

Hvilke leger mottar trygderefusjon for legevaktarbeid?

Sammendrag

Bakgrunn. Forskrift om fastlegeordningen gir kommunene anledning til å pålegge fastlegene å delta i legevakt. Hensikten med denne studien var å undersøke det faktiske omfanget av fastlegenes legevaktarbeid, basert på legenes refusjoner fra Rikstrygdeverket.

Materiale og metode. Opplysninger fra legenes regningskort i 2004 ble koblet med data fra fastlegedatabasen og kommunedatabasen. Materialet består av i alt 3 751 fastleger og 2 317 andre leger som hadde inntekter fra legevakt.

Resultater. Fastlegene mottok 51,8 % av den samlede legevaktrefusjonen, og 35,6 % av fastlegene var helt uten slike inntekter. Mannlige fastleger hadde nesten dobbelt så store inntekter fra legevakt som sine kvinnelige kolleger, og det var en sterk tendens til at eldre fastleger hadde mindre vaktinntekter. Yngre menn dominerte også blant andre vaktleger. Fastlegenes vaktinntekter avtok med dårligere legedekning, økende listelengde og fulle/overfylte lister, samt økende kommunestørrelse og sentralitet.

Fortolkning. En stor andel av fastlegene velger vekk legevaktarbeid.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Forskrift om fastlegeordningen gir kommunene anledning til å pålegge alle fastleger å delta i legevakt (1). Legevakt er også en obligatorisk del av turnustjenesten i distrikt. I tillegg til å være arbeid som legene må gjøre i sin fritid, foregår det ofte under suboptimale betingelser, med risiko for å gjøre feil (2–5). Det er derfor ikke så overraskende at mange fastleger opplever legevakt som en belastning (6–8).

Avtaleverket gir fastlegene rett til fritak fra legevaktarbeid ved fylte 60 år, dersom de ønsker det. Sykdom, svangerskap og vektige sosiale årsaker kan også være gyldige fritaksgrunner. Kommunen kan gi fritak når legen av personlige grunner ber om det, og arbeidet uten skade kan utføres av øvrige leger. Det skal tas særlig hensyn til leger over 55 år (9). I tillegg til dette er det mange fastleger som «gir fra seg» vaktene sine til andre leger som er interessert i å tjene noen ekstra kroner (6).

Det foreligger lite kunnskap om hvor stor andel av fastlegene som faktisk deltar i legevakt. Hensikten med denne studien var å analysere dette nærmere, basert på legenes regningskort til Rikstrygdeverket.

Materiale og metode

Datamaterialet gjelder for året 2004 og er tilrettelagt i anonymisert form av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Opplysninger om legenes totale trygderefusjoner og refusjoner for legevakt er levert av Rikstrygdeverket, og data vedrørende fastlegene er hentet fra fastlegedatabasen. Opplysninger om legenes tjenestekommuner er basert på uttak fra NSDs Kommunedatabase.

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 0–3, hvor 0 er de minst sentrale og 3 de mest sentrale kommunene (10).

Observasjonsdato er i regelen 1.1. 2004, men dersom fastlegene startet praksis senere samme år, regnes observasjonsdatoen ved oppstart av praksis. 301 fastleger som bare hadde praktisert deler av året, fikk beregnet sin refusjon forholdsmessig, som om de hadde praktisert hele året (gjelder analysene i tabell 3). Listetak er en grense for hvor mange innbyggere legen vil ha på listen sin, og listelengde er antall innbyggere på listen på observasjonsdatoen. Listen åpnes normalt når forskjellen mellom listetak og listelengde overstiger 20. Full liste ble derfor definert som 0–20 ledige plasser på listen.

Når det gjelder spesialitet, er datagrunnlaget så ukomplett at vi har valgt å utelate det. For andre leger som har refusjonsinntekter fra legevakt, har vi bare opplysninger om kjønn og alder.

I analyser som involverte liste- eller kommunekaraktistika, ekskluderte vi leger som var registrert i flere ulike kommuner. Blant 3 751 fastleger var det 38 som praktiserte i to ulike kommuner, og blant 2 317 andre leger ekskluderte vi 404. I disse analysene består således materialet av 3 713 fastleger og 1 913 andre leger.

Datamaterialet presenteres som frekvensfordelinger og gjennomsnittsverdier. Siden materialet er fullstendig (ikke et utvalg), har vi ikke benyttet konfidensintervall. Vi har beregnet gjennomsnittsverdier for legevaktrefusjon per år og hvor stor andel denne refusjonen utgjør av fastlegenes totale trygderefusjon. Vi har også beregnet hvor stor andel av fastlegene som ikke hadde noen legevaktrefusjon. Endelig er det gjennomført en logistisk regresjonsanalyse hvor utkommevariabelen er om fastlegene deltar eller ikke deltar i legevakt. Forklaringsvariablene fremgår av tabell 3.

Resultater

I løpet av 2004 ble det utgiftsført i alt 264,8 millioner kroner til refusjon for legevakt. Av dette sto fastlegene for 51,8 %. Tabell 1 viser hvordan den totale refusjonen fordelte seg på leger og kommuner. I alt mottok 4 730 leger refusjoner for legevakt, 2 413 fastleger og 2 317 andre leger.

Gjennomsnittsalderen for alle fastleger var 46,6 år. For fastleger med legevakt var gjennomsnittsalderen 44,2 år. Gjennomsnittsalderen for andre vaktleger var 35,6 år. Blant alle fastleger var 70,4 % menn, blant fastleger med legevakt 72,2 %, og blant andre vaktleger 67,2 %.

Det var relativt mange leger som var opp-

Hovedbudskap

- Fastlegene mottar vel halvparten av all refusjon for legevakt
- Eldre fastleger og kvinnelige har lave vaktinntekter
- Fastleger har høyere vaktinntekter i små og perifere kommuner med god legedekning
- Lange og fulle lister er assosiert med lave vaktinntekter

Hogne Sandvik

hogne.sandvik@isf.uib.no

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
Kalfarveien 31
5018 Bergen

Steinar Hunskaar

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin og Seksjon for allmennmedisin
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen

Tabell 1 Rikstrygdeverkets refusjoner i forbindelse med legevakt i 2004

	Total refusjon for legevakt (kr)	Fordeling (%)	Fastlegenes andel (%)
<i>Legens kjønn</i>			
Mann	213 162 649	80,5	52,7
Kvinne	51 588 665	19,5	48,2
<i>Legens alder (år)</i>			
< 30	36 106 656	13,6	15,0
30–39	93 143 718	35,2	45,5
40–49	81 632 714	30,8	62,4
50–59	45 421 498	17,2	75,1
> 59	8 446 728	3,2	51,7
<i>Kommunens sentralitet¹</i>			
0	83 301 826	31,5	49,1
1	26 703 820	10,1	51,6
2	56 818 369	21,5	57,1
3	97 927 115	37,0	51,2
<i>Kommunens innbyggertall</i>			
≤ 2 000	36 088 053	13,6	51,6
2 001–5 000	45 783 329	17,3	54,1
5 001–10 000	45 408 265	17,2	54,9
10 001–50 000	89 482 328	33,8	50,9
> 50 000	47 989 155	18,1	48,6
<i>Kommunens legedekning (antall fastlegehjemler per 1 000 innbyggere)</i>			
< 0,8	48 969 516	18,5	48,5
0,8–0,9	139 554 752	52,7	51,4
> 0,9	76 226 862	28,8	54,8
<i>Sum</i>	264 751 314	100	51,8

¹ Geografisk beliggenhet i forhold til et senter hvor det finnes funksjoner av høy orden (sentrale funksjoner). 0 = de minst sentrale og 3 = mest sentrale kommunene

ført med beskjedne summer i refusjon. Blant fastleger som hadde mottatt refusjon for legevakt, var det 11,2 % som hadde fått under 5 000 kroner, og blant andre leger var det 8,0 %. Kvinnelige og eldre leger, samt leger i store og sentrale kommuner var overrepresentert i denne gruppen (e-tab 2).

Mannlige fastleger hadde nesten dobbelt så store vaktinntekter som sine kvinnelige kolleger (tab 3). Det var også en sterk tendens til at eldre fastleger har lavere vaktinntekter. Den deskriptive analysen viser at vaktinntektene avtok med økende listelengde og fulle/overfylte lister. I regresjonsanalysen, som viser om legen helt har meldt seg ut av vaktssystemet, forsvant effekten av kapasitet, og det synes som om det først og fremst var fastleger med de aller lengste listene som unnløst å delta i legevakt.

Den deskriptive analysen viser ellers at fastlegenes vaktinntekter avtok jo mer sentral og folkerik kommunen er. Regresjonsanalysen, som viser om legen helt har meldt seg ut av vaktssystemet, viste tilsvarende sammenheng med sentralitet, men den viktigste forskjellen knyttet til folketall syntes å gå mellom de aller minste kommunene og resten. Fastleger i kommuner med høy legedekning

hadde høyere vaktinntekter enn fastleger i kommuner med dårligere legedekning (tab 3).

Yngre, mannlige leger dominerte også blant andre leger som kjører legevakt (tab 4). Det var et særlig stort innslag av slike leger i de minste kommunene, hvor de utgjorde 63 % av alle vaktlegene. Vaktinntektene per lege var imidlertid høyere i de største kommunene. Der hvor det er god dekning av fastleger, hadde andre leger lavere vaktinntekter.

Diskusjon

Dette materialet er komplett i den forstand at alle vaktlegene er inkludert. Når millioner av lege-pasient-kontakter skal registreres av Rikstrygdeverket, er det uunngåelig at det skjer feil. Noen leger var registrert med så små summer at det er lite sannsynlig at de stammer fra ordinært legevaktarbeid. 11 % av fastleger med inntekt fra legevakt mottok mindre enn 5 000 kroner i refusjon i løpet av 2004. Det er derfor grunn til å tro at andelen fastleger som ikke deltar i legevakt, er noe høyere enn de 35,6 % som var helt uten vaktrefusjon.

En feilkilde som kan trekke i motsatt retning, er at arbeid på natt i interkommunale legevakter ofte er fastlønnet og derfor ikke med i dette materialet. Det er grunn til å tro

at dette arbeidet i større grad utføres av fastlegene selv fordi det kan være vanskelig å sette bort nattevakter.

I en fersk registerstudie av legevaktorganiseringen i Norge fant man at 71 % av fastlegene deltok i legevakt, og at 23 % var fritatt (11). I denne studien ble data innhentet via kommunelege 1 eller kommuneoverlege, og disse har neppe oversikt over alle fastleger som gir fra seg vaktene sine.

Kontaktårsaker på legevakt er i stor grad de samme som i allmennpraksis for øvrig (12), og fastlegene er trolig de legene som er best kvalifisert til å gjøre legevaktarbeid. Det er derfor uheldig at så mange velger vekk dette arbeidet. Det er særlig eldre og kvinnelige fastleger som trekker seg ut av vakt-systemet. Dette skjer i langt større utstrekning enn hva som kan tilskrives avtalefestet dispensasjon fra vaktplikten.

Også internasjonalt ser man klare tendenser til at allmennlegene ønsker å definere seg vekk fra legevaktarbeid. I de nye kontraktene til engelske allmennpraktikere er det åpnet for at allmennlegene kan slippe legevakt mot en redusert godtgjørelse. Erfaringene er nokså entydige: bare 10 % av legene har valgt å fortsette med legevakt (13).

Når det gjelder andre leger som tar legevakt, er det åpenbart et stort innslag av turnusleger i de yngste årsklassene. Disse legene utgjorde nesten to tredeler av vaktlegene i de minste kommunene. Turnuslegene skifter imidlertid hvert halvår, og dette forklarer nok at fastlegene i de samme kommunene hadde tre ganger så høy inntekt fra vaktarbeid. Ellers er det også en betydelig gruppe andre, veletablerte leger som overtar mange av fastlegenes vakter. Disse legene hadde minst like høye vaktinntekter som fastlegene.

Arbeidsmengden på dagtid synes å spille en viktig rolle for om fastlegene deltar i legevakt eller ikke. Lange lister og fulle/overfylte lister fører til at fastlegene melder seg ut av vaktssystemet. I denne situasjonen blir også vaktinntektene et ubetydelig økonomisk insitament. For leger med lange lister utgjør vaktrefusjonen bare 3–4 % av den totale trygderefusjonen. Som kontrast til dette har fastlegene i de minste kommunene over 50 % av sine refusjonsinntekter fra legevaktarbeid. Her må man imidlertid ta hensyn til at fastlønne leger er overrepresentert i de minste kommunene. Disse skriver riktignok også regningskort, men inntektene deres er nok høyere enn det de genererer i form av trygderefusjon til kommunen (14).

I kommuner med god legedekning hadde fastlegene dobbelt så høye refusjonsinntekter fra legevakt, og disse inntektene utgjorde 29 % av den samlede trygderefusjonen, sammenliknet med bare 7–8 % i andre kommuner. Andelen som ikke deltok i legevakt, var bare 13 %, sammenliknet med ca. 40 % i andre kommuner. Noen av disse forskjellene kan tilskrives at det stort sett er små utkantkommuner som har god legedekning, men regresjonsanalysen viser at legedekning

Tabell 3 Fastlegers refusjon for legevakt i 2004. I variabler og analyser merket med * er leger med refusjon fra flere kommuner ekskludert. Odds ratio for deltakelse i legevakt er basert på logistisk regresjon, der alle variabler er med som justeringsfaktorer i analysen. Definisjon av begrepet sentralitet er gitt i tabell 1

	N	Legevaktrefusjon (kr) per lege	Legevaktrefusjon som andel (%) av total refusjon	Andel (%) av fastleger uten legevaktrefusjon	Oddsratio* for deltakelse i legevakt (95 % KI)
<i>Legens kjønn</i>					
Mann	2 642	50 821	11,6	34,0	1,00
Kvinne	1 109	28 519	11,2	39,4	0,48 (0,40–0,57)
<i>Legens alder (år)</i>					
< 30	86	136 978	27,9	3,5	1,00
30–39	839	67 895	18,3	15,6	0,22 (0,07–0,74)
40–49	1 308	42 367	9,9	33,4	0,10 (0,03–0,32)
50–59	1 196	29 856	8,7	44,7	0,06 (0,02–0,19)
> 59	322	18 720	6,7	71,4	0,01 (0,00–0,05)
<i>Listelengde*</i>					
< 1 000	1 137	65 928	22,0	27,1	1,00
1 000–1 399	1 457	38 154	9,0	35,1	1,06 (0,86–1,30)
1 400–1 799	878	27 069	4,2	43,6	0,94 (0,74–1,21)
≥ 1 800	241	25 280	2,8	54,4	0,63 (0,43–0,91)
<i>Listekapasitet*</i>					
Åpen	1 570	61 307	16,3	31,7	1,00
Full (0–20 ledige plasser)	1 447	33 040	8,7	37,1	1,05 (0,88–1,26)
Overfylt	696	23 488	6,2	43,1	1,03 (0,82–1,29)
<i>Kommunens sentralitet*</i>					
0	590	83 006	33,2	11,7	1,00
1	293	60 373	15,0	19,1	0,95 (0,58–1,53)
2	891	38 159	8,2	31,1	0,75 (0,49–1,14)
3	1 939	30 813	5,8	48,1	0,64 (0,43–0,96)
<i>Kommunens innbyggertall*</i>					
≤ 2 000	209	114 534	52,6	5,3	1,00
2 001–5 000	436	63 552	24,2	14,2	0,47 (0,23–0,98)
5 001–10 000	509	56 702	11,3	25,1	0,20 (0,10–0,42)
10 001–50 000	1 331	37 842	8,0	32,4	0,38 (0,18–0,80)
> 50 000	1 228	24 051	3,7	57,2	0,31 (0,11–0,85)
<i>Kommunens legedekning* (antall fastlegehjemler per 1 000 innbyggere)</i>					
< 0,8	763	39 839	6,7	41,3	1,00
0,8–0,9	2 272	35 513	7,8	40,9	1,17 (0,96–1,42)
> 0,9	678	72 752	28,9	13,1	1,85 (1,19–2,87)
Sum	3 751	44 227	11,5	35,6	–
Sum*	3 713	43 202	11,4	35,9	

også har en selvstendig og vesentlig betydning. Trolig ville fastlegenes vakt deltakelse øke dersom man øker legedekningen (15).

Legevaktarbeid kan ofte oppleves som belastende og utrygt (6–8). Et viktig tiltak for å øke fastlegenes vakt deltakelse er derfor å tilrettelegge arbeidsforholdene slik at de oppleves som ordnede og trygge for vaktlegene. I Storbritannia er det gjort flere undersøkelser som viser at større vaktkooperativer reduserer belastningen på den enkelte lege (16–19). På grunn av geografiske forskjeller er det usikkert om disse erfaringene kan overføres til Norge. Det er rimelig å tro

at interkommunale legevaktssentraler med fast hjelpepersonell kan ha en liknende effekt (20, 21), men det er åpenbart behov for mer norsk forskning på dette viktige feltet.

En del av dataene er hentet fra Fastlegedatabasen. Rikstrykerverket, Statistisk sentralbyrå og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) har levert data til basen, og NSD har tilrettelagt dem for analyseformål. Ingen av disse institusjonene er ansvarlig for de analyser eller tolkninger som er gjort her. Vi takker Sigmund Tveit, som har tilrettelagt data.

e-tab 2 finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Litteratur

1. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20000414-0328.html (14.12.2006).
2. Owen C. Formal complaints against general practitioners: a study of 1000 cases. *Br J Gen Pract* 1991; 41: 113–5.
3. Stokstad I, Eskerud J, Jordal H et al. Klager på leger i primærhelsetjenesten. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993; 113: 863–6.
4. Kristoffersen JE. Out-of-hours primary care and the patients who die. A survey of deaths after contact with a suburban primary care out-of-hours service. *Scand J Prim Health Care* 2000; 18: 139–42.

>>>

Tabell 4 Andre legers (ikke fastlege) refusjon for legevakt i 2004. I variabler merket med * er leger med refusjon fra flere kommuner ekskludert. Definisjon av begrepet sentralitet er gitt i tabell 1

	N	Legevaktrefusjon (kr) per lege
<i>Legens kjønn</i>		
Mann	1 557	64 781
Kvinne	760	35 171
<i>Legens alder (år)</i>		
< 30	733	41 908
30–39	960	52 878
40–49	398	77 189
50–59	169	66 917
> 59	57	71 635
<i>Kommunens sentralitet*</i>		
0	723	41 135
1	196	49 158
2	382	44 303
3	611	52 174
<i>Kommunens innbyggertall*</i>		
≤ 2 000	335	39 479
2 001–5 000	329	41 085
5 001–10 000	318	43 639
10 001–50 000	603	51 732
> 50 000	327	50 039
<i>Kommunens legedekning* (antall fastlegehjemler per 1 000 innbyggere)</i>		
< 0,8	321	54 735
0,8–0,9	965	47 722
> 0,9	626	39 226
Sum	2 317	55 069
Sum*	1 913	46 094

- Bratland SZ, Hunskaar S. Medisinsk-faglige vurderinger i tilsynssaker mot allmennleger. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 166–9.
- Dommerud T. Legevakt på randen av sammenbrudd. Dagens Medisin 25.6.2004. (www.dagens-medisin.no/nyheter/VisArtikkel.asp?ArtId=4885 [14.12.2006].)
- Kristoffersen JE. Legevaktstlegene – hvordan har de det, og hvordan tar de det? En spørreundersøkelse blant leger ved en interkommunal legevakt-sentral. Utposten 1997; 26: 274–8.
- French DP, McKinley RK, Hastings A. GP stress and patient dissatisfaction with nights on call: an exploratory study. GP stress and patient satisfaction. Scand J Prim Health Care 2001; 19: 170–3.
- Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske lægeforening om vilkår for leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale, herunder leger i fastlegeordningen. www.ks.no/upload/76644/SFS_%202305_2006-2008.rtf [14.12.2006].
- Standard for kommuneklassifisering 1994. Statistisk sentralbyrå 1994. www.ssb.no/kommuner/komklasse94.html [14.12.2006].
- Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra en registerstudie. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2006. (www.unifob-helse.uib.no/admin2/Nyhetsfiler/500.RAPPORTFRAREgister11.07.06.pdf [14.12.2006].)
- Brügger EA, Jøsendal O. Registrering av aktivitet under legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2730–1.
- O'Dowd A. Cost of out of hours care was 22% higher than predicted in England. BMJ 2006; 332: 1113.
- Sandvik H. Evaluering av fastlegereformen 2001–2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter. Oslo: Norges forskningsråd, 2006.
- Hunskaar S. Eg ønsker meg 1 000 nye fastlegar til jul. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 3518.
- O'Dowd TC, McNamara K, Kelly A et al. Out-of-hours co-operatives: general practitioner satisfaction with governance and working arrangements. Eur J Gen Pract 2006; 12: 15–8.
- Salisbury C. Evaluation of a general practice out of hours cooperative: a questionnaire survey of general practitioners. BMJ 1997; 314: 1598–9.
- Hughes P, Neal RD, Maskrey N. General practitioners prefer to work in cooperatives for out of hours work. BMJ 1997; 314: 1904.
- Charles-Jones H, Houliker M. Out-of-hours work: the effect of setting up a general practitioner cooperative on GPs and their families. Br J Gen Pract 1999; 49: 215–6.
- Legevakt i kommunehelsetjenesten. Rapport om utvikling av legevaktstjenesten til interkommunale legevakter (IKL). Oslo: Den norske lægeforening, 2005. (www.legeforeningen.no/index.gan?id=79879 [14.12.2006].)
- Hunskaar S. Legevakta under lupa. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 3083.

Manuskriptet ble mottatt 11.8. 2006 og godkjent 1.2. 2007. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.