

Fastlegenes deltakelse i legevakt

Sammendrag

Bakgrunn. Legevaktarbeid oppleves ofte som en belastning og er beheftet med økt risiko for å gjøre feil. Hensikten med undersøkelsen var å kartlegge fastlegenes vakt deltakelse og holdninger til legevaktarbeid.

Materiale og metode. Et spørreskjema ble sendt til alle landets fastleger. Vakt deltakelse ble analysert i forhold til lege-, liste- og kommunekaraktistika.

Resultater. Vi fikk svar fra 2 913 fastleger (78 %). 50 % deltok fullt i legevakt, 15 % delvis og 35 % ikke. 28 % hadde formelt fritak og 13 % hadde en fast vikar som tok vaktene deres. Kvinnelige leger deltok sjeldnere i legevakt, og vakt deltakelsen avtok med legenes alder. Vakt deltakelsen var lavere i store og sentrale kommuner. Interkommunale legevaktordninger medførte redusert vaktbelastning, men økte ikke legenes vakt deltakelse. Listekaraktistika hadde liten innvirkning. Bare 16 % ønsket å ta ekstravakter, og 60 % forsøkte å gi fra seg mange av vaktene sine. Bare 16 % av vaktleger under 55 år ville fortsette med legevakt etter fylte 55 år. Leger i utkantkommuner opplevde legevaktarbeid som mer faglig utfordrende, men dårligere betalt enn leger i sentrale strøk og de ønsket oftere å flytte fra kommunen.

Fortolkning. Mange fastleger velger vekk legevaktarbeid. Med et aldrende fastlegekorps vil dette bli et økende problem for små og sårbare vaktordninger.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Hogne Sandvik

hogne.sandvik@isf.uib.no

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
Kalfarveien 31
5018 Bergen

Erik Zakariassen

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin og
Stiftelsen norsk luftambulans
Drøbak

Steinar Hunkår

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

Legevakt er i utgangspunktet en obligatorisk del av fastlegenes arbeid. Det kommer på toppen av ordinær arbeidstid og oppleves ofte som en belastning (1). Arbeidsbetingelsene kan være vanskelige, med risiko for å gjøre feil (2–5). Hver tiende tilsynssak i Helsetilsynet handler om legevakt (6).

Avtaleverket gir fastlegene rett til fritak fra legevaktarbeid ved fylte 60 år, dersom de ønsker det. Sykdom, svangerskap og vektige sosiale grunner 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 (7).

Vi har nylig undersøkt hvilke leger som mottar trygderefusjon for legevaktarbeid (8). Kartleggingen, som var basert på registerdata fra Rikstrygdeverket (RTV), viste at andre leger enn fastleger sto for nesten halvparten av den samlede trygderefusjonen og at mer enn hver tredje fastlege ikke hadde noen inntekter fra legevaktarbeid. Det er derfor åpenbart at mange fastleger overlater mye av vaktarbeidet til andre.

Med et aldrende fastlegekorps kan man vente at stadig flere fastleger vil trekke seg ut av vaktordningene. Mange mindre kommuner har sårbare ordninger med få vaktleger og små muligheter for avlastning fra andre leger. Det er derfor behov for tiltak som kan gjøre vaktordningene mer robuste. Interkommunale stasjonære legevakter med fast hjelpepersonell har vært fremholdt som en nærliggende løsning (9).

Det er lite forskningsbasert kunnskap om legevakt i Norge. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har derfor gjennomført en spørreskjemaundersøkelse blant alle norske fastleger for å kartlegge deres deltakelse i legevakt og holdninger til legevakt-

arbeid. Når disse variablene ses i forhold til lege-, liste- og kommunekaraktistika, får vi et kunnskapsgrunnlag som kan være nyttig i den videre planleggingen av legevaktorganiseringen i Norge.

Materiale og metode

Studien ble gjennomført i tiden mai 2006–februar 2007. Vi hentet ut alle legene fra Rikstrygdeverkets fastlegeoversikt, totalt 3 915 poster (10). Vi ekskluderte 83 navnløse og 28 dubletter og sendte et spørreskjema til de resterende 3 804. Ytterligere 47 ble senere ekskludert på grunn av ukjent adresse, avsluttet praksis, permisjon, sykdom eller død, slik at antall potensielle respondenter var 3 757. Det ble gjennomført to purrerunder.

Rikstrygdeverkets oversikt inneholder opplysninger om legens kjønn, listelengde og antall ledige plasser på listen. I spørreskjemaet spurte vi om legens alder, tilfredshet med listelengde, normal vaktbelastning og hvorvidt kommunen deltar i interkommunal legevakt. Deretter spurte vi om legen selv deltar i legevakt. De som hadde redusert vaktbelastning, ble spurt om hvor stor andel av normal vaktbelastning de hadde, mens de som ikke deltok i legevakt, ble spurt om hvor gamle de var da de sluttet. Vi spurte om de hadde fast vikar som tok vaktene deres og om de hadde formelt fritak fra legevakt.

Legen ble så bedt om å ta stilling til åtte utsagn og si seg mer eller mindre enig i disse på en femdelt skala (helt enig, delvis enig, verken enig eller uenig, delvis uenig, helt uenig):

- Jeg tar gjerne ekstravakter i tillegg til mine egne vakter
- Etter fylte 55 år vil jeg slutte (har jeg sluttet) med legevakt
- Etter fylte 60 år vil jeg slutte (har jeg sluttet) med legevakt

Hovedbudskap

- Bare halvparten av fastlegene deltar fullt i legevakt
- Eldre og kvinnelige leger i sentrale kommuner deltar minst
- Svært få leger ønsker å fortsette med legevakt etter 55 år
- Interkommunale vaktordninger øker ikke vakt deltakelsen

Tabell 1 Normalt antall vakter per lege per måned (95 % KI) i kommuner med og uten interkommunal legevakt, fordelt på ulike kommunestørrelse

Innbyggertall	Med interkommunal legevakt	Uten interkommunal legevakt
≤ 2 000	5,8 (5,0–6,6)	11,9 (8,8–15,0)
2 001–5 000	4,4 (4,1–4,7)	7,3 (6,8–7,8)
5 001–10 000	3,7 (3,4–4,0)	5,4 (5,2–5,7)
10 001–50 000	2,8 (2,7–3,0)	3,3 (3,0–3,5)
> 50 000	2,4 (2,1–2,6)	1,9 (1,7–2,1)
Alle	3,2 (3,1–3,4)	3,9 (3,7–4,1)

Tabell 2 Andel av fastlegene som deltar helt eller delvis i legevakt, som ikke deltar eller som har formelt fritak (helt eller delvis), fordelt på kjønn og alder. N representerer antall respondenter i hver aldersgruppe og totalt (uansett alder)

Alder	N	Deltar fullt i vakt (%) (95 % KI)	Deltar delvis i vakt (%) (95 % KI)	Deltar ikke i vakt (%) (95 % KI)	N	Formelt fritak
<i>Kvinner</i>						
≤ 30	34	88 (73–97)	0	12 (3–27)	31	3 (0–17)
31–35	121	70 (62–78)	18 (11–25)	12 (6–17)	110	7 (3–14)
36–40	150	66 (58–74)	15 (9–20)	19 (13–26)	136	13 (8–19)
41–45	153	56 (48–63)	18 (12–24)	26 (19–33)	134	14 (8–20)
46–50	158	39 (32–47)	17 (11–23)	44 (36–51)	144	22 (15–28)
51–55	133	38 (30–47)	18 (12–25)	44 (35–52)	124	32 (24–41)
56–60	64	22 (13–34)	9 (4–19)	69 (56–80)	59	70 (56–81)
> 60	31	6 (1–21)	0	94 (79–99)	30	90 (74–98)
Alle	850	51 (47–54)	15 (13–18)	34 (31–37)	774	24 (21–27)
<i>Menn</i>						
≤ 30	53	96 (87–100)	4 (0–13)	0	51	0
31–35	180	84 (79–89)	11 (6–18)	6 (3–10)	168	2 (0–5)
36–40	164	80 (74–86)	15 (9–20)	5 (3–10)	151	3 (1–7)
41–45	206	68 (62–74)	16 (11–21)	17 (11–22)	197	4 (2–8)
46–50	341	55 (50–60)	20 (16–25)	25 (20–30)	305	11 (7–14)
51–55	432	47 (43–52)	18 (15–22)	35 (30–39)	408	22 (18–26)
56–60	336	28 (23–33)	13 (9–16)	59 (54–64)	309	59 (53–64)
> 60	249	7 (4–11)	7 (4–11)	86 (82–91)	232	90 (86–94)
Alle	1 987	50 (48–52)	14 (13–16)	36 (34–38)	1 844	29 (27–31)

- Jeg forsøker å gi fra meg mange av vaktene mine
- Legevaktarbeid er godt betalt
- Legevakt er faglig utfordrende
- Vaktbelastningen er viktig for legestabiliteten i kommunen
- Jeg ønsker å flytte fra kommunen

Ytterligere to variabler ble hentet fra Statistisk sentralbyrå (11): kommunens innbyggertall og sentralitet. 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, der 0 er de minst sentrale og 3 de mest sentrale kommunene (12). Kommunens legedekning ble kalkulert som antall fastleger per 1 000 innbyggere.

Datamaterialet presenteres som frekvensfordelinger og gjennomsnittsverdier med 95 % konfidensintervall. Statistisk signifikante forskjeller ($p < 0,05$) mellom to grup-

per foreligger når punkttestimatet for den ene gruppen ligger utenfor konfidensintervallet for den andre. I analysene ble full og redusert vaktbelastning slått sammen. Det samme ble hel og delvis enighet (og uenighet) i de åtte utsagnene. Det ble også gjort en logistisk regresjonsanalyse der utfallsvariabelen var om fastlegene deltar eller ikke deltar i legevakt.

Resultat

Vi fikk svar fra 2 913 fastleger (78 %). Leger med lange lister ($\geq 1 800$) var noe underrepresentert (svarprosent 69 %), og leger med fulle lister svarte noe hyppigere enn leger med åpne lister (80 % mot 75 %). Ellers var det ingen signifikante forskjeller i svarprosent relatert til kjønn, sentralitet, innbyggertall eller legedekning. Legenes gjennomsnittsalder var 48 år (95 % KI: 48–48 år), 45 år (44–45 år) for kvinner og 50 år (49–50 år) for menn.

Gjennomsnittlig listelengde var 1 196 (1 181–1 210), 1 106 (1 083–1 129) for kvinner og 1 235 (1 217–1 252) for menn. I alt 47 % (45–49 %) av listene var åpne. Det var 83 % (81–84 %) som var fornøyd med listelengden, mens 8 % (7–9 %) ønsket flere og 9 % (8–11 %) ønsket færre pasienter.

I alt 64 % (63–66 %) av legene svarte at deres kommune deltok i interkommunalt legevaktssamarbeid, og de rapporterte at den normale vaktbelastningen var 3,4 vakter (3,3–3,6) per måned. Kommuner med interkommunalt vaktssamarbeid hadde lavere vaktbelastning enn kommuner uten slikt samarbeid, og forskjellen var størst for de minste kommunene (tab 1).

Det var 50 % (48–52 %) av legene som deltok fullt ut i vaktordningen, 15 % (13–16 %) deltok delvis, og 35 % (34–37 %) deltok ikke. Kjønn- og aldersfordelingen er vist i tabell 2. De som deltok delvis, utførte i gjennomsnitt 37 % (34–39 %) av normal vaktbelastning. Gjennomsnittsalderen for når man helt sluttet med legevakt var 50 år (49–50 år). I alt 28 % (26–29 %) hadde formelt fritak fra legevakt, og 13 % (11–14 %) hadde en fast vikar som tok deres vakter.

Deskriptive analyser viser avtakende vakt deltakelse med økende alder, økende listelengde og full liste, samt med økende sentralitet og innbyggertall i kommunen. Det er også høyere vakt deltakelse i kommuner med god legedekning. Leger som ønsker flere pasienter på listen sin, deltar hyppigere, mens leger som ønsker færre pasienter deltar sjeldnere enn leger som er tilfreds med listelengden (tab 3).

Multivariate analyser viser at eldre og kvinnelige leger deltar sjeldnere i legevakt, og bekrefter at økende sentralitet og innbyggertall i kommunen er assosiert med lavere vakt deltakelse. I denne analysen synes ikke listekarakteristika og legedekning å spille noen rolle. Leger som ønsker færre pasienter, deltar sjeldnere i legevakt enn leger som er tilfreds med listelengden eller har for få pasienter (tab 3).

Vi gjorde også en regresjonsanalyse der vi bare inkluderte leger som enten deltok fullt i legevakt eller ikke deltok i det hele tatt (leger med delvis deltakelse ble ekskludert). Denne analysen ga prinsipielt samme resultat.

I en tredje regresjonsanalyse ble også vaktbelastningen i kommunen tatt med som forklaringsvariabel. I kommuner hvor normal vaktbelastning var minst tre vakter per måned, deltok legene hyppigere i legevakt enn i kommuner med lavere vaktbelastning (oddsratio 1,36; 1,07–1,74). På grunn av et stort antall manglende svar på denne variabelen ble den imidlertid utelatt fra hovedanalysen.

Det var bare 16 % (14–17 %) av vaktlegene som kunne tenke seg å ta ekstravakter i tillegg til sine egne vakter, og 60 % (58–62 %) forsøkte å gi fra seg mange av vaktene sine. Bare 16 % (14–18 %) av vaktleger under 55 år ønsket å fortsette med lege-

vakt etter fylte 55 år, og 10 % (8–11 %) etter fylte 60 år.

De fleste legene (73 %; 71–75 %) syntes at legevaktarbeid er faglig utfordrende, men bare 28 % (26–30 %) mente at det er bra betalt. Leger i små utkantkommuner opplevde legevaktarbeid som mer utfordrende og dårligere betalt enn leger i større og sentrale kommuner (tab 4).

I alt 75 % (73–76 %) mente at vaktbelastningen er viktig for legestabiliteten i kommunen. Det var bare 6 % (5–7 %) som ønsket å flytte fra kommunen. Utkantleger ønsket oftere å flytte enn leger som bodde i større og sentrale kommuner (tab 4).

Diskusjon

Det er en styrke med denne studien at svarprosenten er høy og at materialet synes å være rimelig representativt. Leger med de aller lengste listene er noe underrepresentert, men disse utgjør en forholdsvis liten gruppe av totalmaterialet. Den gjennomsnittlige listelengden er den samme i dette materialet som blant alle norske fastleger (13). Det var en tendens til at leger med fulle lister svarte noe hyppigere enn leger med åpne lister, men også her er forskjellene små. Vi kjenner ikke alderen til de legene som ikke svarte, men gjennomsnittsalderen i vårt materiale er helt lik gjennomsnittsalderen blant alle norske fastleger (13). Vi kjenner heller ikke vakt deltakelsen til de legene som ikke svarte, men vi fant samme vakt deltakelse i dette materialet som vi tidligere fant i et materiale basert på registerdata fra Rikstrygdeverket (8). Vi mener derfor at det foreliggende materialet er representativt for norske fastleger.

Mange av bakgrunnsvariablene i denne studien er avhengige av hverandre. Dette medfører at flere tilsynelatende signifikante funn i deskriptive analyser utvannes eller forsvinner når man korrigerer for den innbyrdes avhengigheten i multivariate analyser. På den andre siden kan nye signifikante sammenhenger fremkomme i multivariate analyser, for eksempel sammenhengen mellom legens kjønn og vakt deltakelse.

Nesten to av tre leger svarte at deres kommune deltok i interkommunal legevaktordning, og det var en klar tendens til at dette medførte redusert vaktbelastning, særlig i de minste kommunene. Likevel er det ingen ting som tyder på at denne typen interkommunalt vakt samarbeid medfører økt vakt deltakelse blant fastlegene. Tilsvarende erfaringer er gjort i Storbritannia. Flere undersøkelser tyder på at større vaktkooperativer reduserer belastningen på den enkelte lege (14–17), men likevel har bare 10 % av engelske allmennpraktikere valgt å fortsette med legevakt etter at de nye kontraktene åpnet for at de kunne slippe (18). En dårlig betalingsordning har nok også spilt en rolle for denne utviklingen (19).

Interkommunale legevaktordninger kan likevel ha sine fordeler. De vil være mer

Tabell 3 Fastlegenes deltakelse i legevakt. Oddsratio for deltakelse i legevakt er basert på logistisk regresjon, der alle variabler er med som justeringsfaktorer i analysen. Se metodebeskrivelse for definisjon av begrepet sentralitet

	N	Antall som deltar i legevakt	Andel som deltar i legevakt (%) (95 % KI)	Oddsratio for deltakelse i legevakt (95 % KI)
<i>Legens kjønn</i>				
Mann	1 987	1 274	64 (62–66)	1
Kvinne	850	559	66 (63–69)	0,52 (0,42–0,66)
<i>Legens alder (år)</i>				
< 30	49	48	98 (89–100)	4,33 (0,57–32,63)
30–39	584	527	90 (88–93)	1
40–49	795	603	76 (73–79)	0,37 (0,27–0,53)
50–59	1 042	595	57 (54–60)	0,14 (0,10–0,20)
> 59	336	46	14 (10–17)	0,01 (0,00–0,01)
<i>Listelengde</i>				
< 1 000	877	627	72 (69–75)	1
1 000–1 399	1 160	760	66 (63–68)	1,20 (0,94–1,54)
1 400–1 799	624	352	56 (53–60)	0,98 (0,72–1,33)
≥ 1 800	176	94	53 (46–61)	0,85 (0,54–1,34)
<i>Listekapasitet</i>				
Åpen liste	1 338	894	67 (64–69)	1
Full liste	1 499	939	63 (60–65)	1,15 (0,94–1,41)
<i>Tilfreds med listelengde</i>				
Ja	2 293	1 498	65 (63–67)	1
Nei, ønsker flere pasienter	224	167	75 (69–80)	1,45 (0,95–2,21)
Nei, ønsker færre pasienter	263	147	56 (50–62)	0,64 (0,47–0,89)
<i>Sentralitet</i>				
0	456	388	85 (82–88)	1
1	226	171	76 (70–81)	0,93 (0,52–1,65)
2	708	483	68 (65–72)	0,72 (0,44–1,19)
3	1 447	791	55 (52–57)	0,49 (0,31–0,79)
<i>Innbyggertall</i>				
≤ 2 000	96	89	93 (86–97)	2,17 (0,81–5,84)
2 001–5 000	348	289	83 (79–87)	1
5 001–10 000	417	305	73 (69–77)	0,61 (0,39–0,96)
10 001–50 000	1 052	692	66 (63–69)	0,67 (0,43–1,04)
> 50 000	924	458	50 (46–53)	0,43 (0,23–0,78)
<i>Legedekning (per 1 000 innbyggere)</i>				
< 0,8	1 026	627	61 (58–64)	1
0,8–0,9	1 086	634	58 (55–61)	1,13 (0,91–1,41)
> 0,9	723	570	79 (76–82)	1,12 (0,80–1,57)
<i>Interkommunal legevakt</i>				
Ja	1 758	1 165	66 (64–69)	1
Nei	968	625	65 (62–68)	0,95 (0,78–1,16)

robuste fordi flere leger deler på vaktene, og det vil være mulig for eldre fastleger å trekke seg ut av vaktssystemet uten at legevakten bryter sammen. I tillegg til dette kan interkommunale legevakter gi bedre rammebetingelser (utstyr og personell) og således yte en kvalitativt bedre tjeneste (9).

Denne studien bekrefter at kvinnelige fastleger og eldre fastleger deltar mindre i legevakt enn andre (8). Kvinner faller tidligere ut av vaktssystemet enn sine mannlige

kolleger og har hyppigere formelt fritak fra legevakt. Det er imidlertid et betydelig antall fastleger under 55 år, både kvinnelige og mannlige, som ikke deltar i legevakt selv om de ikke har fått formelt fritak. Mange av disse har åpenbart faste vikarer som overtar deres vakter.

Deskriptive analyser tyder på at vakt deltakelsen avtar med økende listelengde og fulle lister. Det er lavere vakt deltakelse blant leger som ønsker seg kortere liste, og omvendt for

Tabell 4 Andel av fastlegene som er enige i påstander om at legevakt er faglig utfordrende og godt betalt samt hvorvidt de ønsker å flytte fra kommunen, fordelt på ulike kommunetyper. Se metodebeskrivelse for definisjon av begrepet sentralitet

	Legevakt er faglig utfordrende		Legevaktarbeid er godt betalt		Jeg ønsker å flytte fra kommunen	
	N	Andel enige (%) (95 % KI)	N	Andel enige (%) (95 % KI)	N	Andel enige (%) (95 % KI)
<i>Sentralitet</i>						
0	436	84 (81–88)	429	18 (14–21)	436	13 (10–16)
1	204	75 (69–81)	204	20 (14–25)	210	8 (5–13)
2	625	69 (65–72)	619	30 (27–34)	639	5 (3–7)
3	1 212	70 (68–73)	1 193	32 (29–35)	1 283	4 (3–5)
<i>Innbyggertall</i>						
≤ 2 000	94	81 (71–88)	92	25 (17–35)	94	13 (7–21)
2 001–5 000	333	80 (75–84)	327	19 (15–23)	330	14 (10–18)
5 001–10 000	379	79 (75–83)	374	21 (17–25)	386	9 (6–12)
10 001–50 000	919	72 (69–75)	913	29 (26–32)	946	4 (3–6)
> 50 000	752	67 (64–70)	739	35 (32–39)	812	2 (1–4)
Alle	2 477	73 (71–75)	2 445	28 (26–30)	2 568	6 (5–7)

dem som ønsker seg lengre liste. Det er også noe høyere vakt deltakelse i kommuner som har en særlig god legedekning. Disse funnene kan tyde på at leger som har mer enn nok å gjøre i kontortiden, vegrer seg for å delta i legevakt. Kanskje ville vakt deltakelsen øke dersom legedekningen ble økt og legenes arbeidsmengde redusert (20). Imidlertid svekkes de statistiske sammenhengene når man korrigerer for innbyrdes avhengighet mellom forklaringsvariablene. Man skal derfor være forsiktig med å trekke for bastante konklusjoner fra disse funnene.

Mer robust er sammenhengen mellom vakt deltakelse og kommunenes størrelse og sentralitet. Det er en klar tendens til at vakt deltakelsen er lavere i store og sentrale kommuner enn i små utkantkommuner, og dette gjelder selv om man tar hensyn til at leger i større kommuner er eldre og har lengre lister. En viktig årsak til disse forskjellene er trolig at leger i sentrale kommuner har større muligheter til å gi fra seg vakter til andre leger.

Det er også mulig at utkantleger føler en sterkere forpliktelse til å bidra til at en liten og sårbar vaktordning ikke skal bryte sammen. De opplever større faglige utfordringer i legevaktarbeidet enn leger i store kommuner, men er mindre tilfreds med betalingen. Dette er trolig en viktig grunn til at så mange utkantleger ønsker å flytte fra kommunen.

Litteratur

1. Kristoffersen JE. Legevaktslegene – hvordan har de det, og hvordan tar de det? En spørreundersøkelse blant leger ved en interkommunal legevaktssentral. *Utposten* 1997; 26: 274–8.
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.

8. Sandvik H, Hunskaar S. Hvilke leger mottar trygde- refusjon for legevaktarbeid? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 1347–50.
9. Legevakt i kommunehelsetjenesten. Rapport om utvikling av legevaktstjenesten til interkommunale legevakter (IKL). Oslo: Den norske lægeforening, 2005. www.legeforeningen.no/index.gan?id=79879 (14.6.2007).
10. MinFastlege. <https://tjenester.nav.no/minfastlege/innbygger/visloginside.do> (14.6.2007).
11. Statistisk sentralbyrå. www.ssb.no (14.6.2007).
12. Statistisk sentralbyrå. Standard for kommuneklassifisering 1994. www.ssb.no/kommuner/komklasse94.html (14.6.2007).
13. Styringsdata for fastlegeordningen pr. 31. desember 2006. www.nav.no/binary/805339677/file (14.6.2007).
14. 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.
15. Salisbury C. Evaluation of a general practice out of hours cooperative: a questionnaire survey of general practitioners. *BMJ* 1997; 314: 1598–9.
16. Hughes P, Neal RD, Maskrey N. General practitioners prefer to work in cooperatives for out of hours work. *BMJ* 1997; 314: 1904.
17. 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.
18. O'Dowd A. Cost of out of hours care was 22 % higher than predicted in England. *BMJ* 2006; 332: 1113.
19. Heath I. Out of hours primary care – a shambles? *BMJ* 2007; 334: 341.
20. Hunskaar S. Eg ønsker meg 1 000 nye fastlegar til jul. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 3518.

Manuskriptet ble mottatt 22.3. 2007 og godkjent 27.6. 2007. Medisinsk redaktør Trine B. Haugen.