

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 manusversjon.

Hogne Sandvik er dr.med., spesialist i allmennmedisin 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 allmenn- og samfunnsmedisin, fastlege og professor i allmennmedisin.

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 allmennmedisin 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 allmennmedisin, seniorforsker, allmennlege og professor emeritus i allmennmedisin.

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 en uheldig risikabel praksis.

Materiale og metode

Dette er en registerstudie hvor fastlegers egen bruk av primær- og spesialisthelsetjenester i 2018 er sammenlignet med en kontrollgruppe som består av alle andre i samme aldersgruppe med samme kjønn, utdanningsnivå og helse som fastlegene. Sykelighetsbegge grupper ble kartlagt ved hjelp av to validerte sykkelighetsindekser i perioden 2015–17. Bare de som skåret null på begge indel ble inkludert.

Resultater

Mens bare 21,7 % av fastlegene hadde søkt hjelp hos fastlege og 3,3 % hos legevakt, var tilsvarende tall for kontrollgruppen 61,6 % 11,8 %. Blant fastlegene brukte 17,5 % avtalespesialist, mot 15,5 % av kontrollgruppen. Målt som andel av alle konsultasjoner hos spesialist, utgjorde konsultasjoner hos psykiater 35 % for fastleger og 13 % for andre. Det var små forskjeller i bruk av somatisk poliklinikk (25,9 % av fastleger og 25,7 % av kontrollgruppen) og akutt innleggelse 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 som kontrollgruppen.

Det er alminnelig antatt at leger har god somatisk helse, minst like bra som jevnaldrende med samme sosioøkonomiske stilling. Psykiske problemer, først og fremst depresjon og selvmord, er likevel noe vanligere blant leger (1–3). Oppropet #legermåleve har søkelys på legers arbeidsmiljø som årsak til psykisk uhelse (4).

Når leger blir syke, oppfører de seg ikke som andre. De søker i liten grad hjelp, men driver uttrakt selvbehandling og fortsetter å gå på jobb (5, 6). Dette er en risikabel praksis. I en studie av engelske allmennlegers selvbehandling var både utredning, behandling og henvisning av dårligere kvalitet enn om dette ble overlatt til en kollega (7).

Tidligere studier er basert på spørreskjema og intervjuer med varierende svarprosent og representativitet. Publiserte norske data er dessuten gamle, hovedsakelig 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 sykighetsdata fra årene 2015–17. Materialet er fastleger og kontrollgruppe som 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 kompetansesenter for legevaktmedisin (NORCE) 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 (NPR), Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR) og Statistisk sentralbyrå (SSB).

To validerte indekser ble brukt for å identifisere personer som i utgangspunktet hadde sammenlignbar helse. Charlson-skår er basert på diagnoser fra ICD-10 (International Classification of Diseases) fra spesialisthelsetjenesten, mens ICPC-morbiditetsindeks (International Classification of Primary Care) er basert på ICPC-2-diagnoser fra primærhelsetjenesten (8, 9). Data ble hentet fra NPR og KUHR for treårsperioden 2015–17. For å få tilstrekkelig store og sammenlignbare grupper, inkluderte vi alle som skåret null på begge indekser. Det betyr at de fleste med alvorlige og kroniske sykdommer ble ekskludert.

Bruk av helsetjenester i 2018 ble kartlagt med KUHR og NPR. Vi registrerte alle som hadde minst én konsultasjon hos fastlege (ikk nødvendigvis egen fastlege), legevakt, avtalespesialist, somatisk poliklinikk eller som ble akutt innlagt på somatisk sykehus (fødsle ble ikke inkludert). Vi hadde ikke data om bruk av psykiatriske institusjoner.

Siden materialet er fullstendig og ikke representerer et utvalg, er de påviste forskjellene reelle og ikke beheftet med statistisk usikkerhet. Data presenteres derfor uten konfidensintervall og det er ikke utført statistiske tester.

Etikk

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

Resultater

Totalt var det 4 747 fastleger i materialet, gjennomsnittsalderen var 47,6 (standardavvik 11,3; aldersspenn 26–76 år), hvor 43,5 % var kvinner. Av disse var det 4 271 som skåret null på begge sykighetsindeksene og ble inkludert i videre analyser. Andelen personer i utslag på sykighetsindeksene avtok jevnt med 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 sykighetsskalaer (2015–17). ICPC (International Classification of Primary Care).

			Charlson-indeks = 0		ICPC-indeks = 0	
Fastlege (N)		Kontrollgruppe (N)	Fastlege	Kontrollgruppe	Fastlege	Kontrollgruppe
Menn						
26–35 år	354	192 005	96,3	97,5	96,3	97,0
36–45 år	799	180 525	95,0	96,2	96,7	95,7
46–55 år	544	146 237	93,4	92,6	95,2	92,0
56–65 år	741	100 124	87,0	84,1	90,4	84,0
66–76 år	243	81 082	81,9	69,4	85,2	70,6

		Charlson-indeks = 0		ICPC-indeks = 0	
	Fastlege (N)	Kontrollgruppe (N)	Fastlege	Kontrollgruppe	
Kvinner					
26–35 år	371	246 690	96,0	96,8	98,4 96,6
36–45 år	824	210 641	95,0	94,7	96,1 95,0
46–55 år	463	165 937	94,0	91,0	95,5 91,4
56–65 år	367	107 973	89,6	84,8	93,2 85,6
66–76 år	41	70 234	87,8	75,9	95,1 77,7
Alle	4 747	1 501 448	92,5	91,3	94,6 91,4

Fastleger brukte fastlege og legevakt mindre enn kontrollgruppen (tabell 2). Mens kontrollgruppen brukte fastlegen mer med økend alder, var det ingen slik tendens for fastlegene. Unge kvinnelige fastleger brukte fastlegen mest. Målt som andel av alle konsultasjor med de yngste kvinnene (26–35 år), utgjorde 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 (%) som har hatt minst en konsultasjon hos fastlege, legevakt, avtalespesialist, somatisk sykehuspoliklinikk eller blitt akutt innlagt på somatisk sykehus i 2018.

		Fastlege		Legevakt		Avtalespesialist		Poliklinikk		Akutt innleggelse	
		Fastlege (N)	Kontrollgruppe (N)	Fastlege	Kontrollgruppe	Fastlege	Kontrollgruppe	Fastlege	Kontrollgruppe	Fastlege	Kontrollgru
Menn											
26–35 år	334	183 304	12,0	44,5	3,9	11,6	4,8	6,6	15,9	16,5	1,8 2,0
36–45 år	747	168 825	12,3	45,8	2,4	10,4	7,9	7,4	16,6	16,7	3,1 2,2
46–55 år	497	129 110	15,9	51,7	3,2	9,9	13,9	10,2	23,1	19,9	4,8 3,1
56–65 år	615	77 524	15,1	59,6	3,1	10,0	19,3	16,1	24,4	25,9	4,7 4,5
66–76 år	185	48 449	21,6	72,6	3,8	11,3	23,2	28,6	33,5	36,6	8,6 7,0
Kvinner											
26–35 år	352	232 764	52,8	68,9	6,0	14,7	19,3	15,3	45,7	31,9	5,7 3,7
36–45 år	765	193 081	30,7	69,4	3,3	12,0	21,3	17,5	29,5	27,6	2,6 2,9
46–55 år	425	143 694	21,2	72,1	2,8	11,3	26,4	21,0	25,2	28,0	2,6 3,0
56–65 år	316	84 801	21,2	74,8	3,5	11,7	28,2	26,0	29,7	32,7	4,1 3,9
66–76 år	35	47 356	14,3	79,4	2,9	12,4	25,7	36,5	37,1	39,6	5,7 6,1
Alle	4 271	1 308 908	21,7	61,6	3,3	11,8	17,5	15,5	25,9	25,7	3,8 3,3

Bortsett fra de yngste mennene (26–35 år) og den eldste aldersgruppen (66–76 år) brukte fastleger avtalespesialister mer enn kontrollgruppen (tabell 2).

Det var 1,6 % av fastlegene som hadde konsultert psykiater, mot 0,6 % av kontrollgruppen. Målt som andel av alle konsultasjoner h spesialist, utgjorde 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 svangerskapsrelatert, 47 % i andre kvinner i samme aldersgruppe. Ellers var det bare mindre forskjeller mellom gruppene med hensyn til polikliniske konsultasjoner. Det var ingen tydelige gruppeforskjeller i akutt 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 avtalespesialister.

Eldre fastleger hadde tilsynelatende bedre helse enn jevnaldrende med samme utdanningsnivå, men dette kan være bias på grunn av den såkalte *healthy worker effect* (10). Både ICPC-morbiditetsindeks (primærhelsetjenesten) og Charlson-skår (spesialisthelsetjenesten) kartlegger kronisk og alvorlig sykdom (8, 9), men 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 overensstemmelse med mange 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 har vist selvbehandling er utbredt (1, 5). Allmennleger og fastleger har bred kompetanse og kan derfor behandle seg selv for mange ulike tilstander. Selv om dette kan være fornuftig og ressursbesparende når det gjelder enkle problemstillinger, øker risikoen for ufullstendig utredning og forsinket diagnose av alvorlig sykdom. Det kan også være brudd på Legeforeningens etiske regler (12): «En lege bør være 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 fleste norske kommuner vil fastlegen være en kollega man også kjenner privat, og det kan være bekymringer om konfidensialitet (6). Noen kan synes det er pinlig å fortelle om egne problemer til en kollega. I en travel hverdag tar man seg ikke tid til å bestille time hos fastlege, men kan i forbifarten spørre en kollega på egen arbeidsplass, gjerne en uformell kontakt som verken journalføres eller registreres på annen måte. Det kan også være noe underrapportering av reelle konsultasjoner dersom det ikke kreves egenandel. 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 at fastleger kan henvise seg selv 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 (1–4), og det er derfor å forvente at de har større behov for hjelp fra spesialister i psykiatri enn andre. Det bekreftes da også i denne studien som viser at fastleger bruker avtalepsykiater nesten ganger så mye som andre. Det kan være spesielt vanskelig å konsultere en fastlegekollega for å få henvisning til psykiater, så muligheten for å henvise seg selv kan fungere som en sikkerhetsventil.

Artikkelen er fagfellevurdert.

REFERENCES

1. Tyssen R. Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. *Ind Health* 2007; 45: 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 population and foreign 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 they experience. *Br J Gen Pract* 2008; 58: 501–8. [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* 1992; 42: 153–6. [PubMed]
8. Armitage JN, van der Meulen JH. Identifying co-morbidity in surgical patients using administrative data with the Royal College of Surgeons Charlson Score. *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 Primary Care. *Scand J 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 termination. *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 on national sample 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/legeforeningen/lover-og-andre-organisatoriske-regler/etiske-regler-for-leger/> Lest 3.2.2024.
13. Den norske legeforening. Støttekollegaordningen. <https://www.legeforeningen.no/om-oss/helse-og-omsorgstilbud-for-alle-leger-og-medisinstudent/ottekollegaordningen/> 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 9. september 2026.