



'Siden jeg først er her..'

■ **ARNULF HEIMDAL** • Fastlege i Oslo og universitetslektor i allmennmedisin, Univ. i Oslo

■ **EDVIN SCHEI** • Fastlege i Bergen og professor i allmennmedisin, Univ. i Bergen

En studie av antall ulike problemstillinger pasientene tar opp pr. konsultasjon hos fastleger i Oslo og Nordland på en vanlig onsdag.

Fastlegene er portåpnerne til offentlige helsetjenester i Norge. De fleste problemer og spørsmål pasienten har løses hos fastlegen, kun et mindretall henvises videre. Vi har inntrykk av at antall problemer og spørsmål pasientene tar opp med sin fastlege pr. besøk har økt de siste 20–30 år. Vi ønsket å finne ut om dette stemmer, samt om det er forskjell på storby (Oslo) og landlige strøk (Lofoten/Ofoten). 31 fastleger, 14 i Oslo og 17 i Nordland, ble invitert til å fylle ut et registreringsskjema over 2–4 vanlige praksisdager i perioden mai til september 2014. De fikk på forhånd skriftlig og muntlig informasjon om hvordan dette skulle gjøres. I alt 22 leger svarte, 13 i Oslo og 9 i Nordland, og disse registrerte i alt 1102 konsultasjoner.

Hverdagen på kontoret...

Uformelle samtaler med fastleger i Norge antyder at antall temaer og problemstillinger pasientene tar opp pr. konsultasjon har økt de senere år. Våre egne opplevelser peker også i den retning. Det har vært presseoppslag på at enkelte leger har ønsket å begrense dette ved at pasienter bare får lov å ta

opp én sykdom eller én problemstilling pr. konsultasjon (1). Pasientombudet har uttalt seg om dette (2). Problemstillingen ble diskutert på debattforumet Eyr våren 2013 (3). Der kom det frem ulike erfaringer og synspunkter på problemstillingen.

Det har vært hevdet at fastlegenes hverdag over tid er blitt mer krevende. Uttrykket «den fulle allmennmedisinske bøtten» har vært brukt i debatter og innlegg (4). Dette kan skyldes forhold i medisinen som fag, forventninger og krav fra samfunnet rundt, men også endringer hos pasientene og deres forventninger og bestillinger. En økning av antall problemstillinger pasientene tar opp når de er hos legen kan være en slik faktor som gjør det mer krevende å være fastlege.

I nordiske lærebøker om konsultasjoner er det lite omtale av temaet multiple problemstillinger pr. konsultasjon. I den norske læreboka *Allmennmedisin* av Steinar Hunskaar m.fl. er temaet viet ca. en halv side (5). Det er uklart hva som undervises ved de ulike lærestedene om dette. Ved uformell kontakt via mail og samtaler med sentrale personer ved de norske allmennmedisinstuttene får en inntrykk av at dette er tilfeldig, og stort sett opp til underviseren. Forfatterne, som begge har norsk eksamen fra Bergen i 1984, fikk ingen spesifikk undervisning om dette i studiet. I videre- og etterutdanningen har temaet vært svært lite behandlet. Mange har dermed måttet finne ut av dette selv, og tilpasset seg som best de kan til den virkelighet de har erfart.

...hvordan er den egentlig?

Vi gjorde en undersøkelse blant fastleger i Oslo og Lofoten/Ofoten, som ble valgt for å se om det er forskjeller mellom sentrale og perifere strøk. Undersøkelsen er gjort med et enkelt registreringsskjema. Skjemaet er utformet av forfatterne.

I perioden april til juni 2014 fikk 31 fastleger ved forskjellige legepraksiser i Oslo og Lofoten/Ofoten utdelt et registreringsskjema der antall ulike problemstillinger pasienten tok opp ble registrert. Vi ønsket flest mulig erfaringer leger. Legen fylte ut ett skjema pr. praksisdag, i alt to til fire ulike vanlige dager med full allmennpraksis, over en tre ukers periode. Legen fikk i tillegg muntlig og skriftlig informasjon om hvordan skjemaet skulle brukes. Noen leger fikk også oppfølgende besøk underveis for å motivere for innlevering av skjemaer.

Pasientene ble registrert med kjønn og alder. I tillegg ble det avkrysset om dette var en «kroniker», det vil si en godt kjent pasient med hyppige besøk, eller en «frisk» pasient, det vil si en pasient med få besøk hos legen. Denne kategoriseringen var basert på legens skjønn. Legene måtte også registrere om pasienten kom på en «vanlig time» eller en hastetime, det vil si en «øyeblikkelig hjelp-time», der pasienten hadde fått time samme dag.

På skjemaet ble følgende data om legen registrert: kjønn, alder, listelengde og antall år i praksisen. Legen kunne også skrive inn stikkord om pasientenes problemer på skjemaet.



By og land...

I Oslo fikk vi resultater fra i alt 13 av 14 inviterte leger, ved 6 ulike praksiser fra 3 bydeler i Oslo øst/sentrum og to bydeler i Oslo vest. De registrerte tilsammen 689 kontorkonsultasjoner. Disse legene hadde jobbet i allmennpraksis mellom 5 og 35 år, kun én lege hadde kortere enn 16 års praksis. Fordelingen av vanlig time og øyeblikkelig hjelp-time var forskjellig blant legene. En lege hadde bare med én type timer, der alle fikk time på dagen om de ønsket det.

Gjennomsnittlig antall problemstillinger pr. konsultasjon for i alt syv mannlige leger varierte her fra 1,0 til 2,6, med et snitt på 1,7. Dette fordelte seg på 1,3 for øyeblikkelig hjelp-timer og 2,0 for vanlige timer.

For seks kvinnelige leger var variasjonen fra 1,0 til 2,0 og med et snitt på 1,6. Dette fordelte seg på 1,3 for øyeblikkelig hjelp-timer og 1,7 for vanlige timer (TABELL 1).

TABELL 1. Gjennomsnittlig antall problemstillinger fordelt på legens kjønn og type konsultasjon

	TYPE KONSULTASJON	PROBLEMSTILLINGER PR. KONSULTASJON	
		OSLO	NORDLAND
Mann	Ø.hj time	1,3	1,2
	Vanlig time	2	1,7
Kvinne	Ø.hj time	1,3	1,5
	Vanlig time	1,7	2,1
Begge Kjønn	Ø.hj time	1,3	1,4
	Vanlig time	1,8	1,8

TABELL 2. Gjennomsnittlig antall problemstillinger for ulike pasientgrupper. Alle timer.

	OSLO	NORDLAND
Kronikerpasient	2	1,9
Frisk pasient	1,4	1,4
Pasient over 70 år	1,9	1,9

For «kroniker-pasientene» var gjennomsnittlig antall problemstillinger for alle timer pr. konsultasjon 2,0, mens for den «friske» pasienten var det 1,4 (TABELL 2).

I Oslo opplevde 10 av legene at pasienter tok opp mer enn tre problemstillinger pr. konsultasjon. 7 leger opplevde pasienter med 4 problemstillinger, og 3 opplevde pasienter med 5 problemstillinger. Totalt var det 22 konsultasjoner (3,2 prosent) som tok opp 4 problemstillinger, hvorav 8 hos samme lege (!), og 3 (0,4 prosent) som tok opp 5 problemstillinger.

... betyr det noe?

I Nordland inviterte vi samtlige 17 fastleger i kommunene Flakstad, Vestvågøy og Lødingen, og fikk svar fra 9 av dem. Den lavere svarprosenten her kommer av at det var en del vikarer i Nordland, og kun én av disse leverte svar. Kun 2 kvinnelige leger leverte svar. Nordlandslegene hadde jobbet i allmennpraksis mellom 1 og 34 år, og 6 av dem hadde kun fra 1 til 7 års praksis bak seg.

Legene som svarte registrerte i alt 413 kontorkonsultasjoner. Gjennomsnittlig antall problemstillinger pr. konsultasjon for 7 mannlige leger varierte fra 1,0 til 2,0, med snitt på 1,6. Dette fordelte seg på 1,2 for øyeblikkelig hjelp-timer og 1,7 for vanlige timer.

For 2 kvinnelige leger var variasjonen fra 1,5 til 3,0, med et snitt på 2,0. Dette fordelte seg på 1,5 for øyeblikkelig hjelp-time og 2,1 for vanlig time (TABELL 1).

For «kroniker-pasienten» var gjennomsnittlig antall problemstillinger for alle timer pr. konsultasjon 1,9, mens for den «friske» pasienten var det 1,4 (TABELL 2).

I Nordland opplevde 6 av legene at pasienter tok opp mer enn 3 ulike problemstillinger pr. konsultasjon. 3 leger opplevde

pasienter med 4 problemstillinger og tre opplevde pasienter med fem ulike problemstillinger. Totalt var det 8 konsultasjoner (1,9 prosent) som tok opp fire problemstillinger, og fem (1,2 prosent) som tok opp fem problemstillinger.

Gjennomsnittlig antall problemstillinger for vanlig time for alle pasientgrupper var 1,8 både i Oslo og i Nordland (TABELL 1). For aldersgruppen over 70 år var tallet for alle typer timer 1,9 både i Oslo og i Nordland (TABELL 2).

Det var forskjell i andel pasienter over 70 år hos de ulike legene. I Oslo varierte det fra 1,7 til 34,0 prosent, og i Nordland mellom 2,9 og 29,7 prosent. Vi fant ikke noe ved legene som forklarte denne forskjellen, sannsynligvis fordi antall leger er for lite.

Alt var bedre før?

Det finnes lite publiserte tidligere data om vårt tema. Søk på Google Scholar, Pubmed og i *Tidsskriftet* på nett har ikke resultert i relevante funn fra Norge om dette. Det finnes noen undersøkelser fra utlandet. Allmennlegen i andre land har andre arbeidsbetingelser og roller enn i Norge, og disse varierer fra land til land. Vi har derfor ikke vurdert disse undersøkelsene som sammenlignbare. Heller ikke forespørsler til erfarne kolleger eller spørsmål på legenes debattforum Eyr har gitt resultater.

Noe har vi imidlertid funnet fra Norge: I Olav Rutles doktoravhandling fra 1983 (6) har vi funnet noen indirekte tall om dette. Olav Rutle finner i et materiale på 379 leger med i alt 22 763 kontakter at legene noterte 1,23 diagnoser pr. kontakt. Dette er totaltall for både sykebesøk, indirekte kontakter og kontorkonsultasjoner. Disse tallene dreier seg om antall diagnoser pr. konsultasjon, og er dermed ikke di-



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

rekte sammenlignbare med antall problemstillinger pr. konsultasjon.

I *Utposten* nr. 6, 1987 (7) har Geir Clausen publisert en praksisregistrering fra Hammerfest legestasjon, over fire uker. Der ble diagnoser registrert for i alt 2352 pasienter som legen hadde kontakt med, både sykebesøk, kontorkonsultasjon og over telefon. Det ble der registrert opp til 3 diagnoser pr. pasient.

Som i Rutle sin avhandling dreier dette seg også om antall diagnoser pr. konsultasjon, og er dermed heller ikke direkte sammenlignbart. Hvis vi allikevel som en hypotese antar at antall diagnoser til en viss grad samsvarer med antall problemstillinger pr. kontakt finner vi i alt 1,2 diagnoser pr. kontakt. Kun 2,2 prosent av kontaktene dreide seg om flere enn 2 diagnoser. Omsett i en praksis med ca 25 kontakter pr. dag, betyr det at legene ikke opplevde dette oftere enn ca. én pasient annenhver dag.

En artikkel fra *Samfunnspeilet* i 2007 (8) om hva slags problemer pasientene går til fastlegene med, finner at legene i utvalget i snitt satte 1,3 diagnoser pr. pasientkonsultasjon. De samme svakheter ved sammenligningen med vår undersøkelse gjelder da også denne artikkelen.

Det er sannsynligvis ulike insentiver til at legene setter diagnoser i journalen og på regningskortene til trygden, og disse samsvarer nødvendigvis ikke med pasientenes bekymringer der og da. Insentivene kan også endres over tid og variere fra sted til sted. Derfor representerer tallene fra disse tidligere arbeidene en virkelighet som må vurderes med forsiktighet.

Hovedfunnet her er altså at vi ikke har funnet tidligere undersøkelser fra Norge som vi kan sammenligne med. En mulig forklaring kan være at fenomenet multiple temaer pr. konsultasjon bokstavelig talt ikke ble oppfattet som en nevneverdig ut-

fordring tidligere, noe som kan bety at tallet var lavt. Dette stemmer også med vår erindring fra våre første år i allmennpraksis, men dette blir en høyst subjektiv vurdering.

Ble vi klokere?

Begrepet «dørklinkeproblemet» er kjent. Dette er når pasienten, i det hun skal gå, tar opp det hun egentlig har på hjertet og er bekymret for. Vårt fokus er det totale antall problemstillinger pasienten tar opp under en konsultasjon, inklusive «dørklinkeproblemer».

Vår undersøkelse viser at det i 2014 tas opp ca 1,8 ulike problemstillinger i snitt ved en vanlig planlagt pasientkonsultasjon hos fastlegen både i Oslo og i Nordland. For øyeblikkelig hjelp-timer var tallet 1,3 i Oslo og 1,4 i Nordland (TABELL 1). Vi finner en liten kjønnsforskjell mellom kvinnelige og mannlige leger, men pga. få svar fra kvinnelige leger kan dette neppe vektlegges.

At det tas opp færre problemstillinger ved haste- /øyeblikkelig hjelp-timer er forventet. Dette er timer som vanligvis avsettes til akutt oppståtte problemer. Noen ganger kan også disse timene brukes til vanlige konsultasjoner der de ikke blir benyttet til hastetimer, og da vil det sannsynligvis være rom for å ta opp flere ulike temaer. Dette gjør at tall for hastetimer kan være noe høyere enn for reelle øyeblikkelig hjelp-timer.

«Kroniker-pasienten» har ikke uventet flere ulike problemstillinger enn den «friske» pasienten. Pasienter over 70 år tar også opp noen flere temaer pr. konsultasjon enn gjennomsnittet.

Å si noe sikkert om utvikling over tid lar seg ikke gjøre pga. manglende tidligere tall.

Utfordringer

Flere ulike temaer samtidig gir en mer kompleks konsultasjon. Om pasienten tar opp mer enn én problemstilling når hun er hos legen må legen nødvendigvis håndtere dette. I tillegg plikter legen å journalføre alle temaer og vurderinger som har vært oppe i konsultasjonen. Dette vil også ta tid.

Flere strategier for å håndtere dette kan tenkes. En kan avgrense hver konsultasjon til kun én problemstilling, og be pasienten bestille ny time for andre problemstillinger. Kollegaer som har gjort dette har som nevnt havnet i pressens søkelys, og fått pasientombudet mot seg. En kan også starte med det som pasienten starter med, for så å fortsette til tiden på oppsatt time er brukt, og så be pasienten bestille ny time for resten. Legen kan også la pasienten komme med alt hun har på hjertet, og gå gjennom dette punkt for punkt. En slik strategi kan skape utfordringer for legen. Dette kan gjelde tidsbruk med tilhørende forsinkelser, men også konsentrasjon, grundighet og problemløsning kan da bli utfordret. Det kan også være vanskelig for pasienten å forstå og huske alle legens vurderinger og den informasjon som blir gitt når temaene blir mange og konsultasjonen blir lang. Det kan også tenkes at en slik strategi vil medføre flere henvisninger til 2.-linjetjenesten, for å få en rask løsning på pasientens bestillinger. Ulik henvisningsrate fra fastleger til 2.-linjetjenesten har de siste årene vært debattert i faglitteratur og media, da det her er klare forskjeller. (9)

En farbar vei finner vi i *Allmennmedisin* (5). Her skisseres en modell der pasienten først får lagt frem alle sine ærender/bestillinger, før legen begynner med videre anamnese og problemløsning. Da kan legen avtale med pasienten hvilke problemer som det er viktigst å få svar på først, og så eventuelt ta andre, mindre viktige



COLLAGE: COLOURBOX

temaer på en annen time. Dette gjøres før en går løs på de ulike problemstillingene. Å ta pasienten med på råd og vurderinger er en god og anerkjent metode i allmennmedisin, og vil oftest skape trygghet og tillit. Flere strategier kan også tenkes. Vår undersøkelse gir ikke svar på hvordan dette gjøres i praksis.

Våre tall viser at antall ulike problemstillinger ved en vanlig planlagt konsultasjon nå er nærmere to. Omsatt til en praktisk hverdag betyr våre tall i så fall at litt mer enn annenhver pasient har en ekstra problemstilling. For en vanlig dag med 20 konsultasjoner vil legen i dag måtte forholde seg til vel 10 ekstra problemstillinger pr. dag.

Det kan også se ut som om noen leger opplever dette mer enn andre. Vi har ikke nok materiale for å identifisere disse legene nærmere. Det er sannsynlig at legers personlige stil i ulik grad vil kunne oppmuntre til flere problemstillinger samtidig. Andre forhold kan også tenkes å påvirke dette.

Lang avstand og vanskelig tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten kan medføre at pasientene tar opp flere ulike temaer hos fastlegen. Vi har imidlertid ikke fun-

net forskjeller mellom leger i Oslo og Nordland. En forklaring på dette kan være at lokalsykehusene i Lofoten/Ofoten fungerer like godt som henvisningsinstans som spesialisthelsetjenesten i Oslo.

En fersk studie fra Oslo høsten 2014 har funnet 2,6 problemstillinger pr. konsultasjon (10). Den bekrefter dermed våre funn, selv om den ikke er direkte sammenlignbar. Studien omfatter kun fire leger og inneholder 201 direkte observasjoner av konsultasjoner i allmennpraksis. Den omhandler altså ikke legens egen opplevelse av ulike problemstillinger. Denne studien har heller ikke funnet tidligere tall fra Norge.

Kanskje er det slik:

Kanskje har antall ulike problemer pasientene tar opp når de er hos sin fastlege økt over tid, og er nå i gjennomsnitt for alle grupper og konsultasjonsformer nærmere 2 enn 1. Vi har imidlertid ikke funnet tidligere sammenlignbare tall fra Norge som kan bekrefte dette.

Høyest antall problemstillinger finner vi hos aldersgruppen over 70 år, samt hos «kroniker-pasienter» (TABELL 2). Vi finner

ikke store forskjeller mellom bypraksiser (Oslo) og utkantpraksiser (Lofoten/Ofoten). En kommende økning i antall eldre forventes å gi økende antall problemstillinger pr. konsultasjon. Leger med en økende andel eldre pasienter og flere «kroniker-pasienter» vil få økende utfordringer fremover. Flere ulike problemstillinger pr. konsultasjon skaper utfordringer som legen er nødt til å løse. Svært få av dagens erfarne fastleger har hatt undervisning i dette. Det er også lite omtalt i litteraturen. Vi har ikke kartlagt ulike mulige løsningsstrategier.

Våre tall er små og beheftet med usikkerhet. Vår erfaring er at det kreves mye oppfølging av legene for å få inn slike data. For å få sikrere svar på våre og eventuelt andre spørsmål omkring dette, vil tilstedeværende observasjon være et alternativ.

... men svaret fant vi ikke

Det er antagelig ikke gjort en tilsvarende registrering i Norge tidligere. Årsaken kan være at flere problemstillinger pr. konsultasjon tidligere ikke ble oppfattet som et problem. Andre forklaringer kan også tenkes. Spørsmålet om det har skjedd en økning i antall problemstillinger over tid står fortsatt ubesvart.

Denne undersøkelsen er gjort med stipend fra Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU) og Nasjonalt senter for distriktsmedisin i Tromsø (NSDM).

REFERANSER

1. Aftenposten 21. mars 2013. www.aftenposten.no/incoming/Her-far-ingen-snakke-om-merenn-n-sykdom-7154880.html
2. Firda 20. mars 2013. www.firda.no/nyhende/her-far-dei-berre-ta-opp-ei-plage-per-legetime/s/1-51-6562438
3. Eyr – allmennlegeliste. <http://mailman.uib.no/listinfo/eyr>
4. Irene Hetlevik: Den fulle allmennmedisinske botten. Tidsskr Nor Legeforening 1999; 119: 3547. <http://tidsskriftet.no/legacy/199924/leder1.html>
5. Red.: Steinar Hunskaar: Allmennmedisin, 3. utgave. Gyldendal Akademisk, 2013: 74.
6. Olav Rutle: Pasienten fram i lyset – analyse av legekontakter i primærhelsetjenesten. SIFF: Gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr. 1, 1983.
7. Geir Clausen: Praksisregistrering Hamnerfest legestasjon. Utposten 1987; nr. 6: 251–5.
8. Elin Skretting Lunde: Hva slags problemer går vi til fastlegen med? Samfunnsspeilet 2007; nr. 3.
9. Geir Godager: Forskjeller i henvisningsrater truer ikke målet om likeverdige helsetjenester. <http://tidsskriftet.no/article/2208118/>
10. Elisabeth Bjørland, Mette Brekke: What do patients bring up in consultations? <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26205343>

■ ARNULFHEIMDAL@GMAIL.COM