


Hvilke fastleger deltar i legevakt?

 Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no

Sammendrag

Bakgrunn. Omtrent halvparten av legevaktarbeidet utføres av fastleger. Vi ønsket å undersøke hvilke fastleger som deltar i legevakt.

Materiale og metode. Materialet består av data fra regningskort fra alle legevaktleger i 2008, koblet med opplysninger fra Statistisk sentralbyrå og Fastlegedatabasen. Vi beregnet hvor stor andel av ulike fastleger som deltok i legevakt og hvor mange pasientkontakter de hadde på vakt. De samme fastlegevariablene ble brukt i en multivariat logistisk regresjonsanalyse, hvor den avhengige variabelen var om fastlegene hadde legevakt eller ikke.

Resultater. 53 % av fastlegene deltok i legevakt, og de utførte 47 % av alle pasientkontaktene. Fastlegene var eldre enn andre vaktleger (44 år versus 34 år) og det var en lavere andel kvinner (33 % versus 44 %). Andelen innvandrere var 23 % av fastlegene og 21 % av de andre vaktlegene. Kvinnelige fastleger hadde lavere vakt deltakelse enn mannlige i alle aldersgrupper, og de hadde dessuten færre pasientkontakter (206 og 374). Vakt deltakelsen avtok med fastlegenes alder, med økende listelengde og med økende sentralitet. Innvandrerfastleger med kort botid i Norge hadde den høyeste vakt deltakelsen (81 %).

Fortolkning. Antallet kvinnelige fastleger er økende, og det er derfor sannsynlig at fastlegenes vakt deltakelse vil avta ytterligere. Innvandrerne gir imidlertid et vesentlig bidrag til å opprettholde legevaktordningen.

Hogne Sandvik

hogne.sandvik@isf.uib.no

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research Bergen

Steinar Hunskaar

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research og

Forskningsgruppe for allmennmedisin Institutt for samfunnsmedisinske fag Universitetet i Bergen

Esperanza Diaz

Forskningsgruppe 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). Helse- og omsorgsdepartementet har derfor foreslått å stramme inn fastlegenes vaktplikt (4).

Legevaktarbeid er krevende. Det foregår ofte under vanskelige betingelser, med økt risiko for å gjøre feil (5). En sjelden gang havner man i dramatiske akutsituasjoner som man er dårlig forberedt på å takle (6). De fleste kontaktårsakene er imidlertid de samme som i allmennpraksis for øvrig (7, 8), det har derfor vært argumentert for at fastlegene er de legene som er best kvalifisert til å gjøre legevaktarbeid (4, 9, 10).

Vi har tidligere undersøkt hvilke leger som mottok trygderefusjon for legevaktarbeid i 2004 (2). Fastlegene mottok 51,8 % av all refusjonen, og vi fant at eldre leger, kvinnelige leger og leger med lange lister hadde lave vaktinntekter. Vaktinntektene var høyere i perifere enn i sentrale kommuner. I 2006 gjennomførte vi en spørreskjemaundersøkelse om fastlegenes deltakelse i legevakt. Av de 78 % som svarte, var det 50 % som deltok fullt ut i legevakt og 15 % som deltok i begrenset grad, mens 35 % ikke hadde legevakt i det hele tatt (3). Også her avtok vakt deltakelsen med legenes alder, var lavere blant kvinnelige fastleger og i store og sentrale kommuner. I denne undersøkelsen hadde listekarakteristika liten betydning.

Spørreskjemaundersøkelser er beheftet med usikkerhet på grunn av manglende svar. I vår undersøkelse var leger med lange lister underrepresentert. Vi ønsket derfor å benytte et fullstendig registermateriale til å analysere

hvilke fastleger som deltar i legevakt. Sammenliknet med tidligere undersøkelser kan vi dessuten inkludere flere forklaringsvariabler, som praksisorganisering og avlønningsform samt fastlegenes innvandrersstatus og botid i Norge. Dette materialet gir oss også mulighet til å undersøke hvor mange pasientkontakter den enkelte vaktlege har hatt.

Materiale og metode

Materialet omfatter alle elektroniske regningskort fra vaktleger i Norge i 2008 (11). Materialet er tilnærmet fullstendig, dekningsgraden i et tilsvarende materiale er beregnet til nesten 98 % i 2009 (12).

Gjennom registerkoblinger til Fastlegedatabasen og Statistisk sentralbyrå (SSB) har vi fått ytterligere opplysninger om pasientenes fastlege, slik at materialet også omfatter samtlige fastleger i Norge. Ved å sammenlikne pseudonyme løpenumre kunne vi identifisere hvilke av fastlegene som også var vaktleger. Vikarleger som ikke er inkludert i fastlegedatabasen, ble definert som andre vaktleger. Vi har følgende opplysninger om vaktlegene: kjønn, alder, innvandrerstatus, botid i Norge. Om fastlegene har vi i tillegg følgende variabler: avlønningsform (fast lønn eller privat praksis), praksistype (solo- eller gruppepraksis), praksiskommune (sentralitet), listekapasitet (åpen eller lukket) og listelengde.

Innvandrer er definert som en person som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og som på et tidspunkt har innvandret til Norge.

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 (13).

En fastlegeliste åpnes når differansen mellom listetak og listelengde blir minst 20. Vi beregnet differansen mellom listetak og gjennomsnittlig listelengde gjennom året og

Hovedbudskap

- Fastleger utfører 47 % av alt legevaktarbeid
- Kvinnelige fastleger deltar mindre i legevakt enn mannlige fastleger
- Innvandrerleger utfører en betydelig andel av legevaktarbeidet

Tabell 1 Sammenlikning av vaktleger som er fastleger og andre vaktleger. Tall i parentes er 25- og 75-prosentiler

	Fastlege	Annen vaktlege
Andel kvinner (%)	33,2	44,6
Alder (år)	44,2 (36,0–51,5)	33,9 (29,0–35,0)
Andel innvandrere (%)	23,0	21,3
Antall kontakter per vaktlege	317 (81–390)	369 (71–387)
Antall	2 174	2 138

Tabell 2 Andel fastleger som har legevakt og antall pasientkontakter per vaktlege. Tall i parentes er 25- og 75-prosentiler

Fastlege	Antall	Andel (%) som har legevakt	Gjennomsnittlig antall kontakter per vaktlege
Mann	2 724	53	374 (99–444)
Kvinne	1 373	53	206 (56–274)
Alder < 40 år	1 093	79	312 (92–407)
Alder 40–49 år	1 045	63	352 (93–397)
Alder 50–59 år	1 405	41	285 (62–365)
Alder > 59 år	554	14	327 (25–286)
Norsk	3 278	51	289 (70–359)
Innvandrere, botid ≤ 11 år	383	81	393 (115–532)
Innvandrere, botid > 11 år	378	49	449 (118–521)
Privat praksis	3 808	52	318 (80–390)
Fast lønn	285	63	310 (81–369)
Gruppepraksis	3 447	54	316 (81–389)
Solopraksis	613	46	324 (75–385)
Sentralitet 0	645	77	245 (96–310)
Sentralitet 1	319	68	287 (83–395)
Sentralitet 2	943	55	335 (87–403)
Sentralitet 3	2 115	42	353 (65–426)
Lukket liste	2 599	50	290 (72–355)
Åpen liste (minst 20 ledige plasser)	1 498	59	357 (90–452)
Listelengde < 1 100	1 681	62	304 (86–368)
Listelengde 1 100–1400	1 298	53	312 (73–398)
Listelengde 1 401–1 700	764	43	336 (81–406)
Listelengde > 1 700	354	34	416 (60–471)

definerte listen som åpen dersom denne differansen var minst 20.

En legevaktkontakt ble definert som en konsultasjon (takstkode 2ad, 2ak, 2fk), et sykebesøk (11ad, 11ak), en telefonkontakt (1bd, 1bk, 1g) eller en enkel kontakt (1ad, 1ak, 1h).

Vi beregnet hvor stor andel av fastlegene som hadde legevakt, fordelt på ulike undergrupper. Vakt deltakelse ble definert ved at fastlegene hadde levert minst ett regnings-

kort fra legevakt i løpet av året. For de samme gruppene, men bare for dem som faktisk hadde legevakt, beregnet vi også hvor mange pasientkontakter de hadde hatt i løpet av året. De samme gruppene ble så brukt som forklaringsvariabler i en multivariat logistisk regresjonsanalyse, hvor den avhengige variabelen var om fastlegene hadde legevakt eller ikke. Alle fastlege- og listevariablene er inkludert i modellen samtidig og er justert

for hverandre. De inkluderte forklaringsvariablene er kjønn, aldersgruppe, innvandrersstatus, med kort og lang botid (dikotomisert ved hjelp av medianverdier 11 år), avlønningsform (privat praksis eller fast lønn), praksistype (gruppe- eller solopraksis), sentralitet, listekapasitet (åpen eller lukket liste) og listelengde (fire grupper).

Studien inngår i prosjektet Innvandrerhelse i Norge ved Forskningsgruppe for allmenmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen. Prosjektet benytter data fra Helseøkonomiforvaltningen (HELFO), Fastlegedatabasen, Statistisk sentralbyrå og Reseptregisteret. Prosjektet har fått konsesjon fra Datatilsynet og er godkjent av regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. NAV og Helse direktoratet har gitt dispensasjoner fra taushetsplikten. Registerkoblingene er utført av Reseptregisteret. Den pseudonymiserte datafilen ble tilrettelagt for analyse av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Resultater

I 2008 var det i alt 1 715 279 pasientkontakter på legevakt. Vaktlegen kunne identifiseres i 86,2% av disse kontaktene. Det var 2 174 fastleger (53,1% av alle fastleger) som utførte 46,7% av de identifiserbare kontaktene og 2 138 andre vaktleger som utførte resten. Fastlegene som hadde vakt, var eldre enn andre vaktleger og det var en lavere andel kvinner blant dem. Innvandrere utgjorde i overkant av 20% i begge gruppene (tab 1).

I den bivariate analysen var det like stor andel av de mannlige og de kvinnelige fastlegene som hadde legevakt. Vakt deltakelsen avtok med fastlegenes alder, med økende sentralitet og økende listelengde. Fastleger på fast lønn hadde noe høyere vakt deltakelse enn fastleger i privat praksis, og fastleger i gruppepraksis hadde noe høyere deltakelse enn fastleger i solopraksis. Fastleger med åpen liste hadde noe høyere vakt deltakelse enn fastleger med lukket liste. Innvandrerfastleger med kort botid hadde særlig høy vakt deltakelse (tab 2).

Den multivariate analysen bekreftet at vakt deltakelsen avtok med fastlegenes alder, men denne analysen viste også at kvinnelige fastleger var underrepresentert på legevakt. Dette er også vist i figur 1. Også i den multivariate analysen var det avtakende vakt deltakelse med økende sentralitet og listelengde. Avlønningsform og åpen/lukket liste var uten betydning, men fastleger i solopraksis var noe underrepresentert i forhold til leger i gruppepraksis. Også multivariate analysen viste at innvandrerfastleger med kort botid var overrepresentert på legevakt (tab 3). Vi fant ingen signifikante forskjeller mellom innvandrerleger fra ulike verdensområder.

Diskusjon

Materialet omfatter i utgangspunktet nesten alle legevaktkontakter i 2008, men i 13,8% av kontaktene kunne ikke vaktlegen identi-

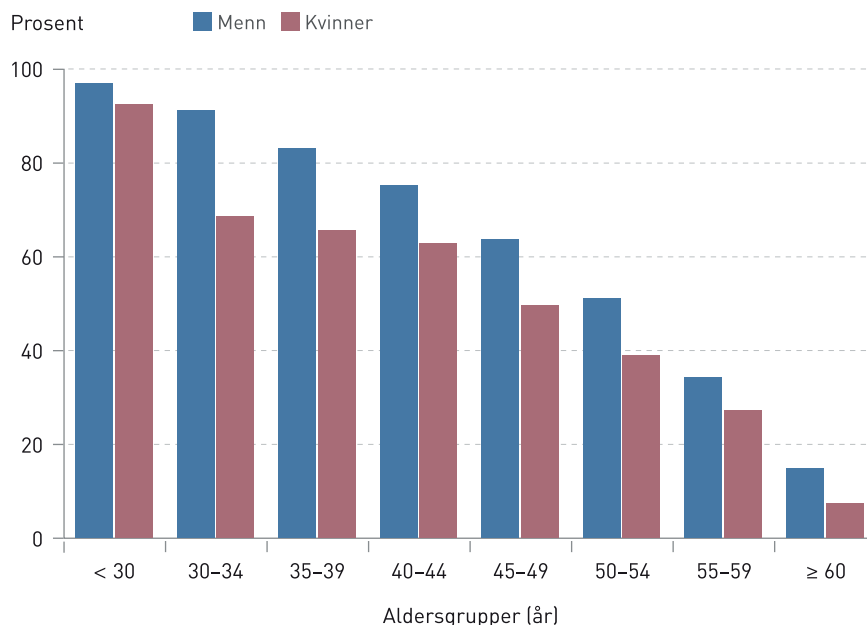
seres. Dette har bl.a. sammenheng med at noen legevakter har fast lønn og leverer regninger på legevaktens eller kommunens organisasjonsnummer. Det er imidlertid liten grunn til å tro at dette vil influere i vesentlig grad når vi sammenlikner fastleger som har eller ikke har legevakt.

Mange av fastlegevariablene avhenger av hverandre. Kvinnelige fastleger er yngre enn mannlige, og de har kortere lister. I perifer strøk har fastlegene kortere lister og oftere fast lønn. Åpne lister er kortere enn lukkede lister. Slike forhold forklarer at det er forskjeller mellom resultatene i den bivarierte og den multivarierte analysen. Når yngre fastleger deltar betydelig mer i legevakt enn eldre fastleger og kvinnelige fastleger er betydelig yngre enn sine mannlige kolleger, kan kvinner og menn ha samme vakt deltakelse i en bivariat analyse. Men i en stratifisert analyse (fig 1) eller en multivariatanalyse (tab 3) blir forskjellen åpenbar.

Denne studien bekrefter langt på vei de funnene vi gjorde i en undersøkelse av trygderefusjon i 2004 og i en spørreskjemaundersøkelse i 2006, men fastlegenes vakt deltakelse synes å ha gått ytterligere ned (2, 3). Sammenhengene mellom vakt deltakelse og fastlegenes kjønn og alder er uforandret, men vi finner en enda tydeligere sammenheng med sentralitet, hvor det er fem ganger så stor sjanse for at en fastlege i en utkantkommune har legevakt, sammenliknet med en fastlege i en sentral kommune. Dette er ikke nødvendigvis et problem, i og med at tilgangen på andre vaktleger er mye større i sentrale strøk, men det kan reises spørsmål ved om andre leger er like kvalifiserte for dette arbeidet (4, 9, 10).

I spørreskjemaundersøkelsen var det ikke signifikante sammenhenger mellom listelengde eller listekapasitet og deltakelse i legevakt (3). Dette kan ha sammenheng med at relativt få leger med lange lister svarte på denne undersøkelsen. I dette materialet finner vi imidlertid en klar sammenheng, ved at fastleger deltar mindre i legevakt jo lengre liste de har. Det samme viste undersøkelsen av trygderefusjon (2).

Den bivarierte analysen indikerte at fastleger med åpne lister deltar hyppigere i vakt. Godager & Lurås har tidligere vist at fastleger som mangler pasienter, tar på seg flere kommunale oppgaver enn fastleger som har fulle lister (14). Vårt funn kan imidlertid ikke bekreftes i den multivarierte analysen. Dette kan ha sammenheng med at åpne lister er vanligere i utkantstrøk, hvor vakt deltakelsen er høyere. Den bivarierte analysen kunne også tyde på at fastleger på fastlønn deltar hyppigere i legevakt. Men dette funnet har nok også sammenheng med at fastlønnsleger stort sett befinner seg i utkantene. Sammenhengen forsvant i multivariatanalysen. Analysene bekrefter imidlertid at fastleger i gruppepraksis deltar hyppigere i legevakt enn fastleger i solopraksis. Innvandrers fastleger med kort botid har den høyeste



Figur 1 Andel (%) av kvinnelige og mannlige fastleger som deltar i legevakt, fordelt på aldersgrupper

Tabell 3 Fastlegenes deltakelse i legevakt, multivariat analyse (logistisk regresjon). Alle fastlege- og listevariablene er inkludert i modellen og justert for hverandre

Fastlege	Oddsratio	95 % konfidensintervall
Mann	Referanse	
Kvinne	0,49	0,42–0,59
Alder < 40 år	Referanse	
Alder 40–49 år	0,49	0,40–0,61
Alder 50–59 år	0,18	0,15–0,23
Alder > 59 år	0,03	0,02–0,04
Norsk	Referanse	
Innvandrere, botid ≤ 11 år	1,71	1,26–2,33
Innvandrere, botid > 11 år	1,02	0,79–1,31
Privat praksis	Referanse	
Fast lønn	1,00	0,72–1,40
Gruppepraksis	Referanse	
Solopraksis	0,74	0,59–0,92
Sentralitet 3	Referanse	
Sentralitet 2	1,74	1,45–2,08
Sentralitet 1	3,41	2,51–4,65
Sentralitet 0	5,13	3,93–6,70
Lukket liste	Referanse	
Åpen liste (minst 20 ledige plasser)	1,01	0,85–1,20
Listelengde 1 100–1 400	Referanse	
Listelengde < 1 100	1,18	0,98–1,42
Listelengde > 1 400	0,80	0,65–0,99
Listelengde > 1 700	0,64	0,48–0,84

vakt deltakelsen av alle undersøkte grupper, mens innvandrere med lang botid ikke skiller seg fra sine norske kolleger når det gjelder vakt deltakelse. Men innvanderleger som fortsetter i legevakt har hele tiden et høyt antall pasientkontakter.

Kvinnelige fastleger som faktisk har legevakt, har betydelig færre pasientkontakter på legevakt enn sine mannlige kolleger. Dette er trolig et uttrykk for at de har færre vakter, men kan også skyldes at de bruker mer tid på hver enkelt kontakt. Det er en svak tendens til at kvinnelige leger bruker tidstaksten noe hyppigere enn mannlige leger (15). Vi har ikke tall på hvor mange vakter den enkelte lege har hatt, men økt antall vakter er nok forklaringen på at innvanderfastlegene har betydelig flere pasientkontakter enn sine norske kolleger og at fastleger med åpen liste har flere pasientkontakter enn fastleger med lukket liste (14).

Fastleger som har legevakt i sentrale strøk har flere pasientkontakter enn sine kolleger i utkantkommuner. Dette har trolig sammenheng med et større pasientgrunnlag på sentralt beliggende legevakter. Legevaktarbeid i utkanten består i større grad av beredskap, men det er også mer av tidkrevende sykebesøk (16). Fastleger med lange lister deltar sjelden i legevakt, men de av disse fastlegene som faktisk tar legevakter, jobber også mer enn andre på vakt. En nærliggende forklaring på dette er at disse legene har usedvanlig stor arbeidslyst og arbeidskapasitet.

Det kan være ulike motiver for å velge vekk legevaktarbeid eller for å ta ekstravakter. Legevaktarbeid er i utgangspunktet obligatorisk for fastleger og turnusleger, men mange fastleger har fått fritak eller har gitt fra seg vaktene sine til andre leger. Legevaktarbeid kan være vanskelig og innebærer økt risiko for å gjøre feil (5, 6). Det foregår utenfor ordinær arbeidstid og kan være en belastning på familielivet. På den annen side kan det gi en velkommen ekstraintekt, særlig for yngre leger i etableringsfasen.

Denne studien bekrefter og tydeliggjør tidligere analyser av fastlegers deltakelse i

legevakt. Fastleger i utkantene deltar vesentlig mer i legevakt enn leger i sentrale strøk. Det kan synes som lange lister medfører at fastlegene deltar mindre i legevakt, men dette er ikke et stort tallmessig problem. Den kvinnelige andelen av fastleger er økende, og det er derfor sannsynlig at fastlegenes vakt deltakelse vil avta ytterligere. Innvanderne gir imidlertid et vesentlig bidrag til å opprettholde legevaktdelingen.

Prosjektet Innvanderhelse i Norge fikk i 2011 økonomisk støtte fra Helsedirektoratet (Afdeling minoritetshelse og rehabilitering) for tilrettelegging av data.

Hogne Sandvik (f. 1954)

er dr.med. og spesialist i allmennmedisin. Han arbeider som fastlege ved Morvik legekontor i Bergen og har en forskerstilling ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Steinar Hunskaar (f. 1956)

er dr.med., spesialist i allmennmedisin og fastlege i Lindås. Han er forskningsleder ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, og professor i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Esperanza Diaz (f. 1971)

er dr.med. og spesialist i allmennmedisin. Hun arbeider som fastlege ved Kalfaret legesenter i Bergen og som førsteamanuensis ved Forskningsgruppe for allmennmedisin, Universitetet i Bergen. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20000414-0328.html (29.3.2012).

2. Sandvik H, Hunskaar S. Hvilke leger mottar trygde- 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. Høringsnotat om revidert fastlegeforskrift m.m. Helse- og omsorgsdepartementet 22.12.2011. www.regjeringen.no/pages/36634101/fastlegeforskrift.pdf (29.3.2012).
5. Bratland SZ, Hunskaar S. Medisinsk-faglige vurderinger i tilsynssaker mot allmennleger. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 166–9.
6. 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.
7. Brügger EA, Jøsendal O. Registrering av aktivitet under legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2730–1.
8. Nossen JP. Hva foregår på legekantorene? Konsultasjonsstatistikk for 2006. NAV-rapport nr. 4 2007. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2007.
9. 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 (29.3.2012).
10. Arbeidsgruppe 'Godt legevaksarbeid'. Faglige og organisatoriske krav til legevakt. Videreutvikling av legevaktsbaser og interkommunalt legevaksarbeid. Rapport. Oslo: Den norske legeforening, 2008.
11. Sandvik H, Hunskaar S, Diaz E. Fastlegepasienters bruk av legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2012; 132: 2272–6.
12. Analyserapport. Fastleger, legevakt og avtalespesialister. Aktivitetsstatistikk 2009. Oslo: Helseøkonomiforvaltningen, 2011. www.helfo.no/statistikk/Documents/Analyserapport%20Aktivitetsstatistikk%202009.pdf (29.3.2012).
13. Standard for kommuneklassifisering 1994. Statistisk sentralbyrå 1994. www.ssb.no/kommuner/komklasse94.html (29.3.2012).
14. Godager G, Lurås H. Dual job holding general practitioners: the effect of patient shortage. Health Econ 2009; 18: 1133–45.
15. Sandvik H, Hunskaar S. Arbeidsstil hos fastleger og andre leger på legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2010; 130: 135–8.
16. Sandvik H, Hunskaar S. Årsstatistikk fra legevakt 2010. Rapport nr. 3–2011. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2010.

Mottatt 22.2. 2012, første revisjon innsendt 29.3. 2012, godkjent 26.4. 2012. Medisinsk redaktør Jon Amund Kyte.