

## Om helsetjenesten

# Arbeidsbelastning blant kvinnelige og mannlige fastleger

### Sammendrag

**Bakgrunn.** I artikkelen beskrives forskjeller i mannlige og kvinnelige legers arbeidsbelastning ut fra pasientsammensetning på listene og ut fra pasientenes kjønn.

**Materiale og metode.** Data er hentet fra trygdeetatens legereningskontroll fra høsten 2001 (1 637 allmennleger) og fra en omfattende spørreundersøkelse blant fastleger høsten 2002 (2 306 allmennleger).

**Resultater.** Hos kvinnelige leger er 62 % av pasientene kvinner, mens tilsvarende andel hos de mannlige legene er 47 %. Kvinnelige leger har i gjennomsnitt om lag 200 færre listepasienter enn sine mannlige kolleger. Kvinnelige leger har også en høy andel kvinnelige pasienter, uavhengig av listelengden. Nesten 50 % av de kvinnelige legene med lister over 1 800 pasienter ønsker å redusere listelengden, mens bare 26 % av de mannlige legene ønsker en slik reduksjon.

**Fortolkning.** Den totale arbeidsbelastningen som utgjøres av listelengden og pasientsammensetningen på listen, trenger ikke være vesentlig forskjellig for mannlige og kvinnelige fastleger. Kvinnelige leger kan velge å ha kortere liste for å kompensere for at kvinnelige pasienter har litt flere legebesøk og mottar litt flere tjenester enn mannlige pasienter. Mannlige leger på sin side kan tillate seg å ha en litt lengre liste fordi de i gjennomsnitt har litt færre kvinnelige listepasienter.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

#### Jostein Grytten

[josteing@odont.uio.no](mailto:josteing@odont.uio.no)  
Seksjon for samfunnsodontologi  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1052 Blindern  
0316 Oslo

#### Irene Skau

Universitetet i Oslo

#### Olaf G. Aasland

Legeforeningens forskningsinstitutt og  
Institutt for helseledelse og helseøkonomi  
Universitetet i Oslo

1.6. 2001 ble fastlegereformen innført i allmennlegetjenesten i Norge. Forut for reformen ble en forsøksordning med fastlege utprøvd i fire kommuner. Denne forsøksordningen ble evaluert av Sosial- og helsedepartementet. Et sentralt moment i evalueringen ble de kvinnelige allmennlegenes arbeidssituasjon. Et funn var at de kvinnelige fastlegene fikk en forverret arbeidssituasjon (1–4). Dette ble delvis knyttet opp mot at de kvinnelige fastlegene hadde en høyere andel kvinnelige pasienter på sine lister enn de mannlige fastlegene. Siden kvinner går oftere til legen enn menn, ble arbeidsbelastningen større med en høy kvinneandel på listene (5, 6).

Ut fra en undersøkelse i Trondheim nyanserer imidlertid Paulsen bildet som er skapt av sammenhengen mellom de kvinnelige fastlegenes selvopplevde arbeidsbelastning og kvinneandelen på deres lister (7). Han finner at kvinnelige fastlegers pasienter forventes å bruke allmennlegetjenesten bare 5–6 % mer enn pasienter hos mannlige fastleger i Trondheim. Paulsen konkluderer med at forholdet mellom mannlige og kvinnelige legers faktiske arbeidsbelastning i Trondheim er mer preget av likhet enn av ulikhet.

Fastlegeordningen ble innført primært for å ivareta brukernes behov. Men like fullt er det viktig også å rette oppmerksomheten mot tjenesteytneres situasjon. På lang sikt vil ikke pasienten være tjent med en allmennlegetjeneste der en gruppe av tjenesteyttere finner sin arbeidssituasjon vanskelig. I lys av erfaringene fra fastlegeforsøket er det derfor nå, etter at fastlegereformen er innført, relevant å følge opp studier av arbeidsbelastningen spesielt for de kvinnelige allmennlegene.

Legenes arbeidsbelastning er bestemt av

pasientsammensetningen på listene og listelengden. I denne artikkelen beskriver vi hvordan andelen mannlige og kvinnelige pasienter varierer mellom kvinnelige og mannlige allmennleger. Forskjeller i allmennlegenes faktiske tjenesteproduksjon blir så beskrevet ut fra pasientenes kjønn. Avslutningsvis presenteres forskjeller i kvinnelige og mannlige legers tilfredshet med listelengden.

### Materiale og metode

Vi bruker to typer data. For å beskrive den faktiske tjenesteproduksjonen ut fra pasientens kjønn har vi benyttet oss av data fra trygdeetatens legereningskontroll fra oktober/november 2001. Dette materialet omfatter 1 637 allmennleger og 820 000 pasientkontakter, hvorav 434 000 konsultasjoner. Datamaterialet er tilrettelagt slik at det for hver lege er inkludert ett månedsoppgjør, det vil si pasientkontakter for en måned. Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste har vært behjelpelig med opplysninger om listelengde og kjønnsammensetning på listene fra sin fastlegedata-base.

Dataene for å belyse hvorvidt det er kjønnsforskjeller mellom fastlegene i deres subjektive vurdering av listelengden er hentet fra en omfattende spørreundersøkelse blant fastleger høsten 2002. Administrering og gjennomføring av undersøkelsen ble foretatt av Legeforeningens forskningsinstitutt. Skjema ble sendt ut til i alt 3 355 fastleger. 2 306 fastleger har besvart skjemaet, noe som gir en svarprosent på 70. En bortfallsanalyse viser at representativiteten er god med hensyn til kjønns- og aldersfordeling, og for fordelingen av leger ut fra



### Hovedbudskap

- Den faktiske arbeidsbelastningen per listepasient er høyere for kvinnelige enn for mannlige leger. Dette skyldes at kvinnelige leger har flere kvinnelige pasienter, som har flere konsultasjoner og får utført flere behandlinger enn mannlige pasienter
- Den totale arbeidsbelastningen trenger imidlertid ikke være vesentlig forskjellig for mannlige og kvinnelige leger. Dette skyldes at kvinnelige leger har kortere lister enn mannlige leger

kommunestørrelse (8). Undersøkelsen ble utført anonymt. Forskjeller i undergrupper av materialet ble testet ved en tosidig t-test (tab 1–3) og en khi-kvadrat test (tab 4). Forskjellene som er presentert i tabellene er statistisk signifikant på konvensjonelt nivå ( $p < 0,05$ ).

## Resultater

Kvinnelige allmennleger har en gjennomsnittlig listelengde på litt over 1 100 pasienter. Dette er om lag 200 færre listepasienter enn det mannlige fastleger har (tab 1). Hos kvinnelige leger er 62 % av pasientene kvinner. Tilsvarende andel hos de mannlige legene er 47 %. De kvinnelige legene har en litt høyere andel pasienter i aldersgruppen under 20 år, mens de mannlige legene har en litt høyere andel over 50 år.

Det er høyere tjenesteproduksjon per listepasient for kvinnelige pasienter sammenliknet med mannlige pasienter (tab 2). Dette mønsteret er nesten uavhengig av legens kjønn. For eksempel har kvinnelige leger 0,23 konsultasjoner per kvinnelig listepasient og 0,13 konsultasjoner per mannlige listepasient. Mannlige leger har 0,26 konsultasjoner per kvinnelig listepasient. Tidstaksten brukes oftere for kvinnelige pasienter enn for mannlige pasienter, uavhengig av legens kjønn. Både kvinnelige og mannlige leger bruker 0,08 tidstakster per kvinnelig pasient. Uavhengig av legens kjønn tas det flere laboratorieprøver per kvinnelig listepasient enn per mannlige listepasient.

Kvinnelige leger har en høyere andel kvinnelige pasienter, uavhengig av listelengden (tab 3). De mannlige fastlegene har i underkant av 50 % kvinnelige pasienter for nesten alle nivåer på listelengden.

For lave nivåer på listelengden (< 1 100 pasienter) er de kvinnelige legene litt mer fornøyd med listelengden enn sine mannlige kolleger (tab 4). For høye nivåer på listelengden ( $\geq 1 800$  pasienter) er bildet motsatt: Her er de mannlige legene mer fornøyd med listelengden enn de kvinnelige legene. For et middels nivå på listelengden (1 100–1 799 pasienter) er det ingen forskjell i tilfredshet med listelengden ut fra legenes kjønn.

## Diskusjon

Aldersfordelingen mellom pasientene har mindre betydning enn kjønnsfordelingen med hensyn til forskjeller i arbeidsbelastningen for mannlige og kvinnelige pasienter (tab 1). Den totale arbeidsbelastningen trenger imidlertid ikke være vesentlig forskjellig mellom mannlige og kvinnelige leger. Dette kan skyldes at de kvinnelige legene i gjennomsnitt har kortere lister enn sine mannlige kolleger. En mulig tolking er at kvinnelige leger velger å ha kortere liste for å kompensere for at kvinnelige pasienter har litt flere legebesøk

**Tabell 1** Gjennomsnittlig listelengde og listesammensetning. Data fra trygdeetatens legeregningsskontroll høsten 2001

Legens kjønn	Gjennomsnittlig listelengde	Andel menn/kvinner på listen (%)		Andel i ulike aldersgrupper (år) på listen (%)			
		Menn	Kvinner	0–20	21–50	51–70	Over 70
Kvinner (n = 467)	1 117	38	62	31	44	17	8
Menn (n = 1 170)	1 316	53	47	25	41	22	12
Alle lister samlet (N = 1 637)	1 259	49	51	27	42	20	11

**Tabell 2** Konsultasjoner, telefonkontakter og takstbruk per listepasient. Data fra trygdeetatens legeregningsskontroll høsten 2001

	Konsultasjoner per listepasient	Telefonkontakter per listepasient	Tidstakster per listepasient	Laboratorieprøver per listepasient
<i>Kvinnelige leger (n = 467)</i>				
Mannlige pasienter	0,13	0,07	0,04	0,09
Kvinnelige pasienter	0,23	0,13	0,08	0,19
<i>Mannlige leger (n = 1 170)</i>				
Mannlige pasienter	0,19	0,10	0,05	0,15
Kvinnelige pasienter	0,26	0,16	0,08	0,23

**Tabell 3** Listesammensetning. Andel mannlige og kvinnelige pasienter etter listelengde. Data fra trygdeetatens legeregningsskontroll høsten 2001

Listelengde	Kvinnelige leger		Mannlige leger	
	Pasientens kjønn (%)		Pasientens kjønn (%)	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
< 800 pasienter (n = 198)	41	59	57	43
800–1 099 pasienter (n = 370)	39	61	55	45
1 100–1 399 pasienter (n = 499)	38	62	47	53
1 400–1 799 pasienter (n = 427)	36	64	53	47
$\geq 1800$ pasienter (n = 143)	36	68	51	49
Alle lister samlet (N = 1 637)	38	61	47	53

enn mannlige pasienter. Mannlige leger på sin side kan tillate seg å ha en litt lengre liste fordi de i gjennomsnitt har litt færre kvinnelige listepasienter.

Det at den totale arbeidsbelastningen ikke nødvendigvis er vesentlig forskjellig mellom mannlige og kvinnelige leger, er også konsistent med resultatene fra en tidligere studie der man har belyst forskjeller i tilfredsheten med arbeidssituasjonen i nåværende praksis mellom mannlige og kvinnelige allmennleger (9). På en skala fra 1 (lav) til 5 (høy) var gjennomsnittsskåren på tilfredshet 3,5 for de kvinnelige fastlegene og 3,6 for de mannlige. Dersom oppfattelsen av den totale arbeidsbelastningen varierte mye mellom menn og kvinner, ville vi ha forventet å finne tydeligere forskjeller i deres tilfredshet med arbeidssituasjonen i praksis.

Ett unntak må imidlertid gjøres, og det er for de kvinnelige legene med svært lange lister ( $\geq 1 800$ ). Disse utgjør imidlertid bare ca. 3 % av alle kvinnelige fastleger (8), men

like fullt ønsker nesten halvparten av disse kvinnelige legene en redusert listelengde. Dette kan være forståelig gitt at kvinnelige leger med lange lister også har en høy andel kvinnelige pasienter (tab 3). Våre tall tyder på at en listelengde på over 1 800 pasienter kan utgjøre en kritisk grense for kvinnelige allmennleger – det er spesielt når listen blir lengre enn det, at ønsket om en redusert listelengde blir uttalt.

Den prosentvise fordelingen av mannlige og kvinnelige pasienter ut fra legenes kjønn i denne studien (tab 1) avviker lite fra hva som ble rapportert fra fastlegeforsøket. I forsøkskommunene sett under ett hadde de kvinnelige legene 64 % kvinner på sin liste (3). Tilsvarende tall for de mannlige legene var 47 %. I en annen studie, der man så på Trondheim spesielt, hadde kvinnelige leger 66 % kvinnelige pasienter, mens de mannlige legene bare hadde 45 % (7).

Forskjellen i resultater mellom vår studie og tilsvarende studier fra forsøkskommunene er først og fremst listelengden.

**Tabell 4** Fastlegenes ønske om flere/færre listepasienter. Andel leger i prosent. Data fra Allmennlegeundersøkelsen 2002

Listelengde	I alt (%)	Kvinnelige leger (n = 648) <sup>1</sup>			Mannlige leger (n = 1 585) <sup>1</sup>			
		Leger som er tilfreds med listelengden (%)	Leger som ønsker flere pasienter (%)	Leger som ønsker færre pasienter (%)	Leger som er tilfreds med listelengden (%)	Leger som ønsker flere pasienter (%)	Leger som ønsker færre pasienter (%)	
< 800 pasienter	15	65	32	3	7	59	37	4
800–1 099 pasienter	28	69	22	9	18	52	39	9
1 100–1 399 pasienter	34	61	15	24	32	60	25	15
1 400–1 799 pasienter	18	61	6	33	32	60	12	28
≥ 1 800 pasienter	4	52	0	48	11	65	9	26
Alle lister samlet	100	64	17	19	100	59	23	18

<sup>1</sup> Spørsmålsformulering: «Ut fra en totalvurdering av økonomi, arbeidsbelastning og andre personlige forhold: Hvor mange flere, ev. færre pasienter kunne du ønske deg på din liste i dag?»

I fastlegeforsøket var det vesentlig flere på listene enn hva som er tilfellet under dagens fastlegeordning. I en studie rapporterte for eksempel de kvinnelige fastlegene i Trondheim en gjennomsnittlig listelengde på 1 624 pasienter (2). Den gjennomsnittlige listelengden for kvinnelige leger i Tromsø var 1 342 pasienter (2).

Det er liten forskjell i tilfredsheten med arbeidssituasjonen i praksis mellom mannlige og kvinnelige leger etter at fastlegeordningen ble iverksatt (9). Dette avviker fra det som ble funnet i forsøkskommunene. Et gjennomgående funn der var at de kvinnelige legene i større grad enn de mannlige rapporterte om en vanskelig arbeidssituasjon (2, 3). Det at de kvinnelige legene nå har vesentlig kortere lister enn hva de hadde i fastlegeforsøket, kan sannsynligvis forklare at de nå er mer tilfredse enn hva de var i forsøket. Dette er tilfellet selv om den faktiske pasientsammensetningen mellom de mannlige og de kvinnelige legene ikke er særlig forskjellig fra det den var i forsøkskommunene.

Resultatene fra denne studien understreker også betydningen av at fastlegene

har lov til å sette et listetak. Dette ser ut til å ha skjermet de kvinnelige fastlegene fra en for høy arbeidsbelastning. Dette er forskjellig fra en situasjon som for eksempel den danske, der legene ikke har anledning til å begrense listelengden sin (10). En annen relevant problemstilling er de økonomiske konsekvensene på inntjeningsiden av forskjellig listelengde hos norske mannlige og kvinnelige leger. Færre listepasienter betyr mindre per capita-inntekter. På den annen side kan kvinnelige leger ha høyere stykkprisinntekter per listepasient på grunn av høy kvinneandel på listen. De økonomiske konsekvensene beror på om de økte stykkprisinntektene oppveier lavere per capita-utbetalinger.

For å konkludere – det at de kvinnelige allmennlegene nå har en kortere listelengde enn i forsøket, gjør at de i større grad kan håndtere og dermed også akseptere en tyngre pasientsammensetning. Dette synes også å bidra til større tilfredshet blant de kvinnelige legene enn i fastlegeforsøket (9).

*Vi takker Norges forskningsråd for finansiell støtte til denne studien.*

#### Litteratur

1. Heen H, Johnsen E, Mo TO et al. Forsøk med fastlegeordningen. Evaluering av et forsøk i fire kommuner. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet, 1996.
2. Malterud K, Steinert S, Mo TO. Kjønn, arbeidsbelastning og listeprofil i allmennpraksis. Erfaringer fra fastlegeforsøket. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 2406–11.
3. Skogsholm A, Hasvold T. Er fastlegesystemet mer krevende for kvinnelige enn for mannlige leger? Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3417–20.
4. Dahle BP. Vi har fått en hardere hverdag. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 2301–2.
5. Gotteberg HJ. Kvinnelig allmennpraktiker – kvinnelige pasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 1988; 108: 584–5.
6. Briscoe M. Why do people go to the doctor? Sex differences in the correlates of GP consultations. Soc Sci Med 1992; 34: 263–70.
7. Paulsen B. Fastlegeordningen – pasientsammensetning og arbeidsbelastning for legene. Praksisveiling i fastlegekommunen Trondheim. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 2797–800.
8. Grytten J, Skau I, Sørensen R et al. Fastlegereformen. En analyse av fastlegenes arbeidsbelastning og tjenestetilbud. Forskningsrapport nr. 11–2003. Sandvika: Handelshøyskolen BI, 2003.
9. Grytten J, Skau I, Sørensen R et al. Legenes arbeidssituasjon etter ett år med fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 124: 358–61.
10. Solholm K. Organisering av fastlegeordning i fire europeiske land. Arbeidsnotat 2003: 2. Internettversjon. Oslo: Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, 2003.