

# Arbeidsstil hos fastleger og andre leger på legevakt

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Under halvparten av legevaktarbeidet utføres av fastleger.

Vi ønsket å sammenlikne refusjonskravene fra disse og refusjonskravene fra andre leger.

**Materiale og metode.** Vi har brukt data fra regningskort fra alle legevaktleger i Norge i 2006. Opplysningene ble levert av NAV, som også koblet dem med informasjon om legene, i alt 4 729, hvorav 2 220 fastleger.

**Resultater.** Fastlegene sto for 46,6 % av pasientkontaktene, og de hadde flere telefonkontakter (57,4 %) og enkle kontakter (50,7 %) enn de andre legene. Disse hadde flest kontakter i de største (59,8 %) og mest sentrale (56,7 %) kommunene. De brukte mer allmenne og uspesifikke diagnoser enn fastlegene (i 12,6 % av konsultasjonene versus i 11,0 %). Eldre leger brukte færre takster enn de yngre, ellers var det små forskjeller i total takstbruk de ulike legeguppene imellom. De fastlegene som også var spesialist i allmennmedisin brukte tidstaksten i 20,2 % av konsultasjonene, turnusleger brukte den i 41,2 %, og de som verken var fastlege eller spesialist i allmennmedisin brukte tidstaksten i 35,7 % av konsultasjonene. Fastleger sykmeldte oftere enn turnusleger og andre vaktleger (i henholdsvis 7,1 %, 5,7 % og 6,6 % av konsultasjonene). Spesialister i allmennmedisin sykmeldte oftest (7,4 %).

**Fortolkning.** Erfarne fastleger og spesialister i allmennmedisin arbeider raskere enn andre leger på legevakt.

**Hogne Sandvik**

*hogne.sandvik@isf.uib.no*

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin  
Kalfarveien 31  
5018 Bergen

**Steinar Hunkår**

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

Deltakelse i legevakt er obligatorisk for fastleger (1). Avtaleverket gir rett til fritak under visse forutsetninger, men undersøkelser viser at langt flere enn de som har formelt fritak, har meldt seg ut av legevaktstjenesten (2, 3). Vel halvparten av legevaktene ivretas av andre – heltidsansatte vaktleger, vikarer, turnusleger, sykehusleger, stipendiater og andre universitetsansatte leger.

Legevaktarbeid er krevende. Det foregår ofte under vanskelige betingelser, med økt risiko for å gjøre feil (4). En sjelden gang havner man i dramatiske akutt situasjoner som man er dårlig forberedt på å takle (5). Kontaktårsakene er imidlertid i de fleste tilfeller de samme som i allmennpraksis for øvrig (6, 7), og det har derfor vært argumentert for at det er fastlegene som er best kvalifisert til å gjøre legevaktarbeid (8, 9).

Så langt har det ikke vært gjort noen systematiske undersøkelser av om det faktisk kan påvises noen forskjeller mellom det arbeidet fastleger gjør og det som utføres av andre leger på legevakt. Målet med denne studien var – ut fra legenes refusjonskrav til NAV – å gjøre en slik sammenlikning.

## Materiale og metode

Materialet omfatter alle elektroniske regningskort fra identifiserte vaktleger i Norge i 2006. Variablene er pasientens kjønn og alder, kontakttidspunkt, diagnoser og takster. Disse dataene er koblet med følgende opplysninger om legene: alder, kjønn, praksiskommune og hvorvidt de er fastleger eller ikke. Datafilen, som er anonymisert, ble levert av NAV.

Ved noen legevakter har legene fast lønn, og regningene blir da registrert på kommunens eller legevaktens organisasjonsnummer. Disse regningene, som skriver seg fra 7,3 % av alle legevaktkontaktene i studieperioden, er ikke med i materialet. Det samme gjelder papirbaserte refusjonskrav og

refusjon som utbetales til pasienten hvis legen ikke har avtale om direkte oppgjør. Det er beregnet at 4,9 % av alle legevaktkontaktene skriver seg fra disse (7).

Spesialister i allmennmedisin ble identifisert ved at de hadde anvendt tilleggskosten som alle spesialister bruker ved konsultasjoner og sykebesøk. Det var ikke mulig å identifisere turnuslegene direkte. Vi valgte derfor å identifisere dem indirekte og omtrentlig ved bruk av følgende kriterier: alder < 33 år, ikke fastlege, levert regningskort i enten april/mai eller oktober/november (men ikke begge periodene). Dette resulterte i at vi identifiserte 767 leger, et litt høyere antall (3 %) enn antall turnusleger som var på sykehus i 2005 (745 stykker) og som dermed var i kommunehelsetjenesten året etter (10).

Legenes praksiskommune ble gruppert etter 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 fra 0 til 3, hvor 0 betegner de minst sentrale kommunene og 3 de mest sentrale (11).

Prosjektet ble vurdert av personvernansvarlig i NAV og personvernombudet for forskning (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, NSD). Siden det ikke er mulig å identifisere enkeltpersoner i materialet, verken direkte eller indirekte, var prosjektet ikke underlagt meldeplikt etter personopplysningsloven.

Siden materialet omfatter alle regningskort og dermed ikke representerer et utvalg, er alle data presentert uten konfidensintervall, og det er ikke utført statistiske tester.

## Resultater

Til sammen ble det registrert krav fra 4 729 leger, 2 220 fastleger og 2 509 andre leger. Av de 2 220 fastlegene var det 1 566 menn (gjennomsnittsalder 45,5 år) og 654 kvinner (41,2 år), av de andre legene 1 566 menn (36,7 år) og 943 kvinner (32,9 år). Kjønn-

## Hovedbudskap

- Fastlegene utfører under halvparten av legevaktarbeidet
- Det er relativt små forskjeller i total takstbruk mellom ulike leger
- Fastleger bruker færre tidstakster enn andre vaktleger

fordelingen hos de antatte turnuslegene var 382 menn (29,0 år) og 385 kvinner (28,9 år).

Det var i alt 1 520 474 kontakter – 77,2 % konsultasjoner, 5,8 % sykebesøk, 16,0 % telefonkontakter og 1,0 % enkle kontakter. Fastlegene sto for 46,6 % av kontaktene, andre leger for 53,4%. Figur 1 og figur 2 viser hvordan kontaktene fordelte seg gjennom døgnet og gjennom året for fastlegene og for andre leger. Det var flest kontakter (64,0%) ettermiddag og kveld (kl 16–24), mens 8,7 % av kontaktene fant sted om natten (kl 00–08). Det var ingen forskjell i døgnvariasjon mellom fastleger og andre leger, men i sommerferien (juli måned) sto fastlegene for bare 37,5 % av kontaktene. Fastlegene hadde forholdsvis flere enkle kontakter og telefonkontakter, de andre legene forholdsvis flere konsultasjoner og sykebesøk (tab 1). Andre leger hadde forholdsvis flest kontakter i de store og sentrale kommunene (tab 2).

Fastlegenes pasienter var i gjennomsnitt 35,5 år gamle, mens de var 35,8 år hos de andre legene. Kvinneandelen var henholdsvis 53,3 % og 53,2 %. Det var også små forskjeller i diagnosebruk, selv om de andre legene hadde en tendens til å bruke noe mer allmenne og uspesifikke diagnoser enn fastlegene (tab 3).

Antall takster per konsultasjon var noe lavere hos fastlegene og viste dessuten en avtakende tendens med økende alder hos legen (tab 4). Det samme forholdet gjorde seg gjeldende for bruk av tidstaksten, men her var forskjellene mellom fastleger og de andre tydeligere (tab 5). Tabell 6 viser hvor hyppig noen utvalgte takster ble brukt av seks definerte grupper vaktleger. Turnuslegene brukte tidstaksten i 41,2 % av konsultasjonene, fastleger som også var spesialister i allmenntilleggsmedisin brukte den i 20,2 %, og leger som verken var fastlege eller spesialist i allmenntilleggsmedisin brukte den i 35,7 % av konsultasjonene. Tilsvarende tall for laboratorieundersøkelse (takst 701a) var henholdsvis 33,8 %, 27,8 % og 31,4 %. Turnusleger sykmeldte sjeldnest (5,7%), spesialister i allmenntilleggsmedisin oftest (7,4 %).

## Diskusjon

Datamaterialet i denne studien er stort, nesten fullstendig og pålitelig. De forskjellene som blir påvist, er derfor reelle. Det er imidlertid ikke sikkert at takstbruk alltid reflekterer praksis. Misbruk kan forekomme, ved at det for eksempel føres opp tidstakster som ikke er berettiget. Omvendt vil det også forekomme at legen glemmer å føre opp takster. Dette skjer nok oftest med takster som er relativt sjeldne i bruk og gjelder trolig de mest uerfarne (turnuslegene).

Motivasjonen for å delta i legevakt vil variere fra lege til lege. Selv om mange fastleger finner legevaktarbeid interessant og innbringende, er det nok også mange som ser på dette arbeidet som en tung plikt som kommer på toppen av en lang arbeidsdag.

**Tabell 1** Ulike typer kontakter fordelt på fastleger og andre leger

Takster (takstnummer etter normaltariffen)	Antall	Fastlege (%)	Annen lege (%)
Enkle kontakter (1ad, 1ak, 1h)	14 528	57,4	42,6
Telefonkontakter (1bd, 1bk, 1g)	243 026	50,7	49,3
Konsultasjoner (2ad, 2ak, 2fk)	1 174 195	45,7	54,3
Sykebesøk (11ad, 11ak)	88 725	45,6	54,4
Alle	1 520 474	46,6	53,4

**Tabell 2** Fordeling av fastlegers og andre legers kontakter etter legens praksiskommune

Innbyggertall	Antall	Fastleger (%)	Andre leger (%)
< 2 001	57 291	46,3	53,7
2 001–5 000	181 409	48,7	51,3
5 001–10 000	193 598	48,6	51,4
10 001–50 000	644 596	49,8	50,2
> 50 000	432 593	40,2	59,8
Sentralitet			
Minst sentralt	285 299	45,9	54,1
Mindre sentralt	126 039	50,6	49,4
Noe sentralt	366 548	52,5	47,5
Sentralt	740 388	43,3	56,7

**Tabell 3** Diagnosekoder og hovedgrupper som varierte mest mellom fastleger og andre leger (ICPC-systemet)

	Fastleger (%) (n = 708 452 kontakter)	Andre leger (%) (n = 812 022 kontakter)
A03: Feber	2,4	2,1
A29: Generelle symptomer/plager	0,3	0,6
A58: Terapeutisk rådgivning/samtale	0,1	0,7
R74: Akutt øvre luftveisinfeksjon	4,9	5,3
R83: Luftveisinfeksjon	1,3	0,8
A: Allment og uspesifisert	11,0	12,6
L: Muskel- og skjelettsystemet	15,5	14,9
R: Luftveier	22,0	21,5

**Tabell 4** Totalt antall takster (inkludert konsultasjonstakst) per konsultasjon. Takster relatert til andre kontakttypene og spesialisttakster er ekskludert

Aldersgruppe (år)	Fastlege		Annen lege	
	Kvinne	Mann	Kvinne	Mann
< 30	2,60	2,44	2,49	2,46
30–34	2,47	2,47	2,62	2,45
35–39	2,35	2,43	2,43	2,37
40–44	2,26	2,34	2,41	2,50
45–49	2,26	2,26	2,13	2,35
50–54	2,21	2,12	2,30	2,18
> 54	2,33	2,15	2,40	2,27
Alle	2,33	2,30	2,49	2,40

Andre leger vil oftere ha økonomiske motiver for legevaktarbeid. Dette kan være bakgrunnen for den forskjellen i kontakttypene vi finner for fastleger og andre leger. Fastlegene løser oftere problemet over telefon og ved

enkle kontakter, de andre gjennomfører i større grad konsultasjoner og sykebesøk.

Denne studien bekrefter at fastlegene deltar minst i legevakt i store og sentrale kommuner (2, 3). Dette skyldes nok i stor grad at

leger i større kommuner har større muligheter til å gi fra seg vakter til andre. Det er også relativt mange andre leger som tar legevakter i de aller minste og mest perifere kommunene. Dette kan trolig tilskrives at turnuslegene tar flere vakter i disse kommunene (12). Tidsgrafene viser ellers at andre leger har flere pasientkontakter enn fastlegene gjennom hele døgnet og nesten hele året. Forskjellen er størst i sommerferien, da fastlegene sto for bare 37,5 % av kontaktene.

Det er pasientene som velger om de vil kontakte legevakten eller ikke, vaktlegene har derfor liten eller ingen innflytelse over hvilke pasienter de behandler. Dette illustreres av at det var nesten ingen forskjell i alders- og kjønnsfordeling hos fastlegers og andre legers pasienter. Diagnosefordelingen var også nesten identisk, selv om andre leger hadde en tendens til å bruke mer allmenne og uspesifikke diagnoser. Dette kan skyldes noe mer diagnostisk usikkerhet hos disse.

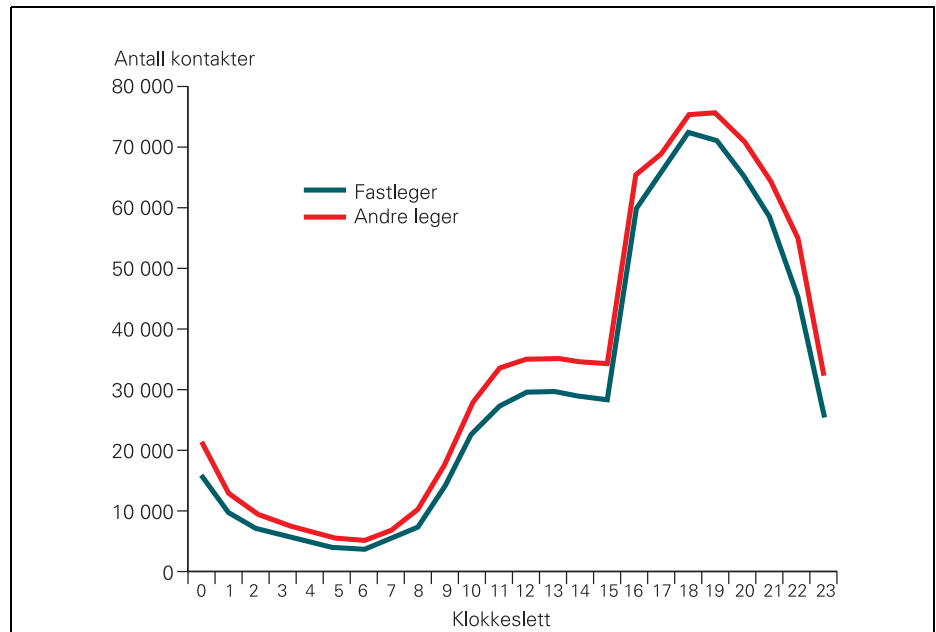
Det er små forskjeller i total takstbruk mellom fastleger og andre leger, og det er heller ingen kjønnsforskjell. Eldre leger bruker noe mindre takster enn de yngre. Dette har trolig sammenheng med erfaring og at eldre leger stoler mer på sitt kliniske skjønn.

Forskjellen er imidlertid stor når det gjelder bruk av tidstaksten. Dette er en tilleggstakst som legen kan kreve dersom en konsultasjon varer mer enn 20 minutter (30 minutter for sykebesøk). Turnusleger bruker dobbelt så ofte tidstakst som fastleger som er spesialist i allmennmedisin gjør, andre leger bruker tidstaksten 75 % mer enn fastlegespesialistene. Gitt liten pasientvariasjon er dette en stor forskjell. Mange problemstillinger på legevakt er enkle og raske å håndtere, og det ser ut til at fastlegene mestrer dette i større grad enn andre leger.

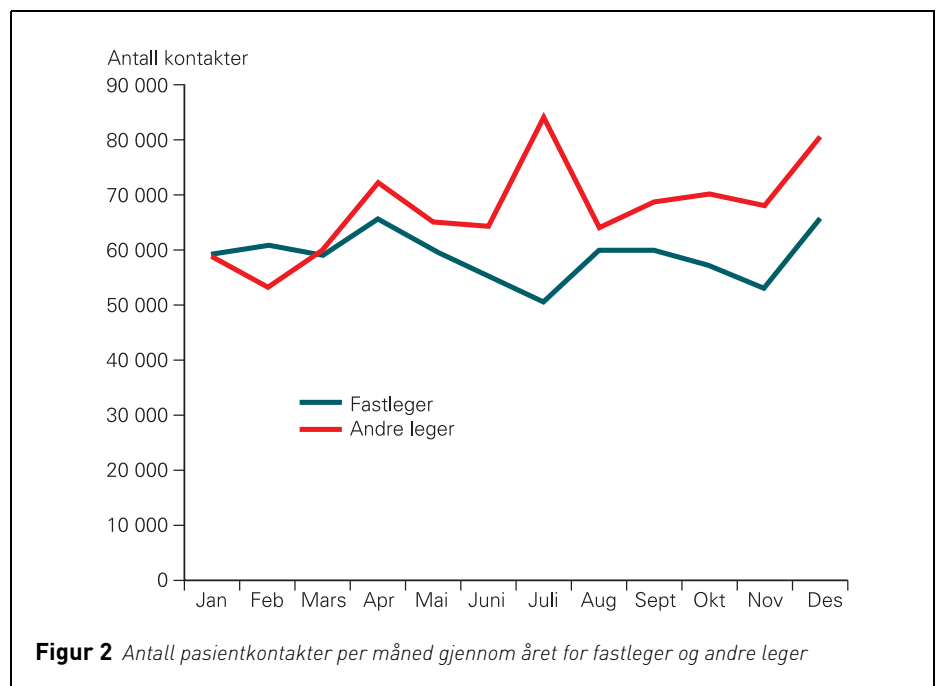
Fastleger har også noe oftere kontakt med hjemmesykepleien og andre samarbeidspartnere. De kjenner lokalsamfunnet og den lokale organiseringen og kan derfor i større grad avtale oppfølging og samarbeid med andre deler av helsetjenesten. Fastlegene samtaler også oftere med pårørende og har samtalerterapi med psykiatriske pasienter. Omvendt har andre vaktleger en litt høyere innleggelsesfrekvens av psykiatriske pasienter. Disse har også en noe hyppigere bruk av laboratorieundersøkelser.

Turnuslegene bruker laboratoriet og tidstaksten mest aktivt, men har påfallende lavt forbruk av enkelte andre takster. Dette kan skyldes at de ikke har full oversikt over takstsystemet og derfor glemmer å kreve takster.

Det kan synes som om de minst erfarne legene er mest restriktive med sykmeldinger, mens spesialister i allmennmedisin er de mest liberale. Dette er neppe uttrykk for at takster blir glemt, da de fleste journalsystemer automatisk genererer sykmeldingstaksten når man skriver ut en sykmelding. En mulig forklaring er at erfarne fastleger er vant med sykmeldingsarbeid slik at de i



Figur 1 Antall pasientkontakter per klokkeslett gjennom døgnet for fastleger og andre leger



Figur 2 Antall pasientkontakter per måned gjennom året for fastleger og andre leger

Tabell 5 Antall tidstakster (2cd, 2ck, 11cd, 11ck) per konsultasjon og sykebesøk

Aldersgruppe (år)	Fastlege		Annen lege	
	Kvinne	Mann	Kvinne	Mann
< 30	0,39	0,36	0,38	0,40
30–34	0,35	0,33	0,41	0,37
35–39	0,30	0,31	0,36	0,36
40–44	0,26	0,31	0,42	0,37
45–49	0,30	0,24	0,28	0,31
50–54	0,21	0,19	0,34	0,31
> 54	0,28	0,23	0,35	0,32
Alle	0,30	0,27	0,38	0,36

**Tabell 6** Takster som andel av konsultasjonene hvor legene har brukt ulike takster, fordelt på ulike legegutter

Takster (takstnummer i normaltariffen)	Fastlege (%)	Spesialist (%)	Både fastlege og spesialist (%)	Ikke fastlege (%)	Verken fastlege eller spesialist (%)	Turnuslege <sup>1</sup> (%)
Kontakt med hjemmesykepleie m.fl. (1f)	4,1	3,8	4,0	2,6	2,6	2,9
Tidstakst (2cd, 2ck)	26,1	23,0	20,2	35,3	35,7	41,2
Kirurgiske prosedyrer (100, 103, 104, 105, 106a, 106b)	10,3	9,8	9,2	10,9	10,8	8,8
Samtale med pårørende (612a, 612b)	0,7	0,6	0,6	0,5	0,5	0,2
Samtaletterapi psykiatri (615)	0,7	0,6	0,6	0,5	0,5	0,3
Innleggelse psykiatri (616)	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,7
Laboratorieundersøkelse (701a)	29,6	27,6	27,8	30,8	31,4	33,8
Sykmelding (L1)	7,1	7,4	7,2	6,6	6,4	5,7
Antall konsultasjoner	536 459	376 465	291 566	637 736	552 837	138 517

<sup>1</sup> Omtrentlig definisjon (se metodeavsnitt)

større grad fullfører behandlingen, inkludert sykmelding, og i mindre grad overlater dette til fastleger (andre kolleger) neste arbeidsdag. Vi har ikke holdepunkter for å anta at uerfarne leger i større grad lar seg påvirke av sterke styringssignaler om å redusere sykefraværet, mens de erfarne tar mer hensyn til egne vurderinger.

### Konklusjon

Denne studien viser at erfarne fastleger og spesialister i allmennmedisin arbeider raskere enn andre leger på legevakt. Ellers er det små forskjeller mellom gruppene.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

### Litteratur

1. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. [www.lovdatab.no/for/stf/ho/xo-20000414-0328.html](http://www.lovdatab.no/for/stf/ho/xo-20000414-0328.html) (3.9.2009).

2. Sandvik H, Hunskaar S. Hvilke leger mottar trykde- refusjon for legevaktarbeid? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1347–50.
3. Sandvik H, Zakariassen E, Hunskaar S. Fastlegenes deltakelse i legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2513–6.
4. Bratland SZ, Hunskaar S. Medisinsk-faglige vurderinger i tilsynssaker mot allmennleger. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 166–9.
5. Zakariassen E, Sandvik H, Hunskaar S. Norwegian regular general practitioners' experiences with out-of-hours emergency situations and procedures. Emerg Med J 2008; 25: 528–33.
6. Brügger EA, Jøsendal O. Registrering av aktivitet under legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2730–1.
7. Nossen JP. Hva foregår på legekantorene? Konsultasjonsstatistikk for 2006. NAV-rapport nr 4 2007. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet, oktober 2007.
8. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. ... er hjelpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr. 1–2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009. [www.unifobhelse.no/upload/Handlingsplan.pdf](http://www.unifobhelse.no/upload/Handlingsplan.pdf) (3.9.2009).
9. Arbeidsgruppe «Godt legevaksarbeid». Faglige og organisatoriske krav til legevakt. Videreutvikling av

- legevaktsbaser og interkommunalt legevaksarbeid. Rapport. Oslo: Den norske legeförening, 2008. [www.legeföreningen.no/asset/42183/1/Rapport\\_arbgr\\_legevakt\\_Dnlf.pdf](http://www.legeföreningen.no/asset/42183/1/Rapport_arbgr_legevakt_Dnlf.pdf) (3.9.2009).
10. Statens autorisasjonskontor for helsepersonell. Årsrapport 2005. [www.safh.no/publikasjoner/aarsrapport2005.pdf](http://www.safh.no/publikasjoner/aarsrapport2005.pdf) (3.9.2009).
  11. Standard for kommuneklassifisering 1994. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1994. [www.ssb.no/kommuner/komklasse94.html](http://www.ssb.no/kommuner/komklasse94.html) (3.9.2009).
  12. Turnusrådet. Nasjonal evaluering av turnustjenesten for leger. Oslo: Den norske legeförening, 2006. [www.legeföreningen.no/asset/33401/1/33401\\_1.pdf](http://www.legeföreningen.no/asset/33401/1/33401_1.pdf) (3.9.2009).

Manuskriptet ble mottatt 4.4. 2009 og godkjent 1.10. 2009. Medisinsk redaktør Are Breen.