



Hvor søker fastleger hjelp ved egen sykdom?

KORT RAPPORT

HOGNE SANDVIK

hogne.sandvik@outlook.com

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

NORCE Norwegian Research Centre

Bergen

Forfatterbidrag: idé, design av studien, dataanalyse, tolking av data, utarbeiding av manus og godkjenning av innsendt manus

Hogne Sandvik er dr.med., spesialist i allmenntillegmedisin og forsker.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ØYSTEIN HETLEVIK

Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Universitetet i Bergen

Forfatterbidrag: design, tolking av data, utarbeiding av manus og godkjenning av innsendt manusversjon.

Øystein Hetlevik er ph.d., spesialist i allmenntillegmedisin, fastlege og professor i allmenntillegmedisin.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JESPER BLINKENBERG

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

NORCE Norwegian Research Centre

Bergen

Forfatterbidrag: innhenting av data, tolking av data, utarbeiding av manus og godkjenning av innsendt manusversjon.

Jesper Blinkenberg er ph.d., spesialist i allmenntillegmedisin og leder av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

STEINAR HUNSKÅR

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

NORCE Norwegian Research Centre

Bergen

og

Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Universitetet i Bergen

Forfatterbidrag: innhenting av data, tolking av data, utarbeiding av manus og godkjenning av innsendt manusversjon.

Steinar Hunskaar er dr.med., spesialist i allmenntillegmedisin, seniorforsker, allmenntilleg og professor emeritus i allmenntillegmedisin.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Bakgrunn

Leger har generelt god helse, men unnlater ofte å søke hjelp når de blir syke. Egenbehandling er utbredt. Dette kan være et problem for pasienter som trenger hjelp.

Materiale og metode

Dette er en registerstudie hvor fastlegers egen bruk av primær- og spesialisthelsetjenester i 2018 er sammenlignet med en kontrollgruppe av andre i samme aldersgruppe med samme kjønn, utdanningsnivå og helse som fastlegene. Sykelighet i begge grupper ble målt ved bruk av sykelighetsindekser i perioden 2015–17. Bare de som skåret null på begge indekser ble inkludert.

Resultater

Mens bare 21,7 % av fastlegene hadde søkt hjelp hos fastlege og 3,3 % hos legevakt, var tilsvarende tall for kontrollgruppen 17,5 % avtalespesialist, mot 15,5 % av kontrollgruppen. Målt som andel av alle konsultasjoner hos spesialist, utgjorde fastleger 13 % for andre. Det var små forskjeller i bruk av somatisk poliklinikk (25,9 % av fastleger og 25,7 % av kontrollgruppen) og på somatisk sykehus (3,8 % av fastleger og 3,3 % av kontrollgruppen).

Fortolkning

Denne studien tyder på at fastleger får helsehjelp på andre måter enn ved å bruke egen fastlege.

Hovedfunn

Blant fastlegene hadde 21,7 % brukt egen fastlege og 3,3 % legevakt, mot 61,6 % og 11,8 % i kontrollgruppen.

Fastleger var overrepresentert hos avtalespesialister (17,5 % mot 15,5 %), og brukte avtalepsykiater 2,7 ganger så ofte so

Det er alminnelig antatt at leger har god somatisk helse, minst like bra som jevnaldrende med samme sosioøkonomiske st fremst depresjon og selvmord, er likevel noe vanligere blant leger (1–3). Oppropet #legermåleve har satt søkelys på leger uhelse (4).

Når leger blir syke, oppfører de seg ikke som andre. De søker i liten grad hjelp, men driver utstrakt selvbehandling og for risikabel praksis. I en studie av engelske allmennlegers selvbehandling var både utredning, behandling og henvisning av overlatt til en kollega (Z).

Tidligere studier er basert på spørreskjema og intervjuer med varierende svarprosent og representativitet. Publiserte norsk fra 1990-tallet (1, 2, 5). Hensikten med denne studien var derfor å presentere nye, oppdaterte og mer fullstendige data.

Materiale og metode

Dette er en registerstudie som er basert på data fra 2018, supplert med sykkelighetsdata fra årene 2015–17. Materialet er f består av alle andre i samme aldersgruppe med samme kjønn, utdanningsnivå og helse som fastlegene.

Studien inngår i prosjektet «Bruk av helsetjenester i Norge», som er et samarbeidsprosjekt mellom Nasjonalt kompetanse og Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen.

Ved hjelp av pseudonyme løpenummer ble data fra fire registre koplet sammen: Fastlegeregisteret, Norsk pasientregister helserefusjoner (KUHR) og Statistisk sentralbyrå (SSB).

To validerte indekser ble brukt for å identifisere personer som i utgangspunktet hadde sammenlignbar helse. Charlson-ski (International Classification of Diseases) fra spesialisthelsetjenesten, mens ICPC-morbiditetsindeks (International Classif ICPC-2-diagnoser fra primærhelsetjenesten (8, 9). Data ble hentet fra NPR og KUHR for treårsperioden 2015–17. For å f grupper, inkluderte vi alle som skåret null på begge indekser. Det betyr at de fleste med alvorlige og kroniske sykdomme

Bruk av helsetjenester i 2018 ble kartlagt med KUHR og NPR. Vi registrerte alle som hadde minst én konsultasjon hos f fastlege), legevakt, avtalespesialist, somatisk poliklinikk eller som ble akutt innlagt på somatisk sykehus (fødslar ble ikke av psykiatriske institusjoner.

Siden materialet er fullstendig og ikke representerer et utvalg, er de påviste forskjellene reelle og ikke beheftet med statis uten konfidensintervall og det er ikke utført statistiske tester.

Etikk

Prosjektet er godkjent av Datatilsynet (referansennummer 14/0322 - 9/CGN) og Regional etisk komité har gitt fritak fra ta 2013/2344/REK vest).

Resultater

Totalt var det 4 747 fastleger i materialet, gjennomsnittsalderen var 47,6 (standardavvik 11,3; aldersspenn 26–76 år), hvo 4 271 som skåret null på begge sykkelighetsindeksene og ble inkludert i videre analyser. Andelen personer uten utslag på s alderen, men i mindre grad for fastlegene enn for kontrollgruppen (tabell 1).

Tabell 1

Fastleger og kontrollgruppe med tilsvarende utdanningsnivå: Andel (%) som er «friske» vurdert med to sykkelighetsskalaer (2015–17). ICPC (Inte

| | Fastlege (N) | Kontrollgruppe (N) | Charlson-indeks = 0 | | ICPC-in |
|----------|--------------|--------------------|---------------------|----------------|----------|
| | | | Fastlege | Kontrollgruppe | Fastlege |
| Menn | | | | | |
| 26–35 år | 354 | 192 005 | 96,3 | 97,5 | 96,3 |
| 36–45 år | 799 | 180 525 | 95,0 | 96,2 | 96,7 |
| 46–55 år | 544 | 146 237 | 93,4 | 92,6 | 95,2 |
| 56–65 år | 741 | 100 124 | 87,0 | 84,1 | 90,4 |
| 66–76 år | 243 | 81 082 | 81,9 | 69,4 | 85,2 |
| Kvinner | | | | | |
| 26–35 år | 371 | 246 690 | 96,0 | 96,8 | 98,4 |
| 36–45 år | 824 | 210 641 | 95,0 | 94,7 | 96,1 |
| 46–55 år | 463 | 165 937 | 94,0 | 91,0 | 95,5 |
| 56–65 år | 367 | 107 973 | 89,6 | 84,8 | 93,2 |
| 66–76 år | 41 | 70 234 | 87,8 | 75,9 | 95,1 |

| | | | Charlson-indeks = 0 | | ICPC-in |
|------|--------------|--------------------|---------------------|----------------|----------|
| | Fastlege (N) | Kontrollgruppe (N) | Fastlege | Kontrollgruppe | Fastlege |
| Alle | 4 747 | 1 501 448 | 92,5 | 91,3 | 94,6 |

Fastleger brukte fastlege og legevakt mindre enn kontrollgruppen (tabell 2). Mens kontrollgruppen brukte fastlegen mer i tendens for fastlegene. Unge kvinnelige fastleger brukte fastlegen mest. Målt som andel av alle konsultasjoner med de yn svangerskapsrelaterte diagnoser 67 % for fastleger og 22 % for kontrollgruppen.

Tabell 2

«Friske» fastleger (som definert med Charlson-skår og ICPC-morbiditetsindeks) og «frisk» kontrollgruppe med tilsvarende utdanningsnivå: And fastlege, legevakt, avtalespesialist, somatisk sykehuspoliklinikk eller blitt akutt innlagt på somatisk sykehus i 2018.

| | Fastlege | | Legevakt | | Avtalespesialist | | Poliklinikk | | | |
|----------------|--------------|--------------------|----------|----------------|------------------|----------------|-------------|----------------|------|------|
| | Fastlege (N) | Kontrollgruppe (N) | Fastlege | Kontrollgruppe | Fastlege | Kontrollgruppe | Fastlege | Kontrollgruppe | | |
| Menn | | | | | | | | | | |
| 26–35 år | 334 | 183 304 | 12,0 | 44,5 | 3,9 | 11,6 | 4,8 | 6,6 | 15,9 | 10,1 |
| 36–45 år | 747 | 168 825 | 12,3 | 45,8 | 2,4 | 10,4 | 7,9 | 7,4 | 16,6 | 10,1 |
| 46–55 år | 497 | 129 110 | 15,9 | 51,7 | 3,2 | 9,9 | 13,9 | 10,2 | 23,1 | 10,1 |
| 56–65 år | 615 | 77 524 | 15,1 | 59,6 | 3,1 | 10,0 | 19,3 | 16,1 | 24,4 | 20,2 |
| 66–76 år | 185 | 48 449 | 21,6 | 72,6 | 3,8 | 11,3 | 23,2 | 28,6 | 33,5 | 30,3 |
| Kvinner | | | | | | | | | | |
| 26–35 år | 352 | 232 764 | 52,8 | 68,9 | 6,0 | 14,7 | 19,3 | 15,3 | 45,7 | 30,3 |
| 36–45 år | 765 | 193 081 | 30,7 | 69,4 | 3,3 | 12,0 | 21,3 | 17,5 | 29,5 | 20,2 |
| 46–55 år | 425 | 143 694 | 21,2 | 72,1 | 2,8 | 11,3 | 26,4 | 21,0 | 25,2 | 20,2 |
| 56–65 år | 316 | 84 801 | 21,2 | 74,8 | 3,5 | 11,7 | 28,2 | 26,0 | 29,7 | 30,3 |
| 66–76 år | 35 | 47 356 | 14,3 | 79,4 | 2,9 | 12,4 | 25,7 | 36,5 | 37,1 | 30,3 |
| Alle | 4 271 | 1 308 908 | 21,7 | 61,6 | 3,3 | 11,8 | 17,5 | 15,5 | 25,9 | 20,2 |

Bortsett fra de yngste mennene (26–35 år) og den eldste aldersgruppen (66–76 år) brukte fastleger avtalespesialister mer. Det var 1,6 % av fastlegene som hadde konsultert psykiater, mot 0,6 % av kontrollgruppen. Målt som andel av alle konsultasjoner hos avtalespesialist i psykiatri 35 % for fastleger og 13 % for kontrollgruppen.

De yngste kvinnelige fastlegene hadde mange konsultasjoner på somatisk poliklinikk, hvorav 61 % var svangerskapsrelaterte konsultasjoner. Ellers var det bare mindre forskjeller mellom gruppene med hensyn til polikliniske konsultasjoner. Det var innleggelse på somatisk sykehus (tabell 2).

Diskusjon

Denne studien viser at syke fastleger i liten grad søker hjelp i primærhelsetjenesten. De er derimot overrepresentert hos aldersgruppen 66–76 år. Eldre fastleger hadde tilsynelatende bedre helse enn jevnaldrende med samme utdanningsnivå, men dette kan være bias på grunn av *effect* (10). Både ICPC-morbiditetsindeks (primærhelsetjenesten) og Charlson-skår (spesialisthelsetjenesten) kartlegger ikke alle sykdommer, det er mulig at fastlegers sykdom blir underestimert, siden de i liten grad bruker egen fastlege.

Vi hadde ikke tilgang til nyere data enn fra 2018, og helsekartleggingen ble gjort med data fra 2015–17. Resultatene er i samsvar med tidligere studier (5, 6, 11), men vi vet ikke i hvilken grad de fortsatt er like gyldige.

Leger har ofte en tendens til å ignorere egne symptomer, og de går gjerne på jobb selv om de er syke (5, 11). Mange studier (1, 5). Allmennleger og fastleger har bred kompetanse og kan derfor behandle seg selv for mange ulike tilstander. Selv om dette er ressursbesparende når det gjelder enkle problemstillinger, øker risikoen for ufullstendig utredning og forsinket diagnose (12). Brudd på Legeforeningens etiske regler (12): «En lege bør ta vare på egen helse og søke hjelp dersom denne svikter.»

Fastleger identifiserer seg sterkt med hjelperollen, og det kan derfor være vanskelig å bytte rolle og selv søke hjelp. I de være en kollega man også kjenner privat, og det kan være bekymringer om konfidensialitet (6). Noen kan synes det er på kollega. I en travelt hverdag tar man seg ikke tid til å bestille time hos fastlegen, men kan i forbigarten spørre en kollega på kontakt som verken journalføres eller registreres på annen måte. Det kan også være noe underrapportering av reelle konsultasjoner. Dette gjelder for eksempel støttekollegaordningen (13).

Denne studien tyder på at fastleger har høyere forbruk av avtalespesialister enn andre grupper. Dette kan ha sammenheng med til spesialist, men det er også mulig at leger har lavere terskel for å henvise en kollega til spesialist.

Det er kjent at leger sliter oftere med jobbstress og psykiske problemer (14), og det er derfor å forvente at de har større behov for psykiatri enn andre. Det bekreftes da også i denne studien som viser at fastleger bruker avtalepsykiater nesten tre ganger spesielt vanskelig å konsultere en fastlegekollega for å få henvisning til psykiater, så muligheten for å henvise seg selv kan

Artikkelen er fagfellevurdert.

REFERENCES

1. Tyssen R. Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on physicians. *Scand J Public Health* 2001; 29: 599–610. [PubMed][CrossRef]
2. Stavem K, Hofoss D, Aasland OG et al. The self-perceived health status of Norwegian physicians compared with a reference group of physicians. *Scand J Public Health* 2001; 29: 194–9. [PubMed][CrossRef]
3. Hem E. Selvmord blant leger. *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135: 305. [PubMed][CrossRef]
4. Øyri SF. Legers arbeidsmiljø og helse – et samfunnsansvar. *Tidsskr Nor Legeforen* 2023; 143: 1378. [PubMed][CrossRef]
5. Rosvold EO, Bjertness E. Illness behaviour among Norwegian physicians. *Scand J Public Health* 2002; 30: 125–32. [PubMed][CrossRef]
6. Kay M, Mitchell G, Clavarino A et al. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers to access. *BMJ Open* 2018; 8: e018888. [PubMed][CrossRef]
7. Chambers R, Belcher J. Self-reported health care over the past 10 years: a survey of general practitioners. *Br J Gen Pract* 2010; 60: 100–4. [PubMed][CrossRef]
8. Armitage JN, van der Meulen JH. Identifying co-morbidity in surgical patients using administrative data with the Royal Free Hospital. *Br J Surg* 2010; 97: 772–81. [PubMed][CrossRef]
9. Sandvik H, Ruths S, Hunskaar S et al. Construction and validation of a morbidity index based on the International Classification of Diseases. *Prim Health Care* 2022; 40: 305–12. [PubMed][CrossRef]
10. Picciotto S, Brown DM, Chevrier J et al. Healthy worker survivor bias: implications of truncating follow-up at employment. *Occup Environ Med* 2013; 70: 736–42. [PubMed][CrossRef]
11. Rosta J, Tellnes G, Aasland OG. Differences in sickness absence between self-employed and employed doctors: a cross-sectional study of Norwegian doctors in 2010. *BMC Health Serv Res* 2014; 14: 199. [PubMed][CrossRef]
12. Den norske legeforening. Etiske regler for leger. <https://www.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/legefor-organisatoriske-regler/etiske-regler-for-leger/> Lest 3.2.2024.
13. Den norske legeforening. Støttekollegaordningen. <https://www.legeforeningen.no/om-oss/helse-og-omsorgstilbud-fo-medisinstudente/stottekollegaordningen/> Lest 3.2.2024.

Publisert: 13. mai 2024. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0834

Mottatt 8.12.2023, første revisjon innsendt 5.2.2024, godkjent 20.3.2024.

Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 19. juni 2024.