandlet først og fremst sårskader og brudd (28). I tabell 12 har vi brukt samme kategorisering av ICPC-kodene som Folkehelseinstituttet benyttet i rapporten «Skadebildet i Norge» (29).

Tabell 12: Oversikt over ulike skader på legevakt

Skadetyper ICPC-2 diagnosekoder	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2017
Bruddskader L72, L73, L74, L75, L76	23 552	24 599	25 266	22 870	22 858	22 742	23 950
Forstuvning, forstrekning, ute av ledd L77, L78, L79, L80, L81, L96	47 869	48 561	47 321	43 838	44 076	44 646	43 825
Hodeskader (ekskl. brudd), hjernerystelse N79, N80	13 245	15 026	16 137	17 866	16 879	17 513	16 689
Øyeskader (inkl. fremmedlegeme) F75, F76, F79	15 341	15 485	13 812	13 313	13 071	12 781	13 152
Penetrasjonsskade stikk, kutt, bitt S13, S18	65 664	68 544	66 011	64 266	69 028	65 950	65 404
Forbrenning, skoldning S14	6 298	6 761	7 004	7 027	7 286	7 435	7 259
Andre overflateskader, inkl. insektstikk S12, S15, S16, S17, S19, H78	29 067	30 431	28 023	27 350	30 636	26 156	23 710
Forgiftninger A84, A86	4 797	5 554	5 664	5 140	5 663	6 856	6 198
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	24 581	23 575
Sum kontakter	224 582	235 640	230 459	222 249	231 926	228 660	223 762

Tabell 12 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 29 % og antall hodeskader har økt med 26 %. På den andre siden har antall øyeskader blitt redusert med 14 %.

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. 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. Rapporteringen er derfor praktisk talt fullstendig for 2017.

I tabell 13 er de uidentifiserte legene inkludert i analysene. Det medfører at de ulike legegruppenes andel av kontaktene tidligere år har blitt underestimert i varierende grad. Om en ekskluderer de uidentifiserte legene, utgjorde fastlegenes andel av vaktarbeidet 55,5 % i 2015 og 62,6 % i 2016. Tilsvarende tall for 2017 er 57,7 %.

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

Legegruppe	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016*	2017
Fastlege	43,7	36,1	35,5	37,1	35,5	33,6	56,1	57,7
Spesialist i allmenntidmedisin	29,9	27,0	24,8	23,7	20,6	17,4	22,7	26,5
Kvinne	20,9	24,5	25,5	22,0	22,0	15,6	26,6	31,8
Alder < 30	13,6	11,7	11,2	8,5	9,0	3,1	8,4	10,1
Alder 30 – 39	36,0	40,6	41,1	35,3	32,4	26,1	40,0	41,2
Alder 40 – 49	24,7	23,6	20,5	19,4	18,1	17,2	22,9	27,8
Alder 50 – 59	16,9	16,3	17,6	16,3	11,5	9,8	12,7	14,4
Alder 60 –	2,7	3,7	4,3	5,7	7,4	4,2	5,6	6,3
Uidentifisert lege	6,1	3,9	5,4	14,8	21,6	39,5	10,3	0,1
Sum kontakter	1 626 644	1 712 396	1 758 528	1 879 357	1 955 860	1 947 624	1 994 874	2 028 440

*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.

Siden 2016 er anslaget for fastlegenes vakt deltakelse høyere enn tidligere år. Den utvidede definisjonen av «fastlege» er den viktigste forklaringen på dette. Fastleger utfører nå i underkant av 58 % av legevaktarbeidet, og dette synes ikke å ha endret seg vesentlig de senere årene. Se ellers kapittelet «Hvem er vaktlegene?» for videre analyser av dette temaet (side 25).

Takster

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

	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017
Spesialisttakst (2dd, 2dk)	26,1	22,5	21,1	21,8	20,2	21,3	20,8	21,3
Tidstakst (2cd, 2ck)	32,1	32,7	34,1	36,2	37,7	38,2	40,3	41,6
Laboratorium (701a)	30,3	35,2	37,8	41,0	41,0	42,7	44,9	45,6
CRP (705k)	28,2	30,6	32,6	35,7	35,4	36,7	38,1	38,3
Streptest (706k)	4,3	4,7	4,0	3,8	3,3	3,3	3,3	3,0
EKG (707)	3,9	4,9	5,4	6,1	6,7	7,1	7,4	7,8
Kir. prosedyrer (100, 103, 104, 105, 106a, 106b, 111)	10,5	10,9	10,7	10,3	10,9	11,4	11,4	11,5
Kontakt hjemme-sykepleie o.l. (1f)	3,3	3,2	3,4	4,1	5,2	6,3	6,9	6,8
Sykmelding (L1)	6,9	7,2	5,2	4,9	4,1	4,1	3,9	3,6
N	1 238 791	1 323 453	1 330 561	1 368 297	1 352 209	1 342 521	1 350 766	1 332 024

Tabell 14 omfatter alle konsultasjoner, også med uidentifiserte leger. Det er svært små endringer i bruk av takst for spesialisttillegg, noe som avspeiler at spesialister i allmennmedisin 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 høyere andelen i 2006 skyldes nok likevel at det dette året var en viss underrapportering av konsultasjoner fra leger som ikke var spesialist i allmennmedisin (2). Etter innføring av elektronisk frikortløsning har alle kontakter blitt rapportert til HELFO.

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.

Hvem er vaktlegene?

Fastleger er i utgangspunktet forpliktet til å delta i legevakt, med unntak av de som er 60 år eller eldre (13). Fastlegeforskriften åpner ellers for at kommunen kan fritta fastlegen fra plikt til legevaktdeltakelse når legen av helsemessige eller vektige sosiale grunner ber om det. I denne vurderingen tas det særlig hensyn til lege over 55 år. Dessuten har kvinnelige fastleger rett på fritak fra legevakt i siste trimester av svangerskap eller hvis de ammer barn under ett år.

Akuttmedisinforskriften, som ble iverksatt fra 1. mai 2015, setter visse kompetansekrav til vaktlegene (30). For å ha selvstendig vakt, uten kvalifisert bakvakt, må vaktlegen enten være spesialist i allmenntillegene eller være godkjent allmenntillege («EU-lege»). Det siste innebærer at legen har gjennomgått tre års veiledet tjeneste som lege. Dessuten må han ha gjennomført 40 legevakter eller ha arbeidet ett år som allmenntillege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Med innføring av forskrift om kompetansekrav for leger vil det kun være leger som har inngått veiledningsavtale før 1. mars 2017 som vil kunne fullføre løpet til godkjent allmenntillege («EU-lege»). Leger som ansettes etter 1. mars 2017, må da i utgangspunktet fullføre spesialistutdanning i allmenntillegene for å oppnå kvalifikasjonsbevis.

Det ville ha skapt store problemer i mange vaktordninger, og departementet har derfor foreslått endringer i akuttmedisinforskriften, slik at leger som har gjennomført 30 måneders klinisk tjeneste etter grunnutdanningen også i fremtiden kan ha selvstendig legevakt, uten kvalifisert bakvakt. De samme kravene om gjennomført 40 legevakter eller ett års erfaring som allmenntillege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjelder fortsatt. For å ha selvstendig vakt må legen også ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.

For at kommunene skulle få tid på seg til å skaffe personell med nødvendig kompetanse, ble det innført en overgangsordning på tre år til 1. mai 2018 for krav til personellens grunnkompetanse. Denne overgangsordningen ble nylig forlenget til 1. januar 2020 etter to ferske rapporter som har kartlagt i hvilken grad kommunene oppfyller disse kravene (31, 32).

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) har gjennomført en spørreundersøkelse blant alle legevakter og legevaktssentraler i mars 2017, og fikk svar fra 75 % (31). Man fant at av 1 197 leger på vakt i løpet av en uke var 40 % godkjent allmenntillege og 26 % spesialist i allmenntillegene. I alt 72 % av legene jobbet som allmenntillege i legevaktdistriktet, 19 % hadde annen kompetanse, og 12 % var LIS1-legger (turnusleger).

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) har gjennomført en spørreundersøkelse til kommunene og kartla situasjonen per 1. januar 2017 (32). Man fikk svar fra 93 %, i de fleste tilfellene fra en kommunelege. Man fant at 64 % av fastlegene deltok i legevakt på landsbasis. På kommunenivå var gjennomsnittsandelen av fastleger i legevakt 72 %. Denne andelen avtok signifikant med økende sentralitet og folketall i kommunen. Blant de fastlegene som deltok i legevakt hadde 83 % selvstendig vaktkompetanse, 45 % fordi de var spesialister i allmenntillegene og 38 % fordi de var godkjent allmenntillege.

Begge disse to rapportene har kartlagt hvilke leger som deltar i legevakt, men har ikke kunnet beregne hvor mye av legevaktarbeidet som faktisk utføres av ulike leger. Svarprosentene i de to undersøkelsene er bra, og en må kunne anta at de er representative. I NSDMs undersøkelse kan det imidlertid være et problem at den som svarer ikke har oversikt over hvor mange av legevaktene som byttes eller gis vekk til andre leger.

Materialet i årsstatistikken kan gi et fullstendig bilde av hvor mye vaktarbeid som utføres av hver enkelt vaktlege. Vi kan også identifisere fastleger/fastlegevikarer og spesialister i allmenntidmedisin. Vi har imidlertid ingen mulighet til å identifisere «EU-legene».

I løpet av 2017 var det en del av fastlegene som hadde vikar for kortere eller lengre tid. I vårt materiale vil disse fastlegevikarene kunne «blåse opp» det totale antallet fastleger som deltar i vakt, etter som det kan være flere leger som i løpet av året arbeider i en og samme fastlegepraksis. Når vi analyserer andel fastleger som deltar i vakt på årsbasis, vil vi derfor overestimere fastlegenes vakt deltakelse. Ved å analysere hvert kvartal for seg, vil vi få et riktigere bilde av den reelle vakt deltakelsen.

Vi henter antall fastleger fra Helfos oversikt over utbetaling av basistilskudd (33), og antar at andelen av fastlegene som er spesialister var stabil gjennom 2017. Ved utgangen av 2016 var 57,7 % av fastlegene spesialist i allmenntidmedisin (34).

Tabell 15: Fastleger, fastleger med spesialitet og andre vaktleger, samt antall kontakter per vaktlege

	Totalt antall fastleger	Antall vaktleger	Andel fastleger i vakt	Gjennomsnittlig antall kontakter per lege i vakt
1. kvartal				
Fastleger	4 755	2 808	59 %	102
Fastleger med spesialitet	2 745	1 042	38 %	115
Andre leger		1 230		165
2. kvartal				
Fastleger	4 775	2 803	59 %	112
Fastleger med spesialitet	2 755	1 049	38 %	119
Andre leger		1 042		210
3. kvartal				
Fastleger	4 790	2 849	60 %	102
Fastleger med spesialitet	2 764	1 052	38 %	113
Andre leger		1 348		155
4. kvartal				
Fastleger	4 824	2 642	55 %	106
Fastleger med spesialitet	2 783	1 017	37 %	117
Andre leger		1 177		191

Tabell 15 viser stabile resultater fra det ene kvartalet til det andre, noe som tyder på at dette er valide anslag. Knappt 60 % av fastlegene og 38 % av fastleger med spesialitet deltar i legevakt. Fastlegene utgjør 68 – 73 % av alle vaktlegene, fastleger med spesialitet 25 – 27 %. Av fastleger i vakt hadde 37 – 39 % selvstendig vaktkompetanse fordi de var spesialist i allmenntidmedisin. Det er også 5 % av andre vaktleger som er spesialist i allmenntidmedisin.

Disse tallene er nesten eksakt overensstemmende med hva Nklm fant i sin spørreundersøkelse hvor man kartla hvilke leger som hadde vakt i en angitt uke (31). NSDMs anslag ligger litt høyere, og det er mulig at de som svarte på deres undersøkelse ikke hadde oversikt over alle som bytter eller gir vekk sine vakter (32).

Det er også grunn til å merke seg at fastlegene i gjennomsnitt utfører mindre vaktarbeid enn andre vaktleger. Dette forklarer at andelen fastleger i vakt er høyere enn fastlegenes andel av vaktarbeidet (tab 13).

Tabell 16 viser hvordan fastlegenes andel av vaktarbeidet fordeler seg på ulike kommunetyper. Det er en klar tendens til at fastleger i utkantene utfører en større andel av vaktarbeidet selv, mens fastleger i store og sentrale kommuner oftere får avlastning fra andre vaktleger. I sentrale strøk har hver fastlege betydelig færre pasientkontakter på legevakt enn andre vaktleger, mens det motsatte er tilfelle i utkantene. Spesialister i allmenntilleggsmedisin inntar en mellomstilling. Spesialistenes andel av vaktarbeidet er her litt høyere enn hva som fremkommer av tabell 14, som er beregnet på grunnlag av takstbruk i konsultasjoner.

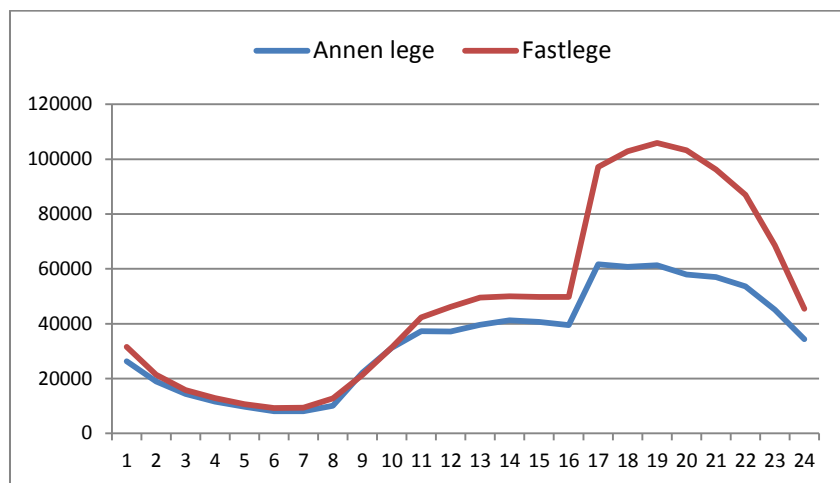
Tabell 16: Fastlegenes og spesialistenes andel av vaktarbeidet (kontakter) i ulike kommunetyper og antall kontakter per vaktlege

Praksiskommune	Fastlegenes andel (%)	Spesialistenes andel (%)	Kontakter per fastlege	Kontakter per spesialist	Kontakter per annen vaktlege
Innbyggertall					
> 50 000	46	24	355	450	655
10 001 – 50 000	61	28	360	428	454
5 001 – 10 000	73	28	229	266	197
2 001 – 5 000	72	21	252	320	164
< 2 001	80	28	183	279	125
Sentralitet*					
Sentral (3)	52	26	376	486	566
Noe sentral (2)	60	29	354	408	509
Mindre sentral (1)	69	27	259	279	223
Minst sentral (0)	73	24	209	246	172

*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 (24).

Figur 8 viser at fastlegene utfører den største andelen av vaktarbeidet om ettermiddagen og kvelden. Nattestid utfører andre vaktleger like mye vaktarbeid som fastlegene. Nattevakter er lite populære blant fastleger, og er nok de vaktene man lettest gir fra seg til andre leger.

Figur 8: Antall kontakter per time gjennom døgnet for fastleger og andre leger på legevakt (2017)



Andre vaktleger utfører en forholdsvis mindre andel av vaktarbeidet i helgen enn i resten av uken. Fastlegene tar selv hånd om 62 % av vaktarbeidet i helgen, 43 % i resten av uken.

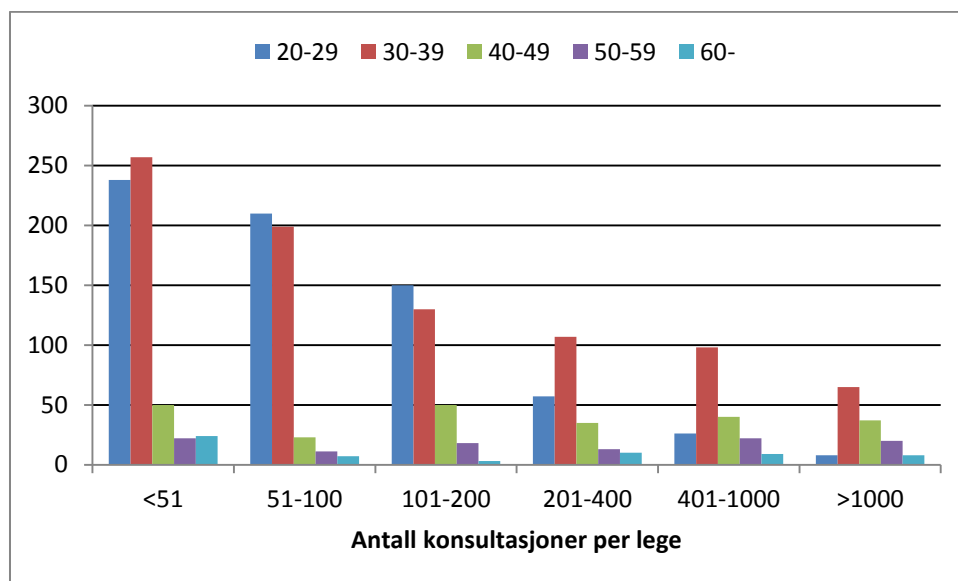
Mange av de andre vaktlegene er relativt unge, hele 693 av dem er under 30 år (tab 17). Dette er nok i stor grad LIS1-leger (turnusleger) som bare arbeider deler av året, og som derfor har et relativt lavt antall pasientkontakter. Tabell 17 viser også at det er en gruppe middelaldrende leger som påtar seg et betydelig vaktarbeid.

Tabell 17: Oversikt over andre vaktleger (som ikke er fastleger)

Aldersgruppe (år)	Antall leger (% kvinner)	Gjennomsnittlig antall kontakter per lege
<30	693 (63 %)	158
30-39	867 (52 %)	416
40-49	246 (38 %)	962
50-59	109 (29 %)	1000
60-	66 (24 %)	593

Det samme er også illustrert i figur 9 som viser aldersgrupper av andre vaktleger, fordelt etter hvor mange konsultasjoner de har hatt. Unge leger dominerer blant de som har hatt relativt få konsultasjoner. Trolig finner vi her mange LIS1-leger (turnusleger). Aldersgruppen 30-39 år dominerer blant de som har hatt mange konsultasjoner, men det er også et ikke ubetydelig antall eldre leger som har hatt mange konsultasjoner.

Figur 9: Andre vaktleger i ulike aldersgrupper fordelt etter hvor mange konsultasjoner de har hatt (histogram)



Tabell 18 viser hvordan alle vaktlegene fordeler seg kjønns- og aldersmessig. Det er en overvekt av kvinner i den aller yngste gruppen (under 30 år), men i alle andre aldersgrupper er det flest mannlige leger. I alle aldersgrupper utfører kvinner betydelig mindre vaktarbeid enn menn.

Tabell 18: Alle vaktleger fordelt på kjønn og aldersgrupper og antall kontakter per lege

Aldersgruppe (år)	N	Kvinner		Menn	
		N	Gjennomsnittlig antall kontakter per lege	N	Gjennomsnittlig antall kontakter per lege
<30	614	388	156	235	283
30-39	1 177	1 310	226	484	435
40-49	548	765	376	469	469
50-59	209	381	306	600	600
60-	39	235	370	484	484
Alle	2 587	3 079	250	448	448

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. Sandvik H, Hunskaar S. Årsstatistikk fra legevakt 2016. Rapport nr. 3-2017. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2016. <https://bora.uib.no/handle/1956/15856>.
11. 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>.
12. 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>.
13. 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).
14. Sandvik H, Hunskaar S. Hvilke leger mottar trygderefusjon for legevaktarbeid? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1347-50.
15. Sandvik H, Zakariassen E, Hunskaar S. Fastlegenes deltakelse i legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2513-6.
16. Sandvik H, Hunskaar S, Diaz E. Hvilke fastleger deltar i legevakt? Tidsskr Nor Lægeforen 2012; 132: 2277-80.
17. ICPC-2 - Den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten. Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren. www.kith.no/templates/kith_WebPage_1186.aspx.
18. Normaltariffen. Den norske legeförening. <http://legeforeningen.no/Arbeidsliv-og-jus/naringsdrivende/Normaltariffen/>.
19. Analyserapport. Fastleger, legevakt og avtalespesialister. Aktivitetsstatistikk 2009. Oslo: Helseøkonomiforvaltningen, april 2011.
20. Analyserapport. Statistikk over legars takstbruk 2010. Oslo: Helseøkonomiforvaltningen, 2012.
21. 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>.

22. St.meld. nr. 43 (1999-2000) Om akuttmedisinsk beredskap.
23. Sundar T. Interkommunal legevakt - sparegris for staten? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1292-3.
24. Standard for kommuneklassifisering 1994. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1994.
<https://www.ssb.no/a/metadata/conceptvariable/vardok/927/nb>
25. Årsberetning 2017. Helseetaten Oslo kommune.
<https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13103046/Innhold/Politikk%20og%20administrasjon/Etat%20og%20foretak/Helseetaten/%C3%85rsberetning%202017%20Helseetaten.pdf>.
26. Årsrapport 2016. Bergen legevakt.
https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00301/legevakt_rapport_301416a.pdf.
27. Eikeland OJ, Raknes G, Hunskår 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>.
28. Steen K, Klemsdal KH. Fra nødhjelpstasjon til moderne legevakt. Fiin gammel 2007; 4: 5.
29. 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 (4.8.2016).
30. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2015-03-20-231>.
31. Midtbø V, Leirvåg J, Hunskår S, Morken T. Kompetanse i legevakt og legevaktsentral - implementering av akuttmedisinforskriften. Rapport nr. 5-2017. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Uni Research Helse, 2017.
32. Abelsen B, Brandstorp H. Oppfyller kommunene kompetansekrav i akuttmedisinforskriften? Krav til leger i vakt og trening i samhandling. Alta/Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2018.
33. Basistilskudd for fastlegeordningen i kommunen. <https://helfo.no/helseaktor/kommuner-og-fylkeskommuner/kommunen-og-legetjenesten/basistilskudd-for-fastlegeordningen-i-kommunene>.
34. Helsedirektoratet. Fastlegestatistikk. Utviklingstrekk og endringer i fastlegeordningen. <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/fastlegestatistikk>.