

Nytteverdien av pasientkjennskap i allmennpraksis

MED 3950 5.årsoppgaven – Profesjonsstudiet i medisin ved
Universitetet i Tromsø

Dina-Irene Bakkehaug, MK09

Veileder: Hasse Melbye

Mai 2014, Narvik/Tromsø

Innholdsfortegnelse

	Side
Innholdsfortegnelse	2
Resymé	3
Introduksjon	4
Metoder	6
Resultater	8
Diskusjon	17
- Pasientkarakteristika	17
- Kjennskap, konsultasjonstyper og kronikere	17
- Pasientkjennskap og kontinuitet i lege-pasientforholdet	18
- Nytteverdi av kjennskap til pasienten	19
- Beslutningstaking og diagnostisering	20
- Kontinuitet og kjennskap fra pasientens perspektiv	22
- Verdien av kjennskap til kjente og ukjente pasienter	23
- Styrker og svakheter	24
- Konklusjon	25
Referanser	26
Vedlegg 1	31

Resymé

Bakgrunn: I 2001 ble fastlegeordningen innført i Norge med mål om å sikre kvalitet og kontinuitet i primærhelsetjenesten. Kontinuitet, og gjennom det pasientkjennskap, er anerkjente kvaliteter i allmennmedisin. Ustabil legedekning gir en utfordring når kontinuitet i primærhelsetjenesten skal skapes. Norge har i dag et høyt antall leger per innbygger sammenliknet med andre land, allikevel sliter en del grisgrendte strøk av landet fremdeles med ustabil legedekning.

Problemstilling: Hvordan vurderer allmennleger nytteverdien av kjennskap til sine pasienter, og hvordan kan kontinuitet i lege-pasientforholdet og pasientkjennskap være til nytte?

Metode: Oppgaven er basert på et litteraturstudium rundt temaene kontinuitet, pasientkjennskap og den kliniske beslutningstakingsprosessen. Videre bygger oppgaven på en undersøkelse gjennomført blant allmennleger som via audit-skjemaer har registrert data fra til sammen 164 pasientkonsultasjoner. Dette er supplert med intervjuer blant spesialister i allmennmedisin angående tema for oppgaven.

Resultater: Medisinsk faglitteratur skildrer en rekke fordeler av kontinuitet og pasientkjennskap, og den kliniske beslutningstakingsprosessen gir rom for at pasientkjennskap kan komme til uttrykk. Legene anser det som nyttig å kjenne sine pasienter, og det blir oftere vurdert som nyttig å kjenne de kjente enn de ukjente pasientene. Kun i en av de 164 registrerte konsultasjonene er kjennskap til pasienten angitt å være tidsbesparende. De kjente pasientene er eldre enn de ukjente og det er en mindre andel kjente pasienter ved øyeblikkelig hjelp-timer enn ved planlagte konsultasjoner. De intervjuede legene vurderer pasientkjennskap som nyttig i klinisk praksis.

Konklusjon: Pasientkjennskap er en ressurs i allmennpraksis og kontinuitet i primærhelsetjenesten har positive følger både for leger og pasienter. Legene i undersøkelsen vurderer også nytteverdien av kjennskap til sine pasienter som høy og enda høyere for sine kjente pasienter enn for sine ukjente.

Beslutningstakingsprosessen gir et visst rom for individuell tilpassing for den enkelte pasient. Slik kan kjennskap til pasienten påvirke beslutningene legen tar angående pasienten.

Introduksjon

I 2001 ble fastlegeordningen innført i Norge. Formålet med ordningen er *å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til* (1). Kontinuitet i helsetjenesten er regnet som en kvalitet (2,3), og ordningen legger til rette for kontinuerlige lege-pasientforhold i primærhelsetjenesten (1) og at allmennlegen med det akkumulerer kjennskap til pasienten over tid. Med legens kjennskap til pasienten kommer fordeler som gagnar pasient (4) og lege (2,5), og ordninger som muliggjør kontinuitet tilstrebes (1), da kontinuitet og kjennskap til pasientene er anerkjente kvalitetsbevis i allmennmedisin (2,3).

De beslutningene allmennlegen fatter angående sine pasienter baserer seg på kunnskap og tankemønstre legen tilegner seg gjennom utdanning og klinisk erfaring (6). Retningslinjer og modeller for klinisk beslutningstaking gir imidlertid et visst rom for individuell tilpasning i pasientbehandlingen (6). Slik kan legen treffe behovene best mulig hos pasirnter de kjenner godt.

Gjennom historien har dårlig tilgang på legetjenester vært et utpreget problem her til lands, og særlig utkantstrøkene i Nord-Norge og på Vestlandet har slitt med å dekke behovet (7). Problemet har vært forsøkt løst med en rekke ulike tiltak og ordninger gjennom tiden (7). Man har i etterhvert sett en bedring i legedekningen (7) og Norge er i dag et av landene i verden med størst antall leger per innbygger (8), allikevel er dårlig legedekning i deler av landet vårt stadig et aktuelt tema. Særlig i grisgrendte strøk har man slitt med å skaffe stabil legedekning med stor turn-over på legekontoret som en følge (9). Dette fører til dårlig kontinuitet i lege-pasientforhold i disse områdene og media forteller historier om de negative følgene dette gir for lokalbefolkningen på bygda.

Målet med oppgaven er å studere temaene pasientkjennskap og kontinuitet og å finne hvordan allmennleger vurderer nytteverdien av kjennskap til sine pasienter. Jeg søker også svar på hvordan denne kjennskapen kan være til gagn. God kjennskap til pasienten kan tenkes å påvirke legens arbeid med pasienten på flere vis. En kan for eksempel tenke seg at god kjennskap til pasienten kan føre legen raskere til avgjørelsene som skal fattes angående

pasienten, eller kanskje kan man kan gjøre bedre beslutninger og finne bedre løsninger for pasienter man kjenner godt. Uansett står beslutningene legen gjør angående pasienten sentralt og jeg har derfor gått nærmere inn på beslutningstakingsprosessen i klinisk praksis og sett på hvordan kjennskap til pasienten kan påvirke beslutningene legen tar.

Det finnes ikke mye litteratur vedrørende denne oppgavens spesifikke problemstilling fra tidligere. En artikkel av Per Hjortdahl fra 1992; *The Influence of General Practitioners' Knowledge about their Patients on the Clinical Decision-Making Process* (5), har utgangspunkt i en liknende problemstilling og konkluderer med at akkumulert kunnskap til pasienten i et varig lege-pasientforhold er av verdi for allmennlegen i klinisk beslutningstaking, særlig vedrørende psyko-sosiale problemstillinger og ved diffuse lidelser.

Gjennom å studere faglitteratur omkring temaene pasientkjennskap, kontinuitet i lege-pasientforhold og klinisk beslutningstaking, en undersøkelse blant allmennleger samt intervju av spesialister i allmenntidmedisin, ønsker jeg å studere nytteverdien av allmennlegens kjennskap til sine pasienter og hvordan kontinuitet og kjennskap kan være til nytte.

Metoder

Oppgaven er basert på tre studier; et litteraturstudium, en undersøkelse basert på audit-skjemaer gjennomført blant et utvalg allmennleger og intervjuer/observasjonsstudium gjennomført blant spesialister i allmennmedisin.

Allerede under arbeidet med prosjektbeskrivelsen til oppgaven ble det klart at det finnes lite tilgjengelig litteratur som spesifikt omhandler betydningen av allmennlegens kjennskap til pasienten i forhold til klinisk beslutningstaking. For øvrig eksisterer en hel del faglitteratur omkring temaene kjennskap til pasienten/kontinuitet og om beslutningstaking og det ble naturlig å basere litteraturstudiet på disse temaene for å gi den et sterkest mulig faglig grunnlag.

Relevant faglitteratur til oppgaven ble funnet via Pubmed ved å anvende søkeord som ”continuity of care”, ”primary care”, ”general practice”, ”clinical decision-making”, ”patient knowledge” og kombinasjoner av disse. En del litteratur er også oppsporet via referanselister i annen litteratur, via nettsidene til Tidsskrift for Den norske legeforening, via bibliotek, allmennmedisinske bøker og etter anbefaling fra veileder. Arbeidet med å finne relevant litteratur kom som nevnt i gang i forbindelse med arbeidet med prosjektbeskrivelsen og fortsatte så sporadisk til det ble fullført vinteren 2014.

Utforming av oppgaveteksten begynte høsten 2013 og fortsatte gjennom vinteren, men ble hovedsakelig gjennomført i de 12 ukene avsatt til oppgavearbeid på slutten av 5. studieår.

Den empiriske delen av oppgaven er hovedsakelig basert på audit-skjemaer som ble utarbeidet i samarbeid med veileder kort tid etter innlevering av prosjektbeskrivelsen. Ønsket antall pasientkasustikker i undersøkelsen ble også beregnet i samråd med veileder tidlig i arbeidsprosessen. Undersøkelsen ble gjennomført blant allmennleger som arbeider som fastleger i Narvik og Tromsø vinteren 2014. To av legene ble rekruttert av veileder i Tromsø, mens de øvrige legene som deltok var fra det legekantoret hvor jeg var utplassert i femteårspraksis i Narvik. En av legene som deltok i undersøkelsen vikarierte i praksis hvor han tidligere har arbeidet som fastlege.

Hver lege ble bedt om å fylle ut skjemaene fortløpende etter hver pasient gjennom arbeidsdagene til de nådde 50 pasienter hver. Opplysninger angående pasientkarakteristika, legens kjennskap til pasienten og nytteverdien av denne, tema for konsultasjonen og hvilke tiltak som ble igangsatt skulle angis i skjemaene. Se vedlegg 1. En del av legene opplevde at arbeidet med skjemaene tok mer tid enn de hadde å avse, og noen av legene har derfor innrapportert data fra færre enn 50 pasienter. Etter å ha luket ut pasientkasustikker som manglet essensielle opplysninger og dermed var uten verdi for undersøkelsen satt man igjen med 164 pasienter og dermed litt færre enn de 200 som ble estimert i prosjektbeskrivelsen.

Både planlagte konsultasjoner og ø-hjelpstimer skulle inkluderes i undersøkelsen. Pasientgrunnet utgjøres dermed i hovedsak av listepasienter ved legekantorene, men kan også inkludere høgskolestudenter i Narvik uten fastlege på studiestedet og daglegevaktspasienter i Narvik.

Data innsamlet gjennom audit-skjemaene er bearbeidet i dataprogrammet SPSS vinteren 2014 og presentert i oppgaven gjennom tekst og i tabeller.

En del av legene som har vært med og fylt ut audit-skjemaene ble også intervjuet rundt temaene pasientkjennskap og beslutningstaking i allmennpraksis. Intervjuene har foregått i forbindelse med at jeg har observert konsultasjoner gjennomført av disse legene mens jeg var utplassert i femteårspraksis i allmennmedisin vinteren 2014. De mest relevante uttalelsene er sitert i oppgaven.

Resultater

De fem allmennlegene som deltok i undersøkelsen innrapporterte data fra til sammen 164 pasientkonsultasjoner, hvorav 64 % av pasientene var kvinner og 36 % menn.

Pasientene i undersøkelsen var mellom 0 og 92 år, med en gjennomsnittsalder på 43,05 år og medianalder 42 år. Blant de 164 pasientene i undersøkelsen ble 94 (57,3 %) angitt å være kjente eller godt kjente for legen og 70 (42,7 %) angitt å være fremmede eller lite kjente.

Blant disse er pasientene legene oppga som kjente eller godt kjente, signifikant eldre enn gruppen med ukjente og lite kjente pasienter, $p=0,002$.

Som Tabell 1 viser var det blant konsultasjonene i undersøkelsen 100 (61 %) planlagte konsultasjoner og 64 (41 %) øyeblikkelig hjelp-konsultasjoner. Andelen kjente pasienter ved øyeblikkelig hjelp-timene var 28,7 %, og signifikant lavere enn andelen kjente pasienter ved planlagte konsultasjoner, hvor andelen kjente pasienter var på 71,3 %, $p = 0,002$.

Andelen pasienter med kronisk multimorbiditet var omtrent like stor i gruppen med kjente og i gruppen med ukjente pasienter og utgjorde henholdsvis 18,6 % og 16,2 %.

Som man ser av Tabell 1 er andel somatiske problemstillinger relativt lik hos kjente- og ukjente pasienter, mens det ser ut til at psykiske og sosiale problemstillinger oftere tas opp av de kjente pasientene. Denne tendensen er imidlertid ikke statistisk signifikant.

Tabell 1: Pasientkarakteristika for 164 kjente og ukjente pasienter registrert i audit-skjemaer ved tre allmennlegekontor i Tromsø og Narvik.

	Totalt		Kjente pasienter		Ukjente pasienter	
	n	%	n	%	n	%
Totalt antall	164	100	94	57,3	70	42,7
Kjønn						
- Mann	59	36	33	35,1	26	37,1
- Kvinne	105	64	61	64,9	44	62,9
Alder						
- 0-20	23	14	11	11,7	12	17,1
- 21-60	99	60,4	56	59,6	43	61,4
- >60	42	25,6	27	27,8	15	21,4
Time						
- Planlagt konsultasjon	100	61	67	71,3	33	47,1
- Ø-hjelp	64	39	27	28,7 ^a	37	52,9
Kroniker						
- Multimorbid	27	16,5	16	18,6	11	16,2
- Ikke multimorbid	127	77,4	70	81,4	57	83,8
- Mangler data	10	6,1				
Type problem						
- Somatisk	145	88,4	81	55,9	64	44,1
- Psykisk	33	20,1	23	69,7	10	30,3
- Sosialt	8	4,9	6	75	2	25
- Mangler data	1	0,6				
Formål						
- Resept	36	22	21	58,3	15	41,7
- Diagnostikk/kontroll	133	81,1	74	55,6	59	44,4
- Henvisning	19	11,6	10	52,6	9	47,4
- Sykmelding/attest	22	13,4	16	72,7	6	27,3
- Annet	10	6,1	8	80	2	20

^a Signifikant mindre andel kjente pasienter til ø-hjelpstimer enn til planlagte konsultasjoner, p=0,002 (kjikvadrat)

For hver konsultasjon ble det angitt hvilke tiltak legen igangsatte med mulighet for å angi flere tiltak per konsultasjon, se tabell 2. Man ser at andelen kjente og ukjente pasienter fordeler seg relativt likt for formålene resept, diagnostikk/kontroll og henvisning. Blant pasientene i gruppen som mottok sykmelding/attest er det imidlertid en større andel av pasientene som er kjent for legen (72,7 %), dette gjelder også i gruppen ”annet”. Denne forskjellen er ikke statistisk signifikant.

Det hyppigst forekommende tiltaket er diagnostikk/kontroll som ble gjennomført i 81,1 % av konsultasjonene. Av pasientene hvor diagnostikk/kontroll var formål var 55,6 % kjent for legen og 44,4 % ukjente.

Blant konsultasjonene med diagnostikk/kontroll som formål ble det vurdert å ikke ha nytteverdi å kjenne pasienten i 16,2 % av konsultasjonene hvor pasienten var kjent for legen og i 41,4 % av konsultasjonene med ukjent pasient, se tabell 2. Det ble vurdert å være svært nyttig å kjenne pasienten i en større andel av tilfellene hvor pasienten var kjent for legen enn i tilfellene med ukjent pasient. Forskjellen i nyttegrad av kjennskap ved formålet diagnostikk/kontroll er statistisk signifikant, $p > 0,001$.

I kun én av de 164 registrerte konsultasjonene ble kjennskap til pasienten oppgitt å være til litt nytte for mindre tidsbruk.

Tabell 2

Vurdert nytteverdi av kjennskap til pasienter og estimert hypotetisk nytteverdi av kjennskap til fremmede pasienter for konsultasjoner med ulike formål. Det var mulig å angi flere formål per konsultasjon.

Nyttegrad av kjennskap ved ulike formål	Totalt		Kjent pasient		Ukjent pasient	
	n	%	n	%	n	%
Resept						
- Ikke nyttig	4	11,1	3	15	3	17,6
- Litt nyttig	10	27,8	3	15	7	41,2
- Svært nyttig	22	61,1	14	70	7	41,2
Diagnostikk/kontroll						
- Ikke nyttig	34	25,8	12	16,2	24	41,4
- Litt nyttig	30	22,7	10	13,5	20	34,5
- Svært nyttig	68	51,5	52	70,3 ^a	14	24,1
Henvising						
- Ikke nyttig	3	15,8	2	20	3	42,9
- Litt nyttig	5	26,3	2	20	1	14,3
- Svært nyttig	11	57,9	6	60	3	42,9
Sykmelding/attest						
- Ikke nyttig	0	0	1	6,7	0	0
- Litt nyttig	4	18,2	2	13,3	2	40
- Svært nyttig	18	81,8	12	80	3	60
Annet						
- Ikke nyttig	1	10	0	0	1	50
- Litt nyttig	2	20	3	42,9	0	0
- Svært nyttig	7	70	4	57,1	1	50

^a Forskjellen i nyttegrad mellom kjente og ukjente pasienter er statistisk signifikant for dette formålet, $p < 0.001$ (kjikvadrat trend)

Tabell 3 viser hvordan legene vurderer nytteverdien av kjennskap til pasientene for alle konsultasjonene i undersøkelsen samlet.

Blant konsultasjoner med kjente pasienter ble det vurdert å ikke være til nytte å kjenne pasienten i 12,8 % av konsultasjonene, mens det for konsultasjoner med ukjente pasienter ble estimert at kjennskap til pasienten ikke ville vært til nytte i 34,8 % av konsultasjonene. Angående de kjente pasientene mente legene i 73,4 % av tilfellene at kjennskap til pasienten var svært nyttig. For gruppen med fremmede pasienter anga legene i 30,7 % av tilfellene at kjennskap til pasienten ville vært svært nyttig.

Forskjellen i nytteverdi av kjennskap mellom kjente- og ukjente pasienter er statistisk signifikant, $p < 0,001$.

Tabell 3

Vurdert nytteverdi av kjennskap til pasienter og estimert hypotetisk nytteverdi av kjennskap til fremmede pasienter.

Hvor nyttig var det å kjenne pasienten?	Totalt		Kjent pasient		Ukjent pasient	
	n	%	n	%	n	%
- Ikke nyttig	36	22	12	12,8	24	34,8 ^a
- Litt nyttig	37	22,6	13	13,8	24	34,8
- Svært nyttig	90	54,9	69	73,4	21	30,4
- Mangler data	1	0,6	0		1	

^a Forskjellen mellom kjente og ukjente pasienter er statistisk signifikant, $p < 0,001$ (kjikvadrat trend)

Som Tabell 4 viser rangerte legene nytteverdien av å kjenne sine kjente pasienter med somatiske problemstillinger til å være svært høy i en større andel av konsultasjonene, og ikke til nytte i en liten andel av konsultasjonene. I en større andel av konsultasjonene med ukjente pasienter vurderte legene at kjennskap ikke ville vært til nytte. Denne forskjellen er statistisk signifikant.

Ved psykiske- og sosiale tema angir ingen av legene at det ville være en fordel ikke å kjenne pasienten, hverken angående de kjente eller de fremmede pasientene. Kjennskap til de kjente pasientene ansees svært nyttig i 100 % av tilfellene for begge tema, mens kjennskap til ukjente pasienter vurderes å ville være svært nyttig i henholdsvis 90 % og 50 % ved psykiske- og sosiale tema. Disse verdiene er ikke signifikante.

Tabell 4

Vurdert nytteverdi av kjennskap til pasienter og estimert hypotetisk nytteverdi av kjennskap til fremmede pasienter ut fra konsultasjonstema. Det var mulig å angi flere tema per konsultasjon.

Nyttegrad av kjennskap ved ulike tema	Totalt		Kjent pasient		Ukjent pasient	
	n	%	n	%	n	%
Somatisk						
- Ikke nyttig	36	25	12	14,8	24	38,1
- Litt nyttig	36	25	13	16	23	36,5
- Svært nyttig	72	50	56	69,1 ^a	16	25,4 ^a
Psykisk						
- Ikke nyttig	0	0	0	0	0	0
- Litt nyttig	1	3	0	0	1	10
- Svært nyttig	32	97	23	100	9	90
Sosialt						
- Ikke nyttig	0	0	0	0	0	0
- Litt nyttig	1	12,5	0	0	1	50
- Svært nyttig	7	87,5	6	100	1	50

^a Det vurderes mer nyttig å kjenne en kjent pasient enn en fremmed pasient ved somatiske problemstillinger, $p < 0.001$ (kjikvadrat trend)

Tabell 5 illustrerer hvordan legene i undersøkelsen vurderer nytten av kjennskap til sine pasienter for ulike pasientgrupper og ulike konsultasjonstyper.

Man kan se at kjønnsfordelingen blant konsultasjonene hvor kjennskap ble regnet som ikke nyttig og svært nyttig er relativt lik og også tilnærmet lik kjønnsfordelingen blant pasientene i undersøkelsen totalt. Hvor nyttig legen regner kjennskap til pasienten til å være er altså uavhengig av pasientens kjønn.

Grupperer man pasientene etter alder ser man ingen stor forskjell i hvordan legene vurderer nyttegraden av kjennskap til pasientene i de forskjellige aldersgruppene, nytten av kjennskap til pasientene synes å være uavhengig av pasientens alder.

Ser man på hvor nyttig pasientkjennskap vurderes å være for ulike konsultasjonstyper; planlagt pasientkonsultasjon eller øyeblikkelig hjelp-time, er der en signifikant forskjell. Ved øyeblikkelig hjelp-timer vurderer legene oftere det til ikke å ha noen nytteverdi å inneha kjennskap til pasienten, mens det noe oftere regnes som svært nyttig å kjenne pasienten ved planlagte konsultasjoner.

Tabell 5

Nyttegrad av kjennskap til pasienter ved ulike pasientgrupper og – konsultasjonstyper.

Nyttegrad ved ulike variabler	Totalt		Ikke nyttig		Litt nyttig		Svært nyttig	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pasientens kjønn								
- Kvinne	105	64	22	61,1	27	73	56	62,2
- Mann	59	36	14	38,9	10	27	34	37,8
Pasientens alder								
- 0-20	23	14,1	7	19,4	6	16,2	10	14,1
- 21-60	99	60,7	20	55,6	23	62,2	56	60,7
- >60	42	25,2	9	25,0	8	21,6	24	25,2
Type konsultasjon								
- Planlagt time	100	60,7	12	33,3 ^a	22	59,5	65	72,2
- Ø-hjelp	64	39,3	24	66,7	15	40,5	25	27,8

^a kjikvadrat 0,000 for nyttegrad-type konsultasjon

Sitater fra intervjuer med spesialister i allmenntmedisin gjort i forbindelse med observasjon av deres pasientkonsultasjoner:

Sitat 1:

Jeg tror det er et poeng at kjennskap til pasientene kan gjøre det lettere å ta beslutninger, særlig når det gjelder pasienter en kjenner godt, slik som kronikere. Utfordringen ligger i å nullstille seg og ikke falle i fellen og bli forutinntatt. Det er fort gjort når pasienten har kommet med samme bekymring mange ganger uten at man finner noe å ta det for gitt at det ikke er noe denne gangen heller.

Sitat 2:

Jeg kjenner denne pasienten fra tidligere, jeg kjenner sykehistorien hans og vet hva han arbeider med, jeg vet hva kona hans arbeider med, jeg vet hvor han bor, hvor mange barn han har, jeg vet hvilke interesser han har og hvilken type han er. Jeg kjenner han. Og i denne situasjonen er det viktig. Jeg vet at han ikke er deprimert eller på annen måte alvorlig syk nå, han er stresset og han trenger et par dager for å komme seg til hektene. Da skal jeg heller ikke lete etter en diagnose å gi han og dermed gjøre han syk.

Diskusjon

Pasientkarakteristika

Kjønnsfordelingen i min undersøkelse med 64 % kvinnelige- og 36 % mannlige pasienter viser samme tendens som større undersøkelser har vist tidligere ved at kvinner oftere enn menn besøker fastlegen (2). Mens pasienter under 15 år viser en jevn kjønnsfordeling er det kjent fra tidligere at kvinner er overrepresentert blant pasientene i aldersgruppene over 15 år. (2) Årsakene til dette er flere. Blant annet vil behovet for prevensjonsveiledning og svangerskapsomsorg gjøre at kvinner oftere enn menn oppsøker fastlegen fra fertil alder. Videre vil screeningprogrammet for cervixcancer gjøre at flere voksne kvinner oppsøker fastlege, og for de eldre aldersgrupper spiller det også inn at kvinner lever gjennomsnittlig lengre enn menn, dermed er kvinnelige pasienter også overrepresentert i de eldre aldersgruppene. (2,10)

Undersøkelsen inkluderer data fra pasienter i alderen 0-92 år, og vi har med det fått med det store aldersspennet blant pasientene som er typisk i allmenntidisin (2).

Gjennomsnittsalderen blant pasientene var 43,05 år, og de fleste pasientene var i aldersgruppen 21-60 år. Tidligere undersøkelser har vist at antall besøk til fastlegen øker med pasientens økende alder, unntaket fra dette er barn og kvinner i alderen 20-40 år (2)

Kjennskap, konsultasjonstyper og kronikere

Et signifikant funn i undersøkelsen er at pasienter som kommer til øyeblikkelig hjelp-timer sjeldnere er kjent for fastlegen enn pasientene som kommer til planlagte konsultasjoner. Grunnen til dette er nok at pasienter ved øyeblikkelig hjelp-timer får komme til den legen som har anledning til å se dem, det vil ofte være en annen enn deres egen fastlege. Kanskje kan også denne tendensen til dels tilskrives ulik legesøkningsadferd hos pasienter som er ofte og pasienter som er sjeldent hos legen. En kunne også se for seg at pasienter med kronisk multimorbiditet utgjorde en del av disse pasientene som ofte oppsøkte fastlege og som fastlegen slik ble godt kjent med i og med at kronikerne oftere har hyppige behov for oppfølging, medikamentjustering og andre tjenester fra fastlegen. I undersøkelsen fant man imidlertid at andelen kronikere var relativt lik blant kjente- og ukjente pasienter. Kanskje er

det allikevel ikke kronikerne som er de vanligste ”gjengangerne” på legekantoret. ”Pasient med kronisk multimorbiditet” er vel å merke en formulering som gir et visst rom for tolkning og bruk av skjønn, og rapportering angående disse pasientene kan tenkes å ikke være samsvarende og presis blant legene. Dette kan kanskje forklare at det totalt i vår undersøkelse ble registrert at 16,5 % av konsultasjonene var med pasient med kronisk multimorbiditet, som er en relativt lav andel sammenliknet med andre undersøkelser (10).

Man ser også at legene vurderer det som mindre nyttig å kjenne pasientene ved øyeblikkelig hjelp-konsultasjoner enn ved planlagte timer. Det er nærliggende å tro at dette kan tilskrives kontaktårsakenes art for de forskjellige konsultasjonstypene. En kan se for seg at kontaktårsakene ved øyeblikkelig hjelp-timer er relativt like de vi ser i legevaksarbeid, og dermed er preget av plager som øvre luftveisinfeksjoner, sinusitter, konjunktivitter, cystitter og kuttskader, årsaker legen gjerne har god øving i og som i seg selv ofte er relativt ukompliserte (2).

Pasientkjennskap og kontinuitet i lege-pasientforholdet

Kjennskap til pasienten tilegner legen seg gjennom et kontinuerlig lege-pasientforhold, og da fastlegeordningen ble innført i Norge i 2001, var hovedbegrunnelsen å gi en kontinuerlig legekontakt for pasienten (1). Særlig skulle dette gagne de eldre pasientene, pasienter med kroniske lidelser og andre sårbare grupper (11). De kjente pasientene i undersøkelsen var signifikant eldre enn pasientgruppen legene regnet som lite kjente eller fremmede. Dette kan kanskje forklares med at kjennskap til pasienten er en av flere dimensjoner av kontinuitet i et lege-pasientforhold; legens kjennskap til pasienten akkumulerer kronologisk gjennom et kontinuerlig lege-pasientforhold, og å bygge kjennskap til en pasient tar tid. (2)

Tid i seg selv er en ressurs, og kan benyttes som et terapeutisk og diagnostisk verktøy i allmennpraksis når pasienten følges kontinuerlig (12). Allmennleger rapporterer om at de i kontinuerlige forhold til pasienter fanger opp sykdommer og tilstander som utvikler seg over tid. Allmennlegen tenderer til å investere i forbyggende tiltak fremfor temporære løsninger hos pasienter de vet de kommer til å følge over tid. De rapporterer også å oppleve

tilfredsstillelse i å se de langvarige resultatene av behandlinger og tiltak vedrørende pasientens helse, for eksempel ved livsstilsendringer og behandling av kronisk sykdom. På den andre siden kan en oppleve frustrasjon ved å følge den negative utviklingen hos pasienter som mangler evne eller vilje til å følge legens råd. Legen opplever på godt og vondt ofte følelsesmessige reaksjoner i møte med pasienter de kjenner godt og følger tett. På den positive siden opplever legen ofte at det blir lettere å knytte sammen informasjon hos pasienter de kjenner godt fra tidligere. (12)

Samtidig kan følelsesmessig engasjement tenkes å stå i veien for en sunn objektiv tilnærming til pasientens problemer, og prege legens inntrykk av pasientens nye problemstillinger. Legen risikerer å være forutinntatt angående velkjente pasienter.

Se Sitat 1 under Resultater.

Nytteverdi av kjennskap til pasienten

I 77,5 % av de 164 konsultasjonene i undersøkelsen gjennomført i arbeidet med denne oppgaven vurderte legene det til å være litt nyttig eller svært nyttig å kjenne pasienten. Angående kjente pasienter er tilsvarende tall 97,2 %, og for ukjente pasienter 65,2 %. Samme tendens er tydelig i Hjortdahls studie fra 1992 som konkluderer med at det i to av tre konsultasjoner totalt, eller i tre av fire konsultasjoner med kjent pasient ble vurdert å ha en nytteverdi å kjenne pasienten (5). Til tross for at verdiene i mitt studie er noe høyere, er altså tendensen den samme. Legene anser det som nyttig å kjenne pasienten i et flertall av tilfellene, og oftere angående pasienter de allerede kjenner. Årsaken til at verdiene er ulike i de to undersøkelsene kan være flere; Hjortdahls undersøkelse ble gjennomført for over 20 år siden, og tendensen vi ser med høyere verdier i vår undersøkelse kan være et reelt skifte som har kommet over tid med blant annet endrede arbeidsforhold for allmennleger i fastlegeordningen. Eller det kan dreie seg om falskt høye verdier i vår undersøkelse grunnet de begrensinger undersøkelsen har.

I bare én enkelt konsultasjon blant de 164 i undersøkelsen er kjennskap til pasienten angitt å ville være til litt nytte for mindre tidsbruk. Ellers har ingen angitt at kjennskap til pasienten ville være tidsbesparende. Kjennskap til pasienten må altså komme til nytte på andre vis enn for mindre tidsbruk.

Det kan tenkes at kjennskap til pasienten tilfører et supplement for beslutningene som skal tas vedrørende pasienten, og dermed gjøre legen sikrere i sine beslutninger snarere enn å lede legen raskere til dem (5,13).

Beslutningstaking og diagnostisering

Arbeidet med pasientkonsultasjoner i allmennpraksis innebærer en rekke beslutninger, og når legen fatter beslutninger angående pasienten baserer det seg på legens medisinske kunnskap, konteksten situasjonen opptrer i og tilgang på informasjon (14). Beslutningstakingsprosessen i klinisk praksis er kompleks og har sitt grunnlag i flere tankemønstre. Den hypotetisk-deduktive metoden er grunnleggende i medisinsk diagnostikk (15). En deduktiv tilnærming til pasientens problemer tar utgangspunkt i den teoretiske kunnskapen blant annet om hvordan kroppen fungerer (eller ikke fungerer) ved sykdom og hvordan medikamenter farmakologisk motvirker denne feilen (16).

Med bakgrunn i sin nosografiske kunnskap og ut fra anamnestiske og kliniske funn gjør legen seg opp en mening om årsaken til pasientens plager, en hypotese, som oftest vil være en prioritert liste over den eller de diagnosen eller diagnosene man anser som mest sannsynlig (15, 6). Øverst på listen plasseres da gjerne de vanligste årsakene til det aktuelle sykdomsbildet, eventuelt potensielt farlige tilstander som det vil være av stor verdi å identifisere eller utelukke (6). Gjennom videre undersøkelser og tester av pasienten settes hypotesen på prøve og kan, dersom den består disse testene, underbygge mistanken om et sannsynlig årsaksforhold og dermed danne grunnlag for diagnostisering og dermed også behandling. Om hypotesen ikke består testene og forkastes, må prosessen begynne forfra igjen, og en må utforske differensialdiagnostiske alternativer (15,17).

Det tyder imidlertid på at leger etter hvert som de tilegner seg mer erfaring beveger seg bort fra den hypotetisk-deduktive metoden i diagnostisk arbeid og i større grad diagnostiserer pasienter basert på mønstergjenkjenning. Den hypotetisk-deduktive metoden anvendes da heller for å sette problemløsningen ved vanskelige problemstillinger i system (18).

Metoden med gjenkjenning av mønstre og kategorisering av pasienter ut fra slike er vist å fungere på to måter;

Eksempelbasert mønstergjenkjenning tar utgangspunkt i ett pasienteksempel og identifiserer pasienter ut fra symptomer og tegn som samsvarer med dette eksempelet (18,19).

Diagnostisering basert på generaliserte prototyper er den andre kategoriseringsmetoden. I følge denne danner legen seg et bilde av en prototypisk pasient for hver diagnose med de symptomer, tegn og funn en slik pasient vil tenkes å ha. (18).

Annen litteratur velger å dele beslutningstakingsprosessen i allmennpraksis inn på en annen måte. Prosessen fra anamnese, kliniske funn, hypotesetesting og frem til en diagnose betegnes generalisert, da denne i liten grad tar hensyn til individuelle variasjoner, men heller har til hensikt å gi pasienten en diagnose og med det plassere han eller henne i en gruppe (6).

En stor del av arbeidet i en konsultasjon kan ut fra dette sies å være relativt uavhengig av pasientens individuelle særegenheter. Kanskje kan dette forklare at det blant alle konsultasjonene kun ved ett tilfelle ble angitt at kjennskap til pasienten ville vært til nytte for mindre tidsbruk.

Parallelt med generaliseringen pågår individualisering som har til hensikt å nyansere generaliseringen ut fra en rekke individuelle faktorer hos pasienten, for eksempel pasientens oppførsel, følelser og holdninger (6). Legens kjennskap til pasienten kommer særlig til uttrykk i individualiseringsprosessen (6).

Samtidig som kjennskap til pasientene kan være en fordel er en rekke faktorer som i utgangspunktet ikke alltid er klinisk relevante vist å kunne påvirke klinisk beslutningstaking. Disse kan tenkes å gi et mer helhetlig bilde av pasienten, men kan også være en utfordring for utførelse av evidensbasert medisin (20). Slike faktorer spiller en større rolle hos leger som i liten grad har et forhold til evidensbasert medisin. Det er også vist at kvinnelige leger i større grad enn mannlige lar seg påvirke av omstendigheter som kan være klinisk irrelevante (21).

Eksempler på slike faktorer er at leger har en tendens til å ville behandle pasienter som oppfattes som ”vanskelige” av legen, for eksempel pasienter som fremstår som aggressive, voldelige eller manipulative annerledes enn andre pasienter, og legen vil for eksempel oftere henvise slike pasienter videre (22). Også pasientens forventninger, samt legens oppfatning av pasientens forventninger er vist å være av betydning for beslutningene legen tar i form av å påvirke hvorvidt legen velger å behandle pasienten medikamentelt og forskrive medisiner (23). Pasientens sosioøkonomiske status kan også påvirke beslutningene legen tar angående

pasientens behandling og smerter og ubehag i forbindelse med prosedyrer kan påvirke beslutninger angående valg av prosedyrer (15).

Samtidig kan individualiseringsprosessen gjennom pasientkjennskap være veien til de skreddersydde løsningene for pasientene, og mulighetene for å finne de beste løsningene og å treffe de mest gunstige beslutningene vil ofte være avhengig av legens kjennskap til pasienten (6).

Kontinuitet og kjennskap fra pasientens perspektiv

Et ikke signifikant funn i undersøkelsen er at mens andelen pasienter som tar opp somatiske problemstillinger med legen er relativt lik for kjente- og ukjente pasienter, er det oftere de kjente pasientene som tar opp psykiske- og sosiale problemstillinger med fastlegen.

Det er kjent fra tidligere at pasienter gjerne opplever det enklere å diskutere vanskelig og intime problemer med en lege de føler de kjenner og har erfart at de kan stole på (2). Et langvarig lege-pasientforhold er vist å bedre kommunikasjon mellom lege og pasient (24), og fra pasientens ståsted er dette kanskje en av de viktigste fordelene ved å ha en fast allmennlege å forholde seg til. I tillegg til dette er kontinuitet i forholdet mellom pasient og fastlege, og dermed også kjennskap, vist å redusere bruk av diagnostiske tester (25), man opplever bedre compliance hos pasienten (12), legen skriver ut færre medikamenter (2) og man reduserer antall sykehusinnleggelses (26) dersom pasienten er godt kjent for legen. Også pasientenes tilfredshet etter allmennlegebesøk har vist seg å kunne flerdobles om pasienten kjenner legen fra tidligere, dermed øker også kvaliteten av helsetjenesten (4). Ved stadig skiftende fastlege, for eksempel i kommuner med dårlig legedekning, opplever ofte kronikere hyppigere medikamentskifter basert på legenes preferanser, de kan få motstridende råd og pasientene må stadig legge frem sykehistorien sin på nytt (2). Se Sitat 2 under Resultater.

Resultatene i undersøkelsen tyder på at legene oftere sykmelder pasienter de kjenner fra tidligere. Dette er et interessant, men ikke statistisk signifikant funn. En kunne tenke seg at dette for eksempel kan skyldes pasienter med kronisk multimorbiditet, som oftere trenger sykmelding og som etter hvert har blitt godt kjent for sin fastlege. Som jeg tidligere har vært inne på er det imidlertid slik at kronikerne er relativt jevnt fordelt mellom kjente og ukjente

pasienter, og forklaringen på at kjente pasienter oftere sykmeldes er trolig en annen. Dette er en problemstilling det ville være interessant å studere nærmere i en større undersøkelse.

Verdien av kjennskap til kjente og ukjente pasienter

En tendens som utpeker seg tydelig og som også er statistisk signifikant i undersøkelsen min er at legene vurderer nytteverdien av å kjenne sine kjente pasienter til å være høyere enn de estimerer den hypotetiske nytteverdien av å kjenne sine ukjente pasienter til å være. Dette gjelder både totalt i undersøkelsen og for formålet diagnostikk/kontroll alene. Det tyder på at legene enten overvurderer nytten av å kjenne sine pasienter eller undervurderer nytten det ville gitt å kjenne de fremmede pasientene. I 1978 definerte US Institute of Medicine kontinuitet til å være en av fire essensielle grunnbegreper for kvalitet i primærhelsetjenesten (3) og kontinuitet er også ett av fem KOPF-idealene for god allmennpraksis formulert av primærlegeforeningene APLF og OLL i 1977 (2). Man vet fra tidligere at allmennleger ser kontinuitet i lege-pasientforholdet som en fordel når avgjørelser skal tas (27). Legene opplever at de kan gi et tryggere helsetilbud til sine pasienter når de får følge sine egne pasienter over tid, og fastleger opplever at rammene for å gjøre en god jobb er bedre i ordninger som sikrer kontinuitet, slik som fastlegeordningen, til tross for at det faglige ansvaret oppfattes som større (27). Fastlegens ansvarsfølelse ovenfor pasienten øker med varigheten av lege-pasientforholdet, og med antall konsultasjoner (28).

Summen av en serie konsultasjoner, både i legens hukommelse og i form av journalnotater danner et inntrykk av pasienten hos legen, som basert på dette kan fange opp endringer i pasientens stemningsleie, væremåte, fremtoning og nonverbal kommunikasjon for øvrig (2).

Dessuten kan mye av yrkesgleden i allmennpraksis tilskrives kontinuitet i forholdet til sine pasienter (12,2).

Hvis det er slik at legene bevisst eller ubevisst oppfatter kjennskap som en fordel, kan dette påvirke resultatene i undersøkelsen ved at nytteverdien av kjennskap til sine pasienter overvurderes. Dette forklarer imidlertid ikke misforholdet mellom oppfattelsen av nytteverdi av å kjenne kjente versus ukjente pasienter.

En mulig forklaring er at legen hos de pasientene han eller hun kjenner vet om de faktorene som gjør det gunstig å kjenne pasienten. Angående de ukjente pasientene vet ikke legen om

de faktorene som ville gjort pasienten verdt å kjenne, og kan dermed ikke ta hensyn til disse når han eller hun estimerer nytteverdien av å kjenne den ukjente pasienten. En kan dermed tenke seg at legene underestimerer nytteverdien av å kjenne sine ukjente pasienter i og med at de ikke vet hvordan kjennskap til disse kunne vært til gagn.

Styrker og svakheter

Man kan diskutere hvorvidt legene i undersøkelsen danner et representativt utvalg. Alle legene arbeider i privat praksis, de arbeider alle i nordnorske byer og fire av fem er menn.

Samtidig er det slik at pasientgrunnlaget ikke utelukkende utgjøres av bybefolkningen i umiddelbar nærhet til legekantorene. En betydelig del av pasientene kommer fra omkringliggende bygder og området rundt byene. Legene har en grei fordeling med tanke på alder, og de har også noe ulike faglige bakgrunn. Med to fylker og to kommuner representert har man også fått til en viss geografisk variasjon.

Skulle man laget en større oppgave med større ressurser tilgjengelige, ville det imidlertid være naturlig å se nærmere på dette og å tilstrebe større variasjon hos legene, og det ville kanskje være særlig interessant å få til en jevnere kjønnsfordeling.

Forsøket er basert på egenrapportering fra legene. Dataene er subjektive, og kan dermed tenkes å være preget av eventuell forutinntatthet legene måtte ha angående temaet. Å måle variablene man søker å studere i denne oppgaven er imidlertid vanskelig å gjøre på andre måter enn ved selvrappotering.

Konklusjon

Allmennlegens kjennskap til sine pasienter akkumulerer gjennom kontinuerlige lege-pasientforhold. Slik kjennskap er vist å gagne både pasient og lege på flere vis og pasientkjennskap og kontinuitet er anerkjente kvaliteter i allmenntidmedisin.

Nytteverdien av kjennskap til pasientene i allmenntidpraksis er høy, og jeg fant at leger vurderer det som enda mer nyttig å kjenne sine kjente pasienter enn de estimerer nytteverdien av å kjenne sine ukjente pasienter. Kanskje fordi legene angående de kjente pasientene kjenner til de faktorene som gjør det gunstig å kjenne pasienten.

I kontinuerlige lege-pasientforhold hvor legen har god kjennskap til pasienten, opplever legen å kunne gjøre en bedre jobb, pasienten kan oppleve å bli sett mer individuelt og kvaliteten av helsetjenesten øker. Så lenge legen er i stand til å beholde en sunn objektiv tilnærming til pasienter en kjenner godt og ikke lar seg påvirke av klinisk irrelevante faktorer, er kjennskap til pasienten en ressurs.

Kjennskap til pasienten kan bidra til at legen danner seg et mer fullstendig bilde av pasienten og hans eller hennes problemer. Foruten de objektive kliniske funnene kan legen også se konteksten situasjonen opptrer i og dermed finne løsningene som passer den aktuelle pasienten best mulig dersom legen kjenner pasienten godt.

Slik kan legens kjennskap til pasienten sies å påvirke beslutningstakingen i klinisk praksis.

Referanser

1

Forskrift om fastlegeordning i kommunene. FOR-2012-08-29-842 med hjemmel i lov 2011-06-24-30-§3-2 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. og lov 1999-07-02-64-§14 Lov om helsepersonell m.v.

2

Hunskår S, red Allmennmedisin. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2013

3

Institute of Medicine; Division of Health Manpower and Resources Development. Report of a study: a manpower policy for primary health care. Washington, DC: National Academy of Sciences; 1978. (IOM publication 73-02.)

4

Hjortdal P, Læhrum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ* 1992;304:1287

5

Hjortdahl P. The Influence of General Practitioners' Knowledge about their Patients on the Clinical Decision-Making Process. *Scand J Prim Health Care*. 1992;10:290–294

6

McWhinney, IR. Decision making in general practice. J R Coll Gen Pract Occas Pap. May 1980; (10): 31–33.

7

Skoglund E. Leger til folket. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133:1847 – 50

8

Taraldset A. Legedekningen i Norge blant de beste i OECD-landene. Tidsskrift for Norsk Lægeforening 2003; 123:3281

9

Storvik AG. Vet ikke omfang av legevikar-bruk. Dagens Medisin (online). 2014 (sitert april 2014). Tilgjengelig fra: <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/vet-ikke-omfang-av-legevikar-bruk/>

10

Lunde ES. Hva slags problemer går vi til fastlegen med? Samfunnsspeilet 3/2007.

Tilgjengelig fra:

<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/hva-slags-problemer-gaar-vi-til-fastlegen-med>

11

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. kap. 19 LOV-2011-06-24-30-§3-2

12

Schulz K, Delva D, Kerr J. Emotional effects of continuity of care on family physicians and the therapeutic relationship. *Canadian Family Physician* February 2012 vol. 58 no. 2 178-185

13

Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P. *Clinical epidemiology. A basic science for clinical medicine.* Boston: Little, Brown, 1991.

14

Smith M, Higgs J, Ellis E. Factors influencing clinical decision making. In: Higgs J, Jones M, Loftus S, Christensen N. *Clinical reasoning in health professionals.* Third edition. Amsterdam: Butterworth Heinemann; 2008.

15

Wulff HR, Gøtzsche PC. *Rational Diagnosis and Treatment –Evidence-Based Clinical Decision-Making.* Third edition. Oxford: Blackwell Science; 2000.

16

Alnes JH. (2009, 14. februar). Deduktiv Metode. I Store norske leksikon. Hentet 19. mars 2014 fra http://snl.no/deduktiv_metode

17

Elstein AS, Shulman LS, Sprafka SA. *Medical problem solving: An analysis of clinical reasoning.* Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1978.

18

Elstein AS, Schwarz A. Clinical problem solving and diagnostic decision making: selective review of the cognitive literature. *BMJ*. Mar 23, 2002; 324(7339): 729–732.

19

Brooks LR, Norman GR, Allen SW. Role of specific similarity in a medical diagnostic task. *Journal of Experimental Psychology: General*, 120(3), Sep 1991, 278-287.

20

Hajaji FM, Sale MS, Basra MKA, Finlay AY. Non-clinical influences on clinical decision-making: a major challenge to evidence-based practice. *J R Soc Med* May 1, 2010 vol. 103 no. 5 178-187

21

Tracy CS, Dantas GC, Moineddin R, Upshur RE Contextual factors in clinical decision making: national survey of Canadian family physicians. *Can Fam Physician*. 2005 Aug;51:1106-7

22

Steinmetz D, Tabenkin H. The 'difficult patient' as perceived by family physicians. *Family Practice* (2001) 18 (5): 495-500.

23

Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations—a questionnaire study. *BMJ*1997;315:52

24

Bertakis KD, Callahan EJ. A Comparison of Initial and Established Patient Encounters Using the Davis Observation Code. *Family Medicine* 1992; 24: 307–11.

25

Weiss LJ, Blustein J. 1996. Faithful Patients: The Effect of Long-Term Physician–Patient Relationships on the Costs and Use of Health Care by Older Americans. *Am J Public Health*. 1996 December; 86(12): 1742–1747

26

Wasson JH, Sauvigne AE, Mogielnicki P, Frey WG, Sox CH, Gaudette C, Rockwell A. Continuity of Outpatient Medical Care in Elderly Men: A Randomized Trial. *Journal of the American Medical Association* 1984 Nov 2; 252(17): 2413–17.

27

Carlsen B. Fastlegenes erfaringer med fastlegeordningen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123:1322 – 4

28

Hjortdahl P. Continuity of care: general practitioners' knowledge about, and sense of responsibility towards their patients. *Fam Pract*. 1992 Mar;9(1):3-8

