
Praksisform, legekarakteristika og pasientvurdert kvalitet i norsk allmennpraksis

KLINIKK OG FORSKNING

ODD JARLE KVAMME

Postboks 24
5484 Sæbøvik

LEIV SANDVIK

Stiftelse for helsetjenesteforskning
Sentralsykehuset i Akershus
1474 Nordbyhagen

PER HJORTDAHL

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0317 Oslo

Pasientane sine erfaringar er blitt eit anerkjent grunnlag for å vurdere kvaliteten av visse sider ved allmennpraksis. Norsk allmennpraksis utgjer eit mangfald av praksisformer. Det er ikkje tidlegare publisert samanliknande undersøkingar av pasientvurdert kvalitet mellom ulike praksistypar, og vi kjenner lite til om særtrekk ved allmennlegar påverkar pasientane sine oppfatningar av kvaliteten av legetenester.

I ei spørjeundersøking om erfaringane til meir enn 1 600 pasientar frå 44 praksisar, randomisert frå ulike stader i Noreg, med i alt 61 legar, bad vi pasientane om å vurdere medisinsk-tekniske forhold, lege-pasient-forhold, informasjon og støtte, tilgang til og organisering av allmennpraksis. Vi samanlikna solopraksisar med fleirlegepraksisar og konvensjonelle praksistypar med fastlegepraksisar.

Vi fann ingen skilnader på pasientvurdert kvalitet mellom solopraksisar og fleirlegepraksisar innanfor dei konvensjonelle praksistypene. Fastlegepraksisar oppnådde lågare skåre for kvalitet enn konvensjonelle praksistypar for ein tredel av spørsmåla; dei fleste galdt organisering og tilgang til praksisen og til legane. Legar med flest år i same praksis oppnådde lågare kvalitetsskåre enn legar med færre år erfaring i den same praksisen, uavhengig av kva praksistype dei arbeidde i.

Praksisform og antal år legane har arbeidd i same praksis ser ut til å ha tyding for korleis pasientane opplever kvalitet i norsk allmennpraksis.

I det siste tiåret er pasientane sine vurderingar blitt eit godt evalueringsgrunnlag for kvalitet i allmennpraksis, og deira perspektiv på kvalitet kompletterer helsepersonellet og autoritetane sine oppfatningar (1, 2). Dei opplever dei samanhengande sjukdomsforløpa, medan helsepersonell opplever enkelthendingar og korte intervall av forløpa (3, 4). Pasientane kan best vurdere resultata av symptomlindrande behandling, opplevinga av biverknader av medisinsk behandling eller motteken informasjon. Dei kan også best gje uttrykk for si oppleving av om helsepersonell er tilgjengelege, lytter til dei, informerer, skaper eit godt klima for diskusjon og medbestemming og behandlar dei med respekt. Visse tilhøve har pasientane mindre gode føresetnader enn helsepersonell til å vurdere, som kvaliteten av utstyr, utdanningsprogram eller bruken av medisinsk teknologi.

I dei seinare åra har det utvikla seg eit mangfald av organiseringsformer i norsk allmennpraksis. Fastlegeordninga er ei nyskaping i norsk allmennmedisin, og kvaliteten av denne organiseringsforma er ikkje i særleg grad evaluert.

Vi har tidlegare publisert resultata av ei undersøking av norske pasientar sine prioriteringar av kva dei ønskjer, i høve til dei eksisterande ytingane frå allmennpraksis (5). I denne undersøkinga har vi sett på pasienterfart kvalitet relatert til ulike organiseringsformer og legegrupper, idet vi har samanlikna pasientopplevingane i solopraksisar med dei i fleirlegepraksisar og pasientopplevingar i tradisjonelle organiseringsformer med det pasienten opplever i fastlegeordningar.

Vår hypotese i denne undersøkinga var at den nye ordninga med fastlegepraksisar hald høgare pasientvurdert kvalitet enn tradisjonelle praksisar.

Metode og materiale

I denne undersøkinga brukte vi eit nytt, internasjonalt validert spørjeskjema til pasientar om den opplevde kvaliteten av allmennpraksis, EUROPEP (6). Det inneheld 31 spørsmål som dekkjer fire dimensjonar ved allmennpraksis: medisinsk-tekniske forhold, lege-pasient-forhold, informasjon og støtte, tilgang til og organisering av praksisen. Svaralternativa var rangert etter ein skala frå 1 til 5, der 1 var "dårleg kvalitet" og 5 var "utmerka kvalitet".

Det blei gjort eit blokkrandomisert utval av norske solopraksisar og fleirlegepraksisar, slik at alle helseregionane var representerte, og det var like mange praksisar frå bygder som frå byar. I tillegg blei det gjort eit tilfeldig utval av fastlegepraksisar i dei fire kommunane Lillehammer, Trondheim, Tromsø og Årnes, der legane hadde denne avtaleforma. Det var på førehand gjort styrkeberekning av kor mange praksisar som skulle inkluderast, ut frå at studien var randomisert på praksisnivå og ikkje individuelt legenivå (6). Til saman 44 praksisar med 61 legar blei inkludert. Praksisane hadde frå ein til fem legar.

Legane delte fortløpande ut om lag 40 skjema frå kvar praksis til pasientar over 16 år med god forståing av det norske språket. Spørjeskjemaet blei delt ut til i alt 1 813 pasientar. Kvar praksis sende ei liste med namn og adresse på pasientane til oss. Pasientane fylte ut skjemaet heime og returnerte det direkte til oss. Vi purra skriftleg ein gong dei pasientane som ikkje hadde svart innan tre veker etter at dei fekk skjemaet. Til saman 1 614 (89 %) pasientar returnerte utfylte skjema. Fordi vi var mest opptatt av å identifisere områda med størst potensial for kvalitetsbetring, dikotomiserte vi svara. Svarkategoriane 1 – 3 blei definert som ”område med potensial for kvalitetsbetring” og svarkategoriane 4 – 5 som ”akseptabel kvalitet”.

Alle dei deltakande allmennlegane svarte på 13 spørsmål om legekarakteristika, som alder, kjønn, yrkeserfaring og organisering av praksis, og dei markerte kor tilfredse dei var med jobben sin ved å krysse av på ein femdelt rangert skala der 1 stod for ”svært utilfreds” og 5 stod for ”svært tilfreds”.

Vi samanlikna først resultata for solopraksisar med resultata for fleirlegepraksisar i gruppa for dei tradisjonelle praksisane, og deretter dei tradisjonelle praksisane med fastlegepraksisane.

Tabell 1

Fordeling av praksisar og legar i høve til organisasjonsform, og talet på utfylte pasientspørjeskjema per praksistype. I kategorien ”fastlegepraksis” er det både solopraksisar og fleirlegepraksisar

Praksistype	Tal på praksisar	Tal på legar	Tal på pasientar som svarte
Tradisjonelle organiseringsformer	35	44	1 340
Solopraksis	17	17	644
Fleirlegepraksis	18	27	696
Fastlegepraksis	9	17	274
Til saman	44	61	1 614

Statistiske metoder

I denne artikkelen samanliknar vi pasientgrupper definert ved hjelp av legekarakteristika, der gruppene blir samanlikna med omsyn til ein variabel som er registrert av pasientane. Det er derfor brukt fleirnivåanalyse (multi-level) til å rekna ut p-verdiane av desse samanlikningane, med pasient som nivå 1 og lege som nivå 2. Fleirnivåanalysane er utført ved hjelp av statistikkprogrammet MLWin (7). For alder brukte vi berre denne variabelen som uavhengig variabel. For andre legekarakteristika blei alder alltid brukt som uavhengig variabel nummer to. Slik justerte vi alltid resultata for alder. Signifikanstestane er utført med eit signifikansnivå på 1 %. Vi valte eit lågare signifikansnivå enn 5 % fordi det er utført mange signifikanstestar i denne studien.

Resultat

Fordelinga av praksisane i denne undersøkinga er vist i tabell 1.

Skilnader i kvalitet mellom praksistypar

Undersøkinga påviste ingen skilnader i pasientopplevd kvalitet mellom solopraksisar og fleirlegepraksisar med tradisjonelle organisasjonsformer. Det blei påvist forskjellar i kvalitet mellom fastlegepraksisar og tradisjonelle praksistypar for ein del av spørsmåla (tab 2). Det var ein gjennomgåande tendens til at fastlegepraksisar kom dårlegast ut samanlikna med dei andre praksistypane, og særleg for kvalitetsdimensjonen tilgang og organisering. Dette er vist ved statistisk signifikant lågare kvalitetsskåre for fastlegepraksisar enn for tradisjonelle praksistypar for åtte av dei 31 spørsmåla. Seks av desse spørsmåla galdt organisering av praksis.

Tabell 2

Spørsmål der kvalitetsskåre for fastlegepraksisar var lågare enn for konvensjonelle praksistypar, vist ved statistisk signifikante forskjellar i gjennomsnittsskåre. Signifikansnivået er sett til 1 %

Hva er ditt syn på din allmennpraktiker og på hans eller hennes legekantor de siste 12 måneder, når det gjelder	P-verdi, fleirnivå
å gi deg følelsen av at du har nok tid når du er hos legen?	< 0,001
å ta deg med på avgjørelse om hva som skal gjøres av medisinske tiltak?	< 0,001
hjelpsomhet blant personalet? (andre personer enn legen)	< 0,002
å få time på et tidspunkt som passer for deg?	< 0,001
å komme gjennom til legekantoret på telefon?	< 0,003
anledning til å få snakke med legen på telefon?	< 0,005
ventetid på venterommet?	< 0,001

Legekarakteristika

Utvalet fordelte seg med 66 % menn og 34 % kvinner. Vi påviste ingen kvalitetsforskjellar mellom gruppene mannlege og kvinnelege legar. Det blei ikkje påvist forskjellar når det gjaldt kor godt legane treivst med arbeidet.

Alderen til legane var frå 31 år til 59 år (median 45 år). Vi delte legane inn i tre aldersgrupper: 31 – 40 år, 41 – 50 år og 51 – 60 år. Det var ingen samanheng mellom kvalitetsskåre og legealder for dei fleste av spørsmåla. For eitt av spørsmåla om lege-pasient-forholdet, ”å høre på deg”, auka delen av svara i kategorien ”potensial for kvalitetsbetring” med alderen til legen ($p = 0,032$), men dette resultatet var ikkje statistisk signifikant etter dei kriteria vi sette opp.

Vi delte alle legane i tre grupper etter kor mange år dei hadde arbeidd i allmennpraksis: 0 – 10 år, 11 – 20 år og lenger enn 20 år (spreiing 0 – 31 år, median 12 år). Legar med meir enn ti års yrkeserfaring i allmennpraksis fekk lågare kvalitetsskåre enn legar med ti eller mindre enn ti års erfaring (tab 3). Tendensen var mest tydeleg for kvalitetsdimensjonen ”tilgang til praksisen og til legen”.

Legane blei delt i to grupper etter kor lenge dei hadde arbeidd i den allmennpraksisen som var med i undersøkinga: ti år eller kortare og lenger enn ti år (spreiing 0 – 26 år, median ti år). Gruppa legar med flest år i same praksis fekk lågast skåre for kvalitet for dei fleste av spørsmåla (tab 4).

Diskusjon

Praksistypar og kvalitet

Dei mange praksistypane i norsk allmennmedisin gjer det interessant, men vanskeleg, å samanlikne kvalitet for ulike praksistypar. Det har vist seg å vere komplisert å fastsetje eksakte tal for allmennlegane sine praksisformer. Om lag 49 % av allmennlegane i Noreg hadde per august 1999 avtale om driftstilskott, 10 % hadde kombinasjonsstillingar, 28 % hadde fastlønna kommunelegestillingar, 4 % arbeidde i fastlegeordningar og 9 % arbeidde i praksisar utan tilknytning til kommunehelsetenesta (8). Etter at fastlegeforsøket i fire kommunar blei avslutta, har dei fleste av desse kommunane forlenga avtalen frå forsøksperioden med legane. Det var i underkant av 150 legar som hadde avtale om ”fastlegepraksisar” i 1999 (8).

Inndelinga i praksistypar i denne undersøkinga kunne ha vært gjort etter andre kriterier enn dei som var nytta, som til dømes arbeidsavtale (fast løn, driftstilskott, oppgjersavtale med folketrygda) eller geografisk område. Hovedgrunnen for valet av praksistypar var at denne undersøkinga var ein del av ei europeisk multisenterstudie, der kriteria for utval av praksistypar var fastlagt (6). Den valte inndelinga av praksisar var tenleg for vår problemstilling,

sidan kvaliteten av norsk allmennpraksis ikkje tidlegare er vurdert når det gjeld storleiken på praksisar, og det finst lite kunnskapar om korleis ei fastlegeordning fungerer under norske tilhøve.

I starten av fastlegeforsøket var dei fleste av dei involverte legane og pasientane meir nøgde med fastlegeordninga enn med den organiseringsforma dei hadde hatt tidlegare (9). Dei driftsøkonomiske tilhøva i forsøksperioden var gode, og legane arbeidde med ein avgrensa og oversiktleg pasientpopulasjon. Framtidige faglege tilhøve og legane sin autonomi blei lite omtalt samanlikna med praksisorganisering og økonomi. Frå fastlegehald har det etter kvart kome kritikk mot for store lister, vanskar med å skaffe vikarar og med å få innvilga permisjonar. Ein del av legane som arbeider i fastlegepraksisar kjenner seg meir forplikta til å stille opp overfor pasientane sine enn tidlegare, med auka personleg ansvar og mindre fridom (10). Eit stort og kontinuerleg pasientansvar kan føre til at legar blir slitne, og dette gjer det nødvendig å skjerme seg mot pågang frå pasientane. Dei kan til dømes skjerme seg mot telefonsamtalar, lite viktige helsekontrollar og ved henvise visse medisinske problemstillingar til andrelinje i tidleg fase av utredningsforløpa.

Vi har i denne undersøkinga ikkje samanlikna kvaliteten for fastlegepraksisar med ulik storleik og listelengde, og vi har ikkje undersøkt om urbaniseringsgrad og geografiske særtrekk påverka kvalitetsvurderingane.

Tabell 3

Tema der legar med meir enn ti års erfaring frå allmennpraksis oppnådde statistisk signifikant lågare skåre for kvalitet enn legar som har ti år eller kortare erfaring. Signifikansnivået er sett til 1 %.

Tema	P-verdi, fleirnivå
"Å gi deg følelsen av at du har nok tid når du er hos legen"	< 0,001
"Å komme gjennom til legekontolet på telefon"	< 0,001

Legekarakteristika og kvalitet

Det kan verke paradoksalt at undersøkinga ikkje påviste alders- eller kjønnsespesifikke forskjellar mellom allmenlegar når det galdt pasientvurdert kvalitet. Ei årsak kan vere at talet på vurderte legar ikkje var tilstrekkeleg høgt til å få fram slike ulikskapar, men så klare skilnader som kom fram omkring legane si yrkeserfaring og pasientopplevd kvalitet, tyder på at observasjonane er mange nok til å avdekkje reelle skilnader mellom desse legegruppene. Det er vidare eit tankekors at legane med flest yrkesaktive år i allmennpraksis oppnådde lågare skåre enn legane med kortare fartstid. Forskjellane var mest tydelege når vi tok omsyn til kor lenge legen hadde arbeidd i den praksisen som var med i undersøkinga. Kontinuitet er sett på som ein kvalitetsindikator i allmennmedisinske samanhengar (11). Legar som har arbeidd lenge i same praksis vil møte dei same pasientane mange gonger, og opparbeider seg ein omfattande kunnskap om pasientane sin totale livssituasjon. Dette er kunnskapar som kan vere til hjelp i medisinske vurderingar, men legane kan óg

bli blinde for nye behov eller symptom som godt kjende pasientar kjem med. Om legen ikkje oppdagar viktige helseproblem eller bagatelliserer plager som pasientane opplever som vonde eller som skaper utryggleik, kan dei kjenne seg avviste og ha mindre tillit til legen enn før. Legar som har vore lenge i same praksis, kan óg få ei opphoping av vanskelege pasientar eller av pasientar med kroniske sjukdomar som er generelt misfornøgd med tilhøvet. Dette kan påverke kvalitetsvurderingar av legepraksisen i negativ lei.

Metodeproblem med pasientvurdert kvalitet

Spørjeskjema om kor nøgde pasientar kjenner seg er ein mykje brukt metode for å få fram pasientane sitt syn på helsetenester. Metoden er billig i bruk og enkel å gjennomføre (12). Undersøking av kva pasientane meiner om kvalitet gjev likevel eit for lite nyansert bilde av kvalitet i helsevesenet, fordi dei aller fleste pasientane vil markere at dei er godt nøgde. Pasientar har eit komplekst sett av relevante verdier og oppfatningar av kvalitet som ikkje kan pressast inn i ramma av det fleirtydige omgrepet "tilfredshet" (13). Nøgde pasientar er ingen sjølvstendig kvalitetsindikator, men kan med fordel brukast som ein delindikator saman med andre resultatmål. Det er mellom anna brukt slik i Heltef si undersøking av pasienterfaringar frå opphald i sjukehus (14).

Litteraturgjennomgang viser at det er problem knytt til validitet og reliabilitet ved dei instrumenta for kvalitetsmåling som til no har vore tilgjengelege (15). Williams hevdar at den opprinnelege motivasjonen for å undersøkje kor nøgde pasientane er, var å syne at helsevesenet var brukarrelatert og ansvarleg, og han kritiserer både omgrepet nøgde pasienter og mange av måleinstrumenta (13). Eit anna problem er at det blir nytta ulike metodar til å måle i kva grad pasientar er nøgde eller ikkje nøgde, og det vanskeleggjer samanlikning av resultat frå ulike undersøkingar.

Det instrumentet og den metoden som er brukt i denne undersøkinga, er meint å fange opp pasientane sine erfaringar innanfor definerte kvalitetsdimensjonar og med spesifikke allmennlegepraksisar over dei siste 12 månadene. Metoden tillet også samanlikning mellom ulike praksisar, land og helsesystem (6, 15). Den er ei vidareutvikling av ofte nytta metodar, og byggjer på erfaringar frå tidlegare undersøkingar av kor nøgde pasientane er med ulike ytingar frå helsevesenet (16).

Tabell 4

Tema der legar som hadde arbeidd i meir enn ti år i same allmennpraksis oppnådde statistisk signifikant lågare kvalitetsskåre enn legar som hadde arbeidd ti år eller kortare i same praksis. Signifikansnivået er sett til 1 %.

	P-verdi,
Tema	fleirnivå
Anledning til å få snakke med legen på telefon	< 0,001
Å komme gjennom til legekontolet på telefon	0,002
Å gi tilbud av forebyggende art	< 0,003

Hjelp til å håndtere følelsesmessige problemer som har sammenheng med dine helseproblemer	< 0,001
Å hjelpe deg til å forstå hvor viktig det er å følge hans eller hennes råd	< 0,001
Grundighet	< 0,001
Å hjelpe deg til å føle deg så frisk at du kan utføre dine normale daglige gjøremål	< 0,004
Hjelpsomhet blant personalet (andre personer enn legen)	< 0,001
Å vise interesse for din personlige situasjon	< 0,001
Ventetid på venterommet	< 0,008
Jeg kan varmt anbefale denne allmennpraktikeren til mine venner	< 0,003

Samanlikning med andre undersøkingar

Slike funn som at pasientane verdset god tilgang og at legane brukar god tid under konsultasjonen, at legane opplever eit høgt arbeidspress og høge krav til kva dei skal kunne yte, er i samsvar med ei norsk undersøking av primærlegetenesta i Nord-Noreg (16). Funna i vår undersøking er òg i samsvar med resultata frå ei europeisk samanlikningsstudie av pasienterfart kvalitet, der dette pasientspørjeskjemaet blei nytta (6). Den viste at dei fleste pasientane (meir enn 80 %) var nøgde med tilboda i allmennpraksis, som teieplikta, evne til å lytte og rask hjelp i akuttsituasjonar. Dårleg tilgang til legane og manglande informasjon var opplevd som eit hovedproblem, som i den norske undersøkinga.

Resultata frå undersøkinga tyder på at vi bør sjå nærare på pasientane sine opplevingar av kvalitet i allmennpraksis, og bruke deira oppfatningar som ei rettesnor for å betre praksis. Organiseringsformer og legekarakteristika betyr noko for korleis pasientane opplever kvaliteten av norsk allmennpraksis. Etter vår meining tyder resultata frå undersøkinga på at fastlegeordninga og dei ulike vilkåra som er knytt til denne bør evaluerast nøye med omsyn til kva kvalitet ordninga kan tilby brukarar og allmennpraktikarar i tida framover.

Vi takkar Kvalitetssikringsfond I i Den norske lægeforening for økonomisk bistand til gjennomføringa av denne undersøkinga.

LITTERATUR

1. Donabedian A. The Lichfield Lecture – quality assurance in health care: consumers' role. Qual Health Care 1990; 1: 247 – 51.
2. World Health Organization. Measuring consumer satisfaction with health care. København: WHO Regional Office for Europe, 1990.

3. Mainz J. Problemidentifikasjon og kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet. Teori, metode, resultater. København: Munksgaard, 1995.
 4. Dehlholm-Lambertsen B. Oppe på bjerget – ude på landet. Foreldres, lægers og sygeplejerskers kvalitetsopfattelse og kvalitetsvurdering af indlæggelse og behandling af akut syge børn. Doktoravhandling. Århus: Det sundhedsvidenskabelige fakultet, Århus Universitet, 1999.
 5. Kvamme OJ, Hjortdahl P. Den gode allmennpraksisen – norske pasientar sine vurderingar og prioriteringar. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 117: 2607 – 9.
 6. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. Fam Pract 1999; 16: 4 – 11.
 7. Woodhouse P. Multilevel modelling applications (MLWin). Version 1.0. London: Institute of Education, University of London, 1996.
 8. www.legeforeningen.no/statistikk (12.9.1999).
 9. Fjermestad T, Paulsen B. Ansvar for en befolkning i allmennpraksis: tre års erfaring med listepasientsystem i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 3157 – 8.
 10. Skogsholm A, Hasvold T. Er fastlegesystemet mer krevende for kvinnelige enn for mannlige leger? Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3417 – 20.
 11. Hjortdahl P. Continuity of care in general practice. A study related to ideology and reality of continuity of care in Norwegian general practice. Oslo: University of Oslo, Department of General practice, 1992.
 12. Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. J Publ Health Med 1992; 14: 236 – 49.
 13. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? Soc Sci Med 1994; 38: 509 – 16.
 14. Guldvog B, Hofoss D, Pettersen LI, Ebbesen J, Rønning OM. PS-RESKVA – pasienttilfredshet i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 386 – 91.
 15. Wensing M, Grol R, Smits A. Quality judgement by patients in general practice care: a literature analysis. Soc Sci Med 1994; 38: 45 – 53.
 16. Straume B, Forsdahl A. Tilgjengelighet og ventetid hos primærlege. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 3484 – 8.
-

Publisert: 10. september 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 2. januar 2026.