

Hvor mange personer bør du ha på listen din?

Faktorer av betydning for optimal listestørrelse ved oppstart av fastlegeordning

Torgeir Fjermestad spes. allmenn- og samfunnsmedisin,
Pål Kristensen spes. allmennmedisin.
Ranheim legesenter, 7053 Ranheim

Innledning

Fastlegene i Trondheim har fra forsøket startet og fram til idag hatt et snitt på ca 430 personer på listen pr. kurative arbeidsdag. I fastlegereformen får alle legene som har rett til fastlegeavtale anledning å svare på hvor mange personer de maksimalt ønsker på sin liste, med den begrensning at kommunen kan kreve minst 300 pr. kurative dag.

Fastlegordning innebærer en større forpliktelse overfor de personer som står på listen, fordi pasientene ikke uten videre kan gå til andre leger. Samlet arbeidsbelastning for legen blir, foruten antall personer på listen, bestemt av sykkeligheten og behovene til de som står på listen og, ikke minst, legens arbeidsvaner. Blir listen ved etablering for lang i forhold til legens arbeidskapasitet, vil det være uheldig for såvel pasientene som legen. Når først listen er etablert er det uheldig at pasienter i ettertid må flyttes til andre lister. Av disse hensyn er det viktig i forkant å lage et mest mulig realistisk anslag på hver leges optimale listestørrelse. Ut fra vår erfaring som fastleger i Trondheim fra 1993 vil vi her bidra til å gi legene større trygghet i fastsettelsen av listetak.

Listesammensetning og tyngde

Før forsøket med fastlegeordning startet visste legene lite om hva som var den optimale listestørrelse. Å anslå øvre tak på listen var for de aller fleste mer eller mindre kvalifisert gjetting. Mange av legene satte relativt høye tak, rundt 2000–2500. Dette kunne ha økonomiske grunner, men mange tenkte først og fremst på å betjene alle pasientene som på forhånd oppfattet legen som sin faste lege. Når så listene forelå, opplevde mange av legene at arbeidsbelastningen ble for stor. Litt overraskende var at mange av legene som ga uttrykk for overbelastning hadde listelengder rundt gjennomsnitt. Og av disse var det en stor andel

kvinnelige leger. Dette ga større oppmerksomhet på begrepet listetyngde (1), et begrep som influeres av to forhold: a) Alders- og kjønnssammensetning av pasientlisten. b) Sykeligheten til pasientene på listen.

Tabell 1 viser aldersbestemt konsultasjonsfrekvens for begge kjønn, etter RTVs takstbrukundersøkelse (2). Som det fremgår er kvinner 20–49 år i gjennomsnitt storbrukere. Eldre pasienter har også høyere konsultasjonsfrekvens. Menn 20–49 år går lite til lege, og aldersgruppen 0–19 år har konsultasjonsfrekvens tilsvarende rundt halvparten av gjennomsnittet.

Alder (år)	konsult. kvinner	konsult. menn
0-19	0,68	0,48
20-29	2,55	0,85
30-39	2,03	0,92
40-49	2,02	1,13
50-59	2,16	1,52
60-69	2,39	1,85
70-79	2,41	2,02
80+	1,82	1,90
Snitt	1,87	1,15

Tabell 1. Konsultasjonsrater pr. innbygger pr. år for menn og kvinner, fordelt etter alder. Basert på RTVs takstundersøkelse 1989 (3)

Tabell 2 viser noen variasjoner i listesammensetning for de 90 fastlegene i Trondheim. For å illustrere begrepet listetyngde foretok vi en beregning der vi vektet listetyngden ut fra alders- og kjønnssammensetning, uavhengig av størrelsen på listen (1). Dette ga for fastlegene en variasjon i listetyngde i området 78 – 123, der 100 er snitt. Det var leger med stor andel eldre på listene som hadde tyngst lister. De 15 listene med størst andel kvinner hadde i snitt en tyngde på 105. Forklaringen på dette er at kvinner 20–50 år stort sett har med sine barn på listene. Disse trekker listetyngden

ned fordi aldersgruppen 0–19 år har et mye lavere forbruk av konsultasjoner enn gjennomsnitt.

Pasientgrupper med diffuse plager, psykiske og psykosomatiske problemer og generelle mestringsproblemer vil normalt kreve mer tid av fastlegen. Hvor stor andel av pasientene som har slike problemer varierer mye blant allmennlegene og lar seg ikke beregne. Når leger praktiserer på samme sted over mange år og pasientene har mulighet å velge mellom flere leger, vil mange pasienter søke en lege som svarer til deres ønsker om legerolle og type. Legenes konsultasjonsstil varierer mye: På den ene ytterligheten leger som er kjappe, somatisk orientert, går rett på sak og i liten grad innbyr pasientene til å åpne seg med alle typer bekymringer. Motsatt finnes de empatisk lyttende som lar pasientene komme fram med alt som måtte oppfattes som vondt og vanskelig. Den kjappe, somatisk orienterte legen vil over tid rekruttere en overvekt av pasienter som trives med denne legetypen. Den motsatte legetypen vil gjerne få overvekt av pasienter med diffuse plager, psykiske eller psykosomatiske lidelser. En lege som eksempelvis ikke anerkjenner fibromyalgi som diagnose vil neppe få mange fibromyalgipasienter i sin praksis, når pasientene har et reelt legevalg. Ut fra disse erfaringene kan leger med samme antall personer på listen likevel ha stor forskjell i arbeidsbelastning.

Evaluerings av fastlegeordningen og egne erfaringer tyder på at følgende parametre er de viktigste for hvor mange personer på listen en lege klarer å betjene:

- antall timer kurativt arbeid tilgjengelig pr. uke
- antall konsultasjoner ønsket pr. kurativ dag
- alders- og kjønns sammensetning av listen
- sykkelighet: fordeling av diagnoser i pasientpopulasjonen
- legens arbeids- og beslutningsstil angående utredninger og henvisninger
- organisering av legepraksis, m.h.t. styring av kontrollintervaller, telefonbruk og behandlingsprosedyrer

Legenes arbeidsvaner: data fra fastlegepraksis

Vi tror data fra vår praksis i ei viss grad kan brukes av andre som empirisk grunnlag for estimering av listestørrelse. Vårt

journalssystem er Profdoc ver. 5.7. Statistikk tallene er hentet ut for hele 1997 ved hjelp av Svein Gjelstads program «Rapport fra allmennpraksis»(3). Vi har valgt å bruke tallene for hele praksisen, ikke enkeltleger, fordi vi vet legene har relativt lik arbeidsstil.

Følgende forhold ved vår praksis har betydning:

- fem leger jobber til sammen 15,2 kurative dager pr. uke
- hjelpepersonell: 3 årsverk
- 5800 personer til sammen på legenes lister
- alders- og kjønns sammensetning nær gjennomsnitt av nasjonale tall (4)
- sykkelighet uten større avvik fra gjennomsnitt i befolkningen, anslått ut fra sammenligning av diagnosegrupper med andre (5,6).
- som regel anledning å ta opp flere problemer ved hver konsultasjon.
- 15-20 akuttimer daglig for legesenteret samlet.
- restriktiv med konsultasjoner til andre enn våre egne listepasienter.
- bevisst «gjerrighet» med tildeling av konsultasjonstimer, men uten å avvise pasienter eller på bekostning av medisinsk forsvarlighet. Dette omfatter:
 - styring av kronikere til riktige kontrollintervaller, f. eks velregulerte hypertonicere 1–2 ganger pr år, cytologi hvert tredje år etc.
 - prosedyrer for en del tilstander erstatter konsultasjon: eksempel ukomplisert UVI hos kvinner
 - kontroll ved behov etter en del kurer eller behandlinger. «Ring hvis du ikke blir bedre»
 - konsultasjon og oppfølging pr. telefon der dette er forsvarlig.

I 1997 hadde legesenteret 11.200 konsultasjoner, hvorav 97 % var våre listepasienter. Dette utgjør en konsultasjonsfrekvens på ca 2,0 pr. år for hele vår listepopulasjon. Tallet ligger noe over den store RTV-undersøkelsen fra 1989 (2), samt litt over tallene fra 4 kommuner på Nordmøre fra først på 90-tallet (6). Men befolkningens legebruk har økt de siste årene, og fjerning av egenandeler for barn under 7 år kom etter RTV-undersøkelsen ble utført. Alt dette bidrar til at gjennomsnittlig konsulta-

	Kvinnelige leger n=20 (variasjonsbredde)	Mannlige leger n=70 (variasjonsbredde)
Kvinner i alder 20-39 år	66 (48-79)	45 (17-62)
Barn/ungdom (0-19 år)	28 (18-48)	15 (7-27)
Barn/ungdom (0-19 år)	29 (9-43)	22 (4-38)
Personer over 60 år	11 (5-20)	19 (4-40)

Tabell 2. Variasjoner i alders- og kjønns sammensetning i pasientlister til 90 fastleger i Trondheim i 1994, fordelt på mannlige og kvinnelige leger. Tall i prosent (1)

Alder (år)	Prosent
0-9	13,7
10-19	12,2
20-29	13,6
30-39	15,0
40-49	13,9
50-59	12,1
60-69	7,9
70-79	7,3
80+	4,3

Tabell 3. Aldersfordeling til befolkningen i Norge, år 2000 (3)

sjonsfrekvens i befolkningen sannsynligvis er noe høyere i dag.

I 1997 var 64 % av alle personer på våre lister til konsultasjon minst en gang. Med ca 11.000 årlige konsultasjoner hos våre listepasienter gir dette en konsultasjonsfrekvens på 2,9 pr. pasient som har vært til konsultasjon hos fastlegen. Uavhengig av fastlegesystem kan alle leger beregne tilsvarende tall, ved å dividere antall konsultasjoner med antall personer som har vært til konsultasjon. Men fastlegeordning medvirker til en mer stabil pasientmengde, det blir færre pasienter som «slenger» innom bare en gang. Derfor vil i et åpent system antall pasienter bli større, og dermed blir konsultasjonsfrekvens på fremmøtte pasienter lavere.

Vi arbeider gjennomsnitt ca. 43 uker pr. år, når vi trekker fra kurs, ferie og helligdager. Antall konsultasjoner pr. kurative dag blir da i snitt $11.500 : (15,2 \times 43) = 17,6$.

Vår gruppepraksis har pr. kurative dag pr. uke: $5800 : 15,2 = 382$ personer på liste. Dette er langt over 300 som legene kan kreve som tak, men noe under gjennomsnitt i Trondheim på ca. 430. Legene i vår praksis synes de jobber noe mer enn det ideelle. En del pasientadministrativt arbeid, samt praksisadministrasjon må gjøres utenom ordinær dagtid. Pliktig legevaksarbeid kommer oppå alt dette. Ideelt sett burde vi også brukt mer tid på helsefremmende og forebyggende arbeid, individuelt og i lokalsamfunnet, opplæring og undervisning i egenomsorg, tverrfaglig arbeid samt evaluering og kvalitetssikring. Medregnet alt dette burde vi sannsynligvis ikke hatt flere enn 300 personer på liste pr. kurative dag, dvs samlet liste for senteret på ca 4500.

Fastlegebasert allmennpraksis innebærer et incentiv til å «rasjonere» på konsultasjonstimer, fordi vi hele tiden må ha med perspektivet at hele listepopulasjonen skal betjenes. Fylles timelisten opp med konsultasjoner som er svakt medisinsk fundert, vil vi blokkere for andre henvendelser, ven-

telisten vil øke, pasientene får dårligere service og vi får verre arbeidsforhold. Prioritering blir dermed viktigere, samt mer synliggjort i et listesystem.

Hvordan beregne riktig listestørrelse:

I en fastlegeordning er størrelsen kjent på populasjonen legen skal betjene. I et åpent system vet en bare noe om de pasienter som oppsøker legen. Men når 65–70 % av befolkningen konsulterer primærlegen minst en gang på et år, er det mulig å estimere størrelsen på legens potensielle pasientpopulasjonen (definert som de personer som vil oppsøke deg hvis de blir syke eller får andre behov). Ranheim legerenter har konsultasjonsrate på 2,9 blant de pasienter som oppsøker oss, og konsultasjonsrate på 2,0 for hele listepopulasjonen.

Dette antar vi er under gjennomsnitt for norsk allmennpraksis, fordi vi i flere år har jobbet bevisst med å unngå konsultasjoner der problemet kan løses på enklere måte. Fastlegeordningen bidrar som system til at det kommer færre tilfeldige pasienter innom, pasientgruppen er mer stabil. Dette vil trekke i retning av høyere konsultasjonsfrekvens på pasienter som har vært til konsultasjon. Strukturen i fastlegesystemet bidrar også til at fastlegen får flere konsultasjoner ved at andre innen 1.linjetjenesten, samt 2. linjen i større grad sender allmennt medisinske problemstillinger til fastlegen. Fastlegeordningen vil samlet sett trolig gi noe økt konsultasjonsrate i forhold til et åpent system.

Alle leger som har dataverktøy og har pålitelige rutiner for konsultasjonsregistrering, kan regne ut årlig konsultasjonsrate på pasienter som oppsøker legen samt finne antall forskjellige pasienter (N) som har vært til konsultasjon. Hvor stor andel (R) av pasientene som er tilfeldig innom uten at de vil velge deg som fast lege er umulig å finne ut, og vil nok variere mye fra praksis til praksis. Et tall på 10–20 % er sannsynlig for mange legepraksiser. Denne andelen må taes hensyn til ved estimering av den potensielle listen. Når ca 65 % av den potensielle listepopulasjonen har konsultasjon minst en gang årlig, kan legens potensielle listepopulasjon (P) estimeres slik: $P = N \times (1-R) \times 100 : 65$

I tabell 4 har vi samlet en del forhold som har betydning for stipulering av listestørrelsen. Noen av disse kan beregnes nøyaktig, men de fleste må anslås etter skjønn. Hva angår praksisprofil bør medarbeiderne rådspørres i flerlegepraksiser, da de har kunnskaper om likheter og forskjeller mellom legene. Leger som har en praksis som sammenfaller mest med den venstre kolonnen bør sette tak noe lavere enn 300 pr. kurative dag. Ved problemer å få plassert alle innbyggerne på legelister kan her kommunen kreve at taket ikke skal være lavere enn 300. De som har praksis

med overvekt i høyre kolonne vil kunne betjene flere personer enn 300 pr. kurative dag. En må være klar over at tallet 300 pr. kurative dag er et tall som vil gi legen en rettighet å stenge listen, og ikke en norm som alle må innpasse seg etter. Legene er altfor ulike med hensyn til arbeidsstil til at det vil være mulig med en slik felles norm. Eksempelvis er det i fastlegekommunene idag vel nesten ikke noen leger som har lavere listetall en 300 pr kurative dag. Noen leger har fra 1993 jobbet med listestørrelse over 500 pr. kurative dag, uten at de har klaget over egen arbeidssituasjon. Men et gjennomsnitt på 430 er så høyt at 55 % av fastlegene i Trondheim synes arbeidspresset er altfor høyt (7). En del leger har etter mange år i samme praksis en «tung» pasientpopulasjon med overvekt av eldre og kronikere. Disse har anledning å redusere presset ved å benytte seg av retten til å be om at 30 % av listen skal fylles opp av andre enn de legen blir valgt av.

Konklusjon:

Ved innføring av fastlegesystem er det viktig for såvel pasientene som legene at listestørrelsen samsvarer med legens ar-

beidskapitet. Ved å ta hensyn til legens tilgjengelige kurative arbeidstid, konsultasjonsstil og kliniske beslutningsstil, samt visse pasientkarakteristika i praksisen, er det mulig å gjøre et anslag på hva som er optimal listelengde for den enkelte lege.

Referanser

1. Paulsen B. Fastlegeordning - pasientsammensetning og arbeidsbelastning for legene. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 22, 1995; 115: 2797-800
2. Takstbrukundersøkelser: privatpraktiserende allmennleger i et utvalg kommuner. Rapport nr. 8. Oslo: Rikstrygdeverket 1990
3. Gjelstad S. Se deg selv i kortene. Utposten 2, 1996
4. Statistisk årbok. Statistisk sentralbyrå, Oslo 1997
5. Rutle, O. Pasienter frem i lyset - analyse av legekontakter i primærhelsetjenesten Rapport 1-1983, Oslo. Folkehelse, Gruppe for helsetjenesteforskning
6. Grimsmo A. Innsamling av sammenligningstall fra EDB-baserte driftssystemer i kommuner Rapport 1994. NTNU, Samfunnsmedisinsk forskningssenter, Surnadal.
7. Paulsen B. Seks år med fastlegeordning - hva mener fastlegene? Tidsskr Nor Lægeforen nr. 7, 2000; 120: 788-91.

	< 300 pr. kurative dag	> 400 pr. kurative dag
Ønsket antall konsultasjoner pr. kurative dag	< 18	> 25
Sykelighet (diagnosefordeling) hos pasientene	tung	lett
Økt interesse/kompetanse for psykiatri, rus, mv	ja	nei
Arbeids- og beslutningsstil ang. utredn. og henvisninger	aktiv	ekspekttere
Intervensjon v. risikotilstander som hypertensjon, osteoporose, hyperkolesterolemi mv	"hissig"	nøktern
Styring kronikere til medisinsk riktige kontrollintervaller	nei	ja
Holdning til økt egenomsorg	passiv	aktiv
Delegering medarbeidere ang. enkle behandl.prosedyrer	nei	ja
Telefonkonsultasjoner	få	mange
Etterkontroller bare "hvis ikke bra"	nei	ja
Tverrfaglig aktivitet, møter mv.	mye	lite
Andel konsultasjoner kvinner	> 75 %	< 55 %
Andel pasienter over 60 år	> 25 %	< 15 %
Avstand til sykehus og/eller spesialister	lang	kort
Innvandrere, fremmedspråklige	mange	få

Tabell 4. Forhold av betydning for hvor stor liste en lege vil kunne betjene