

Hva kan jeg hjelpe deg med?

*En studie fra 201 observasjoner av konsultasjoner i
allmennpraksis*

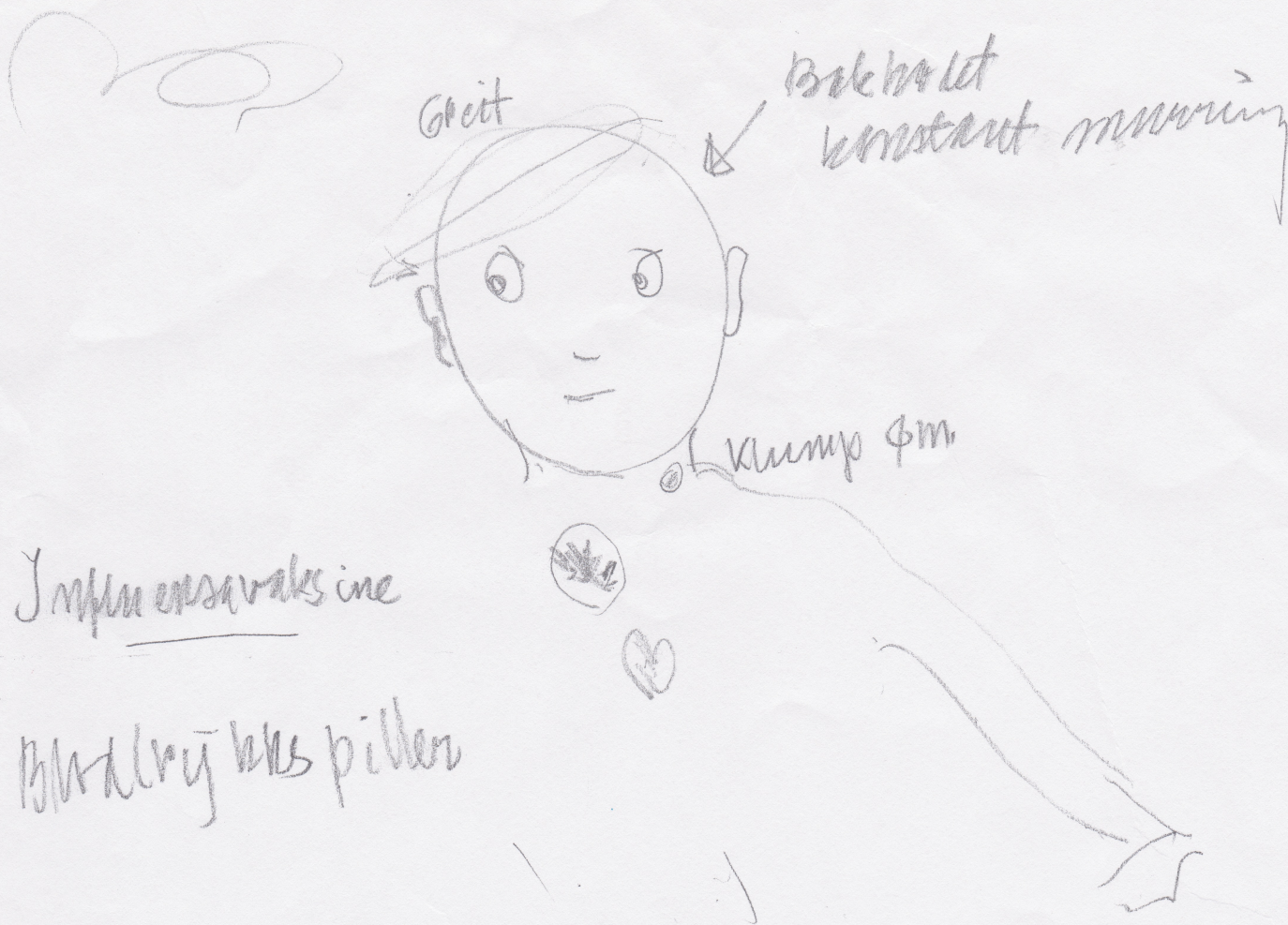
Elisabeth Bjørland



Prosjektoppgave ved medisinsk fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

26.09.14



Hva kan jeg hjelpe deg med?

*En studie fra 201 observasjoner av
konsultasjoner i allmennpraksis*

Elisabeth Bjørland

Prosjektoppgave ved medisinsk fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Copyright Forfatter

2014

Hva kan jeg hjelpe deg med? En studie fra 201 konsultasjoner i allmennpraksis

Illustrasjon tittelblad: Huskeliste medbrakt til legen. Gjengitt med pasientens tillatelse.

Elisabeth Bjørland

<http://www.duo.uio.no>

VI

Forord

Jeg ønsker først og fremst å takke fastlege og professor i allmenmedisin Mette Brekke for god veiledning.

Deretter vil jeg takke allmennlegene som jeg fikk samlet inn datamaterialet hos. Videre takk til student i samfunnsøkonomisk analyse Christian Bjørland for verdifull hjelp med statistikken.

Og ikke minst – det rettes en stor takk til de nesten 400 (anonyme) pasientene som dannet grunnlaget for hele prosjektet, ved at jeg fikk være med på timen deres hos fastlegen eller ved at de fylte ut spørreskjemaet.

Oslo, 25. september 2014

Innholdsfortegnelse

1	Abstract	2
2	Innledning	3
2.1	<i>Bakgrunn og tidligere forskning</i>	3
2.2	<i>Formål og problemstilling</i>	7
3	Metode	8
3.1	<i>Design</i>	8
3.2	<i>Hvor og når ble studien utført?</i>	8
3.3	<i>Observasjon</i>	9
3.3.1	Utvalg.....	9
3.3.2	Variabler.....	9
3.3.3	Datainnsamling.....	10
3.4	<i>Spørreskjema</i>	11
3.4.1	Utvalg.....	11
3.4.2	Variabler.....	12
3.4.3	Datainnsamling.....	12
3.5	<i>Etiske aspekter</i>	12
3.6	<i>Analyse</i>	13
3.6.1	Observasjon.....	13
3.6.2	Skjemaene.....	14
4	Resultater	15
4.1	<i>Observasjon</i>	15
4.1.1	Hovedfunn.....	15
4.1.2	Tar kvinner opp flere problemstillinger enn menn? Og har alder noe å si?.....	16
4.1.3	Hvem tar opp problemstillingene?.....	18
4.1.4	Hvor ofte utsettes problemstillingen?.....	18
4.1.5	Listepasienter og ikke-listepasienter.....	19
4.1.6	Konsultasjoner med én problemstilling sammenliknet med konsultasjoner med flere problemstillinger.....	20
4.1.7	Er det forskjell i hvor mange problemstillinger som tas opp hos de ulike fastlegene? 21	
4.2	<i>Spørreskjema</i>	21
4.2.1	Hva synes pasientene er viktigst når de skal til fastlegen?.....	22
4.2.2	Er det forskjell i besvarelsene av hos de ulike legene?.....	22
5	Diskusjon	23
5.1	<i>Hovedfunn</i>	23
5.2	<i>Sammenlikning med tidligere forskning</i>	23
5.2.1	Antall problemstillinger.....	23
5.2.2	Type problemstillinger.....	25
5.2.3	Hvem tar opp problemstillingen?.....	27
5.2.4	Alder og kjønn.....	27
5.2.5	Utsettes problemstillingen til senere?.....	28
5.2.6	Kjenner pasienten legen fra før av?.....	28
5.2.7	Forskjeller mellom fastlegene.....	28
5.2.8	Multiple problemstillinger – et debattert tema.....	29
5.2.9	Pasientsentrert tilnærming og andre modeller.....	30
5.2.10	Skjemaene.....	31

5.3	<i>Styrker og svakheter</i>	31
5.4	<i>Konklusjon og implikasjoner</i>	33
5.4.1	Konklusjon	33
5.4.2	Utdannelsen av (fast)leger.....	34
5.4.3	Forskning	35
5.4.4	Annet.....	35
	Litteraturliste	36
6	Figurer og tabeller	39
	Vedlegg	44

1 Abstract

Background

There has been done few studies on the subject of the complexity of consultations in a general practitioner's office. Some have done research on the number of problems addressed during a consultation. There has however been little research done on the nature of the problems addressed.

Objective

The purpose of this study was to describe the complexity of the problems raised at a GP's office. We also wanted to examine what patients regard as the most important factor when they go to see their GP.

Methods

This is a cross-sectional study, which involves observations of consultations in general practice. We registered the number of problems addressed, the nature of the problems, who initiated to talk about the problem and if handling of the problem was postponed. We also used questionnaires to ask patients what they found to be most important when seeing their GP.

Results

We observed 201 consultations. On average, 2,6 problems were observed during an encounter. In almost one fourth of the consultations, more than three problems were addressed. At least one psychic problem was raised in over one fourth of the consultations. Females raised more problems compared to men. There was also a positive relationship between age and number of problems addressed. We collected 177 answered questionnaires. Patients regard it as most important to be able to talk about all their problems during a consultation.

Conclusion

It is common to address multiple problems during consultations at the GP's office. The problems are often not medically related. Patients regard it as important to talk about all their problems. This requires a unique competence of the GP. Our findings will have implications for future research on general practice and in the education of GPs.

2 Innledning

2.1 Bakgrunn og tidligere forskning

Et sentralt trekk i allmenntilleggen er å kunne se pasienten i et helhetlig perspektiv (1). Ved starten av en konsultasjon hos fastlegen vil det ofte være helt åpent hva som står på agendaen for timen. Vanligvis vil det være slik at det er pasienten som definerer hva som skal tas opp. Imidlertid vil det av og til være legen som tar opp problemstillinger, på grunn av for eksempel kjennskap til pasienten livssituasjon eller sykehistorie, eller fordi den aktuelle konsultasjonen er en del av en utredning. Dette står i motsetning til konsultasjoner hos organspesialister, hvor pasienten er henvist for å utrede eller behandle en på forhånd definert problemstilling. I den sammenheng er et sentralt spørsmål hvor ofte det tas opp mer enn en problemstilling i løpet av en ordinær konsultasjon hos fastlegen. Hva slags problemstillinger tas opp? Er problemene relaterte, eller ikke? Gjelder de kan hende en annen enn pasienten? Er det legen eller pasienten som tar opp problemene? Hvor viktig synes pasienten det er å få tatt opp alt han/hun har på hjertet?

Allmennleger kan ofte møte uforutsigbare, flere, uklare, sensitive og sammensatte problemstillinger. Dette krever en videre kompetanse hos legen utover det å kunne utrede de enkelte symptomene eller behandle de enkelte sykdommene. Legen må skaffe seg klarhet i hva pasienten ønsker, har behov for og mulighet til. På denne måten vil pasienten få mest mulig utbytte av konsultasjonen (1-3). Dette er ikke lett å viderefordre i utdanningssammenheng og for andre som skal sette seg inn i hva som kreves av en fastlege. Målet her er å kunne kaste noe mer lys over dette.

Det ble utført et søk i januar 2013 og et søk i september 2014. Vi søkte etter tidligere forskning i PubMed, der det ble brukt kombinasjoner av søkeordene "office visits", "office visits/statistics and numerical data", "primary health care", "physicians, family", "family practice", "general practice", "cross-sectional studies", "multiple problems" og "several problems". Det ble søkt både med disse ordene som fritestord og som "Medical Subject Headings" (MeSH). Grunnet få relevante treff ved søkingen, ble det første søket ikke begrenset ved bruk av filtre, slik som årstall, type publikasjon og så videre. Det siste søket involverte filter for tidsperioden januar 2013-september 2014. Referanselistene til de ulike aktuelle artiklene som dukket opp ved søkingen ble gjennomgått, og de referansene som så relevante ut, ble undersøkt nærmere. Det ble også gått gjennom "Related citations" til artiklene som ble funnet ved søking og gjennomgang av referanselister, for å se om det var noe som kunne være relevant.

Det finnes få studier som har undersøkt det vi så nærmere på. To amerikanske studier fra 2001 og 2004 har undersøkt liknende problemstillinger (4, 5).

I "Adressing multiple problems in the family practice office visit", en amerikansk studie fra 2001, tar Flocke et al for seg hvor mange problemstillinger som forekommer i konsultasjoner allmennpraksis. Her ble det blant annet registrert antall problemer som ble tatt opp, hva slags problemer og hvem som tok problemene opp. I snitt ble det tatt opp 2,7 problemer per konsultasjon, der 44% var av akutt type og 30% kroniske, mens 14% dreide seg om forebygging. Videre var det en mindre prosentandel som hadde administrative, psykososiale og problemstillinger i kategorien "annet". Både lege og pasient tok opp de forskjellige temaene (5).

I "How many problems do family physicians manage at each encounter? A WReN study", en amerikansk studie fra 2004, registrerte allmennleger problemene som ble tatt hånd om i løpet av en konsultasjon. Det ble også registrert hvorvidt problemene var knyttet til en annen enn pasienten selv, og om pasientene besøkte sin allmennlege relativt regelmessig. En svakhet ved denne studien var at legene på forhånd var gjort kjent med hypotesen; at allmennleger tar seg av flere problemstillinger i løpet av konsultasjoner. I tillegg var det lite fokus på hva slags problemstillinger som ble tatt opp i løpet av konsultasjonene. Forfatterne kom her fram til at det i gjennomsnitt ble tatt opp omtrent 3 problemstillinger per pasient, og at det i 7% av konsultasjonene ble stilt spørsmål angående en sekundærpasient. Det ble dessuten tatt opp flere problemstillinger når pasienten besøkte legen sin regelmessig, enn når han/hun ikke gjorde det (4).

Det finnes én nyere studie fra Storbritannia fra 2013 (6). Salisbury et al har sett på innholdet i konsultasjoner hos allmennlegen ved hjelp videoopptak fra konsultasjoner hos fastleger. De fant at det i snitt ble tatt opp 2,5 problemstillinger per konsultasjon, og at i nesten en fjerdedel av konsultasjonene ble det tatt opp problemer fra mer enn et sykdomsområde/gruppe. De fant også en positiv assosiasjon mellom antall problemer og økende alder på pasientene. Både lege og pasienter tok opp problemstillingene (6).

Det finnes også andre studier, gjort i USA, som har sett på antall problemstillinger, eventuelt typer problemstillinger, ved allmennlegekonsultasjoner.

I en omfattende studie, "Illuminating the black box. A description of 4454 patient visits to 138 family physicians", fra 1998, ble allmennlegekonsultasjoner kartlagt. Stange et al fant blant annet ut at de i gjennomsnitt ble tatt opp 2,3 problemstillinger av pasientene, men det var ingen videre klargjøring av problemstillingenes art (7). I "A taxonomy of requests by

patients (TORP)'' registrerer Kravitz et al antall forespørsler gjort av pasienter, altså hvordan pasientene selv ved bruk av spørsmål eller andre uttalelser påvirker legetiltakene som gjøres ved konsultasjonen. De tar også for seg hva slags type forespørsler man ser, som for eksempel om informasjon om symptomer og sykdommer og henvisninger. Denne studien er imidlertid gjort i konsultasjoner hos indremedisinere, selv om metoden de testet ut var beregnet til å senere kunne brukes i primærhelsetjenesten (8). I ''Trade-offs in high-volume primary care practice'' registrerte Zyzanski et al antall problemstillinger ved ulike allmennpraksiser, men ikke heller her er det gjort en videre registrering av problemene (9). I en amerikansk studie gjort i forbindelse med evaluering av medisinstudenters utbytte av praksisperiode i løpet av studietiden, ble det dokumentert hvor mange problemstillinger studentene registrerte under konsultasjoner i allmennpraksis. Problemstillingene ble inndelt i fire hovedgrupper i den hensikt å bedre læringsutbyttet (10). En liknende amerikansk studie der medisinstudenter i praksis i allmennmedisin, pediatri og indremedisin registrerte antall problemstillinger og hva slags problemstillinger er blitt gjort. Her var det imidlertid en tendens til at studentene møtte de pasientene som hadde de minst komplekse problemstillingene (11). I en annen studie fra 2007, ble det også notert antall problemer tatt opp ved konsultasjon i blant annet allmennpraksis. Her ble kun diagnosekodene registrert (12). Bindman et al fant i 2007 ved sammenlikning av konsultasjoner i allmennpraksis i USA, New Zealand og Australia, at leger i allmennpraksis håndterte i gjennomsnitt 1,4 problemstillinger per konsultasjon. Her tok undersøkelsen utgangspunkt i diagnosekoder. I tillegg ble enkelte typer konsultasjoner, slik som de som inneholdt kun administrative problemstillinger, ekskludert (13). Tai-Seale et al undersøkte ved videoopptak tidsbruk i allmennpraksis hos den eldre pasientpopulasjonen. De fant også at det i snitt ble tatt opp 6,5 problemstillinger per konsultasjon (14).

Vi ser her at selv om det er gjort en del forskning på hvor mange problemstillinger som dukker opp i allmennpraksis, er det tidligere i liten grad blitt forsket på hva slags problemer som tas opp. De fleste studiene som har gått nærmere inn på å karakterisere problemstillingene, har blitt utført for flere år tilbake (5, 11) og ingen har blitt utført under norske forhold. Derfor ønsket vi å undersøke nærmere hva pasienter i Norge tar opp i konsultasjoner hos allmennlegen. Vi ønsket også å se på hva pasientene synes er viktig når de bestiller time hos fastlegen.

2.2 Formål og problemstilling

Med denne studien ville vi se nærmere på hvor ofte det tas opp flere problemstillinger i allmennpraksis, og hva slags problemer som tas opp. Basert på foregående forskning på dette området (4-12), var hypotesen at det ofte tas opp flere problemstillinger i løpet av en konsultasjon, og at problemstillingene er som regel ikke er medisinsk relaterte til hverandre. Vi ville også kartlegge pasienters oppfatning om hvilke forhold de opplevde som viktige når de bestilte time.

En bredere kunnskap og forståelse rundt dette temaet vil kunne bidra til å tydeliggjøre hva slags kompetanse en allmennlege trenger. Dette kan være nyttig i forbindelse med utdanning av leger. Det vil også være nyttig for å øke allmennlegenes bevissthet om disse forholdene og være relevant å ha med i betraktningen ved endringer av regler i fastlegeordningen. En slik undersøkelse av allmennlegekonsultasjonen vil i tillegg kunne gi bedre grunnlag for videre forskning.

3 Metode

3.1 Design

Studien vi utførte kan beskrives som en klinisk kartleggingsstudie med et epidemiologisk preg. Studien ble utført ved direkte observasjon ved fastlegekonsultasjoner, samt spørreskjemaer. Designet kan karakteriseres som en tverrsnittsstudie. Vi gjorde en pilotstudie for observasjonen. Denne ble gjort hos lege en (se nedenfor). Resultatene fra pilotstudien er med i de samlede resultatene fra studien. Studien ble godkjent av Regional Etisk Komite (REK), se vedlegg 1 og 2.

3.2 Hvor og når ble studien utført?

Både observasjonen og utdeling og innsamling av spørreskjema ble utført på fire ulike fastlegesentre i Oslo i løpet av våren og høsten 2013.

Observasjonene ble gjort hos fire leger, en lege ved hvert av legesentrene. Fastlege en er en 61 år gammel kvinne som har jobbet i sin nåværende praksis siden 1981, på et legesenter i bydel Frogner. Fastlege to er en 38 år gammel mann som jobber ved et legesenter i bydel Nordre Aker. Han har vært i sin nåværende praksis i fem år. Fastlege tre er en 34 år gammel kvinne. Hun jobber ved et legesenter i bydel Nordre Aker og har gjort det siden 2010. Fastlege fire er en 60 år gammel kvinne ved et legesenter i bydel Sentrum. Hun har jobbet ved sin nåværende pasientpraksis siden 1997.

Fastlege en og fire er utdannet som spesialister i allmennmedisin. Disse hadde satt av 15 minutter for vanlige konsultasjoner og ø-hjelpskonsultasjoner. Fastlege to og tre er under spesialisering innen allmennmedisin. Disse hadde satt av 20 minutter til vanlige konsultasjoner og 15 minutter til ø-hjelpskonsultasjoner. Lege en hadde på observasjonsdagen fire øyeblikkelig-hjelp-timer og 20 vanlige konsultasjoner, altså 16,7% av timene var ø-hjelpstimer. Lege to hadde i snitt ti ø-hjelpstimer og 14 vanlige konsultasjoner, det vil si 41,7% ø-hjelpstimer. Lege tre hadde seks ø-hjelpstimer og 13 vanlige konsultasjoner; 28,6% ø-hjelpstimer. Lege fire hadde seks ø-hjelpstimer og 17 vanlige konsultasjoner, altså 26,1% ø-hjelpstimer.

3.3 Observasjon

3.3.1 Utvalg

Det ble observert til sammen 201 konsultasjoner hos fire fastleger. Hos lege en ble det gjort 19 observasjoner, lege to 66 observasjoner, lege tre 62 observasjoner og 54 observasjoner hos lege fire. Pasientene var de som var satt opp hos fastlegene de aktuelle observasjonsdagene. De var uselekterte når det gjaldt alder, kjønn og problemstilling.

3.3.2 Variabler

Antall problemer som ble tatt opp under konsultasjonene ble registrert. Et problem ble definert som ”et tema som krever legetiltak i form av en avgjørelse, diagnose, behandling eller monitorering” (oversatt til norsk fra Flocke et al, 2001)(5).

Det pasienten sa løpet av konsultasjonen, som ble definert som et problem, ble notert ned i stikkordsform av observatøren. Ved analyseringen av dataene ble problemstillingene kategorisert. Vi brukte da en noe forenklet versjon av det Flocke et al brukte (5). Kategoriene vi delte inn i, var: somatisk, psykisk, sosialt, forebyggende, svangerskapsrelatert, administrasjon, sekundærpasient (problemstillingen gjaldt en annen enn pasienten) og annet/ukjent.

Ved observasjonene ble det registrert kjønn og alder på pasientene. Det ble også registrert hvem som tok opp problemet - legen, pasienten eller eventuelt en tredjeperson. Det ble notert hvorvidt problemstillingen ble tatt hånd om ved konsultasjonen, eller utsatt til senere, og om pasienten var hos sin egen fastlege (kalles da en listepasient), eller en annen lege. Se vedlegg 4.

3.3.3 Datainnsamling

De fire fastlegene ga skriftlig samtykke til at medisinstudent Elisabeth Bjørland kunne observere konsultasjonene deres i en eller flere dager. Før konsultasjonene delte helsesekretær ut et informasjonsskriv med samtykkeerklæring til pasienten, som pasienten signerte hvis han/hun ville delta i studien. Se vedlegg 3. Dersom pasienten var under 16 år, måtte underskriften komme fra en eventuell verge. Studenten var kun tilstede ved konsultasjonen dersom pasienten samtykket til å delta i studien. Hvis pasienten svarte nei på samtykkeskjema, ville studenten forlate legens kontor før pasienten kom inn. Dataene for hver enkelt pasient ble registrert av medisinstudenten på et skjema i løpet av konsultasjonene. På skjemaet ble det registrert pasientkode, pasientens alder, kjønn, antall problemstillinger, type problemstillinger, hvem som tok opp problemene og om noen av problemene ble utsatt. Pasientens navn, adresse eller andre identifiserende opplysninger ble ikke registrert.

Registrering av hva slags problemstillinger skjedde i henhold til klassifikasjonssystemet nevnt under avsnittet ”Variabler”.

For at forskningsresultatet i minst mulig grad skulle bli påvirket av at det var en observatør tilstede under konsultasjonen, ble det gjort følgende tiltak: Observasjonen ved datainnsamling foregikk på en måte som gjorde at lege og pasient var minst mulig oppmerksom på at det var en observatør i rommet. Dette ble gjort ved at observatøren satt et stykke unna pasient og lege, i den minst fremtredende delen av rommet, slik at det ble vanskelig med øyekontakt mellom observatør og pasient, og mellom observatør og lege. Lege og pasient ble bedt om å ignorere observatøren under konsultasjonen. I tillegg måtte legene overholde sin timeplan fordi observasjonen skjedde fortløpende (7). De ovennevnte tiltakene bidro også til å minske eller hindre ubehaget pasienten vil kunne oppleve av å ha en ukjent tredjeperson tilstede under konsultasjonen. Etter innsamling av data, ble de registrert på Elisabeth Bjørlands private datamaskin i et Excel-dokument og SPSS-dokument, for videre bearbeiding. Dataene foreligger anonymisert.

3.4 Spørreskjema

3.4.1 Utvalg

I tillegg til observasjon ved konsultasjoner, ble det gjort en parallell undersøkelse ved bruk av spørreskjemaer. Skjemaene ble delt ut på andre dager enn de dagene observasjonen foregikk på, til andre pasienter enn de som var med i observasjonsdelen av studien. Det ble samlet inn til sammen 177 besvarte spørreskjemaer. På legesenter en ble det samlet inn 14 skjemaer, på legesenter to 72 skjemaer, på legesenter tre 29 skjemaer og på legesenter fire 62 skjemaer. Pasientene var også her uselekterte når det gjaldt alder, kjønn og problemstilling.

3.4.2 Variabler

Vi utarbeidet et enkelt spørreskjema for å kartlegge hva pasientene synes er viktig når de skal til fastlegen. Vi spurte om følgende: hvor raskt pasienten får time ved bestilling, om pasienten får tatt opp mest mulig av det han/hun har på hjertet, og om timen blir satt opp hos pasientens egen fastlege eller en annen lege. Det var også mulighet for å svare ”annet” og eventuelt spesifisere dette nærmere. Variablene i kunne graderes fra 1 til 5, uavhengig av hverandre, der 1 er lite viktig og 5 er svært viktig. Se vedlegg 5.

3.4.3 Datainnsamling

Spørreskjemaene ble delt ut av helsesekretærene når pasientene meldte seg i skranken. Pasientene kunne selv bestemme om han/hun ville fylle ut og levere skjemaet i skranken, og dermed om de ville være med i studien eller ikke. Etter innsamling av data, ble de registrert på Elisabeth Bjørlands datamaskin i et Excel-dokument og SPSS-dokument, for videre bearbeiding. Spørreskjemaet ble levert anonymt – verken lege eller student så disse. Skjema ble lagt i en boks på skranken ved helsesekretærene.

3.5 Etiske aspekter

Studenten har signert en taushetserklæring i forbindelse med medisinstudiet. Dette ble pasienten opplyst om i informasjons- og samtykkeskrivet. Pasienten fikk delt ut informasjons- og samtykkeskriv av sekretæren da han/hun meldte seg i skranken. Dermed behøvde ikke pasienten si ja eller nei overfor verken legen eller studenten. Hvis pasienten

ikke samtykket til å delta i studien, ville han/hun ikke møte studenten, og studenten fikk heller ikke vite navnet til pasienten.

I dokumentet stod det at prosjektet er helt anonymt. Det stod også at deltagelse i prosjektet er helt frivillig, og at hvis man ikke ville delta i prosjektet ville ikke dette ha noen konsekvens for behandlingen. Deltakerne kunne trekke seg fra prosjektet om de ønsket det. Det stod også forklart hvordan opplysningene som ble samlet i studien, skulle brukes. Etter å ha lest dokumentet ville pasienten kunne skrive under på et medfølgende dokument, for å gi sitt samtykke om at han/hun vil delta i studien. Det var også slik at hvis pasienten var under 16 år, måtte han/hun ha med en verge som eventuelt kunne gi sitt samtykke på vegne av pasienten.

Ved forespørsel om deltagelse ved utfylling av spørreskjema, ble et ferdig utfylt innlevert skjema godtatt som at pasienten hadde gitt sitt skriftlige samtykke til å delta. På skjemaet fremgikk det at det var helt anonymt, og også noe informasjon om prosjektet.

3.6 Analyse

3.6.1 Observasjon

Dataene fra observasjonen ble kategorisert i SPSS. For å kontrollere at det var enighet om antall problemstillinger og type problemstillinger ble det gjennomgått tilfeldig utvalgte pasientkasus, samt alle kasus der det var tre eller flere problemstillinger, med veileder. Til sammen ble det gjennomgått omtrent halvparten av pasientene.

Vi utarbeidet deskriptiv og analytisk statistikk ved hjelp av hovedsakelig SPSS og supplerte med enkelte beregninger i Excel. Det var hovedsakelig deskriptiv statistikk som ble brukt for

å besvare spørsmålene i studien. Det var skjevhet i dataene, men grunnet et relativt stort pasientutvalg valgte vi allikevel å gjøre parametriske tester ved den analytiske delen av statistikken. For å undersøke om det var statistisk signifikant forskjell mellom listepasienter og antall problemstillinger, brukte vi t-test. ANOVA (Analysis of variance) ble brukt for å sammenlikne antall problemstillinger hos de ulike legene. Videre brukte vi standard regresjon med hypotesetesting for å se på sammenhengen mellom alder og antall problemstillinger og kjønn og antall problemstillinger. Vi brukte også t-test for sammenlikning av antall psykiske og somatiske problemstillinger hos menn og hos kvinner.

3.6.2 Skjemaene

Dataene fra skjemaene ble satt inn i SPSS. Det ble her gjort deskriptive analyser. ANOVA ble brukt for å sammenlikne besvarelsene hos de ulike legene.

4 Resultater

Her presenteres den deskriptiv og analytisk statistikken samt eksempler på konsultasjoner med multiple problemstillinger.

4.1 Observasjon

4.1.1 Hovedfunn

Gjennomsnittsalderen på pasientene i studien var 42,2 år (SD 21,5). Yngste studiedeltaker var under ett år, eldste 88 år. 25-percentilen lå på 30 år, 50-percentilen på 39 år mens 75-percentilen lå på 56 år. Det var med 138 kvinner og 63 menn i studien, altså 68,7% kvinner og 31,3 % menn. Gjennomsnittsalderen for kvinnene som deltok, var 43,0 år (SD 20,4). Gjennomsnittsalderen for mennene som deltok, var 40,5 år (SD 23,7). Se tabell 1.

Gjennomsnittlig antall problemstillinger for konsultasjonene var 2,6 (SD 1,7), og median antall problemstillinger var 2,0. Se figur 1. Laveste antall problemstilling var 1 og høyeste antall problemstillinger var 16. Den nest høyeste verdien for antall problemstillinger var 8. De fleste problemstillinger som ble tatt opp, var i kategorien somatisk, tilsammen 49,7% av det totale antall problemstillinger. Den nest hyppigste kategorien var forebyggende, 18,8% av problemstillingene havnet innenfor denne kategorien. Tredje vanligste kategori var psykiske problemer med 12,2% av totalt antall problemstillinger. Det var en relativ jevn fordeling innen de resterende kategoriene, med administrativt 4,6%, 4,1% innenfor sosialt og 3,7% innenfor svangerskapsrelatert. Det ble i 4,1% av konsultasjonene tatt opp temaer som dreide seg om en annen person. 2,7% av problemstillingene havnet i kategorien annet. For beskrivelse av problemstillingene, se tabell 2 og 3.

I 26,4% av konsultasjonene ble det tatt opp minst ett psykisk problem. I 38,3% av konsultasjonene ble det tatt opp minst ett forebyggende tema. I 7% av konsultasjonene ble det tatt opp en problemstilling som angikk en sekundærpatient.

Eksempel 1: 47 år gammel mann

Pasienten ønsker resept på sovemedisiner og vil slutte med Cipralex. Han tenker mye på en arvekrangel som pågår. Han sliter med redusert initiativ og energi, dårlig konsentrasjon og oppblåsthet i magen. Han savner ekskjæresten sin.

Det ble tatt opp mer enn tre problemstillinger i 23,4% av konsultasjonene. I disse konsultasjonene var 80,9% av pasientene kvinner. Gjennomsnittsalderen for de som tok opp mer enn tre problemstillinger var 52,6 år. 95,7% av de som tok opp mer enn tre problemstillinger, var listepasienter. I 10,0% av konsultasjonene ble det tatt opp mer enn fire problemstillinger. I disse konsultasjonene var 85,0% av pasientene kvinner. Gjennomsnittsalderen for dem som tok opp mer enn fire problemstillinger var 55,3 år. Alle de som tok opp mer enn fire problemstillinger, var listepasienter.

4.1.2 Tar kvinner opp flere problemstillinger enn menn? Og har alder noe å si?

Når man ser på forskjell i gjennomsnittlig antall problemstillinger hos menn og kvinner, ser man at menn hadde et gjennomsnittlig antall problemstillinger på 2,1 (SD 1,3) og hadde en median på 2,0. Kvinner tok i snitt opp 2,8 problemstillinger per konsultasjon (SD 1,9) og hadde en median på 2,5. Vi så også på fordelingen av problemstillinger innenfor de ulike kategoriene for menn og kvinner og fant at fordelingen er relativ lik for de to kjønnene. Kvinner tar opp noe flere psykiske problemstillinger enn menn, men forskjellen er ikke statistisk signifikant. Kvinner tar opp flere somatiske problemstillinger enn menn, men heller ikke her er forskjellen statistisk signifikant. Se figur 2 og tabell 3.

Videre så vi på sammenhengen mellom alder og antall problemstillinger og kjønn og antall problemstillinger. Se tabell 4. Vi gjorde en hypotesetest via multippel regresjon for å isolere effekten av alder og kjønn. På denne måten får man en best mulig sammenlikning av forskjeller i antall problemstillinger menn og kvinner tar opp. Man får også et bilde av hvorvidt man kan si det er en sammenheng mellom antall problemstillinger og alder. Vi gjorde en lineær, multippel regresjon. Preliminære analyser ble brukt for å undersøke at alle forutsetninger var oppfylt. Deretter gjorde vi en analyse for å få en funksjon som uttrykkes som:

$$Y_i = B_1 X_{1i} + B_2 X_{2i} + B_0, \text{ der}$$

Y_i = antall problemstillinger til pasient i

X_{1i} = alder til pasient i

X_{2i} = kjønn til pasient i

Eksempel 2: 58 år gammel kvinne

Kommer for en blodtrykkskontroll. Etterpå snakker de om og planlegger røykeslutt. Pasienten sier hun plages av leddsmerter. Til slutt forteller hun om hvor slitsomt hun synes det er å passe på sin demente svigermor.

B_1 tolker man som den predikerte økningen i antall problemstillinger når alderen til pasient i øker med ett år.

B_2 tolker man som differansen mellom gjennomsnittlig antall stilte problemstillinger for kvinner og menn, gitt en bestemt alder.

B_0 er en konstant som føres opp for å gi en bedre tilnærming til funksjonen.

Til slutt gjør man hypotesetest for å se om det er en statistisk signifikant sammenheng mellom variablene. Siden $B_1 = 0,343$ og p-verdien er $< 0,000$, var det en positiv og signifikant sammenheng mellom alder og antall problemstillinger. Fordi $B_2 = 0,173$ og p-verdien = $0,009$, var det også en positiv og signifikant sammenheng mellom kjønn og antall problemstillinger. r^2 er et uttrykk for hvor godt funksjonen vi fant, beskriver situasjonen. Vi

ser at r^2 er noe lav. Det vil allikevel med de oppfylte forutsetningene og lave p-verdiene være en signifikant sammenheng mellom variablene. Det vil si at både økende alder og om pasienten er en kvinne, vil predikere at et høyere antall problemstillinger blir tatt opp i en konsultasjon.

Eksempel 3: 73 år gammel kvinne

Har følge av sin ektemann. Kommer fordi hun har et ganglion på fotryggen som irriterer henne. Etter dette er håndtert, spør fastlegen om hvordan det går med hjerteflimmeret. Deretter viser pasienten til mannen som nylig har fått en subkonjunktivalblødning. Mannen hennes ble også bitt av flått for en stund siden, og de lurte på om det kan være farlig. Til slutt ønsker pasienten å få tatt en blodtrykkskontroll, siden det er så lenge siden sist.

Betydningen av alder kan illustreres

ytterligere. 69,7% av pasientene var under femti år. I gjennomsnitt tok disse opp 2,3 problemstillinger per konsultasjon, og median antall problemstillinger var 2,0.

30,3% av pasientene var over femti år.

Pasientene over femti år tok i gjennomsnitt

opp 3,3 problemstillinger per konsultasjon og

median antall problemstillinger var 3,0. 18,4% av pasientene var over 65 år. I snitt tok disse opp mer enn 3,8 antall problemstillinger per konsultasjon, medianen var 3,0.

4.1.3 Hvem tar opp problemstillingene?

I 91,0% av tilfellene var det pasienten som tok opp en problemstilling. Legen tok på eget initiativ opp en problemstilling uten at det ble tatt opp av pasienten, i 8,2% av tilfellene.

Mens i 0,8% av tilfellene var det en ledsager, for eksempel en ektefelle, som tok opp et spørsmål. Vi så nærmere på hva slags type problemstillinger det var legen tok opp. 50,0% av det legen tok opp var innenfor kategorien forebyggende og 28,6% var innenfor kategorien somatisk.

4.1.4 Hvor ofte utsettes problemstillingen?

I 3,1% av alle konsultasjonene, ble problemstillingene som ble tatt opp, utsatt til en senere konsultasjon. De resterende 96,9% av problemene ble håndtert av legen i form av legetiltak som å stille spørsmål, undersøkelse, gi råd eller informasjon, berolige, henvisning, søknad, resept m.m.

4.1.5 Listepasienter og ikke-listepasienter

Vi sammenliknet også listepasienter og ikke-listepasienter. 90,0% av pasientene som ble observert, var hos sin fastlege. Listepasientene tok i snitt opp 2,7 problemstillinger (SD 1,8) per konsultasjon. Ikke-listepasienter utgjorde 10,0% av det totale antall pasienter, og der ble det i gjennomsnitt tatt opp 1,9 problemstillinger (SD 1,0) per konsultasjon. Vi så også på forskjellene i hva slags type problemer som ble tatt opp av listepasienter og ikke-listepasienter. Det var særlig store forskjeller i de kategoriene av problemstillinger som var hyppigst brukt. For ikke-liste-pasienter var 64,1% av problemstillingene innenfor kategorien somatisk, mens for listepasienter var den tilsvarende andelen 48,5%. Ikke-liste-pasienter tok opp psykiske problemstillinger i 5,1% av konsultasjonene, mens for listepasienter lå tallet på 12,8%. Forbyggende tema var 10,2% av problemstillingene ved konsultasjonene med ikke-liste-pasienter, mens 19,5% av problemstillingene for listepasientene havnet innenfor denne kategorien. Se tabell 3.

Vi så videre på om det var statistisk signifikant forskjell i antall problemstillinger som blir tatt opp hos listepasienter enn hos ikke-listepasienter. Vi brukte uavhengig t-test for å sammenlikne en uavhengig

Eksempel 4: 37 år gammel mann

Kommer fordi han plages med fotsopp og vorter på hendene. Han trenger også en resept på astmamedisin.

kategorisk variabel med to grupper med en avhengig kontinuerlig variabel. Den uavhengige variabelen var hvorvidt pasienten var listepasient eller ikke, og den avhengige variabelen var

antall problemstillinger som ble tatt opp. P-verdien er 0,047. Det er signifikant forskjell mellom listepasienter og ikke-listepasienter. Dette tyder på at pasienter som går til sin egen fastlege tar opp flere problemstillinger enn pasienter som går til en annen fastlege.

4.1.6 Konsultasjoner med én problemstilling sammenliknet med konsultasjoner med flere problemstillinger

I 31,8% av konsultasjonene ble det tatt opp kun én problemstilling. De fleste av disse var Ø-hjelpstimer, det vil si timer bestilt samme dag som gjelder et akutt problem. I de resterende 68,2% av konsultasjonene ble det tatt opp mer enn en problemstilling. Dette var som regel ”vanlige” konsultasjoner, det vil si timer som er bestilt hos fastlegen flere dager i forveien. Hvis man tenker seg at de konsultasjonene der det ble tatt opp minst to problemstillinger var vanlige konsultasjoner, var gjennomsnittlig antall problemstillinger for disse 3,3 (SD 1,7). Medianen var 3,0.

Når man ser på de konsultasjonene der det var én kontaktårsak, er det en overvekt av menn i denne gruppen i forhold til totalt antall menn i studien. 45,3% av de som tok opp én kontaktårsak var menn, mens 54,7% av dem var kvinner. Gjennomsnittsalderen for dem som tok opp én problemstilling var 32,9 år, altså omtrent ti år lavere enn gjennomsnittsalderen for det totale studieutvalget. 84,4% av de som tok opp én problemstilling var listepasienter. 43,8% av de som hadde kun en kontaktårsak gikk til lege fire. 65,5% av problemstillingene som ble tatt opp der det kun var én kontaktårsak, havnet i kategorien somatisk. 14,1% av temaene var svangerskapsrelatert, mens 7,8% var psykiske problemstillinger. For de konsultasjonene der det var mer enn en kontaktårsak, var fordelingen av problemstillinger relativt lik den det er for det totale antallet konsultasjoner. Se tabell 3.

4.1.7 Er det forskjell i hvor mange problemstillinger som tas opp hos de ulike fastlegene?

Vi så på om det var en signifikant forskjell i hvor mange problemstillinger pasientene som gikk til de ulike fastlegene, tok opp. Vi brukte en ANOVA-test, av typen one-way between-groups ANOVA med post hoc test. Denne testen brukes for å sammenlikne en uavhengig kategorisk variabel med mer enn to grupper (her fire leger) og en avhengig kontinuerlig variabel (her antall problemstillinger). Gjennomsnittlig antall problemstillinger per konsultasjon hos de ulike legene var henholdsvis 3,1 hos lege en, 2,9 hos lege to, 2,5 hos lege tre og 2,0 hos lege fire. P-verdien var 0,013, det var altså en signifikant forskjell. Ved å se på post-hoc-testen ser man hvor det er en signifikant forskjell. Man finner den der sammenlikningen av to leger har en p-verdi mindre enn 0,05. Ut fra dette ser vi at det en signifikant forskjell mellom lege to og lege fire. Dette tyder på at pasientene som gikk til lege to tok opp flere problemstillinger enn pasientene som gikk til lege fire.

Eksempel 5: 83 år gammel kvinne

Pasienten forteller at hun har vondt i ryggen og knærne, har fått hevelser i den ene armen og får fort mye blåmerker. Hun har nylig blitt kvalm av en antibiotikakur, vil at legen skal se på et leggsår. Hun lurere på hvilke medisiner hun tar, som ikke er på blå resept. Snart skal hun på korttidsopphold i sykehjem. Videre forteller pasienten at hun har fått avslag på frikort, og at hun har gått på en skattesmell. Hun føler seg ensom og at hun har et rart liv. Hun tenker mye på om hun var for streng mot sin mann da han var i live. Hun sliter med angst og ønsker Sobril. Pasienten lurere på hvor hun kan få tak i bind, næringsdrikke og støttestrømper. Hun plages med lekkasje av avføring. Hun har vært hos en annen lege og fått henvisning til spesialist fra denne, og spør legen om det er i orden.

4.2 Spørreskjema

Det ble samlet inn til sammen 177 skjemaer på de samme fire fastlegesentrene der observasjonen ble gjort. På legesenter en ble det samlet inn 14 skjemaer (7,9%), på legesenter

to 72 skjemaer (40,7%), på legesenter tre 29 skjemaer (16,4%) og på legesenter fire 62 skjemaer (35,0%).

4.2.1 Hva synes pasientene er viktigst når de skal til fastlegen?

Vi så på hva pasientene synes var viktig når de skulle ha time hos fastlegen. De kunne svare fra 1-5. Det var en klar tendens til at pasientene krysset av viktighetsgrad 4 eller 5 på alle tre spørsmål. Punktet som i gjennomsnitt ble scoret høyest, var ”å få tatt opp alt”. Dette fikk en gjennomsnittsverdi på 4,61. Den nest viktigste faktoren var ”rask time”, som fikk en gjennomsnittsscore på 4,23. Det å få ”time hos egen fastlege” hadde en gjennomsnittsscore på 4,19. Se figur 3 og tabell 5.

Under punktet ”annet” var det en del fellestrekk når det gjaldt hva som eventuelt ble skrevet. Det som gikk igjen var temaene ”å bli sett/tatt på alvor/lytter”, ”god nok tid”, ”faglig kompetent lege”, ”vennlig/tillit”, ”god sosial kompetanse/kommunikasjon” og ”empati”. Det var 60 pasienter som hadde svart noe under ”annet”.

4.2.2 Er det forskjell i besvarelsene av hos de ulike legene?

Vi sammenliknet hvorvidt det var statistisk signifikant forskjell i besvarelsene av skjemaene mellom pasientene som gikk til de fire ulike legene. Dette gjorde vi ved hjelp av ANOVA. Det var signifikant forskjell mellom hva pasientene svarte når det kom til punktet ”å få time hos sin egen fastlege”. P-verdien var 0,003. Fordi p-verdien var mindre enn 0,05 mellom lege to og lege fire, var det statistisk signifikant forskjell mellom lege to og lege fire.

5 Diskusjon

Dette er den første studien gjennomført i Skandinavia som ser på antall problemstillinger som tas opp i allmennpraksis, samt hva slags problemstillinger som tas opp. Dette vil kunne ha betydning for utdanning av leger og videre forskning. I tillegg dekker oppgaven et tema som kan være relevant å ha med i betraktningen ved endringer av reglene for fastlegetjenesten. De forhold som behandles i oppgaven er også noe det kan være nyttig å bidra til å øke allmennlegers oppmerksomhet rundt.

5.1 Hovedfunn

Vi fant at det i snitt tas opp 2,6 problemstillinger per konsultasjon. Den største gruppen med problemstillinger som tas opp, er somatiske problemer, den nest største er forebyggende og deretter kommer psykiske problemstillinger. I over en fjerdedel av konsultasjonen ble det tatt opp minst ett psykisk problem. I nesten en femtedel av konsultasjonene ble det tatt opp minst ett forebyggende tema. I 7% av konsultasjonene ble tatt opp en problemstilling som angikk en sekundærpatient. Kvinner tar opp flere problemstillinger enn menn. Antall problemstillinger som tas opp øker med alderen til pasienten. Listepasienter tar opp flere problemstillinger enn ikke-listepasienter. Det er som regel pasienten som tar opp problemstillingene.

5.2 Sammenlikning med tidligere forskning

5.2.1 Antall problemstillinger

Våre funn om antall problemstillinger per konsultasjon samsvarer relativt godt med tidligere studier. Beasley et al fant ved registreringer gjort av medisinstudenter ut at disse hadde 2,68

problemstillinger i gjennomsnitt ved slutten av deres praksisperiode (4). En annen studie basert på studentregistreringer, viser at i allmennpraksis ble det registrert 1,32 problemstillinger per konsultasjon (men det var en tendens til at studentene ble presentert for pasienter som har relativt enkle problemstillinger) (11). En annen studie med registreringer av studenter fra deres praksisperiode viser at det var 1,43 problemstillinger per konsultasjon (11). Zyzanski et al fant i 1998 ved hjelp av direkte observasjon av konsultasjoner hos fastleger i praksiser med lavt og høyt antall pasienter, i gjennomsnitt henholdsvis 1,8 og 1,9 problemstillinger per konsultasjon. Det var altså et noe høyere antall problemstillinger hos leger i praksiser med et høyt antall pasienter (9). I "Illuminating the black box" ble det registrert i gjennomsnitt 2,3 problemer som pasientene hadde på sin "huskeliste" (problemliste) (7). Flocke et al fant i 2001 ved direkte observasjon av konsultasjoner, et gjennomsnitt på 2,7 problemstillinger per konsultasjon. I 73% av konsultasjonene ble det tatt opp mer enn ett problem. De fant også at i 24% av konsultasjonene ble det tatt opp mer enn tre problemstillinger, mens det i 14% av konsultasjonene ble det tatt opp mer enn fire problemstillinger (5). I en studie fra 2004 fant Beasley et al et gjennomsnitt på 3,05 problemstillinger per konsultasjon. Her ble resultatene samlet inn ved at legene skrev opp antall problemstillinger selv. Det ble tatt opp mer enn tre problemstillinger i 37% av konsultasjonene og i 18% av konsultasjonene ble det tatt opp mer enn fire problemstillinger. Beasley et al viste også at hos pasienter eldre enn 65 år ble det tatt opp i snitt 3,88 problemer (4). Salisbury et al fant ved videoopptak av konsultasjoner i gjennomsnitt 2,5 problemstillinger per konsultasjon. Mer enn tre fjerdedeler av konsultasjonene hadde mer enn en problemstilling (6). Tai-Seale et al fant at det ved konsultasjoner med pasienter som var 65 år gamle eller eldre, i gjennomsnitt ble tatt opp 6,5 problemstillinger (14).

Vi fant at i 68,2% av konsultasjonene ble det tatt opp mer enn en problemstillingen. Det ble tatt opp mer enn tre problemstillinger i 23,4% av konsultasjonene. I 10,0% av konsultasjonene ble det tatt opp mer enn fire problemstillinger. Pasienter over 65 år tok i gjennomsnitt opp 3,76 antall problemstillinger. Disse tallene samsvarer også i relativt stor grad med tidligere forskning (4-6), men er dog noe lavere enn det Tai-Seale fant (14). Vi ser at det er vanlig med multiple problemstillinger i konsultasjoner hos allmennlegen.

5.2.2 Type problemstillinger

Flocke et al så på type problemstillinger som ble tatt opp (5). Her var kategoriene noe annerledes enn de vi brukte: akutt, akutt oppfølging, kronisk, kronisk oppfølging, forebygging, forebygging oppfølging, psykososialt, psykososialt oppfølging, arbeidsrelatert administrativt, helsesystemrelatert administrativt, annet familiemedlems problem, graviditet, ø-hjelp/emergent, annet. De fant at 44% av alle problemstillingene var innen kategorien akutt, 30% innenfor kategorien kronisk, 14% innen kategorien forebygging, 4% innenfor administrativt, 2% innenfor psykososialt og 6% innenfor annet (5). Vi ser at det var en lavere andel av problemstillinger i kategorien psykososialt og forebyggende her enn det vi fant i vår studie.

Salisbury et al så også på hva slags typer problemstillinger som ble tatt opp. Her ble imidlertid problemstillingene kategorier innenfor grupper av ICPC-diagnosesystemet, og i undergrupper som liknet mer på de vi har brukt (somatisk, psykisk, sosialt, administrativt, medikamentrelatert, bestille test, diskutere test/behandling, atferds forebygging, medikamentell forebygging, tredjeperson) (6). Det ble tatt opp problemstillinger fra flere ulike ICPC-kategorier i nesten tre fjerdedeler av konsultasjonene (6).

Vi fant i vår studie at over en fjerdedel av konsultasjonene i allmennpraksis omfatter minst én psykisk problemstilling. Dette understøttes av andre kilder som sier at om lag en tredel av konsultasjonene handler om psykiske problemer eller forhold som indirekte påvirker psykisk helse (15). Sammenliknet med studier der det er gjort registreringer av problemstillinger, er våre tall derimot noe høyere (5). En mulig årsak til at vi får en høyere forekomst av psykiske problemstillinger, kan være ulik terskel for registrering av problemstillinger. Det at resten av våre tall samsvarer i så høy grad med tidligere forskning, tyder på at så neppe er tilfelle. Omtrent en tredel av den norske befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av et år, et tall som virker å være stabilt (16). Det har vært økende fokus på forhold knyttet til psykisk helse i Norge den siste tiden. Vi har også sett eksempler på det i media, blant annet har NRK laget tv-program om psykiske lidelser (17). Et utslag av tendensen til større åpenhet om psykiske lidelser er også at flere offentlige personer har stått frem og vært åpne om sine psykiske lidelser (18, 19). Samfunnets måte til å forholde seg til pasienter med psykiske lidelser, har også endret seg, både når det gjelder behandling og sykemeldinger/ uføretrygder. Det at det har vært mye fokus på hvor vanlig psykiske plager er og dermed også kanskje mindre stigmatisering og økt aksept for denne lite synlige delen av sykdomsspekteret, kan ha vært med på å senke terskelen for pasienter til å ta opp sine psykiske plager (16).

At det i 7% av konsultasjonene ble tatt opp en problemstilling som angikk en sekundærpatient, samsvarer med tidligere forskning. En studie viste 16-20% forekomst av temaer som angår en sekundærpatient (9). Beasley et al viser som vår studie, at en sekundærpatient var involvert i 7% av konsultasjonene (4). En annen studie der hovedtemaet var forskning på sekundærpatienter, var det problemstillinger som angikk sekundærpatienter i 6% av konsultasjonene (20).

5.2.3 Hvem tar opp problemstillingen?

Vi fant at legen tar opp problemstillingen i 8,2 av tilfellene. I 0,8% av tilfellene tar en tredjeperson opp problemstillingen. Salisbury et al fant at legen tok opp problemstillingen i 22,3% av tilfellene, og en tredjeperson tok opp problemstillinger 1,4% av gangene, altså noe høyere enn det vi fant (6). Vi så at problemstillinger legen tok opp, som regel var av forebyggende eller somatisk karakter. Pasienten tok som regel opp somatiske eller psykiske problemstillinger. Dette samsvarer med tidligere forskning, med unntak av en noe økt andel psykiske problemstillinger i vår studie. Salisbury et al fant at legen som regel tok opp undergruppene forebyggende temaer, medikamenter, tester og administrasjon, og pasienten ofte tok opp undergruppene somatisk, psykisk og sosialt. (5, 6). Flocke et al fant at legen tok opp temaer som kronisk sykdom, forebygging og oppfølgingsspørsmål. Pasientene tok som regel opp akutte sykdomsproblemer (5). En mulig forklaring på dette er det redegjort for under avsnittet ”Type problemstillinger”.

5.2.4 Alder og kjønn

Et annet funn gjort i denne studien, som tidligere liknende studier ikke har funnet (4, 6), er at det er en signifikant forskjell i antall problemstillinger hos menn og kvinner. Våre funn understøttes derimot av andre (21). I tillegg fant vi en positiv assosiasjon mellom alder og antall problemstillinger, slik som Salisbury et al også har funnet (6). Forskning på kontaktfrekvens for kjønn og alder viser at kvinner hyppigere går til fastlegen enn menn, og jo eldre pasienten er, desto oftere går han/hun til fastlegen (21). Vi ser her en tendens til at kvinner og eldre over tid tar opp enda flere problemer hos fastlegen enn det observasjoner av enkeltkonsultasjoner viser. Vi fant ingen signifikant forskjell i psykiske problemstillinger hos kvinner og menn. Andre har funnet at kvinner ofte presenterer et høyere antall psykiske problemstillinger (21).

5.2.5 Utsettes problemstillingen til senere?

Flocke et al fant at 6% av problemstillingene som ble tatt opp, ble utsatt til en senere konsultasjon (5). Vår studie viser at en 3,1% av problemstillingene ble utsatt, det er altså en relativ lik andel.

5.2.6 Kjenner pasienten legen fra før av?

Vi fant at det var en signifikant forskjell i hvor mange problemstillinger hos listepasienter og ikke-listepasienter. Beasley et al fant i sin studie fra 2004 resultater som samsvarer med våre. Det ble tatt opp flere problemstillinger når pasienten besøkte legen sin regelmessig, enn når den ikke gjorde det. Forskjellen var signifikant (4).

Det at listepasienter tar opp flere problemstillinger enn ikke-listepasienter, kan komme av at pasienten kjenner legen godt og derfor betror seg med flere ting enn den hadde gjort om han/hun ikke kjente legen. En medvirkende årsak til resultatet vårt, kan være at ikke-listepasientene i en del av tilfellene har vært inne for en ø-hjelpstime. På en del legesentre er det slik at legene har konsultasjoner som bestilles samme dag for å ta unna for øyeblikkelig-hjelp-problemer. Ved slike timer er det beregnet at man skal ta opp et ”akutt” problem. Dermed vil pasienter som går til slike konsultasjoner, ta opp færre problemstillinger enn de som går til vanlige konsultasjoner.

5.2.7 Forskjeller mellom fastlegene

Det har vært gjort lite forskning på forskjeller mellom fastlegene i de studiene som likner våre. Vi fant en signifikant forskjell mellom to av legene. Dette kan komme av at ordningen med ø-hjelpstimer varierer fra legesenter til legesenter. Noen steder tar en lege alle sine

listepasienter som kommer for ø-hjelpstimer, uavhengig av hvor full timebok han eller hun har fra før av. Andre steder tar en lege ofte andres listepasienter som trenger en ø-hjelpstime og deres egen lege er opptatt. Vi så også at det var en ulik fordeling av antall ø-hjelpstimer hos legene på observasjonsdagene. Disse to faktorene kan ha vært med på å bidra til forskjellen i antall problemstillinger hos de fire legene. Ulike ordninger med ø-hjelpstimer kan også være med å forklare forskjellen i besvarelsene av skjemaene. På noen legesentre kan pasienter være vant til at de kan få time hos andre enn sin fastlege i akutte situasjoner.

5.2.8 Multiple problemstillinger – et debattert tema

Våren 2013 foregikk det en relativ intens debatt på allmennlegenes diskusjonsforum Eyr. Debatten tok utgangspunkt i en nyhetsartikkel, ”Her får ingen snakke om mer enn én sykdom”. Den beskriver et fastlegekontor i Sogn og Fjordane der pasientene kun får lov til å snakke om én sykdom per legetime, angivelig for å unngå ventetid og for å overholde den nye fastlegeforskriften som innebar å få time innen fem dager (22). Ut fra kommentarene vises det at det er krevende, men svært vanlig med multiple problemstillinger i allmennpraksis. En kommentar til avisartikkelen var: ”Faglig forsvarlig praksis krever at allmennlegen har avansert klinisk kompetanse og evne til å prioritere mellom ulike premisser. Derfor lyder det for meg som en faglig falitterklæring å annonsere at pasientene bare får ta opp en sykdom i løpet av en konsultasjon”. Et svar til dette innlegget var: ”(...) ikke sammelikn din bypraksis med vår (...). To uavhengige problemer kommer vi aldri til å ta opp under en konsultasjon!!”. Et annet tema ved diskusjonen var Time Samme Dag: ”Vi innførte TimeSammeDag for noen år siden og er veldig fornøyde med det” (23). TSD er at pasienten bestiller time, fortrinnsvis via sms, til samme dag. Det er via denne ordningen ikke mulig å bestille time dagen etter eller senere (24).

Debatten illustrerer viktigheten i å gi fremtidige allmennleger kompetanse på å håndtere pasienter med flere og komplekse problemstillinger. Kirsti Malterud, som også deltok i debatten på Eyr, har skrevet om hvordan man forvalter tid i allmennpraksis. En mulighet er å be pasienten som har med en huskeliste med ting å ta opp, om å fortelle punktene på listen og si hva det er viktigst å ta opp og se hvor langt ned på listen man kommer på konsultasjonen (25). Dette er også et råd som dukket opp i Eyr-debatten (23). I tillegg til flere gode råd fra erfarne klinikere, er det å lære seg god tidsbruk i allmennpraksis en klinisk ferdighet som kan og bør trenes opp (25).

5.2.9 Pasientsentrert tilnærming og andre modeller

Ved flere problemstillinger i en konsultasjon kreves det at man kan balansere mellom pasienten og dens sykdommer for å prioritere behandlingen (26). En måte å se hele pasienten på, er den bio-psyko-sosiale modellen, som ble presentert av Georg L. Engel for nesten 30 år siden (27). Her fokuserer man ikke kun på det rent biomedisinske aspektet av sykdommen, men har en mer holistisk tilnærming. Denne modellen innebærer også at man tolker en sykdom i kontekst av pasientens bekymringer og forventninger (28).

Også i nyere tid har kommet flere modeller som særlig kan være til hjelp i møtet med pasienter med multiple problemstillinger. Den pasientsentrerte tilnærmingen er en metode som innebærer at legen ser problemene til pasienten ut fra pasientens ståsted (29).

Pasientsentrert tilnærming har i nyere tid vært under utvikling til en ”patient-partnership”-modell, der lege og pasient samarbeider i fellesskap og man bruker kompetansen til både lege og pasient side for å nå et felles mål. Her står gjensidig ansvar sentralt. Modellen er mer dialogbasert enn den pasientsentrerte tenkemåten (30).

Det er blitt vist at stress og andre livserfaringer kan påvirke både kropp og sinn (31). Ved å integrere biologisk og biografisk kunnskap kan man nå lengre med pasienter som presenterer omfattende og komplekse sykdomsbilder der man allerede har prøvd og feilet med en rekke behandlingsmåter (32). Det at en fastlege ofte møter pasienter med flere, kanskje sammensatte problemstillinger, og også kjenner pasienten over tid, kan da bli en fordel for den biomedisinske delen av behandlingen (30).

5.2.10 Skjemaene

Vi så at noe av det pasientene synes er viktigst når de skal til fastlegen, er å få tatt opp alt de har på hjertet. I en undersøkelse gjort i åtte land, inkludert Norge, vurderte pasienter ulike forhold ved allmennleger. De tok blant annet for seg 38 faktorer som pasientene skulle si hvor viktige hver enkelt av dem var ut fra hva som beskrev en god allmennlege. Den faktoren som scoret høyest, totalt og også i Norge, var at legen skulle ha nok tid til å lytte, snakke og forklare ting til pasienten. Dette likner på det vi så pasienten skrev under ”annet” på spørreskjemaet. I denne undersøkelsen hadde de imidlertid ikke det å få tatt opp alt som et eget punkt på listen (33).

5.3 Styrker og svakheter

En styrke ved denne studien i motsetning til tidligere studier er at det kun var en person som var observatør ved konsultasjonene (4, 5, 7, 9). Dette gir få målefeil. Svært få av de pasientene som ble forespurt om å være med på studien, sa nei. Det ble ikke gjort noen registrering av dette, men det antas å være i færre enn ti pasienter. Man kan fra dette slutte at det synes å være lite seleksjonsbias, det vil si at de som ble med i studien er representative for den totale pasientpopulasjonen til legekantorene.

Tilstedeværelse av en observatør vil kunne gi en viss grad av påvirkning ved observasjonsstudier (34). Hawthorne-effekten er et begrep som betyr at de som studeres i en studie kan endre sin oppførselen som følge av at de blir gjort til gjenstand for studier (35). I undersøkelsen har vi prøvd å begrense denne effekten ved å tilrettelegge observasjonssituasjonen best mulig og fortelle pasienten og legen at studenten i størst mulig grad skulle ignoreres. Utslag av Hawthorne-effekten kan ha ført til at det ble tatt opp for eksempel færre sensitive temaer enn det ville ha blitt gjort uten en observasjon. Når man ser på resultatene fra studien knyttet til problemstillinger av psykisk art, er dette likevel resultater som er høyere enn det tidligere liknende forskning viser (5).

Legene som hadde konsultasjonene sa i etterkant av konsultasjonen at de ikke syntes innholdet i konsultasjonen ble påvirket av tilstedeværelsen av medisinstudenten. Videre er de fastlegekontorene som det ble gjort observasjoner ved, allerede en del av Universitetet i Oslos praksisopplegg for medisinstudenter. Dette kan gjøre at pasientene er mer vant til studenter enn de ellers ville vært og dermed synes det var lettere å si ja til at det var en student med, og at de også derfor tok opp mer sensitive temaer på en for dem vanlig måte. Dermed vil det bli mindre sannsynlighet for en slik systematisk feil som kan vært problematisk ved observasjonsstudier.

Videre var legene når konsultasjonen fant sted, klar over hypotesen til studien. Dette kan ha bidratt til at det ble tatt opp og observert flere problemstillinger enn vanlig. Ved at observasjonene ble gjort på vanlige hele konsultasjonsdager, må vi forvente at mulige feilkilder ved dette ble nøytralisert. Legene måtte holde tidsskjemaet sitt og ble dermed sannsynligvis ikke påvirket nevneverdig av den kjennskap de hadde de til hypotesen på forhånd.

En annen mangel ved observasjonsstudier kan være at observatøren ikke har mulighet til å kunne fange opp det legen tankemessig har vært inne på, men som ikke gir seg til uttrykk i observerbare handlinger av ulik art (4). Eksempler på dette kan være oppfølging av psykiske og sosiale problemstillinger.

Studien kan dessuten ha begrenset generaliserbarhet for norsk allmennpraksis da den er gjort ved legekontorer i bestemte bydeler i Oslo og innenfor en type helsesystem (36).

En slik registrering vi har gjort ved direkte observasjon vil også kunne være beheftet med subjektive fortolkninger av hva som kan defineres som en problemstilling. Videre var det noen leger som sa nei til å være med i studien. Eventuelt kan man forvente ulike resultater fra de gruppene som sa ja og nei.

I senere forskning på liknende problemstillinger vil man kunne registrere ø-hjelpstimer, om vi ikke fikk gjort her. Et forhold som også kan ha betydning, er om pasienten besøker legen sin regelmessig eller ikke. Dette vil man også kunne se på i senere studier.

Ved utdeling av skjemaene kan det være at pasientene som valgte å besvare skjemaene ikke representerte det totale pasientutvalget. Det at skjemaet var relativt kort og lettforståelig kan ha bidratt til at en større andel av de forespurte besvarte skjemaet og dermed mindre seleksjonsbias.

5.4 Konklusjon og implikasjoner

5.4.1 Konklusjon

Det tas som regel opp flere problemstillinger ved en konsultasjon hos fastlegen. Ofte er problemstillingene av ulik art og ikke knyttet til hverandre. I omtrent en fjerdedel av

konsultasjonene tas det opp mer enn tre problemstillinger. Det er viktig for pasienten å få tatt opp alt de har på hjertet ved når de drar til fastlegen.

5.4.2 Utdannelsen av (fast)leger

Resultatene fra dette og liknende studier har betydning for utdannelsen av leger.

Sammensatte problemstillinger fordrer også en unik, i tillegg til generell, kompetanse hos fastleger, ulik den organspesialister har, der fokuset som regel er ett problem. I allmennpraksis blir evnen til å være ”pasientsentrert” en vesentlig del av kompetansen. Det er viktig å fokusere på håndtering av multiple problemstillinger i allmennpraksis, på en best mulig og effektiv måte ved spesialistutdannelsen i allmennmedisin (4). Dette inkluderer det å kunne prioritere tidsbruken riktig. Man kan trene opp leger til å håndtere pasienter med komplekse problemstillinger (25, 36). En annen mulighet er å gi legene bedre tid med hver pasient (36). Det er også noen som har benyttet seg av timebestilling samme dag (TSD). Noen har foreslått å begrense antall problemstillinger som kan tas opp, men det er omdiskutert (23). Det finnes også flere modeller, inklusive den pasientsentrerte, som kan være nyttige verktøy i møtet med pasienter med flere problemstillinger.

Når en pasient har en egen fastlege er det lettere for legen å motivere for forebyggende tiltak. Dette viser en annen den gunstige effekten av en fastlege (1) og dette er også et tema som bør være sentralt i utdannelsen av fastleger. Å ha en fastlege vil kunne senke terskelen for at pasienten kan ta opp mer sensitive temaer som psykiske og sosiale problemstillinger. Ved økt fokus på psykiske lidelser i førstelinjenesten kan man fange opp de med sykdom eller sykdom under utvikling i en tidlig fase. Samtidig er det viktig å unngå overbehandling av de friske (15, 16). Man kan tenke seg at økt fokus på psykiske lidelser i utdannelsen av fastleger, vil være nyttig, ikke minst i et folkehelse- og samfunnsøkonomisk perspektiv.

5.4.3 Forskning

I tillegg viser våre funn at det at i allmenntedisinsk forskning vil være nødvendig å ta hensyn til at pasienter ofte har multiple problemstillinger ved design av studier. Dette er viktig for videre forskning innen allmenntedisinen for å få resultater som er relevante for bruk i allmenntedisin (4).

5.4.4 Annet

Funnene vi har gjort vil for være relevante å ta med i betraktningen ved endring av reglene for fastlegetjenesten. I tillegg er dette et tema som det kan være nyttig å øke oppmerksomheten rundt for allmenntedisiner og også andre deler av helsetjenesten.

Litteraturliste

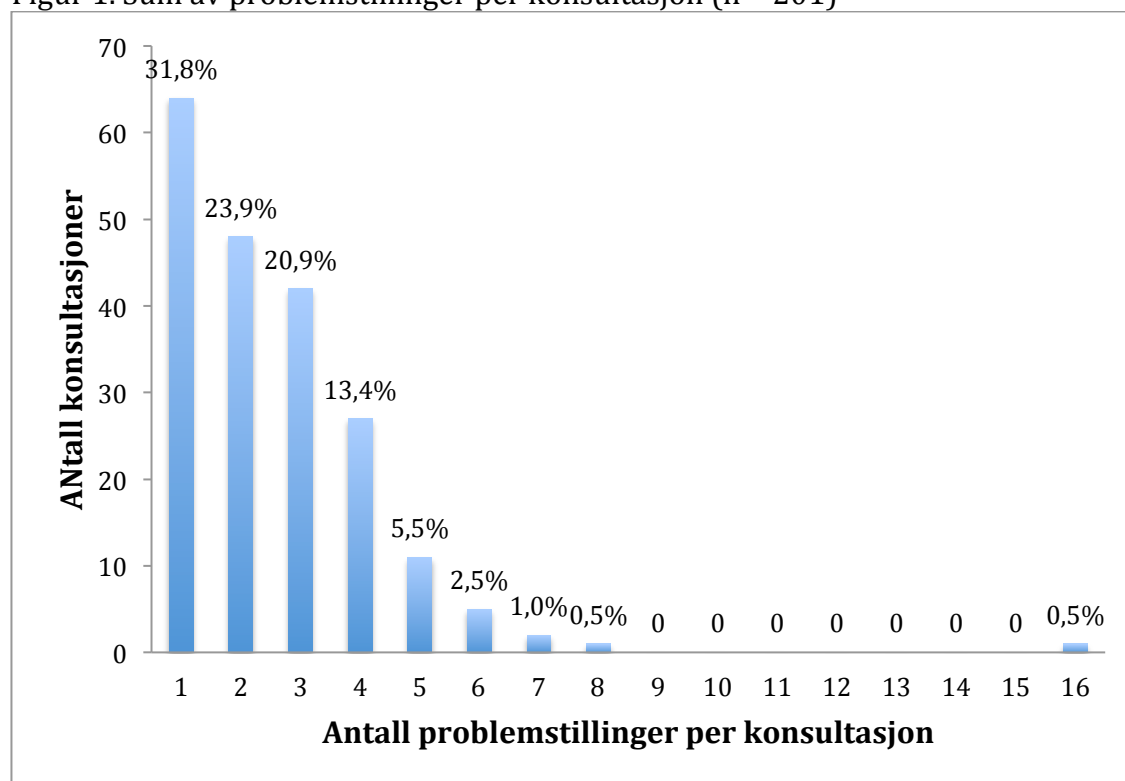
1. Stange KC, Jaen CR, Flocke SA, Miller WL, Crabtree BF, Zyzanski SJ. The value of a family physician. *The Journal of family practice*. 1998 May;46(5):363-8. PubMed PMID: 9597993. Epub 1998/05/23. eng.
2. Hjortdahl P, Hunskår S. Helseproblemer og bruk av helsetjenester i allmennpraksis. In: Hunskår S, editor. *Allmennmedisin*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2003. p. 30.
3. Schei E, Steinsholt IM. Den kliniske samtalen. In: Hunskår S, editor. *Allmennmedisin*. 2. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2003. p. 61.
4. Beasley JW, Hankey TH, Erickson R, Stange KC, Mundt M, Elliott M, et al. How many problems do family physicians manage at each encounter? A WReN study. *Ann Fam Med*. 2004 Sep-Oct;2(5):405-10. PubMed PMID: 15506571. Pubmed Central PMCID: PMC1466713. Epub 2004/10/28. eng.
5. Flocke SA, Frank SH, Wenger DA. Addressing multiple problems in the family practice office visit. *The Journal of family practice*. 2001 Mar;50(3):211-6. PubMed PMID: 11252208. Epub 2001/03/17. eng.
6. Salisbury C, Procter S, Stewart K, Bowen L, Purdy S, Ridd M, et al. The content of general practice consultations: cross-sectional study based on video recordings. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2013 Nov;63(616):e751-9. PubMed PMID: 24267858. Pubmed Central PMCID: PMC3809428. Epub 2013/11/26. eng.
7. Stange KC, Zyzanski SJ, Jaen CR, Callahan EJ, Kelly RB, Gillanders WR, et al. Illuminating the 'black box'. A description of 4454 patient visits to 138 family physicians. *The Journal of family practice*. 1998 May;46(5):377-89. PubMed PMID: 9597995. Epub 1998/05/23. eng.
8. Kravitz RL, Bell RA, Franz CE. A taxonomy of requests by patients (TORP): a new system for understanding clinical negotiation in office practice. *The Journal of family practice*. 1999 Nov;48(11):872-8. PubMed PMID: 10907624. Epub 2000/07/25. eng.
9. Zyzanski SJ, Stange KC, Langa D, Flocke SA. Trade-offs in high-volume primary care practice. *The Journal of family practice*. 1998 May;46(5):397-402. PubMed PMID: 9597997. Epub 1998/05/23. eng.
10. Beasley JW, Makleff R, Myren RW. Evaluating continuity and comprehensiveness of care in an elective family practice clerkship. *J Med Educ*. 1985 Apr;60(4):320-9. PubMed PMID: 3981592. Epub 1985/04/01. eng.
11. Smith BW, Eary LE, Ruane TJ, Hough DO. Continuity, family involvement, and clinical content in a year-long ambulatory care clerkship. *The Journal of family practice*. 1989 Oct;29(4):416-21. PubMed PMID: 2794892. Epub 1989/10/01. eng.
12. Binns HJ, Lanier D, Pace WD, Galliher JM, Ganiats TG, Grey M, et al. Describing primary care encounters: the Primary Care Network Survey and the National Ambulatory Medical Care Survey. *Ann Fam Med*. 2007 Jan-Feb;5(1):39-47. PubMed PMID: 17261863. Pubmed Central PMCID: PMC1783926. Epub 2007/01/31. eng.
13. Bindman AB, Forrest CB, Britt H, Crampton P, Majeed A. Diagnostic scope of and exposure to primary care physicians in Australia, New Zealand, and the United States: a cross-sectional analysis of results from three national surveys. *BMJ*. 2007;334:1261.

14. Tai-Seal M, McGuire TG, Zhang W. Time allocation in primary care office visits. *Health Services Research*. 2007;42:1871-94.
15. Lid TG, Smith-Siversen T, Haavet OR, Strand J, Torske H. Psykiske forstyrrelser og atferdsvansker. In: Hunskår S, editor. *Allmennmedisin*. 3. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2013. p. 456-513.
16. Mykletun A, Knudsen AK. Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. In: Folkehelseinstituttet, editor. *Folkehelseinstituttet rapport*. 8 ed2009.
17. Hansen S, Vinding A, Higrav M, Kristoffersen EB, Andersen E, Hammerstad K. 102 drept av psykisk syke Oslo: NRK; 2014 [cited 2014 18.09]. Available from: <http://www.nrk.no/fordypning/102-drept-av-alvorlig-psykisk-syke-1.11486065>.
18. Olsen O. Politiker forteller åpent om psykisk lidelse Oslo: Aftenposten; 2011 [cited 2014 18.09]. Available from: <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Politiker-forteller-apent-om-psykisk-lidelse-5113824.html>
19. Moen S-CK. Bra at politikeren gir psykiske helseproblemer et ansikt Oslo: Mental helse; 2012 [cited 2014 18.09]. Available from: <http://www.mentalhelse.no/dette-jobber-vi-med/aapenhet/bra-at-politikeren-gir-psykiske-helseproblemer-et-ansikt>.
20. Orzano AJ, Gregory PM, Nutting PA, Werner JJ, Flocke SA, Stange KC. Care of the secondary patient in family practice. A report from the Ambulatory Sentinel Practice Network. *The Journal of family practice*. 2001 Feb;50(2):113-6. PubMed PMID: 11219557. Epub 2001/02/24. eng.
21. Hjortdahl P, Hunskår S. Helseproblemer og bruk av helsetjenester i allmennpraksis. In: Hunskår S, editor. *Allmennmedisin*. 3. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2013. p. 33-9.
22. Valaker O. Her får ingen ta opp mer enn en problemstilling Oslo: Aftenposten; 2013 [cited 2013 22.03]. Available from: <http://www.aftenposten.no/incoming/Her-far-ingen-snakke-om-mer-enn-n-sykdom-7154880.html-.UVskYL9KP-Y>.
23. Eyr - Allmennlegelisten: Eyr; 2013 [cited 2013 25.03]. Available from: <http://mailman.uib.no/listinfo/eyr>.
24. Bedre med time samme dag: *Dagens medisin*; 2011 [updated 31.12.11; cited 2014 22.09]. Available from: <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/bedre-med-time-samme-dag/>.
25. Malterud K. Må legen alltid ha det så travelt? In: Malterud K, editor. *Legekunst i praksis: kommunikasjon lege-pasient*. 1. ed. Oslo: Universitetsforlaget; 2006. p. 117-23.
26. Klinkman M, van Weel C. Prospects for person-centred diagnosis in general medicine. *Journal of evaluation in clinical practice*. 2011;17:365-70.
27. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196:129-36.
28. Borrell-Carrio F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: Principles, Practice and Scientific Inquiry. *Annals of family medicine*. 2004;2(6):576-82.
29. Schei E, Mildestvedt T. Den kliniske samtalen. In: Hunskår S, editor. *Allmennmedisin*. 3. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2013. p. 70-87.
30. Hjortdahl P. Allmennmedisin i endring og utvikling. In: Hunskår S, editor. *Allmennmedisin*. 3. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2013. p. 942-9.
31. McEwen BS, Getz L. Lifetime experiences, the brain and personalized medicine: an integrative perspective. *Metabolism*. 2013;62:S20-S6.
32. Getz L, Kirkengen AL, Ulvestad E. The human biology - saturated with experience. *Tidsskrift for den norske legeforening*. 2011;131:683-7.

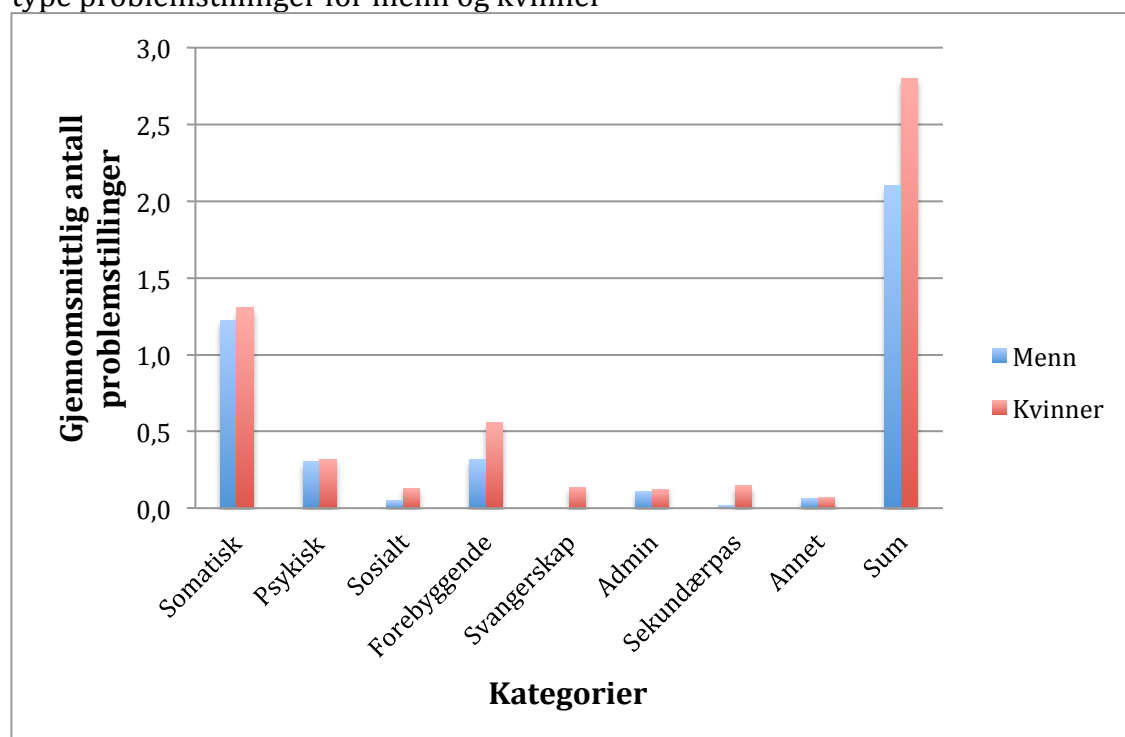
33. Grol R, Wensing M. Patients evaluate general/family practice. *British Journal Of General Practice*. 2000;50(460):882-7.
34. Starfield B, D. S, Morris I, Bause G, Siebert S, Westin C. Presence of observers at patient-practitioner interactions: Impact on Coordination of Care and Methodologic Implications. *American journal of public health*. 1979;69:1021-6.
35. Halle NH. Hawthorneeffekten Store Norske Leksikon: SNL AS; 2014 [updated 06.05.201420.09.2014]. Available from: <https://snl.no/Hawthorneeffekten>.
36. Smith SM, O'Kelly S, O'Dowd T. GP's and pharmacists' experiences of managing multimorbidity: a 'Pandora's box'. *British Journal Of General Practice*. 2010;60:285-94.

6 Figurer og tabeller

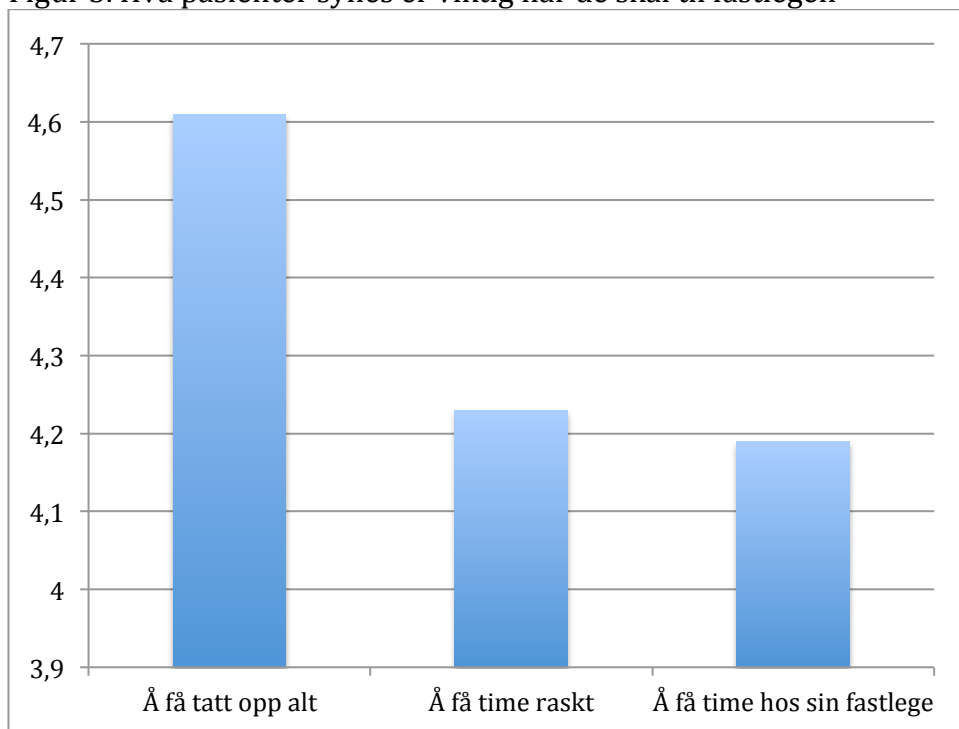
Figur 1. Sum av problemstillinger per konsultasjon (n = 201)



Figur 2. Gjennomsnittlig antall problemstillinger per konsultasjon samt fordeling av type problemstillinger for menn og kvinner



Figur 3. Hva pasienter synes er viktig når de skal til fastlegen



Tabell 1. Karakteristika ved pasientutvalget (n = 201)

	Pasienter
Kjønn, n (%)	
Menn	63 (31,3)
Kvinner	138 (68,7)
Alder i år, gjennomsnitt	
Totalt (SD)	42,2 (21,5)
Menn	40,5 (23,7)
Kvinner	43,0 (20,4)
Listepasienter, n (%)	
Ja	181 (90,0)
Nei	20 (10,0)
Går til lege, n (%)	
En	19 (9,5)
To	66 (32,8)
Tre	62 (30,8)
Fire	54 (26,9)

Tabell 2. Karakteristika ved problemstillingene (n = 517)

	Problemstillinger
Hvem tar opp problemstillingen, n (%)	
Pasient	465 (91,0)
Lege	42 (8,2)
Tredjeperson	4 (0,8)
Utsettes problemstillingen, n (%)	
Ja	16 (3,1)
Nei	494 (96,9)
Eneste problemstilling i konsultasjonen, n (%)	
Ja	64 (31,8)
Nei	137 (68,2)

Tabell 3. Gjennomsnittlig antall problemstillinger og type problemstillinger per konsultasjon totalt, for menn og kvinner, listepasienter og ikke-listepasienter, og konsultasjoner med en eller med flere problemstillinger

	Totalt	Menn	Kvinner	Liste- pasient	Ikke liste- pasient	En problem- stilling	Mer enn en problem- stilling
Problemstillinger, n (SD)	2,6 (1,745)	2,1 (1,299) *	2,8 (1,876) *	2,7 (1,795) **	1,9 (1,014) **	1,0	3,3 (1,665)
Kategorier, n (%)							
<i>Somatisk</i>	1,3 (50,0)	1,2 (58,8) ***	1,3 (46,6) ***	1,3 (48,5)	1,2 (64,1)	0,7 (65,6)	1,6 (47,5)
<i>Psykisk</i>	0,3 (12,1)	0,3 (14,5) ***	0,3 (11,4) ***	0,3 (12,8)	0,1 (5,1)	0,1 (7,8)	0,4 (12,8)
<i>Sosialt</i>	0,1 (4,1)	0,0 (2,3)	0,1 (4,7)	0,1(4,2)	0,0 (2,6)	-	0,2 (4,6)
<i>Forebyggende</i>	0,5 (18,8)	0,3 (15,3)	0,6 (19,9)	0,5 (19,5)	0,2 (10,3)	0,1 (6,3)	0,7 (20,5)
<i>Svangerskap</i>	0,09 (3,7)	0	0,1 (4,9)	0,1 (3,6)	0,1 (5,1)	0,1 (14,1)	0,1 (2,2)
<i>Administrativt</i>	0,12 (4,6)	0,1 (5,3)	0,1 (4,4)	0,1 (4,6)	0,1 (5,1)	0,0 (4,7)	0,2 (4,6)
<i>Sekundær- pasient</i>	0,10 (4,1)	0,0 (0,8)	0,1 (5,2)	0,1 (4,2)	0,0 (2,6)	-	0,2 (4,6)
<i>Annet</i>	0,07 (2,7)	0,1 (3,1)	0,1 (3,1)	0,1 (2,5)	0,1 (5,1)	0,0 (1,6)	0,1 (2,9)

* signifikant forskjell. Multipl regressjon: p-verdi <0,05

** signifikant forskjell. T-test: p-verdi < 0,05

*** ikke signifikant forskjell. T-test for begge kategoriene: p-verdi > 0,05

Tabell 4. Effekt av alder og kjønn på antall problemstillinger. Logistisk regresjonsanalyse

Variabel	Symbol for variabel	Standardisert koeffisient (95% CI)	P-verdi
Alder	Beta 1	0,343 (0,017-0,038)	< 0,001
Kjønn	Beta 2	0,173 (0,164-1,133)	0,009

Tilpasset $r^2 = 0,154$ for $Y_i = B_1X_{1i} + B_2X_{2i} + B_0$

Tabell 5. Spørreskjema. Hva pasienter synes er viktig når de skal til fastlegen (n = 177)

	Gjennomsnittlig rating (SD) (skala 0-5)
Å få tatt opp alt	4,61 (0,74)
Å få time raskt	4,23 (0,95)
Å få time hos sin fastlege	4,19 (1,05)

Vedlegg

Vedlegg 1: Protokoll

Vedlegg 2: Svar fra Regional Etisk Komite

Vedlegg 3: Informasjons- og samtykkeskriv

Vedlegg 4: Registreringskjema

Vedlegg 5: Spørreskjema