



Tidsskriftet
DEN NORSKE LEGEFORENING

Komplekse problemstillinger i allmennpraksis – en prevalensstudie

ORIGINALARTIKKEL

TOR MAGNE JOHNSEN

Midtbyen legesenter, Trondheim
og
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie
NTNU

Han har bidratt til alle deler av arbeidet med artikkelen.
Tor Magne Johnsen er spesialist i allmennmedisin, fastlege og universitetslektor.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BØRGE LØNNEBAKKE NORBERG

dr.norberg@yahoo.no
Tillertorget legesenter, Trondheim
og
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie
NTNU

Han har bidratt til alle deler av arbeidet med artikkelen.
Børge Lønnebakke Norberg er spesialist i allmennmedisin, fastlege og universitetslektor.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

FRODE HELGETUN KROGH

Allmennmedisinsk forskningsenhet (eksternt tilknyttet)
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie
NTNU

Han har bidratt til alle deler av arbeidet med artikkelen.
Frode Helgetun Krogh er sivilingeniør og Master of Petroleum Business Engineering.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JOHANN AGUST SIGURDSSON

Allmennmedisinsk forskningsenhet
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie
NTNU

Han har bidratt til alle deler av arbeidet med artikkelen.
Johann Agust Sigurdsson er professor emeritus i allmennmedisin og deltids allmennpraktiker i Reykjavik.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LINN GETZ

Allmennmedisinsk forskningsenhet
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

NTNU

Hun har bidratt til alle deler av arbeidet med artikkelen.

Linn Getz er lege, professor i medisinske atferdsfag og seniorforsker.

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

Tor Magne Johnsen og Børge Lønnebakke Norberg har bidratt i like stor grad til denne artikkelen.

BAKGRUNN

Fastlegeordningen i Norge har vært en suksess, men ordningens bærekraft er svekket. Sommeren 2017 oppsto det såkalte Trønderopprøret blant fastleger som ønsket å analysere situasjonen. For å øke kunnskapen om totalbelastningen i arbeidshverdagen ble alle landets fastleger invitert til å registrere all sin aktivitet på en typisk praksisdag. Her inngikk blant annet 22 forhåndsdefinerte, tidsaktuelle problemstillinger som danner grunnlaget for denne artikkelen.

MATERIALE OG METODE

Alle Norges 4 784 registrerte fastleger mottok i 2018 en web-basert spørreundersøkelse. Undersøkelsen ble besvart av 1 032 leger. Materialet belyser i overkant av 20 000 konsultasjoner fra hele landet og mer enn 44 000 problemstillinger.

RESULTATER

I gjennomsnitt gjennomførte fastlegene 20 konsultasjoner med 43 ulike problemstillinger på praksisdagen. Det var små forskjeller mellom kvinnelige og mannlige leger. Multimorbiditet forekom i 29 % av konsultasjonene, psykisk lidelse i 22 % og stress og livsbelastninger i 18 %. Fastlegene opplevde å ha en sentral rolle som støttespiller eller livsveileder i 15 % av konsultasjonene.

FORTOLKNING

Undersøkelsen dokumenterer at komplekse og krevende problemstillinger er hyppige. Fastlegene er sentrale i behandling av multimorbide pasienter, forebygging av sykdom og påvisning og oppfølging av kreft. Studien underbygger viktigheten av breddekunnskap og grunnleggende kontinuitet i lege-pasient-relasjonen.

HOVEDFUNN

I en gjennomsnittlig konsultasjon håndterer en fastlege 2,1 problemstillinger.

Flere ganger daglig håndteres pasienter med multimorbiditet, psykiske plager og livsbelastninger.

Fastlegen har en sentral rolle i å forebygge sykdom, identifisere kreft og ivareta pasienter etter kreftbehandling.

Daglig møter fastlegen flere situasjoner som er sensitive og potensielt konfliktfylte, som uenighet knyttet til forskrivning av medikamenter, sykmeldinger og utredninger som ikke er medisinsk indisert.

Fastlegeordningen ble etablert i Norge i 2001. Reformen medførte at kommunene fikk større ansvar for å sikre legetjenester til befolkningen, samtidig som innbyggerne fikk anledning til å velge en fast lege. Ved full kurativ stilling kunne fastlegene bli pålagt et listeansvar for minimum 1 500 personer – det såkalte normtallet (1). Selv om reformen er ansett som vellykket, har de senere årene vært preget av rekrutteringsvansker og bekymring for systemets bærekraft. Endringer, både i og utenfor helsetjenesten, har

påvirket fastlegenes arbeidsoppgaver og arbeidsbelastning: Befolkningen eldes, flere lever med kroniske sykdommer, oppgaver overføres fra andre- til førstelinjetjenesten, og folks forventninger til helsetjenesten har økt (2-4).

I denne situasjonen etablerte en gruppe allmennleger sommeren 2017 grasrotbevegelsen «Fastlegeordningen 2.0», også kalt «Trønderopprøret» (5). Initiativtakerne arbeider også som lektorer ved NTNUs medisinstudium. Målet var å bevare og styrke fastlegeordningen ved å løfte den opp på den nasjonale dagsordenen. Gruppen erkjente et behov for oppdatert kunnskap om fastlegenes arbeidsbetingelser og rolle i dagens helsetjeneste, og igangsatte en kartleggingsstudie blant alle norske fastleger.

Tidligere forskning på allmennlegers arbeidshverdag har fulgt flere tradisjoner. Et viktig utgangspunkt er registerbasert forskning, som viser at en sterk primærhelsetjeneste og kontinuerlige lege-pasient-forhold er gunstig, både med tanke på ressursbruk og redusert dødelighet (6,7). På deskriptivt nivå finnes publikasjoner basert på diagnosekoder og takstbruk (8). Andre studier baseres på «audit», det vil si manuell registrering av en gitt tematikk som grunnlag for nærmere analyse og kvalitetsutvikling (9). I senere år har vi også fått kvalitative studier av spesifikke problemstillinger (10). Flere internasjonale bøker, artikler og rapporter framhever generalistperspektivet og allmenntillegens humanistiske og komplekse egenart (11,12).

Målet med denne studien var å kartlegge utvalgte problemstillinger legene møtte i løpet av en typisk, klinisk praksisdag.

Materiale og metode

Undersøkelsen er basert på et samarbeid mellom aktører innen klinisk praksis, faglig forening og akademia, inspirert av primærhelsetjenesteforsker Trisha Greenhalghs anbefaling av kunnskapsutvikling basert på nye samarbeidsallianser (13). En prosjektgruppe bestående av fastleger og vitenskapelig ansatte ved NTNU utarbeidet et web-basert spørreskjema i programmet Netigate. I spørreskjemaet, som bestod av to deler, ble deltakerne bedt om å registrere sin aktivitet på en selvvalgt, full praksisdag, samt hyppigheten av 22 forhåndsdefinerte problemstillinger (5, se også ramme 1). Andre del av undersøkelsen dekket legenes generelle opplevelse av arbeidssituasjonen. Resultatene fra denne delen, og den overordnede aktivitetsregistreringen, er tidligere offentliggjort (5). Spørreundersøkelsen ble forelagt Legeforskningsinstituttet og Legeforeningens juridiske avdeling og ble pilottestet på erfarne fastleger.

Ramme 1 Spørreskjema: introduksjon til spørsmål og eksempel på problemstillinger

I spørreskjemaet ble spørsmålene i studiens deskriptive del introdusert med følgende tekst:

«I denne delen ønsker vi å belyse et utvalg problemstillinger/temaområder som fastleger jevnlig møter. Listen er ikke tenkt å være utfyllende, og enkelte tema kan være overlappende. Noen av disse er nasjonale satsningsområder, eller tema som jevnlig diskuteres i offentligheten.»

Problemstillinger ble eksemplifisert på følgende vis:

«Pasienten har med en huskeliste (svimmelhet, blodtrykk, reseptfornyelser, føfleksjekk) med fire ulike ting å ta opp. I tillegg gjør legen seg tanker om alkoholforbruk og stress i hjemmemiljøet. Dette vil totalt generere seks problemstillinger i dette eksemplet.»

Legeforeningen sendte unike lenker til undersøkelsen til alle fastleger med registrerte e-postadresser. I tillegg ble leger via sosiale medier oppfordret til å ta kontakt dersom de ikke hadde mottatt e-post med invitasjon til undersøkelsen. Datainnsamlingen pågikk i perioden 28.2.–8.4.2018. Det ble purret én gang. Invitasjonen til deltakelse i studien inneholdt en kort forklaring av innhold, formål og personvern, instruksjoner om å velge en ordinær, full praksisdag utenom legevakt, unik lenke til selve undersøkelsen og en huskeliste for fortløpende registrering av aktiviteter og problemstillinger på den valgte studiedagen. Studien var anonym. Bakgrunnsvariabler som geografisk tilhørighet, kjønn, alder, spesialisering og driftsform ble etterspurt.

Dataene ble presentert deskriptivt med beregning av gjennomsnitt i programvaren SPSS, versjon 26. For å ta høyde for forskjeller i antall konsultasjoner ble forekomsten av problemstillinger også oppgitt som prosentvis andel av fastlegenes totale antall konsultasjoner på studiedagen. Forskjell mellom kvinnelige og mannlige leger ble analysert ved å se på konfidensintervall for gjennomsnittlig hyppighet av hver enkelt problemstilling.

Data som kunne peke mot identiteten til enkeltindivider eller små grupper av leger, ble ikke analysert. Undersøkelsen ble framlagt for Norsk senter for forskningsdata (NSD) og Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK Midt) og vurdert som ikke fremleggingspliktig (referanse 688223/22.08.19).

Resultater

Av 4 784 registrerte fastleger våren 2018 mottok vi komplette svar fra 1 032 (21,6%). Deltakerne er nærmere beskrevet i tabell 1. Bakgrunnsvariablene er tidligere offentliggjort (5). Utvalgets representativitet omtales i diskusjonen.

Tabell 1

Karakteristika ved de deltagende fastlegene.

	Deltakere			
	Kvinnelige fastleger N = 529		Mannlige fastleger N = 502	
	n	%	n	%
Konsultasjoner totalt, dag X	10 216		10 552	
Konsultasjoner gjennomsnitt, dag X	19,3		21,0	
Listestørrelse	529 000–581 000		552 200–602 000	
Listestørrelse gjennomsnitt	1 000–1 099		1 100–1 199	
Aldersgruppe (år)				
< 40	213	40,3	197	39,2
40–49	171	32,3	148	29,5
50–59	97	18,3	74	14,7
≥ 60	48	9,1	83	16,5
<i>Total</i>	529	100,0	502	100,0

	Deltakere			
	Kvinnelige fastleger N = 529		Mannlige fastleger N = 502	
	n	%	n	%
Kommunestørrelse (innbyggere)				
< 5 000	48	9,1	32	6,4
5 000–10 000	40	7,6	45	9,0
10 000–50 000	207	39,1	204	40,6
50 000–100 000	93	17,6	70	13,9
> 100 000	141	26,7	151	30,1
<i>Total</i>	<i>529</i>	<i>100,0</i>	<i>502</i>	<i>100,0</i>
Erfaring som fastlege				
< 5 år	163	30,8	133	26,5
≥ 5 år	366	69,2	369	73,5
<i>Total</i>	<i>529</i>	<i>100,0</i>	<i>502</i>	<i>100,0</i>
Spesialisering				
Spesialist i allmennmedisin	333	62,9	336	66,9
Under spesialisering eller vikar	196	37,1	166	33,1
<i>Total</i>	<i>529</i>	<i>100,0</i>	<i>502</i>	<i>100,0</i>

Til sammen registrerte de 1 032 legene 20 768 konsultasjoner. I gjennomsnitt gjennomførte hver fastlege på den aktuelle praksisdagen 20,1 konsultasjoner med pasient til stede i tillegg til en rekke andre kontakter. Kvinnelige leger gjennomførte litt færre konsultasjoner (gjennomsnitt 19,3; 95 % KI 18,9–19,7) enn mannlige (gjennomsnitt 21,0; 95 % KI 20,6–21,5). Totalt dekket til stede-konsultasjonene 44 343 faglige problemstillinger, noe som tilsvarer 43 faglige problemstillinger i løpet av dagen og 2,1 problemstillinger per konsultasjon.

Tabell 2 (se tidsskriftet.no) beskriver de 22 forhåndsdefinerte problemstillingene som fastlegene registrerte den valgte praksisdagen. Figur 1 viser de 12 vanligste problemstillingene blant de 22, fordelt på kvinnelige og mannlige leger.

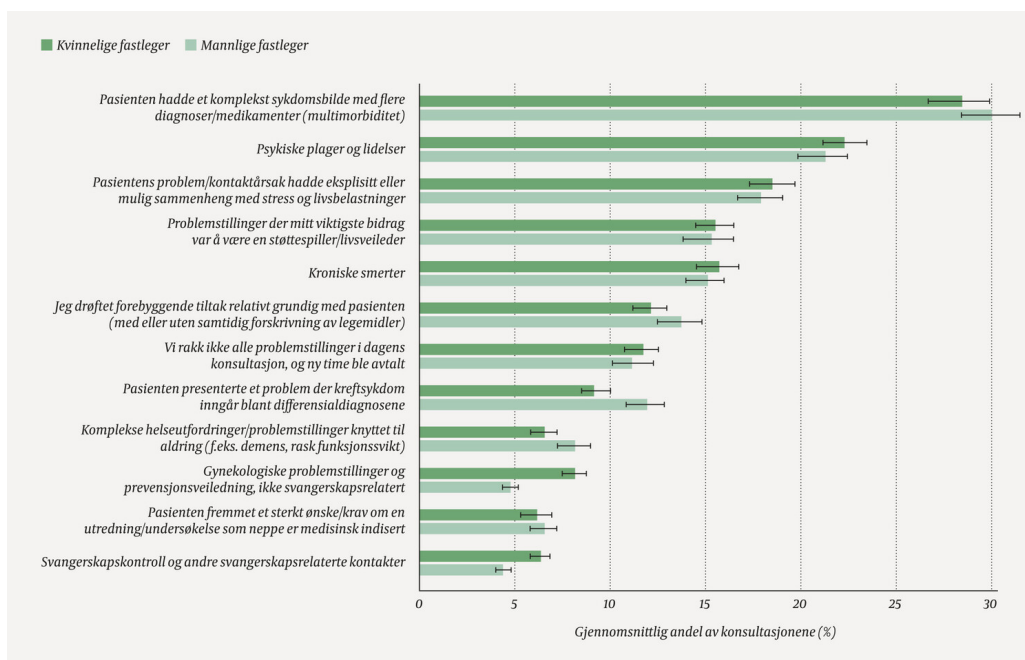
Tabell 2

Forekomst av 22 forhåndsdefinerte problemstillinger, formulert slik de ble presentert i spørreskjemaet. Tabellen viser gjennomsnittlig forekomst og prosentvis andel av fastlegenes totale antall konsultasjoner på en typisk, full praksisdag.

Problemstilling	Gjennomsnittlig forekomst	Andel (%)	Antall svar
Pasienten hadde et komplekst sykdomsbilde med flere diagnoser/medikamenter (multimorbiditet)	5,81	29,1	1 028
Psykiske plager og lidelser	4,30	21,8	1 026

Problemstilling	Gjennomsnittlig forekomst	Andel (%)	Antall svar
Pasientens problem/kontaktårsak hadde eksplisitt eller mulig sammenheng med stress og livsbelastninger	3,62	18,2	1 022
Problemstillinger der mitt viktigste bidrag var å være en støttespiller/livsveileder	3,06	15,3	1 013
Kroniske smerter	3,02	15,3	1 024
Jeg drøftet forebyggende tiltak relativt grundig med pasienten (med eller uten samtidig forskrivning av legemidler)	2,59	12,8	1 008
Vi rakk ikke alle problemstillinger i dagens konsultasjon, og ny time ble avtalt	2,30	11,4	991
Pasienten presenterte et problem der kreftsykdom inngår blant differensialdiagnosene	2,12	10,5	1 001
Komplekse helseutfordringer/problemstillinger knyttet til aldring (f.eks. demens, rask funksjonssvikt)	1,48	7,3	990
Gynekologiske problemstillinger og prevensjonsveiledning, ikke svangerskapsrelatert	1,30	6,5	985
Pasienten fremmet et sterkt ønske/krav om en utredning/undersøkelse som neppe er medisinsk indisert	1,29	6,3	980
Svangerskapskontroll og andre svangerskapsrelaterte kontakter	1,08	5,4	972
Oppfølging av kreftsykdommer	1,06	5,2	970
Komplekse helseutfordringer/problemstillinger hos barn og ungdom (altså ikke kliniske velavgrensede problemstillinger som for eksempel infeksjoner o.l.)	1,01	5,0	977
Pasientens helseproblem er, eller kan muligens være, knyttet til erfaring av vold/misbruk/omsorgssvikt	0,97	5,1	947
Pasientens problem/kontaktårsak hadde eksplisitt eller mulig tilknytning til alkoholmisbruk/rusproblemer	0,84	4,1	963
Uenighet eller krevende diskusjon knyttet til forskrivning av A- eller B-preparater	0,79	3,9	949
Uenighet eller krevende diskusjon knyttet til sykmelding av en pasient	0,59	2,9	942
Pasienten har opplevd krigshandlinger og/eller farefull flukt (flyktning/asylsøker)	0,54	2,7	919
Konsultasjonen ble gjennomført ved hjelp av tolk	0,48	2,3	923
Det var en betydelig språkbarriere mellom meg og pasienten, uten tolk til stede	0,45	2,2	931

Problemstilling	Gjennomsnittlig forekomst	Andel (%)	Antall svar
Jeg opplevde truende kommentarer eller framtoning fra en pasient eller pårørende	0,15	0,7	905



Figur 1 Forekomst av de 12 hyppigste av 22 forhåndsdefinerte problemstillinger, fordelt etter legenes kjønn. Forekomsten er vist som prosentvis andel av fastlegenes totale antall konsultasjoner på studiedagen, med 95 % konfidensintervall.

Kvinnelige leger møtte problemstillinger knyttet til gynekologi i gjennomsnitt 1,58 ganger hver dag (95 % KI 1,45–1,70), mot 0,99 for mannlige leger (95 % KI 0,91–1,07). Samme trend ble observert for svangerskapsrelaterte problemstillinger, hvor kvinnelige leger rapporterte gjennomsnittlig 1,23 problemstillinger hver dag (95 % KI 1,13–1,34), mot 0,92 for mannlige leger (95 % KI 0,84–1,01). Motsatt trend ble observert for problemstillinger knyttet til kreftsykdom, hvor mannlige leger i gjennomsnitt håndterte 2,5 problemstillinger hver dag (95 % KI 2,28–2,72), og kvinnelige leger rapporterte et gjennomsnitt på 1,76 (95 % KI 1,61–1,90).

Diskusjon

Undersøkelsen viser at norske fastleger gjennomfører omtrent 20 konsultasjoner i løpet av en klinisk arbeidsdag. I tillegg kommer mange andre kontakter og gjøremål. Mange av de 22 forhåndsdefinerte, kliniske problemstillingene forekom hyppig. Vi fant relativt små forskjeller mellom mannlige og kvinnelige leger.

Studien gir detaljert innsikt i hverdagen til 1 032 fastleger i Norge. Vi oppfatter deltakelsen som god, gitt undersøkelsens omfang. Samtidig utgjør deltakerne bare 21,6 % av den samlede fastlegepopulasjonen. Fordelingen av deltakere samsvarer godt med Helsedirektoratets fastlegestatistikk (5), med geografisk unntak av Trøndelag, hvor vårt utvalg hadde flere deltakere (5). Studien fikk god deltakelse blant begge kjønn og i ulike aldersgrupper, med en viss overrepresentasjon av yngre leger (30–39 år). Med bakgrunn i det totale antallet besvarelser og respondentenes fordeling mht. fylke, kommune størrelse, kjønn, alder, spesialisering og erfaring mener vi utvalget er egnet til å belyse undersøkelsens problemstillinger.

Studien ble gjennomført i en tid med bekymring og høyt engasjement blant fastlegene i Norge. Det kan være slik at de mest overbelastede legene ikke prioriterte å delta og derfor er underrepresentert i vår studie. På den annen side kan leger som ikke opplevde arbeidssituasjonen som særlig utfordrende, ha manglet motivasjon for å delta. Engasjerte fastleger preger nok utvalget, og vi kan ikke utelukke at deltakerne gjennomgående ville bidra til å dokumentere høy arbeidsbelastning og mange og krevende arbeidsoppgaver. Vi antar samtidig at den faglige aktivismestemningen i større grad kan ha farget besvarelsene i den subjektive delen av spørreundersøkelsen (5) enn i den prospektive registreringen av konkrete problemstillinger og gjøremål. Legene i vår studie beskrev i gjennomsnitt 2,1 problemstillinger per konsultasjon. Dette er neppe et overestimat, idet en norsk studie fra 2015 fant 2,6 problemstillinger per konsultasjon (14). En styrke ved vår metode var for øvrig at spørreskjemaene ble distribuert med en unik lenke til hver respondent, hvilket forhindret flere besvarelser fra samme kilde.

De 22 forhåndsdefinerte problemstillingene i studien gir på ingen måte full oversikt over det faglige innholdet i fastlegenes arbeidsdag. Studien hadde for det første lite fokus på avgrensede, kliniske kontaktårsaker, som må antas å forekomme relativt hyppig. Dernest kan enkelte komplekse konsultasjoner ha blitt kategorisert mer enn én gang blant de 22 temaene (for eksempel både som multimorbiditet og uenighet om forskrivning). Flere vesentlige og komplekse arbeidsoppgaver ble ikke etterspurt, for eksempel veiledning av yngre kolleger parallelt med fastlegens egen kliniske aktivitet. Studien dokumenterte heller ikke konsultasjoner initiert av tredjepartsaktører som forsikringsselskap eller oppfølging av resultater fra undersøkelser utført privat på pasientens eget initiativ.

Legene i vår studie rapporterte at psykisk lidelse var et tema i 22 % av konsultasjonene. Basert på diagnosekoder beskriver evalueringen av fastlegeordningen i 2019 psykisk lidelse i 10 % av konsultasjonene (2). I diagnosekoding av sammensatte, kliniske problemstillinger kan imidlertid diagnoser på psykisk lidelse bli utelatt til fordel for andre relevante diagnoser i pasientens symptombilde. Dette kan forklare noe av diskrepansen mellom studiene. Den norske studien fra 2015 viste en forekomst av psykiske plager på 26 % (14), hvilket ligger nærmere vårt funn. Uavhengig av eksakt prevalens vil offentlige føringer vedrørende håndtering av psykisk lidelse ha stor innflytelse, både på fastlegenes hverdag og på helsetjenestens samlede effektivitet (15). Eksempler på slike føringer er kliniske retningslinjer, prioriteringsveiledere og innføring av pakkeforløp for psykisk sykdom (10), (16–18).

Samhandlingsreformen i 2012 (17) rettet et søkelys mot allmennlegers rolle i forebyggende medisin. Fastlegene i vår studie registrerte at de drøftet forebyggende tiltak relativt grundig i 13 % av konsultasjonene. Til sammenligning fant den norske studien fra 2015 forebyggende aktivitet i 38 % av konsultasjonene (14). Forskjellen kan delvis skyldes spesifiseringen av grundighet i vårt spørsmål. Elementer av forebygging kan dernest ligge implisitt i mange kliniske møter, uten at fastlegene aktivt framhever det. I en ny, norsk rapport (19) påpekes et gap mellom det sentrale myndigheter gjennom regelverk og utredninger har uttrykt av forventninger til helsefremmende og forebyggende arbeid i allmennpraksis, og det fastlegene selv forteller om virksomheten. Det påpekes videre at fastleger mangler tilstrekkelig kompetanse innen forebygging og helsefremming. Samlet ser vi behov for nærmere kartlegging av fastlegers rolle som forebyggende helseaktør, også i et vidt perspektiv der den helsemessige betydningen av menneskelige relasjoner, og fastlegens unike innsikt i disse, vies oppmerksomhet (20).

I tråd med studier fra sammenlignbare land fant vi at norske fastleger daglig utreder mulig kreftsykdom og følger opp pasienter etter en kreftdiagnose, en oppgave som i stadig større omfang delegeres fra sykehusene (21, 22). Studien viser også hvordan sensitive og potensielt konfliktfylte situasjoner jevnlig dukker opp i fastlegenes praksis, inkludert problemstillinger knyttet til rus og alkohol (23, 24), forskrivning av A- eller B-preparater, vurdering av indikasjon for utredning eller sykmelding i tvilstilfeller og truende kommentarer eller framtoning fra en pasient eller pårørende.

Høy forekomst av både multimorbiditet og andre utfordrende, kliniske problemstillinger i primærhelsetjenesten tilsier at en sentral oppgave for fastlegen er å gjøre gode helhetsvurderinger og riktige prioriteringer (3,4,25)(25–27). Kjennskap til pasienten er avgjørende for å gjøre gode vurderinger (28). Dette gjelder tidligere diagnoser og plager, sosiale forhold, medisinbruk og eventuelle rusmidler, bekymringer, preferanser og iboende ressurser. Dertil kommer eventuelle belastende livserfaringer med vesentlig betydning for helse i et livsløpsperspektiv (20). Gjennom flere kliniske møter, gjerne også konsultasjoner med enkle problemstillinger, kan personkunnskapen gradvis etableres og lege-pasient-forholdet styrkes. God klinisk kontinuitet er, som tidligere nevnt, assosiert med lavere dødelighet (6,7).

Det ble nylig dokumentert at gjennomsnittlig arbeidstid for norske fastleger er 55,6 timer per uke (29). Kombinert med den hyppigheten vi her har beskrevet av utfordrende, komplekse problemstillinger, dannes et bilde av en arbeidssituasjon som på sikt kan bli uholdbar (10). I den offentlige evalueringen rapporterte nærmere 70 % av fastlegene at arbeidsrelatert stress, i stor til svært stor grad, går ut over deres livskvalitet (2). Stress hos fastlegen kan også gå ut over kvaliteten på den kliniske dialogen, spesielt i emosjonelt ladede situasjoner der sinnsro og tilstrekkelig tid er avgjørende for å oppnå tillit, felles forståelse og god egenomsorg fra pasientens side (27, 30, 31). 10 % av fastlegene har meldt til kommunen at de ønsker å slutte som fastlege, med høy arbeidsbelastning som hyppigste hovedbegrunnelse (2). Det haster med andre ord å finne viktige tiltak som kan gjøre fastlegenes arbeidshverdag mer håndterlig og bærekraftig. En fersk europeisk multisenterstudie viser at fleksibilitet i arbeidshverdagen, rammer som stimulerer til faglig oppdatering, og stabile lege-pasient-relasjoner er viktige faktorer for allmennlegers trivsel (32). Det er også naturlig å undersøke nærmere i hvilken grad dagens grunn- og videreutdanning forbereder kommende leger på utfordringene i primærhelsetjenesten. Spesielt etterlyser vi oppdatert kunnskap om hvordan arbeidshverdagen oppleves for uerfarne fastleger.

Konklusjon

I gjennomsnitt har norske fastleger på en full, klinisk hverdag 20 konsultasjoner og dobbelt så mange problemstillinger. Studien gir et oppdatert bilde av totalbelastningen, kompleksiteten og travelheten i en norsk fastlegepraksis. Vi observerer at fastlegen møter en høy forekomst av komplekse problemstillinger og psykisk uheld, der legen ofte fungerer som pasientens livsveileder.

Forfatterne takker Trønderopprøret ved fastlegene Vegard Berge, Hanna Helgetun Krogh, Inga Marthe Grønseth, Harald Sundby og Finn Høivik, Den norske legeforening ved Avdeling for jus og arbeidsliv, Samfunnspolitisk avdeling og Legeforskningsinstituttet, Helsedirektoratet ved Divisjon helseøkonomi og kompetanse, medisinstudent ved NTNU Hanne Dahl Vonen for arbeid med referansene, professor emeritus ved NTNU Geir Wenberg Jacobsen for gode råd under arbeidet med revisjon av manuskriptet og Allmenntilleggsutvalget (AFU) for støtte til artikkelkriving. Lisensen til Netigate, som ble brukt til å utføre spørreundersøkelsen, ble finansiert gjennom et spleiselag av Norges fastleger.

Artikkelen er fagfellevurdert.

LITTERATUR

1. Den norske legeforening. Normaltariffen. <https://normaltariffen.legeforeningen.no/book/Fastlegetariffen-2019-XML-c/m-3775> Lest 1.7.2019.

2. Evaluering av fastlegeordningen. EY og Vista Analyse, 2019: 117–209.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/7cd212bf5f0642c1a5d0d480f0923e6d/evaluering-av-fastlegeordningen--slutt-rapport-fra-ey-og-vista-analyse.pdf> Lest 1.9.2019.
3. Reuben DB, Sinsky CA. From transactional tasks to personalized care: A new vision of physicians' roles. *Ann Fam Med* 2018; 16: 168–9. [PubMed][CrossRef]
4. Malterud K, Aamland A, Fosse A. How can task shifting put patient safety at risk? A qualitative study of experiences among general practitioners in Norway. *Scand J Prim Health Care* 2020; 38: 24–32. [PubMed][CrossRef]
5. Fastlegeordningen 2.0 – Trønderopprøret. <http://www.flo20.no/undersokelsen/> Lest 1.3.2020.
6. Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ* 2017; 356: j84. [PubMed][CrossRef]
7. Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E et al. Continuity of care with doctors-a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open* 2018; 8: e021161. [PubMed][CrossRef]
8. Grimsmo A, Hagman E, Faikø E et al. Patients, diagnoses and processes in general practice in the Nordic countries. An attempt to make data from computerised medical records available for comparable statistics. *Scand J Prim Health Care* 2001; 19: 76–82. [PubMed][CrossRef]
9. Stuhr JK, Lykkegaard J, Kristensen JK et al. Danish GPs' and practice nurses' management of acute sore throat and adherence to guidelines. *Fam Pract* 2019; 36: 192–8. [PubMed][CrossRef]
10. Svedahl ER, Pape K, Toch-Marquardt M et al. Increasing workload in Norwegian general practice - a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2019; 20: 68. [PubMed][CrossRef]
11. Heath I. The mystery of general practice. Nuffield: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1995. <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/the-mystery-of-general-practice-web-final.pdf> Lest 8.5.2020.
12. Medical generalism: why expertise in whole person medicine matters. London: Royal College of General Practitioners, 2012. https://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/Policy/A-Z-policy/Medical-Generalism-Why_expertise_in_whole_person_medicine_matters.ashx?la=en Lest 23.1.2020.
13. Greenhalgh T, Jackson C, Shaw S et al. Achieving research impact through co-creation in community-based health services: literature review and case study. *Milbank Q* 2016; 94: 392–429. [PubMed][CrossRef]
14. Bjørland E, Brekke M. What do patients bring up in consultations? An observational study in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2015; 33: 206–11. [PubMed][CrossRef]
15. England E, Nash V, Hawthorne K. GP training in mental health needs urgent reform. *BMJ* 2017; 356: j1311. [PubMed][CrossRef]
16. Pimlott N. Holding a wolf by the ears: Preventive care and the family physician. *Can Fam Physician* 2017; 63: 502. [PubMed]
17. St.meld. nr. 47. Samhandlingsreformen. Kapittel 7. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4foe16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000ddpdfs.pdf> Lest 1.7.2018.
18. Austad B, Hetlevik I, Mjølstad BP et al. Applying clinical guidelines in general practice: a qualitative study of potential complications. *BMC Fam Pract* 2016; 17: 92. [PubMed][CrossRef]
19. Rønnevik DH, Pettersen B, Grimsmo A. Fastlegenes rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid - som utøver og lyttepost. Haugesund/Trondheim: NTNU, 2020. <https://www.ks.no/globalassets/Allmennlegenes-rolle-i-helsefremming-og-forebygging-endelig-nett.pdf> Lest 23.1.2020.
20. Getz L, Kirkengen AL, Ulvestad E. Kroppsliggjøring av erfaring og mening – belastende erfaringers innvirkning på menneskets biologi. I: Mæland JG (red.) *Sykdommers sosiale røtter*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2020: 205–34.
21. Jensen H, Vedsted P. Exploration of the possible effect on survival of lead-time associated with implementation of cancer patient pathways among symptomatic first-time cancer patients in Denmark. *Cancer Epidemiol* 2017; 49: 195–201. [PubMed][CrossRef]
22. Ewing M, Naredi P, Zhang C et al. Diagnostic profile characteristics of cancer patients with frequent consultations in primary care before diagnosis: a case-control study. *Fam Pract* 2018; 35: 559–66. [PubMed][CrossRef]
23. Abidi L, Oenema A, van den Akker M et al. Do general practitioners record alcohol abuse in the electronic medical records? A comparison of survey and medical record data. *Curr Med Res Opin* 2018; 34: 567–72. [PubMed][CrossRef]

24. Lid TG, Nesvåg S, Meland E. When general practitioners talk about alcohol: exploring facilitating and hampering factors for pragmatic case finding. *Scand J Public Health* 2015; 43: 153-8. [PubMed] [CrossRef]
25. Wallace E, Salisbury C, Guthrie B et al. Managing patients with multimorbidity in primary care. *BMJ* 2015; 350: h176. [PubMed][CrossRef]
26. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Med Educ* 1996; 30: 83-9. [PubMed][CrossRef]
27. Assing Hvidt E, Bjørnskov Pedersen L, Lykkegaard J et al. A colonized general practice? A critical habermasian analysis of how general practitioners experience defensive medicine in their everyday working life. *Health (London)* 2019; 24: 1363459319857461. [PubMed][CrossRef]
28. Mjølstad BP. Knowing patients as persons. A theory-driven, qualitative study of the relevance of person-related knowledge in primary health care. Doktoravhandling. Trondheim: Institutt for samfunnsmedisin, NTNU, 2015. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2353203> Lest 8.5.2020.
29. Morken T, Rebnord IK, Maartmann-Moe K et al. Workload in Norwegian general practice 2018 - an observational study. *BMC Health Serv Res* 2019; 19: 434. [PubMed][CrossRef]
30. Etz RS, Gonzalez MM, Brooks EM et al. Less AND more are needed to assess primary care. *J Am Board Fam Med* 2017; 30: 13-5. [PubMed][CrossRef]
31. Stange KC. Holding on and letting go: A perspective from the Keystone IV Conference. *J Am Board Fam Med* 2016; 29 (suppl 1): S32-9. [PubMed][CrossRef]
32. Le Floch B, Bastiaens H, Le Reste JY et al. Which positive factors give general practitioners job satisfaction and make general practice a rewarding career? A European multicentric qualitative research by the European general practice research network. *BMC Fam Pract* 2019; 20: 96. [PubMed] [CrossRef]

Publisert: 29. juni 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0683

Mottatt 24.10.2019, første revisjon innsendt 27.1.2020, godkjent 8.5.2020.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2023. Lastet ned fra tidsskriftet.no 9. februar 2023.