

TIDSBRUK I ALLMENNPRAKSIS
5.årsoppgave i Stadium IV medisinstudiet
Universitetet i Tromsø

Maya Eikeland Gadgil, MK-04

Åshild Hana, MK-04

Veileder: Tor Anvik, Institutt for Samfunnsmedisin

Tromsø 10.09.09

Tusen takk til:

Jan Hana for hjelp til rekruttering av leger.

Gerd Furumo for hjelp med det praktiske.

Stig Nymo for hjelp til pakking av materialet.

Tor Anvik for god veiledning.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	5
Innledning	6
Hvor lenge varer en konsultasjon hos allmennlegen?	6
Tid og tilfredshet blant pasienter	7
Tid og tilfredshet blant leger	8
Tidsbruk og konsultasjonens innhold	8
Pasientfaktorer som påvirker konsultasjonstiden.....	9
Legefaktorer som påvirker konsultasjonstiden	10
Tidsbruk og helseeffekter	11
Formål med vår undersøkelse	11
Metode og materiale	12
Resultater	14
Bakgrunnsinformasjon.....	14
Tidsbruk	14
Konsultasjonsinnhold	15
Tilfredshet.....	16
Diskusjon	17
Bakgrunnsinformasjon.....	17
Tidsbruk	17
Konsultasjonsinnhold	19
Tilfredshet.....	20
Feilkilder og ting vi kunne gjort annerledes	21
Konklusjon	23
Tabeller og figurer	24

Referanseliste	30
Vedlegg	33
Vedlegg 1: Konsultasjonsskjema lege.....	33
Vedlegg 2: Spørreskjema pasient	35
Vedlegg 3: Veiledningsskjema lege	38
Vedlegg 4: Veiledningsark til medarbeider i ekspedisjonen	41

Sammendrag

Det eksisterer en bekymring, både blant leger og pasienter, for at konsultasjonstiden i allmennpraksis er for kort. Dette til tross for at flere pasienter enn tidligere er fornøyd med tiden de har hos legen etter innføringen av fastlegeordningen i 2001. Det har den siste tiden vært økt fokus på problemstillingen tid i allmennpraksis, etter at Samhandlingsreformen foreslo å sette et lavere tak på antall pasienter per fastlegeliste, for å øke tiden legene har til rådighet med hver pasient.

Vi har satt fokus på problemstillingen tidsbruk i allmennpraksis ved å lese relevant litteratur og utføre en spørreundersøkelse blant leger og deres pasienter i Nord-Norge. I spørreundersøkelsen har vi sett på hvor lenge en konsultasjon i allmennpraksis varer, hva tiden brukes til, og hvilke faktorer som spiller inn på tidsbruken. I tillegg har vi fokusert på pasienters og legers tilfredshet med tiden til rådighet ved en allmennlegekonsultasjon, og hvilke faktorer som spiller inn på tilfredsheten.

I spørreundersøkelsen deltok 20 leger, som til sammen fylte ut 196 konsultasjonsskjemaer angående sine konsultasjoner. I tillegg hadde vi laget spørreskjemaer til pasientene, og 102 pasienter svarte på disse skjemaene.

Resultatene våre viste at kvinnelige leger satte av mer tid til hver konsultasjon enn mannlige leger. Det var likevel ingen forskjell mellom kjønnene i tiden legene faktisk brukte. Pasientene hadde forventninger til tidsbruken som stemte overens med tiden de fikk inne hos legen. Tidsbruken økte med økende alder på pasienten.

Både leger og pasienter var for det meste veldig fornøyd med konsultasjonene som helhet og det som ble gjort underveis. Leger og pasienter var også fornøyd med tiden til rådighet til hver konsultasjon. Legene var mindre fornøyd med sine konsultasjoner dersom de brukte fem minutter mer enn tiden som var avsatt. Pasientenes tilfredshet med konsultasjonene var uavhengig av tiden de mente de hadde fått inne hos legen.

Siden vårt materiale er så lite kan det sannsynligvis ikke trekkes generelle konklusjoner basert på dette. Dette gjelder særlig når det kommer til sammenlikninger mellom legene.

Innledning

Tilgjengelighet og nærhet oppfattes som vesentlige forutsetninger for en tilfredsstillende primærhelsetjeneste, både blant pasienter og leger (1). En viktig faktor er hvor mye tid legen har til hver pasient. Etter innføringen av fastlegeordningen i Norge i 2001, rapporterer flere pasienter enn tidligere at de får nok tid hos legen (2,3). Det eksisterer likevel en bekymring, både blant leger og pasienter, for at konsultasjonstiden er for knapp. Pasientene føler at de ikke får nok tid til å få snakket om alle sine problemer, og at de ikke blir tatt på alvor (1). Bekymringen angående mangel på tid hos legen er uttrykt av MS-syke Svein Grindstad, som skiftet lege fordi han ikke følte seg ivaretatt av sin fastlege. Han sier: ”Før kunne det gå uker før jeg fikk time. På legekantoret var det alltid kø. Når jeg omsider kom inn til fastlegen, lenge etter avtalt tid, følte jeg meg som et nummer i rekka. Fastlegen var utålmodig, ukonsentrert og travel” (4). Legene kan føle at arbeidspresset blir for stort, slik at de blir tvunget til å arbeide for raskt, og at den daglige pasientstrømmen er for stor til at de klarer å utføre det de ønsker for sine pasienter (1).

Det har den siste tiden blitt fokusert på problemstillingen om for lite tid i allmennpraksis, etter at helseminister Bjarne Håkon Hanssen med sin Samhandlingsreform (5) har uttalt at fastlegene skal få mer tid til sine pasienter (6). Dette skal gjøres ved å sette et tak på maksimum 1000 pasienter per fastlegeliste, og ved å øke antallet fastleger (6).

Det er store forskjeller mellom ulike land når det kommer til antall minutter satt av til hver konsultasjon (7). Leger i de skandinaviske land bruker gjennomgående mer tid til hver konsultasjon enn i de fleste andre europeiske land. I land som England, der de har kortere konsultasjoner enn i Norge (7), kan det hende at bekymringene angående tid er større enn hos oss. Det kan bety at funn fra undersøkelser om tidsbruk i allmennpraksis utført i andre land ikke nødvendigvis kan overføres til norske forhold.

Hvor lenge varer en konsultasjon hos allmennlegen?

Johnny Mjell utførte i 1989 en undersøkelse på eget legekantor i Nord-Norge der han ved hjelp av spørreskjemaer så på forventninger til og tilfredshet med tidsbruken blant pasientene (8). Han fant at legene i hans praksis avsatte gjennomsnittlig 15 minutter til hver pasient. I en artikkel av Hutton og Gunn fra 2007 beskrives konsultasjonslengden i flere Europeiske land

(9). Tyskland og Spania har ifølge denne artikkelen de korteste konsultasjonstidene (7-8 minutter), mens Sverige har de lengste (20 minutter) (9). Norge deltok ikke i denne undersøkelsen, men data fra registreringer i Nord-Norge de siste 10 år tyder på at norske fastleger gjennomsnittlig avsetter ca. 20 minutter per konsultasjon, og at turnusleger har ca. 30 minutter til hver pasient (Anvik, T, personlig meddelelse, Bodø 2009).

Tid og tilfredshet blant pasienter

Det er usikkert om pasienter vet hvor lang tid som blir satt av til hver enkeltkonsultasjon. Muligens tror noen at en legetime tilsvarer en klokke time eller en skoletime (45 minutter), og ikke 15-20 minutter, som er vanlig praksis i Norge (8). Mjell fant i sin spørreundersøkelse at 66,7 % av de 127 pasientene som deltok trodde at det var beregnet mer tid per konsultasjon enn de 15 minuttene som faktisk var satt av. Pasientene ønsket seg mer tid (5-60 minutter, mean 28,9 minutter), og forventet å bruke lengre tid i den aktuelle konsultasjon (10-60 minutter, mean 37,7 minutter) (8). I en spørreundersøkelse blant 3739 pasienter på legekantor i hele Nord-Norge i 1987 fant Hasvold og medarbeidere at 80,5 % av de spurte var tilfreds med tida de fikk hos sin lege (1).

Undersøkelser av sammenhengen mellom tid og pasienttilfredshet gir varierende funn, da noen undersøkelser beskriver økt tilfredshet ved økt tid (7), mens andre ikke finner denne sammenhengen (10). Det ble i 1998 utført en undersøkelse i England der man forsøkte å øke konsultasjonslengden for samtlige konsultasjoner ved noen legekantor. Resultatet av denne undersøkelsen viste at flere pasienter enn tidligere var fornøyd med konsultasjonen, og at pasientene oppga at de var bedre i stand til å takle og forstå problemene sine etter endringen av tiden (7).

Pasienters oppfattelse av konsultasjonslengde er påvirket, ikke bare av lengden i minutter, men også av andre aspekter ved konsultasjonen. John Cape fant, i en undersøkelse av engelsk allmennpraksis, at de pasientene som var mest fornøyd med konsultasjonen trodde de hadde fått lengre tid inne hos legen enn de som var mindre fornøyd, til tross for at det ikke var noen forskjell i den absolutte tiden pasientene hadde fått. Cape mener at pasienters opplevelse av tiden er mediert av deres affektive evaluering, slik at konsultasjoner pasientene er fornøyd med oppleves som lengre (11).

Tid og tilfredshet blant leger

Også leger har uttrykt bekymring over manglende tid til pasienter i allmennpraksis (1). Det er et stort arbeidspress, som gjør at mange føler at de blir tvunget til å jobbe for raskt, og ikke får utført det de ønsker for sine pasienter (1). Ifølge en undersøkelse gjort i England ønsket 72 % av allmennpraktikerne at de kunne tilby lengre konsultasjoner, og de fleste mente at mer tid ville føre til bedre behandling (7). En review artikkel basert på undersøkelser gjort i Australia, Canada, New Zealand, Storbritannia og USA viste at over en tredjedel av legene i samtlige land følte at for lite tid med pasientene var et problem som gikk ut over kvaliteten på arbeidet (12).

Allmennpraktiker Johnny Mjell bekrefter følelsen av å ha for lite tid: ”Over en tid har det utviklet seg en frustrasjon hos oss fordi vi stadig ligger ’etter skjema’. Konsultasjonene tar i gjennomsnitt mer enn 15 minutter” (8). Pasientene ønsket seg gjennomsnittlig ca 30 minutter til hver konsultasjon, og legene ved kontoret følte derfor at de ikke kunne gi pasientene den tiden de ønsket (8).

Mangel på tid synes å oppfattes som et større problem i situasjoner der man fokuserer på psykiatrisk problemstillinger i forhold til somatiske (13). Dette blir illustrert i en studie der det ble satt fokus på hvordan allmennpraktiserende leger føler at de takler temaet depresjon. Flere leger følte at de hadde for lite tid til å fullføre samtaler og til å gi god behandling til denne pasientgruppen. Noen mente at allmennpraksis kanskje ikke var det rette stedet for behandling av depresjon (13).

Tidsbruk og konsultasjonens innhold

Noen problemstillinger tar lengre tid å ta stilling til enn andre, og noen krever flere og grundigere undersøkelser. Legene som bruker lengre tid på pasientene har en større sannsynlighet for å utføre viktige undersøkelser og gi bedre behandling (9,14). Ifølge en undersøkelse gjort av Wilson og McConnachie fra Skotsk allmennpraksis vil en 50 prosent økning i konsultasjonslengde føre til 32 prosent økning i identifisering av problemer (15).

Ved lengre konsultasjoner sjekkes blodtrykket hyppigere (7,10), og gynekologiske undersøkelser blir gjort oftere (10). Leger som har lengre konsultasjoner skriver ut færre resepter (7,14,16), og bruker mer tid på forebyggende arbeid (7,10,14). Ved bedre tid blir langtidsproblemer og psykiske problemer oftere diskutert (14). De legene som bruker lengre

tid tar opp mer detaljert anamnese, og pasientene har behov for færre oppfølgingstimer (14,16). Det er liten sammenheng mellom lengden på konsultasjonene og antallet henvisninger som blir skrevet (14,16).

I en undersøkelse utført i seks Europeiske land (Norge ikke med) ble det funnet at økt arbeidsmengde blant legene førte til redusert antall minutter brukt på hver pasient (17). Ved nye problemer tar konsultasjonene lengre tid (17), og i denne studien økte tiden med ett minutt for hvert nye problem som ble tatt opp (17). Dette viser at nye problemer kan bli ignorert på grunn av manglende tid.

Pasientfaktorer som påvirker konsultasjonstiden

Tiden er avhengig av faktorer som har med pasient og lege å gjøre, da begge parter påvirker konsultasjonen med deres kjønn, alder, og problemer de mener det er viktige å sette fokus på (14,18). Konsultasjoner varer lengre jo flere problemer som blir tatt opp (9). Det viser seg i flere studier at kvinnelige, middelaldrende pasienter har de lengste konsultasjonstidene (9,17,18). Barn har de korteste konsultasjonene (18), og konsultasjonslengden øker med økende alder på pasienten (9,15,17). Kvinner med psykososiale problemer får de lengste konsultasjonene (9). I tillegg har nye pasienter lengre konsultasjoner enn pasienter som legen kjenner fra før (9), noe som kan bety at innføringen av fastlegeordningen, der fastlegen møter de samme pasientene flere ganger, kan være tidsbesparende.

Det finnes relativt få studier angående tidsbruk i allmennpraksis, men i de studiene som har blitt gjort er ofte psykologiske problemer i fokus. Disse temaene krever ofte mye tid av en allmennpraktiker (9,13), og det er en rådende bekymring at tiden ikke strekker til ved denne typen konsultasjoner (9,13).

Studier har vist at bedre tid fører til at leger blir flinkere til å behandle psykologiske problemer, og at tiden er en viktig faktor når det kommer til pasienttilfredsstillelse i disse tilfellene (9,13). Flere allmennpraktikere ser på tiden som en begrensning i møtet med disse pasientene, og det er vist at det ved lengre konsultasjoner er større identifikasjon av psykologiske problemer (7,9,13). Likevel mener ikke alle leger at tiden er et problem i disse situasjonene (13). Mange leger er fornøyd med måten de takler temaet på, selv om de erkjenner at disse konsultasjonene ofte tar lengre tid (13). Noen ganger kan utskrivning av

resept på antidepressiva være en enkel løsning, da man sparer tid på dette i forhold til å diskutere problemet inngående (13).

Legefaktorer som påvirker konsultasjonstiden

Det finnes flere elementer som påvirker tidsbruken, slik som legens holdning og konsultasjonsstil (17). Dette kan bety at tidsbruken er en markør for andre viktige aspekter, som ikke kan endres ved kun å endre konsultasjonstiden (14). Ved å intervensere på andre måter, for eksempel ved forbedring av konsultasjonsferdigheter, vil konsultasjonstiden kunne øke (10).

Det er oftest legen som styrer hva konsultasjonene blir brukt til, og hvor lang tid som brukes. Flere studier viser at det i hovedsak er legefaktorer som bestemmer lengden på konsultasjonen (9,14,17,19). Dette er blant annet knyttet til kommunikasjonsstil. I tilfeller der legen er åpen, stiller flere spørsmål og forklarer mer, vil tiden øke (9).

Kvinnelige leger har lengre konsultasjoner enn menn (9,14), sannsynligvis fordi de bruker mer tid på aktiv og passiv veiledning (14). I tillegg skriver kvinnelige leger ut færre resepter, undersøker mer enn deres mannlige kollegaer og fokuserer mer på forebyggende arbeid (14). Konsultasjonstiden øker med økende alder på legen (9). Noen studier finner økt konsultasjonslengde ved økt antall år i legepraksis (14), mens andre undersøkelser ikke bekrefter dette (9).

Flere aspekter ved legens arbeidsstil, som for eksempel reseptskriving, henvisning og hyppighet av oppfølgingsavtaler, forblir uforandret til tross for store endringer i konsultasjonstid (12). Dette kan bety at endring av tiden ikke nødvendigvis vil ha en effekt på hva som blir gjort under konsultasjonen, eller på hvor fornøyd pasientene er.

Ved kortere konsultasjonstid er det funnet økt stressnivå hos leger (7,10). Noen studier viser at legenes oppførsel er uforandret til tross for et redusert stressnivå hos leger som har mer tid (10). Andre beskriver at lengre konsultasjoner fører til bedre kvalitet på konsultasjonen på grunn av redusert stressnivå (7).

Tidsbruk og helseeffekter

Studier har vist at legepraksiser som har lengre konsultasjonstider skriver ut færre resepter (16) og har færre oppfølgingskonsultasjoner (7,16). Det kan være fristende for leger å ha korte konsultasjoner, da dette på kort sikt øker tilgjengeligheten og kutter ned ventetiden (7).

Lengre konsultasjoner kan likevel, på lang sikt, være tidsbesparende, føre til økt effektivitet og være økonomisk gunstig, da man takler problemer i en konsultasjon, som pasientene uansett hadde kommet tilbake med i en senere konsultasjon (7,16).

En legepraksis i England forsøkte å øke tiden satt av til hver konsultasjon. Etter denne endringen var legene mer fornøyd, de ble bedre på journalskriving, mindre stresset og behandlingen av pasientene var forbedret. Det ble i tillegg lettere å få time på en spesifikk dag, og pasientene opplyste at de følte seg bedre i stand til å takle problemene sine (7).

Dersom man øker konsultasjonstiden, uten at det fører til økt effektivitet vil det ende i økte kostnader for samfunnet (10,12). Det har blitt foreslått at fokus skal skiftes fra ”hvor mye tid” til ”hvordan best å bruke tiden” (12). Dette vil si at kvalitetstid kan være viktigere enn den faktiske tiden brukt på hver konsultasjon.

Formål med vår undersøkelse

Vi ønsker å se nærmere på bruk av tid hos fastlegene i Nord-Norge, og særlig på følgende spørsmål:

- **Hvor lenge varer konsultasjonene hos fastlegene?**
- **Hva brukes det tid på i konsultasjonene i allmennpraksis, og hvilke faktorer spiller inn på tidsbruken?**
- **Er pasienter og leger tilfredse med tiden de har til rådighet ved en konsultasjon i allmennpraksis?**
- **Hvilke faktorer spiller inn på pasienttilfredshet i tillegg til tiden?**

Metode og materiale

Vi har satt fokus på problemstillingen tidsbruk i allmennpraksis ved å lese relevant litteratur fra Pub. Med og Medline. Søkeordene som ble brukt var "tidsbruk + allmennpraksis", "time + general practice", "time", "general practice" og "satisfaction + time". Artiklene som var mest relevante for studien ble valgt ut. De fleste artiklene var fra England, men noen tok også for seg studier som hadde blitt utført i andre land, inkludert Australia, USA og flere Europeiske land. Det var få relevante artikler basert på studier gjort i Norge.

Etter gjennomgang av utvalget artikler ble det utarbeidet spørreskjemaer, både for lege og pasient. I utgangspunktet var planen å koble sammen lege- og pasient- skjemaer, for direkte å kunne sammenlikne oppfattelsen av tiden mellom lege og pasient. På grunn av etiske hensyn valgte vi å ikke koble sammen skjemaene. Vi utførte en pilotstudie i januar 2009 ved fire ulike legekontor i Vestvågøy kommune. Disse ble plottet i SPSS, versjon 15, og vi studerte eventuelle trender.

Som et resultat av pilotstudien videreutviklet vi spørreskjemaene. Vi endte opp med et spørreskjema til legene, "Konsultasjonsskjema lege" (vedlegg 1), og et til pasientene, "Spørreskjema pasient" (vedlegg 2). I tillegg til disse, laget vi to veiledningsskjemaer, et til lege (vedlegg 3) og et til medarbeider i ekspedisjonen (vedlegg 4), med beskrivelse av prosjektet og nøye fremgangsmåte. På baksiden av veiledningsskjemaet til legen var det spørsmål til legene angående deres bakgrunn. Alle spørreskjemaene var anonymiserte, og det var derfor ikke mulig å vite hvem som hadde deltatt i undersøkelsen, da ingen av spørsmålene kunne identifiseres til verken pasient, lege eller legekontor.

For å få et variert utvalg sendte vi ut informasjonsbrev om undersøkelsen til 80 leger, 40 av hvert kjønn, ved ulike allmennlegekontor i Nord-Norge. Disse ble valgt ut med utgangspunkt i en liste fra NAV over alle fastleger i Nordland, Troms og Finnmark. Alle legene fra hvert tredje legekontor på listen ble valgt.

Hver lege skulle fylle ut skjemaet angående deres bakgrunn. I tillegg måtte hver lege fylle ut ett konsultasjonsskjema etter hver av ti av sine konsultasjoner. For hver lege ble ti pasienter spurt om å fylle ut et spørreskjema. Legesekretærene ble bedt om å levere ut pasientspørreskjemaene når pasientene betalte i luken, men vi la ingen føringer om at disse pasientene skulle være de samme som legene hadde ført konsultasjonsskjema for. Både

legene og pasientene fikk med seg ferdigfrankerte svarkonvolutter, som de skulle bruke for å sende spørreskjemaene tilbake til oss. Legene fikk 3 uker på å gjennomføre studien.

Etter to påminnelsesbrev hadde vi fått inn kun ni sett konsultasjonsskjemaer fra legene. Det ble derfor ansett som nødvendig å rekruttere leger på en alternativ måte. Vi tok direkte kontakt med en assisterende kommunelege i Nordland som spurte ti leger på et fellesmøte i hans kommune om de kunne tenke seg å delta. I tillegg tok han direkte kontakt med fire legekontor i nabokommunene. Etter dette tilkom ytterligere 11 leger, slik at vi til sammen fikk svar fra 20 leger med 196 konsultasjoner.

Spørreskjemaene ble plottet og resultatene analysert i SPSS, versjon 15.0. For å se på korrelasjon brukte vi Pearson's korrelasjon for parametriske variabler, og Spearman's rho for ikke parametriske variabler. For å sammenligne gjennomsnitt av skala-variabler mellom to grupper tok vi i bruk T-test for uavhengige datasett. Vi brukte descriptive statistics for nærmere å kunne beskrive dataene. Basert på dette laget vi tabeller og figurer.

Resultater

Bakgrunnsinformasjon

Det var i alt 20 leger som deltok i studien, hvorav 18 svarte på det generelle spørreskjemaet angående bakgrunnen til legene. Av disse 18 legene var det 10 kvinner og 8 menn. De 20 legene registrerte til sammen 196 konsultasjoner (18 leger registrerte 10 konsultasjoner, en lege ni og en lege syv konsultasjoner).

Legene var i alderen 27 til 63 år (mean 45,5 år). Legene hadde i gjennomsnitt vært 15,9 år i allmennpraksis, der den korteste praksistiden var 1 år og den lengste var 32 år. Jo eldre legen var, jo mer sannsynlig var det at legen var mann (Spearman's rho 0.388 p< 0,001).

Alle legene bortsett fra en hadde personlig liste. Gjennomsnittlig hadde legene 1118 pasienter på lista, med variasjon fra 500 til 1400 personer.

De 196 pasientene som legene hadde registrert i sine konsultasjonsskjemaer hadde gjennomsnittsalder på 46,9 år. Den yngste pasienten var 2 år, mens den eldste var 96 år gammel. Kjønnfordelingen blant pasientene var 60,8 % kvinner og 39,2 % menn.

De kvinnelige legene hadde 66 % kvinnelige pasienter i konsultasjonene, mens de mannlige legene hadde omtrent like mange kvinnelige som mannlige pasienter (tabell 1).

Det var i alt 102 pasienter (68,7 % kvinner) som svarte på pasientspørreskjemaet. Den yngste pasienten som hadde svart på spørreskjemaet var 10 år, mens den eldste var 87 år gammel (mean 51,4 år).

Tidsbruk

Legene hadde satt av fra 5 til 60 minutter per konsultasjon (mean 19,0 minutter). Den lengste konsultasjonen som var registrert varte 60 minutter, mens den korteste varte 3 minutter (mean 19,0 minutter). Kvinnelige leger hadde satt av gjennomsnittlig 21 minutter, mens mannlige leger hadde satt av gjennomsnittlig 18,3 minutter per konsultasjon ($t = 0,537$ p<0,05). På den andre siden var det ingen signifikant forskjell mellom kjønnene når det kom til tiden som faktisk ble brukt (kvinner 19,3 minutter, menn 19,2 minutter).

Kvinnelige pasienter hadde fått avsatt gjennomsnittlig 20,1 minutter, mens mannlige pasienter hadde fått avsatt 18,2 minutter ($t = 1,915$ $p < 0,05$). Det ble brukt gjennomsnittlig 18,9 minutter på kvinnelige pasienter, mens det ble brukt 19,1 minutter på mannlige pasienter (ikke signifikant forskjell).

Det var ingen signifikant forskjell mellom typen time og tiden brukt. Tidsbruken var heller ikke avhengig av om det ble gitt råd eller gjort noen tiltak. Det ble derimot brukt kortere tid på konsultasjonen, dersom det ble tatt blodtrykk (Pearson correlation -0.145 $p < 0,05$).

Vi fant en moderat positiv korrelasjon mellom pasientens alder og konsultasjonens lengde (Spearman's rho 0.151 $p < 0,05$).

Det ble brukt minst tid i konsultasjoner med bare fysiske problemstillinger, og tidsbruken økte dersom det i tillegg var psykiske og/eller sosiale problemer (tabell 2).

Pasientene som hadde fylt ut pasientspørreskjema trodde at en legetime varte gjennomsnittlig 20,1 minutter (minimum 6 og maksimum 45 minutter).

Konsultasjonsinnhold

Fra konsultasjonsskjemaene til legene kunne vi konkludere med at 43,2 % av konsultasjonene var "kontrolltime", mens de resterende 56,8 % var "nye timer". Det var større sannsynlighet for at legene avtalte oppfølgingstimer etter en "kontrolltime" (54,2 %) enn etter en ny time (13,8 %).

Tre av fire konsultasjoner dreide seg utelukkende om fysiske problemstillinger, mens psykiske og sosiale problemer ble oftest tatt opp i tillegg til fysiske (figur 1).

Muskel-skjelett undersøkelse og blodtrykksmåling ble utført omtrent like ofte og var de vanligste undersøkelsene i dette materialet (tabell 3).

Det ble skrevet ut resept i fire av ti av konsultasjonene, mens sykmelding, spesialisthenvisning og avtale om ny time var sjeldnere tiltak (tabell 4).

Legene ga råd til pasientene i 77 av de 196 konsultasjonene, og mer enn halvparten av rådene var om fysisk aktivitet (figur 2).

Tilfredshet

Legene var svært fornøyd med sine konsultasjoner som helhet (mean 5,9 på en skala fra 1 til 7), og dette gjaldt også tilfredshet med tidsbruk og råd (tabell 5).

Når vi ser på tida satt av i forhold til tida brukt, var legene mindre fornøyd med konsultasjonen som helhet dersom de brukte over fem minutter mer enn avsatt tid (t-test $p < 0,01$). Tilfredshet med konsultasjonen var ikke avhengig av tida brukt, så lenge legene holdt seg innenfor avsatt tid.

Tilfredshet med selve tidsbruken var større jo mindre tid legene hadde brukt på konsultasjonen (Spearman's rho -0,241 $p < 0,005$).

Det var moderat negativ korrelasjon mellom listestørrelse og fornøydhet med konsultasjonen som helhet (Pearson's -0,215 $p < 0,01$).

Fra pasientspørreskjemaene fant vi at pasientene var svært fornøyd med konsultasjonene de hadde hatt hos legene sine, inkludert konsultasjonen som helhet, rådene og tidsbruken (tabell 6). Pasientene var generelt mer fornøyd enn legene med det som ble gjort under konsultasjonene (mean 6,2 på en skala fra 1 til 7).

Det var signifikant positiv korrelasjon mellom pasienters tilfredshet med konsultasjonene som helhet og tilfredshet med tiden de mente de hadde fått ved disse konsultasjonene (Spearman's rho 0.607 $p < 0,01$). Det var derimot ingen signifikant sammenheng mellom tilfredshet med konsultasjonen som helhet og den absolutte tiden de mente de hadde fått hos legen.

77,8 % av legene mente at tiden var viktig for at de skulle være fornøyd med konsultasjonen (tabell 7). 91,4 % av pasientene mente at det var viktig med god tid hos legen for at de skulle være fornøyd med legetimen (tabell 8).

Diskusjon

Bakgrunnsinformasjon

Vi sendte ut spørreskjemaer til like mange kvinner og menn. 10 av 18 leger som deltok i vår studie, var kvinner. At flere kvinner enn menn hadde svart kan være et tegn på at kvinnelige leger er mer interesserte i problemstillingen enn mannlige leger, ettersom andelen kvinner blant allmennleger i Norge for tida er ca. 30 % (20). Gjennomsnittsalderen til legene var 45,4 år, noe som tilsvarer nasjonalt nivå (20). Jo eldre legene var, jo mer sannsynlig var det at disse var menn.

Legene hadde vært gjennomsnittlig 15,9 år i allmennpraksis, noe som tilsvarer en relativt lang fartstid blant de som valgte å delta. Dette kan være et tegn på at problemstillingen angående tid i allmennpraksis kanskje interesserer de som har vært lenge i praksis, mer enn de som er nye i arbeidslivet. Alle legene bortsett fra en hadde personlig liste, noe som tyder på at dette er det mest vanlige. Gjennomsnittsansatt pasienter på hver liste var 1118 mens det på landsbasis er 1196 (21).

Gjennomsnittsalderen på pasientene var rundt 50 år, både angitt på konsultasjonsskjemaene til legene og på pasientskjemaene. 60,8 % av pasientene som var til konsultasjon var kvinner, mens 68,7 % av pasientene som svarte på pasientspørreskjemaene var kvinner. Dette stemmer overens med nasjonale tall som viser at 66 % av pasientkonsultasjonene i allmennpraksis er med kvinner (22).

De kvinnelige legene som deltok hadde kvinnelige pasienter i 66 % av konsultasjonene, mens de mannlige legene hadde omtrent like mange kvinner og menn inne til konsultasjon. Disse resultatene samsvarer med en undersøkelse utført av Finnvold fra 2001, der det ble funnet at 62 % av pasientene hos kvinnelige leger var kvinner, mens 47 % av pasientene hos mannlige leger var kvinner (23).

Tidsbruk

Vi fant godt samsvar mellom pasientenes forventning til varigheten (20,1 minutter), og tiden som legene hadde avsatt og faktisk brukte i konsultasjonene (19,0 minutter). Dette står i motsetning til Mjells funn fra 1989, der pasientene trodde at en legetime varte dobbelt så

lenge som den tid som legene hadde satt av (8). Dette kan tyde på at pasientene den senere tiden er mer opplyste om tidsbruken i allmennpraksis og at legene de senere år har funnet det riktig å avsette mer tid til hver pasient. Det var også bra samsvar mellom tiden satt av til konsultasjon (19,0 minutter) og tiden brukt (19,0 minutter). Dette tyder på at legene er flinke til å holde seg innenfor tiden som er avsatt. Samtidig kan det være et tegn på at legene er mer opptatte av å holde seg til tiden, enn å bruke tiden pasientene faktisk trenger, kanskje på grunn av tidspresset de opplever (1). Tidsbruk på ca 20 minutter stemmer overens med tidsbruk rapportert fra Sverige, men skiller seg betydelig fra tidsbruken i Tyskland og Spania på 7-8 minutter og England på 9 minutter (9).

De kvinnelige legene hadde satt av signifikant lengre tid enn de mannlige legene (t-test $p < 0.05$). Derimot var det ikke signifikant forskjell mellom kjønnene i tiden som faktisk ble brukt. Dette stemmer ikke overens med tidligere litteratur, der kvinnelige leger hadde lengre konsultasjoner enn menn (9,14). Dette kan skyldes at vårt materiale var lite (bare 18 leger oppga kjønn).

Hutton og Gunn fant at det ved økt alder på legen ble brukt mer tid på hver konsultasjon (9). Dette fant vi ikke i vår undersøkelse. Vi fant heller ikke økt tidsbruk ved økt antall år i allmennpraksis, slik Wilson og medarbeidere fant i Storbritannia i 2002 (14). Dette kan også forklares av at vi har få leger i vårt materiale.

Det var ikke signifikant forskjell i tiden satt av til kvinnelige (20,1 minutter) og mannlige pasienter (18,2 minutter). Det var heller ikke signifikant forskjell i tiden som faktisk ble brukt på hvert kjønn. Dette skiller seg fra tidligere undersøkelser, som viser at kvinnelige pasienter trenger mer tid enn menn (9,17,18).

Tidligere publiserte artikler fra Europa har vist at økt alder på pasientene fører til lengre konsultasjoner (9,15,17). Dette finner vi også i vår undersøkelse, da det var signifikant økning i tiden ved økt alder på pasientene. Dette kan skyldes at eldre pasienter har flere, mer kompliserte problemer, som krever mer tid. Det kan også skyldes at denne pasientgruppen hører dårligere, eller trenger mer forklaring enn yngre pasienter.

Tidligere undersøkelser fra England har vist at det ved lengre konsultasjoner sjekkes blodtrykk hyppigere (7,10), gjøres flere gynekologiske undersøkelser (10), skrives ut færre resepter (7,14,16), brukes mer tid på forebyggende arbeid (7,10,14), og hyppigere diskuteres langtidsproblemer og psykiske problemer (14). I vår undersøkelse fant vi at tiden som ble

brukt i konsultasjonen var uavhengig av om det ble gitt råd eller gjort tiltak. En mulig forklaring på dette kan være at konsultasjonene i vårt materiale varte i gjennomsnitt dobbelt så lenge som konsultasjonene i England.

Det ble brukt mest tid på psykiske og sosiale problemstillinger, noe som bekrefter funn i tidligere publiserte artikler (7,9,13). Det ble brukt kortest tid på konsultasjoner med rent fysiske problemstillinger. Dette kan skyldes at slike tilstander muligens krever mindre problematisering og diskusjon (13). Det kan hende at legen oftere kan komme til å overse psykiske problemer dersom tida er knapp.

Konsultasjonsinnhold

I vår undersøkelse var 43,2 % av konsultasjonene ”kontrolltime”, mens de resterende 56,8 % var ”nye timer”. Det var større sannsynlighet for at legene avtalte oppfølgingstimer etter en ”kontrolltime” (54,2 %) enn etter en ”ny time” (13,8 %). Dette kan skyldes at de som kommer til kontrolltime allerede har kroniske sykdommer, som for eksempel diabetes og hypertensjon, som krever nye kontroller.

Når det kommer til undersøkelser gjort i løpet av konsultasjonene ble det oftest gjort muskel-skjelett undersøkelse og tatt blodtrykk. Det ble sjeldnere gjort gynekologisk undersøkelse. Dette passer med at muskel-skjelettsykdommer og hjerte-kar sykdommer er blant de vanligste helseplagene i Norge i dag (24).

71,9 % av konsultasjonene dreide seg om rent fysiske problemstillinger. Det var en relativt liten andel av konsultasjonene som dreide seg om psykiske og sosiale problemstillinger. Dette kan bety at pasientene oppfatter allmennpraksis som en arena der man lettere kan ta opp fysiske problemer enn psykososiale. Det kan også være uttrykk for at det er flere som sliter med fysiske problemer enn psykiske. Eventuelt kan det skyldes at fastleger ikke er oppatt av psykiske plager. Likevel er det ofte overlapp mellom fysiske og psykiske problemstillinger, noe kanskje fastleger unnlater å se, da bare 5,0 % av konsultasjonene i vår undersøkelse dreide seg om både fysiske og psykiske problemstillinger.

Det ble skrevet ut resept i 42,9 % av konsultasjonene. Denne prosentandelen er lav i forhold til resultatet fra en studie utført Møre og Romsdal fra 1997, der det ble skrevet ut resept i 52 % av konsultasjonene (25). Andelen er også lav i forhold til en liknende studie, utført i sørøstre deler av London, der det ble skrevet resept i 59 % av konsultasjonene (26). Dette kan

skyldes at legene i vår studie har nok tid til pasientene, og dermed ikke trenger å skrive ut resept som en enkel løsning til pasientenes problem. Spesialisthenvisning, avtale om ny time og sykemelding var sjeldnere tiltak.

I 25,5 % av konsultasjonene ble det gitt råd; derav dreide halvparten seg om fysisk aktivitet. Det tar tid å gi råd til pasienter (14), noe som kan være medvirkende til at dette ble gjort i bare en fjerdedel av konsultasjonene.

Tilfredshet

De aller fleste pasientene (90,0 %) var tilfreds med tiden de fikk hos legen, og de var for det meste også tilfreds med konsultasjonene som helhet (91,3 %). I en stor studie gjort i Nord-Norge i 1990 oppga 80,5 % av pasientene at de var fornøyd med tiden de fikk hos legen (1). Dette tyder på at pasientene i vårt materiale er mer tilfreds med tida de får hos legen enn pasientene var for 20 år siden.

Legene og pasientene som deltok i studien var gjennomgående svært tilfreds, både med tidsbruken og konsultasjonene som helhet. Legene var mer fornøyd med tidsbruken jo mindre tid de brukte, noe som var et logisk funn. Tilfredshet med konsultasjonen som helhet blant legene var uavhengig av tiden som faktisk ble brukt. Dette skiller seg fra funnene fra en undersøkelse utført i England der 72 % av allmennpraktikerne ønsket de kunne tilby lengre konsultasjoner, og trodde at dette ville føre til bedre behandling (7). Vår forklaring på dette er at legene i vårt materiale hadde betydelig bedre tid enn legene i materialet fra England, der de bare hadde 9 minutter per konsultasjon.

I motsetning til funnene gjort blant legene, var det ingen sammenheng mellom varigheten av legetimen og pasientenes tilfredshet med konsultasjonen som helhet. Vi fant derimot en sammenheng mellom pasientenes tilfredshet med tiden de fikk hos legen og konsultasjonen som helhet. Tilfredshet er dermed ikke avhengig av lengden på konsultasjonen, men opplevelsen av konsultasjonen, tiden og tidsbruken: konsultasjoner som pasientene er fornøyd med oppleves som lengre (11).

Legene og pasientene syntes alle at tiden var en viktig faktor i konsultasjonene. Det at pasientene vektla tida sterkere enn legene (91,4 % versus 77,8 %) kan skyldes at legene var mest fornøyd når de holdt seg innenfor den tiden som var satt av.

Legene og pasientene var stort sett tilfreds med det som ble gjort under konsultasjonene. Pasientene var generelt mer fornøyd enn legene, noe som tyder på at legene kan være litt selvkritiske.

Legene som hadde færrest personer på lista var mest tilfreds med konsultasjonene sine. Dette kan tyde på at disse legene var mindre stresset, og følte at de hadde bedre tid til pasientene sine.

Feilkilder og ting vi kunne gjort annerledes

Det kan være mange grunner til at vi hadde en svarprosent på kun 11,3 % etter den planlagte framgangsmåten ved hjelp av brevpost. Dagens leger får mange slike henvendelser, det krever tid å fylle ut spørreskjemaer, og dette kan igjen føre til et økonomisk tap, og enda mindre tid for allerede travle leger. Denne problemstillingen ble vi konfrontert med gjennom en e-post fra en av legene som valgte å ikke delta: ” Flott med vitenskap som på distansen stjeler tid fra kollegaer!!! Har ikke utført noen analyse da 2 ting går imot inklusjonskriterierne: 1) ikke hver dag det er 10 pasienter på hele dagen. 2) Ikke mulig å utfylle et skjema etter hver pasient da vi har en del sårpasienter og en del akutt pasienter hvor det ofte først skrives journal i middagspausen etter vanlig kontortid. Og alle pasientskjemaene ikke rettvise da alle føler de får god behandling, og at de 30 min vi setter av til hver pasient er mer enn nok.”

Det kan ha virket som mye arbeid å gjennomføre undersøkelsen, i tillegg til at det virket vanskelig å gjennomføre den i praksis, da legene også måtte involvere medarbeider i ekspedisjonen.

Den personlige rekrutteringen gjorde at antall leger som deltok økte fra ni til 20. Dette har lært oss at rekruttering av leger til forskning gjennom vanlig brev uten personlig oppfølging kan gi lav deltakelse. Spørreskjemaene ble sendt ut i månedene april og mai, like før ferieavvikling, noe som kan ha bidratt til den dårlige svarprosenten.

Alle spørreskjemaene var anonymiserte, og vi påpekte at det ikke ville gi noen konsekvenser for pasientenes videre behandling om de svarte eller ikke. Likevel kan det tenkes at noen pasienter følte seg presset til å delta. Dette gjelder spesielt for enkelte legekantor der pasientene ikke er innom luka hos medarbeider før de går, og derfor fikk spørreskjemaene utlevert av legen, og ikke av medarbeider.

Det kan hende at legene beregnet tidsbruken ulikt, og at vi derfor ikke har en nøyaktig beskrivelse av antall minutter pasientene var inne på legekantoret. Dette kunne vi ha forhindret ved å filme konsultasjonene eller ta de opp på bånd.

Noen av spørreskjemaene var tosidige, og dette førte til at enkelte ikke så baksiden, slik at denne ikke ble fylt ut. Dette burde vært påpekt nærmere.

Det hadde vært interessant å koble sammen lege og pasient, for eksempel ved hjelp av nummerering, for å undersøke om det er direkte samsvar mellom pasienters og legers oppfattelse av god tidsbruk.

En alternativ tilnæringsmåte til problemstillingen kunne vært å kun gjøre en grundig litteraturstudie. Enda bedre hadde det vært å utføre en triangulering, der vi hadde utført en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ undersøkelse. Dette hadde nok gitt en mer detaljert framstilling av situasjonen i Norge i dag.

Konklusjon

Fra resultatene i vår undersøkelse kan vi konkludere med at en konsultasjon i allmennpraksis varte gjennomsnittlig 20 minutter. Dette samsvarer godt med tiden satt av til hver konsultasjon. Kvinnelige leger satte av mer tid til hver konsultasjon enn mannlige leger. På den andre siden var det ingen forskjell mellom kjønnene i tiden brukt på hver konsultasjon.

Tidsbruken var uavhengig av om det ble gitt råd eller gjort noen undersøkelser. Det ble brukt mer tid på psykiske og sosiale problemstillinger, i forhold til fysiske problemstillinger. Tiden brukt på mannlige og kvinnelige pasienter var lik, og tidsbruken økte med økende alder på pasientene.

Leger og pasienter var gjennomgående svært tilfreds med tiden til rådighet ved konsultasjonene. Legene var mindre fornøyd med tiden brukt dersom de brukte mer tid enn det som var avsatt. Leger og pasienter var alle tilfreds med konsultasjonene som helhet.

Det var ikke mulig å finne et mønster i faktorer som spiller inn på tilfredshet i tillegg til tiden. Det kan virke som pasienter enten er fornøyd med sin fastlege eller ikke. Dette kan ha med egenskaper ved legen å gjøre, som ikke har noen sammenheng med tiden. Det kan også skyldes at spørreskjemaet ikke oppfanget andre viktige faktorer.

På tross av at det er en bekymring for at det er for lite tid i allmennpraksis (1,4), kan vi ikke konkludere med at dette var et stort problem blant de 20 legene og de 102 pasientene som deltok i vår undersøkelse. Leger og pasienter legger likevel stor vekt på å ha tilstrekkelig tid i konsultasjonene. Kanskje er det minst like viktig å fokusere på hvordan tiden blir brukt, som den eksakte tiden som er til rådighet.

Vi må ta forbehold om at våre konklusjoner har begrenset generaliserbarhet fordi vårt materiale er lite. Dette gjelder særlig når det gjelder analyser av faktorer knyttet til legene.

Tabeller og figurer

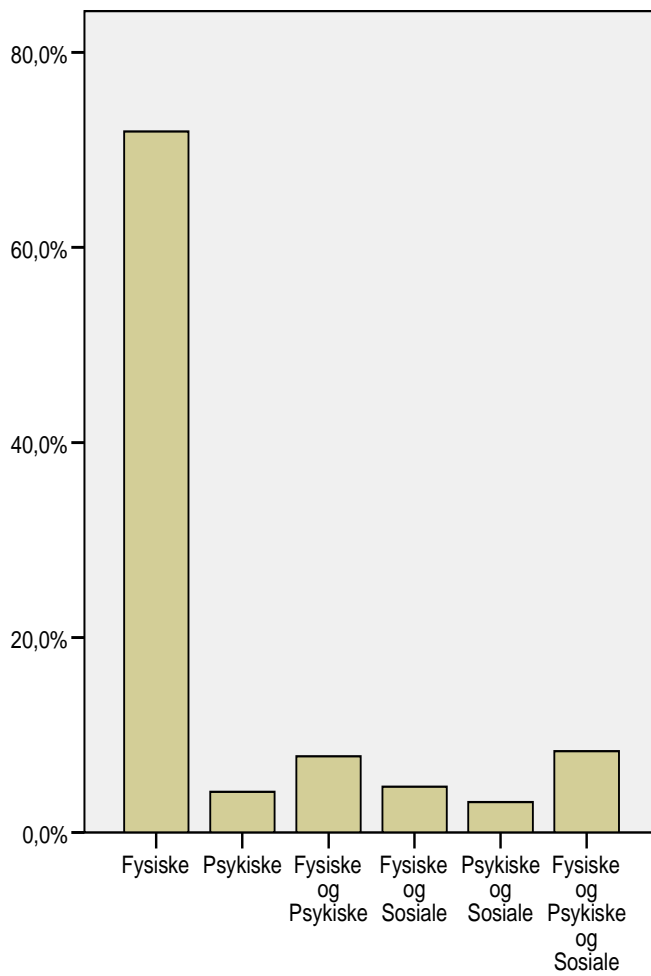
Tabell 1: Fordeling av legenes og pasientenes kjønn i konsultasjonene.

		Pasientens kjønn i konsultasjonen		
		Kvinne	Mann	Antall
Legens kjønn	Kvinne	66	34	100
	Mann	41	35	76
	Antall	107	69	176

Tabell 2: Varighet av konsultasjoner fordelt etter problemstilling.

		Brukt tid		
		Mean	Standard Deviasjon	Antall konsultasjoner
Problemstilling	Bare Fysiske	17	8	138
	Bare Psykiske	22	10	8
	Bare Sosiale	.	.	0
	Fysiske og Psykiske	21	10	15
	Fysiske og Sosiale	24	8	9
	Psykiske og Sosiale	29	17	6
	Fysiske og Psykiske og Sosiale	25	9	16

Figur 1: Problemstillinger som ble tatt opp i konsultasjonene (prosentandel).



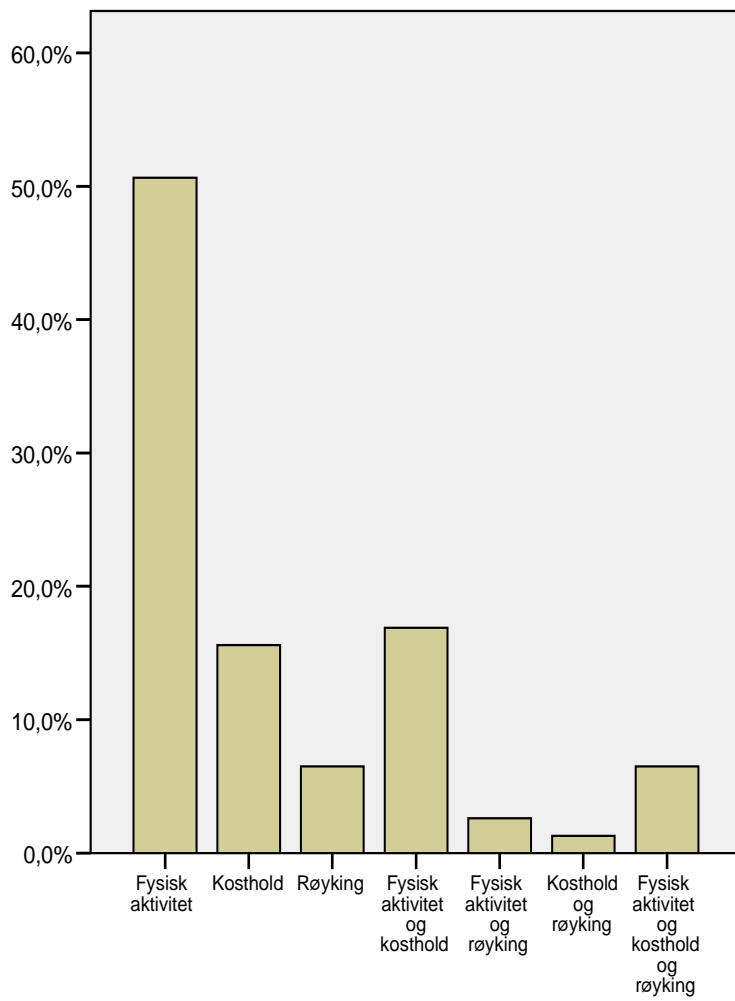
Tabell 3: Antall og andel av konsultasjonene der det ble tatt blodtrykk, utført gynekologisk undersøkelse og gjort muskel/skjelett undersøkelse.

	Ja		Nei	
	Antall	Andel	Antall	Andel
Tok du blodtrykk?	54	27,6%	142	72,4%
Utførte du muskel/skjelett us.?	59	30,3%	136	69,7%
Utførte du gyn.us.?	10	5,1%	186	94,9%

Tabell 4: Antall og andel av konsultasjonene der det ble skrevet ut resepter, sykemelding, skrevet henvisning til spesialist og avtalt ny time.

	Ja		Nei	
	Antall	Andel	Antall	Andel
Skrev du ut resept?	84	42,9%	112	57,1%
Skrev du ut sykmelding?	32	16,3%	164	83,7%
Henviste du videre til spesialist?	48	24,5%	148	75,5%
Ble det avtalt ny time?	62	31,6%	134	68,4%

Figur 2: Fordeling av type råd i konsultasjoner der det ble gitt råd.



Tabell 5: Legers fornøydhhet med konsultasjonene som helhet, tiden som ble brukt, og råd som ble gitt. Graderingen fra 1 (veldig lite fornøyd) til 7 (veldig fornøyd).

	Antall	Mean	Standard Deviasjon
Hvor fornøyd er du med denne konsultasjonen?	196	5,9	1,0
Hvor fornøyd er du med tiden du hadde med pasienten?	196	5,9	1,3
Hvor fornøyd er du med rådene du ga?	196	6,0	,9

Tabell 6: Pasienters fornøydhhet med konsultasjonene som helhet, tiden fått hos legen, og råd. Graderingen 1 (veldig lite fornøyd) til 7 (veldig fornøyd).

	Antall	Mean	Standard Deviasjon
Hvor fornøyd er du med konsultasjonen ?	97	6,2	1,2
Hvor fornøyd er du med tiden idag?	97	6,2	1,3
Hvor fornøyd er du med råd?	97	6,2	1,2

Tabell 7: Legene: Hvor viktig er tiden for at du skal være fornøyd med konsultasjonene dine? Graderingen 1 (veldig lite fornøyd) til 7 (veldig fornøyd).

Gradering	Antall	Andel %	Kumulative Prosent
2	20	11,1	11,1
3	20	11,1	22,2
5	40	22,2	44,4
6	60	33,3	77,8
7	40	22,2	100,0
Total	180	100,0	

Tabell 8: Pasientene: Hvor viktig er det med god tid hos legen for at du skal være fornøyd? Graderingen 1 (veldig lite fornøyd) til 7 (veldig fornøyd).

Gradering	Antall	Andel %	Kumulative Prosent
2	1	1,1	1,1
3	1	1,1	2,2
4	6	6,5	8,6
5	1	1,1	9,7
6	11	11,8	21,5
7	73	78,5	100,0
Total	93	100,0	

Referanseliste

- 1) Straume B, Forsdahl A. Tilgjengelighet og ventetid hos primærlegen. Tidsskr Nor Lægeforen. 1990; 27:3484-3488.
- 2) Lian OS, Wilsgaard T. Pasienterfaringer i primærhelsetjenesten før og etter fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen. 2004 Mar 4;124(5):655-8.
- 3) SINTEF Helse. Finnvold JE, Svalund J. Etter innføring av fastlegeordningen – brukervurdering av allmennlegetjenesten. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå; 2005; ISBN 82-537-6718-8.
- 4) Tar oppgjør med griske leger [Internett]. Oslo: Dagbladet, Gunnar Ringheim; 2009 [hentet 2009-02-26]. Tilgjengelig fra:
<http://www.dagbladet.no/tekstarkiv/artikkel.php?id=5001090041772&tag=item&words=Bjarne%3BH%E5kon%3BHanssen>.
- 5) Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Avdeling for offentlige publikasjoner; 2009.
- 6) Lege tviholder på pasienter [Internett]. Oslo: Dagbladet, S. K. Herseth og G. Ringheim; 2009 [hentet 2009-02-26]. Tilgjengelig fra:
<http://www.dagbladet.no/tekstarkiv/artikkel.php?id=5001090041686&tag=item&words=Bjarne%3BH%E5kon%3BHanssen>.
- 7) Williams M, Neal RD. Time for a change? The process of lengthening booking intervals in general practice. Br J Gen Pract. 1998 Nov; 48:1783-1786.
- 8) Mjell J. Pasientene tror vi har god tid. Utposten. 1989(4):182-183.
- 9) Hutton C, Gunn J. Do longer consultations improve the management of psychological problems in general practice? A systematic literature review. Biomed Chromatogr 2007;7(71):1-15.

10)Wilson A, Childs S. The effect of interventions to alter the length of family physicians: a systematic review. Br j Gen Pract. 2006 Nov;56:876-882.

11)Cape J. Consultation length, patient estimated consultation length, and satisfaction with the consultation. Br J Gen Pract. 2002 Jul;52:1004-1006.

12)Wilson AD, Childs S. Effects of interventions aimed at changing consultation length of primary care physicians` consultations (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2007 [hentet 2009-03-17]; 4: [13s.]. Tilgjengelig fra: <http://www.thecochranelibrary.com>.

13)Pollock K, Grime J. GPs perspectives on managing time in consultations with patients suffering from depression: a qualitative study. Fam Pract. 2003;20:262-269.

14)Wilson A, Childs S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: A systematic review. Br j Gen Pract. 2002;52:1012-1020.

15)Stirling AM, Wilson P, McConnachie A. Deprivation, psychological distress and consultation length in general practice. Br j Gen Pract. 2001; 51:456-460.

16)Hughes D. Consultation length and outcome in two group general practices. J R Coll Gen Pract. 1983 Mar; 33:143-147.

17)Deveugele M, Derese A, Brinck-Muinen A, Bensing J, De Maesner J. Primary care – Consultation length in general practice: Cross-sectional studie in six European countries. BMJ. 2002 Aug;325:1-6.

18)Carr-Hill R, Jenkins-Clarke S, Dixon P, Pringle M. Do minutes count? Consultation lengths in general practice. J Health Serv Res Policy. 1998 Oct;3(4):207-213.

19)Britt HC, Valenti L, Miller GC. Determinants of consultation length in general practice. Med J Aust. 2005 Jul;183(2):68-71.

20) Prosent kvinner av alle godkjente spesialister etter spesialitet 1950- 2009 [Internett]. Oslo: Den norske legeforening; 2009 [hentet 2009-07-31]. Tilgjengelig fra: <http://www.legeforeningen.no/id/1442>.

21) Sandvik H, Zakariassen E, Hunskår S. Fastlegenes deltakelse i legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen. 2007 Okt 4;127(19):2513-16.

22) Pyskiske lidelser er den mest brukte diagnosen [Internett]. Oslo: Statistisk Sentralbyrå; 2006 Okt 9 [hentet 2009-07-30]. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/alegetj/>.

23) Finnvold JE. Påverkar legens kjønn og arbeidsbyrde pasientane? Tidsskr Nor Lægeforen. 2008 Okt 23;128(20):2308-11.

24) Kvinner lever lenger – med flere sykdommer [Internett]. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2005 Sept 27 [hentet 2009-07-31]. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200504/04/index.html>.

25) Rokstad K, Straand J. Drug prescription during direct and indirect contacts with patients in general practice: A report from Møre & Romsdal Prescription Study. Scand J Prim Health Care. Jun 1997;15(2):103-108.

26) Britten N, Ukoumunne O. The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey. BMJ. 1997;315:1506-1510.

Vedlegg

Vedlegg 1: Konsultasjonsskjema lege

Konsultasjonsskjema lege

(Bruk ett skjema for hver konsultasjon og sett kryss der det passer – noen spørsmål kan besvares med flere kryss)

1. Hvilket kjønn hadde pasienten? Kvinne Mann
2. Hvor gammel var pasienten? _____ år
3. Hvilken type konsultasjon var dette? Kontrolltime Ny time
4. Hvor lang tid var satt av til denne konsultasjonen? _____ minutter
5. Hvor lang tid hadde du pasienten inne på kontoret? _____ minutter
6. Hvilke problemstillinger ble tatt opp? Fysiske Psykiske Sosiale
7. Skrev du ut resept(er)? Ja Nei
8. Skrev du ut sykmelding? Ja Nei
9. Tok du blodtrykk? Ja Nei
10. Utførte du gynekologisk undersøkelse? Ja Nei
11. Utførte du muskel/skjelettundersøkelse? Ja Nei
12. Henviste du videre til spesialist? Ja Nei

13. Ble det avtalt ny time?

Ja

Nei

14. Ga du pasienten råd angående: Fysisk aktivitet

Kosthold

Røyking

15. Hvor fornøyd er du med tiden (antall minutter) du brukte med pasienten?

Veldig lite

Veldig

fornøyd

fornøyd

16. Hvor fornøyd er du med rådene du ga?

Veldig lite

Veldig

fornøyd

fornøyd

17. Hvor fornøyd er du alt i alt med denne konsultasjonen?

Veldig lite

Veldig

fornøyd

fornøyd

18. Dersom det er noe du vil kommentere vedrørende denne konsultasjonen kan du skrive det på baksiden av arket!

Vedlegg 2: Spørreskjema pasient

Spørreskjema pasient

Vi er to medisinstudenter på 5.året ved Universitet i Tromsø som gjennomfører en undersøkelse om tidsbruk i allmennpraksis. Målet er å se på hvor fornøyde pasienter og leger er med tiden de har til rådighet under konsultasjonen, hvilke forventninger pasientene har til tiden, og om ulik lengde av konsultasjonen har betydning for hva som blir gjort.

Vi ber om at du svarer på spørsmålene nedenfor ut fra hvordan du opplevde konsultasjonen du hadde hos din fastlege i dag. Dette skjemaet er helt anonymt og det vil ikke være mulig for oss å vite hvem som har svart. Det er helt frivillig å delta. Din lege får ikke vite om du har deltatt, og det får ingen konsekvenser for din videre behandling om du deltar eller ikke.

Fyll gjerne ut skjemaet i fred og ro hjemme. Når skjemaet er ferdig utfylt legger du det i den vedlagte svarkonvolutten og sender det i posten. Porto er betalt. Konvolutten må ikke merkes med avsender!

Hilsen stud.med. Åshild Hana og stud.med. Maya Eikeland Gadgil

Veileder: Førsteamanuensis Tor Anvik, ISM, 9037 Universitetet i Tromsø

Kryss av i den ruten som passer best:

1. Kjønn

Kvinne

Mann

2. Alder _____ år

3. Hvor lang tid tror du at du var inne hos legen i dag? _____ minutter

4. Hvor fornøyd er du med tiden (antall minutter) du fikk med legen i dag?

Veldig lite

Veldig

fornøyd

fornøyd

5. Hvor fornøyd er du med undersøkelsene som ble utført av legen i dag?

Veldig lite

Veldig

Fikk ingen

fornøyd

fornøyd

undersøkelse

6. Hvor fornøyd er du med rådene du fikk av legen i dag?

Veldig lite

Veldig

Fikk ingen

fornøyd

fornøyd

råd

7. Alt tatt i betraktning, hvor fornøyd er du med legebesøket i dag?

Veldig lite

Veldig

fornøyd

fornøyd

8. Hvor viktig er det med god tid hos legen for at du skal være fornøyd?

Veldig lite

Veldig

viktig

viktig

9. Hvor lang tid tror du blir satt av til en vanlig time hos legen din? _____ minutter

10. Hvis det er noe du ellers vil kommentere, skriv det her:

Legg det utfylte skjemaet i vedlagte svarkonvolutt og send det i posten – porto er betalt.

Takk for at du deltok!

Vedlegg 3: Veiledningsskjema lege

Tidsbruk i allmennpraksis

Invitasjon til deltakelse i spørreundersøkelse

Vi er to medisinstudenter på 5.året ved Universitet i Tromsø som gjennomfører en undersøkelse om tidsbruk i allmennpraksis. Målet er å se på hvor fornøyde pasienter og leger er med tiden de har til rådighet ved konsultasjonen, hvilke forventninger pasientene har til tiden, og om ulik lengde av konsultasjonen har betydning for hva som blir gjort.

Vi ber om at du registrerer varigheten på 10 av dine konsultasjoner. For at utvalget av pasienter skal være tilfeldig, ber vi deg om at du velger de 10 konsultasjonene fortløpende og at du fyller ut ett ”konsultasjonsskjema” umiddelbart etter hver konsultasjon.

I tillegg ber vi om at dine medarbeidere leverer ut spørreskjemaer til 10 av dine pasienter etter at de har vært til konsultasjon hos deg. Pasientene som mottar disse skjemaene trenger ikke å være de samme som du velger å fylle ut ”konsultasjonsskjema” for. Det eneste kravet er at de har vært til konsultasjon inne hos deg samme dagen. Dine medarbeidere skal ikke vite hvilke pasienter du har registrert inne hos deg, og du skal ikke vite hvilke pasienter som medarbeideren har levert spørreskjema til etterpå.

Det er ingen koding av skjemaene, og det vil derfor ikke være mulig for oss å vite hvem som har svart, verken lege eller pasient. Vi opplyser pasienten om at du ikke vet om de har deltatt, og at det ikke vil få noen konsekvenser for deres videre behandling om de deltar eller ikke.

Dere får tre uker til å fullføre studien. Det vil komme en påminnelse i posten etter fire uker. Denne kan dere se bort ifra dersom dere allerede har sendt inn resultatene.

Vedlagt finner du:

Til deg:

- 10 konsultasjonsskjemaer
- 1 svarkonvolutt (til dine konsultasjonsskjemaer)

Til medarbeideren:

- 1 veiledningsark
- 10 konvolutter, hver av dem inneholdende 1 pasientskjema og 1 svarkonvolutt

Fremgangsmåte:

1. Du fyller ut baksiden av dette arket (en gang)
2. Registrer fortløpende ti av dine konsultasjoner hvor du TAR TIDEN på hvor lenge pasienten er inne på ditt kontor.
3. Fyll ut et ”konsultasjonsskjema” for hver av de ti konsultasjonene straks pasienten har forlatt kontoret.
4. Medarbeideren bes levere ut en konvolutt som inneholder pasientspørreskjema til 10 av dine pasienter etter at de har vært inne hos deg.
5. Etter du har fylt ut 10 konsultasjonsskjemaer, sender du dem sammen med dette arket i den vedlagte ferdigfrankerte konvolutten. Konvolutten må ikke merkes med avsender!

Opplysninger om legen

Sett kryss i den ruten som passer best eller svar med tall der det er naturlig:

1. Kjønn

Kvinne

Mann

2. Alder _____ år

3. Antall år i allmennpraksis _____

4. Hvor viktig er tiden for at du skal være fornøyd med konsultasjonene dine?

Veldig lite

Veldig

viktig

viktig

5. Hvor mange personer har du på din liste? _____

6. Er listen

Fellesliste Personlig liste

NB! Dette arket sender du i vedlagte svarkonvolutt sammen med de 10 konsultasjonsskjemaene du fyller ut.

Har du spørsmål kan du kontakte vår veileder Tor Anvik – se kontaktinformasjon nederst på arket.

Dersom du ønsker å få tilsendt en kopi av oppgaven når vi har levert den i september 2009, kan du be om dette ved å sende en e-post til tor.anvik@uit.no og skrive "Tid" i emnelinja.

Vedlegg 4: Veiledningsark til medarbeider i ekspedisjonen

Veiledning til medarbeider

Vi er to medisinstudenter på 5.året ved Universitet i Tromsø som gjennomfører en undersøkelse om tidsbruk i allmennpraksis. Målet er å se på hvor fornøyde pasienter og leger er med tiden de har til rådighet ved konsultasjonen, hvilke forventninger pasientene har til tiden, og om ulik lengde av konsultasjonen har betydning for hva som blir gjort.

For å kunne gjennomføre dette trenger vi din hjelp. Legen har gitt deg 10 konvolutter som skal utleveres til 10 av denne legens pasienter ETTER at pasienten har vært inne hos legen.

Inni hver konvolutt ligger et spørreskjema og en ferdig frankert svarkonvolutt. Pasientene bes ta konvolutt med hjem og fylle ut skjema og sende det selv. Hvis de heller ønsker å fylle ut skjemaet mens de fortsatt er på legekantoret, ber vi om at du tar i mot disse og ser til at de er lagt i hver sin svarkonvolutt. Slike konvolutter kan du legge direkte i posten. Konvolutt må ikke merkes med avsender. Legen skal ikke vite hvilke pasienter du har gitt spørreskjema til og du skal heller ikke notere navnene deres.

Du får hos legen/legene:

- Dette veiledningsarket
- 10 konvolutter, hver av dem inneholdende 1 pasientskjema og 1 svarkonvolutt

Dersom mer enn en av legene på ditt kontor deltar i undersøkelsen, vil du få et tilsvarende antall konvolutter fra de andre legene også. Vi ber om at du bare leverer ut konvolutter til pasienter som går hos de legene som deltar i undersøkelsen.

Tusen takk for at du/dere deltar!

Ved spørsmål, ta kontakt med vår veileder Tor Anvik – se nedenfor.