

Om helsetjenesten

Kjennetegn ved solo- og gruppepraksiser i norsk allmenntjeneste

Sammendrag

Bakgrunn. Artikkelen beskriver endringer i praksisstørrelse før og etter fastlegereformen og hvordan listelengde, antall konsultasjoner, arbeidstid og ventetid for time varierer med antall leger i praksisen.

Materiale og metode. Data er hentet fra en omfattende spørreundersøkelse blant fastleger høsten 2002, der i alt 2 306 leger deltok (70 % svarte).

Resultater. Før fastlegereformen arbeidet 18 % av allmennpraktikerne i solopraksis, etter reformen var andelen sunket til 15 %. Ca. 60 % av legene arbeider i praksiser med 2–4 leger. 78 % av yngre leger i solopraksiser ønsker å arbeide i praksiser med flere leger, mens 26 % av legene i praksiser med mer enn seks leger ønsker å redusere praksisstørrelsen. Antall personer på legens liste og antall kurative arbeidstimer per lege faller med praksisstørrelse, mens antall konsultasjoner per time ikke varierer med antallet leger i praksisen. Ventetiden for time for ikke-akutt behandling øker også med praksisstørrelse.

Fortolkning. En lavere arbeidsmengde per lege i store praksiser sammenliknet med i små kan delvis være en effekt av en relativt høy andel kvinnelige leger i slike praksiser, og at de ønsker å jobbe mindre enn deres mannlige kolleger. Men det er samtidig også slik at gruppepraksiser tiltrekker seg leger som ønsker å ha litt redusert arbeidstid, uavhengig av kjønn.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Jostein Grytten

josteing@odont.uio.no

Irene Skau

Seksjon for samfunnsodontologi
Universitetet i Oslo
Postboks 1052 Blindern
0316 Oslo

Rune Sørensen

Institutt for offentlige styringsformer
Handelshøyskolen BI
Sandvika

Det er en voksende internasjonal faglitteratur om etablering av gruppepraksiser (1–3). Mye av denne litteraturen er knyttet opp mot de store helsereformer i for eksempel Storbritannia og USA, og disse reformenes betydning for organisering av allmennpraksis. Det har vært en kraftig vekst i slike praksisformer. For eksempel falt andelen leger i USA som arbeidet i solopraksis fra 48 % til 29 % i perioden 1983–94 (3).

I likhet med andre land det er naturlig å sammenlikne seg med, har det også vært reformer i både allmennlege- og sykehus-tjenesten i Norge. Disse reformene er imidlertid mer moderate enn for eksempel reformene som har vært i den britiske og amerikanske helsetjenesten. Like fullt er det interessant å se på hvorvidt legepraksisene også er blitt større i Norge i lys av for eksempel fastlegereformen. Bedre tilgjengelighet og bedre kvalitet i allmennlegetjenesten var en av begrunnelsene for innføringen av fastlegeordningen (4). I den grad legene best kan ivareta hensynene til kvalitet og tilgjengelighet i en praksis med flere leger, kan det også ha vært en vekst i gruppepraksiser i forbindelse med innføringen av reformen. For eksempel stiller fastlegeordningen krav om at legen må skaffe vikar ved fravær. Dette kan være enklere å få til dersom man arbeider i praksis med flere leger enn om man arbeider alene.

Formålet med studien er å beskrive endringer i praksisstørrelse før og etter fastlegereformen. Vi vil også beskrive hvordan listelengde, bruk av fellesliste, konsultasjoner, arbeidstid og bruk av laboratoriestyr i praksisen varierer med praksisstørrelse samt å belyse tilgjengelighet til fastlegen i store praksiser sammenliknet med i små praksiser. Artikkelen bygger delvis på data publisert i en forskningsrapport utarbeidet av Grytten og medarbeidere (5).

Materiale og metode

Dataene er hentet fra en omfattende spørreundersøkelse blant fastleger høsten 2002. Administrering og gjennomføring av undersøkelsen ble foretatt av Legeforeningens forskningsinstitutt. Skjema ble sendt ut til i alt 3 355 fastleger. 67 skjemaer kom uåpnet i retur. 2 306 fastleger har besvart skjemaet, noe som gir en svarprosent på 70. En bortfallsanalyse viser at representativiteten er god både med hensyn til kjønns- og aldersfordelingen og for fordelingen av leger ut fra kommunistørrelse (5). Undersøkelsen ble utført anonymt. Legene ble spurt om hvor mange leger som arbeidet i praksisen i 2002 og antallet leger de arbeidet sammen med i praksis før fastlegereformen ble innført. Legene ble også bedt om å oppgi antall personer på legens liste, om det er etablert fellesliste i praksisen, antall konsultasjoner, antall kurative arbeidstimer og antall timer til administrasjon i en vanlig arbeidsuke, hva slags laboratoriestyr det er i praksisen og ventetiden for å få time i dager for ikke-øyeblikkelig hjelp.

For å isolere effekten av praksisstørrelse fra andre størrelser som også påvirker tjenestetilbudet, ble det utført en multipl regressjonsanalyse. Separate analyser ble utført med følgende avhengige variabler: antall konsultasjoner per uke, kurativ arbeidstid per uke, antall konsultasjoner per kurativ arbeidstime og ventetid for time i dager for ikke-øyeblikkelig hjelp. Det ble tatt logaritmen av alle de avhengige variablene. Følgende kontrollvariabler ble inkludert i analysene: legenes kjønn og alder, kjønns- og alderssammensetningen på pasientene i praksis, hvorvidt legen er spesialist i allmenntjeneste eller ikke samt kommunistørrelse. Siden de uavhengige



Hovedbudskap

- Praksiser med 2–4 leger er dominerende i norsk allmennlegetjeneste
- Leger i solopraksis ønsker å arbeide i praksiser med flere leger, mens det er en svak tendens til at leger i praksiser med mer enn seks leger ønsker å redusere praksisstørrelsen
- Antall personer på legens liste og antall kurative arbeidstimer per lege faller med praksisstørrelse

Tabell 1 Solopraksis og praksis med flere leger før og etter fastlegereformen. Andel leger i prosent

Praksisform	Før fastlegereformen (%)						Etter fastlegereformen (%)					
	Alle leger	Kvinner	Menn	< 35 år	35–49 år	≥ 50 år	Alle leger	Kvinner	Menn	< 35 år	35–49 år	≥ 50 år
Solopraksis	18	13	20	4	11	30	15	9	17	4	8	27
2 leger	20	18	20	21	21	18	19	18	20	23	20	18
3–4 leger	41	46	40	44	47	34	42	45	41	42	47	35
5–6 leger	16	18	15	19	16	15	19	22	17	22	20	17
> 6 leger	4	5	5	12	5	3	5	6	5	9	5	3
	(n = 2 104)	(n = 593)	(n = 1 506)	(n = 156)	(n = 1 089)	(n = 845)	(n = 2 213)	(n = 654)	(n = 1 554)	(n = 235)	(n = 1 108)	(n = 856)

variablene er dummy-variabler, kan regresjonskoeffisientene tolkes som prosentvise avvik fra referansekategorien.

Resultater

Før fastlegereformen ble innført var 18 % av allmennlegene i solopraksis (tab 1). Bare 4 % av legene arbeidet i praksiser med mer enn seks leger. Nesten halvparten av legene arbeidet i en praksis med 3–4 leger. Vel ett år etter at reformen ble innført, har det vært en svak nedgang i andelen solopraksiser og

det har vært en svak økning i praksiser med mer enn fem leger.

Det er en overvekt av mannlige leger som arbeider i solopraksis, mens det er en tendens til at en høyere andel kvinnelige leger jobber i praksiser med mer enn fem leger. Solopraksiser er også mest utbredt for leger over 50 år. Det er en klar tendens til at leger som arbeider i solopraksis ønsker å arbeide i en større praksis (tab 2). Dette ønsket er spesielt uttalt for leger under 35 år og for kvinnelige leger. I praksiser med 3–6

leger ønsker over 80 % av legene å fortsette som nå.

Den gjennomsnittlige listelengden per lege avtar med økende antall leger i praksisen (tab 3). I alt 8 % av legene arbeider i praksiser hvor det er etablert fellesliste. Det er flest felleslister i praksiser med mer enn seks leger. Ventetiden for time for ikke-øyeblikkelig hjelp er i gjennomsnitt ti dager for leger i solopraksis, mens den er 14 dager for leger i praksiser med mer enn seks leger.

Leger i små praksiser har flere konsultasjoner, og de har flere kurative arbeidstimer enn leger i større praksiser. Antall konsultasjoner per time er om lag det samme for alle praksisstørrelser opp til og med praksiser med seks leger.

I tabell 4 presenteres resultater hvor det er kontrollert for pasientsammensetningen, legekarakteristika og kommunestørrelse. Et hovedfunn er at tjenestetilbudet i form av antall konsultasjoner per lege og antall kurative arbeidstimer per lege faller med praksisstørrelse. Effektiviteten målt som antall konsultasjoner per time er uavhengig av praksisstørrelse. Ventetiden for time er lengst i praksiser med 3–5 leger. Mannlige leger har flere konsultasjoner og flere kurative arbeidstimer enn kvinnelige leger. Antall konsultasjoner per lege er høyere i store kommuner enn i små kommuner.

Diskusjon

Et viktig funn i denne undersøkelsen er at få leger arbeider i solopraksis. Dette er svært forskjellig fra situasjonen for bare 25 år siden. I en studie fra 1978, som omfattet 1 305 allmennleger og som var representativ for populasjonen av allmennleger, oppgav hele 65 % av legene at de jobbet alene (6). Av de legene som da jobbet sammen, arbeidet mer enn 50 % i en gruppe på bare to leger.

Det er flere aktuelle forklaringer til at vi ikke finner noen vesentlig økning i andelen leger som arbeider i gruppepraksiser etter reformen. En forklaring er at før fastlegereformen ble innført, var andelen leger som arbeidet i solopraksiser allerede lav (tab 1). Legene som arbeider i solopraksiser, er hovedsakelig eldre. Disse legene har en relativt kort yrkesaktiv periode igjen i

Tabell 2 Ønsket praksisstørrelse. Andel leger i prosent

	Ønsket praksisstørrelse		
	Ønsker å fortsette som nå (%)	Ønsker å arbeide i praksis med flere leger (%)	Ønsker å arbeide i praksis med færre leger (%)
<i>Alle leger</i>	72	21	7
<i>Solopraksis i alt</i>	60	40	
Kvinner	53	47	
Menn	61	39	
< 35 år	22	78	
35–49 år	52	48	
≥ 50 år	64	36	
<i>2 leger i alt</i>	55	44	1
Kvinner	50	50	0
Menn	56	42	2
< 35 år	33	67	0
35–49 år	53	46	1
≥ 50 år	65	33	2
<i>3–4 leger i alt</i>	82	12	6
Kvinner	78	15	7
Menn	83	11	6
< 35 år	70	25	5
35–49 år	83	11	6
≥ 50 år	85	9	6
<i>5–6 leger i alt</i>	83	4	13
Kvinner	84	3	13
Menn	82	5	13
< 35 år	90	2	8
35–49 år	79	5	16
≥ 50 år	85	4	11
<i>> 6 leger i alt</i>	71	4	26
Kvinner	68	3	29
Menn	72	4	24
< 35 år	52	10	38
35–49 år	78	2	20
≥ 50 år	68	3	29

Tabell 3 Praksisstørrelse og trekk ved praksisen

	Praksisstørrelse				
	Solopraksis (n = 332)	2 leger (n = 433)	3–4 leger (n = 925)	5–6 leger (n = 413)	> 6 leger (n = 110)
Gjennomsnittlig listelengde per lege	1 358	1 303	1 273	1 234	1 203
Andel leger som arbeider i gruppepraksis der det er etablert fellesliste (%)		9	5	11	18
Gjennomsnittlig ventetid for ikke-øyeblikkelig hjelp (dager) per lege	10	11	13	13	14
Gjennomsnittlig antall konsultasjoner per uke per lege	92	86	81	79	78
Gjennomsnittlig antall kurative arbeidstimer per uke per lege	30,1	28,4	27,7	27,6	26,8
Gjennomsnittlig antall konsultasjoner per time per lege	3,3	3,4	3,2	3,2	3,6
Gjennomsnittlig antall timer til administrasjon per uke per lege	9,1	7,8	7,6	7,7	7,2
Laboratorieutstyr i praksis – gjennomsnitt ¹	2,8	3,0	3,1	3,2	3,5
Andel leger som arbeider i praksis der det er praktiserende spesialist(er) med annen spesialitet enn allmennmedisin (%)	0	13	17	20	39
Andel pasienter henvist til spesialist/poliklinikk/røntgen per uke per lege (%)	25,2	25,4	25,7	24,6	24,7

¹ Alle svar er gitt på en skala fra 1 til 4 der 1 = «Ingen analyser utføres, ev. minimalt som kun Hb og urin», 2 = «Enkelt laboratorieutstyr (f.eks. Hb, blodsukker, SR, CRP)», 3 = «Middels avansert utstyr (alternativ 2 + f.eks. flere immunologiske tester, INR, Hb A_{1c}, EKG)», 4 = «Avansert utstyr (f.eks. celledetektor eller tørrkjemi)»

praksis – de ønsker trolig ikke å ta bryderiet med å endre praksisform gitt den tiden de har igjen å arbeide. Ellers er det grunn til å tro at praksisstørrelse er bestemt av behovet for faglig fellesskap, vaktbelastning og tilgjengelighet gjennom uken. Fastlegereformen berører ikke disse forholdene direkte, i hvert fall ikke på kort sikt. Dette kan derfor også være en forklaring på at det ikke er særlig økning i andelen leger som arbeider i gruppepraksis etter reformen.

Et annet forhold som også kan ha betydning, er at de norske fastlegene, selv under fastlegereformen, bærer en lav risiko for uforutsette utgifter til pasientbehandling. Dette skyldes blant annet at fastlegenes inntekter fra basistilskuddet er lavt sammenliknet med stykkprisinntektene. I gjennomsnitt forventes det at basistilskuddet skal utgjøre om lag 30 % av allmennlegenes inntekter, de resterende inntektene er ment å komme fra stykkprisinntekter (egenandeler og trygderefusjoner) (4). Med en såpass lav del av inntekten fra basistilskuddet er risikoen for svingninger i de norske allmennlegenes næringsinntekt relativt lav. I tillegg er finansieringen av allmennlege-, spesialist- og sykehustjenesten atskilt fra hverandre. Det vil si at allmennpraktikeren ikke bærer noen kostnader ved å henvise sine pasienter til spesialist eller sykehus. Dette er forskjellig fra mange av allmennlegene som arbeider i British National Health Services eller under Managed Care i USA. I den britiske og amerikanske helsetjenesten bærer allmennlegene mye av kostnadene knyttet til usikkerheten med hvilket behov pasientpopulasjonen har for spesialistbehandling. Dette tilsier også at disse allmennlegene, i motsetning til de norske, søker til relativt store gruppepraksiser for å fordele noe av risikoen knyttet til kostnadene for spesialistbehandling (7).

Det er liten forskjell i antall konsultasjoner per time ut fra praksisstørrelse (tab 4). En tolkning er at det er ingen eller bare

små stordriftsfordeler ved at flere leger arbeider sammen. For eksempel kan gruppepraksisene være tunge å administrere. De involverer mye personell, og koordineringskostnadene ved å drive selve praksisen kan være høye. For praksiser på to eller flere

leger er det da også bare små forskjeller mellom små og store grupper i hvor mye tid hver lege bruker til administrasjon (tab 3).

Med økende praksisstørrelse reduseres arbeidstiden i praksis, og dermed også

Tabell 4 Effekter av praksisstørrelse etter kontroll for pasientsammensetning, kjennetegn ved legen og kommunistørrelse. Multipel regresjonsanalyse. Kontinuerlige variabler på logaritmeform

Variabler	Konsultasjoner per uke	Kurative arbeidstimer per uke	Konsultasjoner per time	Ventetid på time
Konstant	3,84 ⁶	3,02 ⁶	0,83 ⁶	1,37 ⁶
<i>Praksisstørrelse¹</i>				
Praksis med 2 leger	-0,02	-0,07 ⁶	0,05	0,11
Praksis med 3–4 leger	-0,09 ⁶	-0,09 ⁶	-0,0001	0,21 ⁶
Praksis med 5–6 leger	-0,11 ⁶	-0,09 ⁶	-0,03	0,18 ⁶
Praksis med mer enn 6 leger	-0,13 ⁶	-0,08	-0,05	0,14
<i>Legekarakteristika</i>				
Mannlig lege	0,18 ⁶	0,13 ⁶	0,06 ⁶	-0,26 ⁶
Lege i aldersgruppen 35–49 år ²	0,02	0,01	0,01	-0,03
Lege i aldersgruppen ≥ 50 år ²	-0,01	0,02	-0,03	-0,04
Spesialist i allmennmedisin	0,05 ⁶	0,07 ⁶	-0,01	0,22 ⁶
<i>Pasientsammensetning</i>				
26–50 % av listepasientene er kvinner ³	0,05	0,05	-0,01	-0,34 ⁶
51–75 % av listepasientene er kvinner ³	0,05	0,07	-0,04	-0,12
> 75 % av listepasientene er kvinner ³	0,06	0,07	-0,02	0,05
21–50 % av listepasientene er > 60 år ⁴	0,01	0,02	-0,01	0,22 ⁶
> 50 % av listepasientene er > 60 år ⁴	0,01	0,01	0,01	0,30 ⁶
<i>Kommunistørrelse⁵</i>				
Kommune med 2 000–5 000 innbyggere	0,15 ⁶	0,01	0,14	0,81 ⁶
Kommune med 5 000–10 000 innbyggere	0,36 ⁶	0,10	0,26 ⁶	0,86 ⁶
Kommune med 10 000–20 000 innbyggere	0,33 ⁶	0,09	0,24 ⁶	0,99 ⁶
Kommune med > 20 000 innbyggere	0,40 ⁶	0,13	0,28 ⁶	0,65 ⁶
R ²	0,12	0,06	0,02	0,10
(N)	2 080	2 113	2 059	2 058

¹ Referansekategori = Solopraksis

² Referansekategori = Under 35 år

³ Referansekategori = Inntil 25 % av listepasientene er kvinner

⁴ Referansekategori = Inntil 20 % av listepasientene > 60 år

⁵ Referansekategori = < 2 000 innbyggere

⁶ P ≤ 0,05

antall konsultasjoner per lege. Dette funnet støttes også av en studie utført av Statistisk sentralbyrå i 1998 med et utvalg på 524 allmennleger (8). Redusert arbeidstid med økende praksisstørrelse er delvis en effekt av kjønn. Gruppepraksiser tiltrekker seg kvinnelige leger, og disse foretrekker også kortere arbeidstid enn sine mannlige kolleger (9–10). I en studie av norske allmennpraktikeres praksisprofil er for eksempel den gjennomsnittlige arbeidstiden for mannlige og kvinnelige allmennleger henholdsvis 37,5 og 33,2 timer per uke (10). Men det er også slik at leger i gruppepraksiser jobber mindre, uavhengig av legenes kjønn (tab 4). Gruppepraksisen kan være en fin løsning for de som ønsker seg redusert arbeidstid, ikke minst siden praksisen er åpen for forespørsler og henveltelser selv om en enkelt lege ikke er til stede hele tiden.

Ventetiden for ikke-øyeblikkelig hjelp øker noe med praksisstørrelse. Dette kan være et resultat av at fastleger i større praksiser arbeider litt mindre enn leger i for eksempel solopraksiser (tab 3). Med kortere arbeidstid reduseres også legens faktiske tilgjengelighet – den tiden som er til disposisjon for pasientbehandling blir kortere. Ventetiden for ikke-øyeblikkelig hjelp er kortest i kommuner med mindre enn 2 000 innbyggere. Dette kan forklares med at legedekningen, og dermed også tilgjengeligheten, er høyere i små kommuner sammenliknet med i store kommuner. For eksempel var det i 2001 14,0 legeårverk per 10 000 innbyggere i kommunehelsetjenesten i kommuner med mindre enn 2 000 innbyggere. Tilsvarende tall i kommuner med mer enn 50 000 innbyggere var 8,2 (11).

Undersøkelsen viser også at store praksiser har et mer sammensatt personell enn små praksiser (tab 3). Om lag 40 % av legene som arbeider i praksis med mer enn seks leger, arbeider sammen med leger som har en annen type spesialitet enn allmennmedisin. Samtidig har disse praksisene mer avansert utstyr for testing og prøvetaking. Dette er en type multispesialitetspraksiser som representerer en annen type praksisform enn den mer tradisjonelle gruppepraksisen med 2–4 leger. Vi vet lite om hvordan slike praksiser fungerer.

Forfatterne vil takke Olaf Aasland for bistand ved innsamling av data og Norges forskningsråd for finansiell støtte.

Litteratur

1. Pauly MV. Economics of multispecialty group practice. *J Ambul Care Manage* 1996; 19: 26–33.
2. Kletke PR, Emmons DW, Gillis KD. Current trends in physicians' practice arrangements. From owners to employees. *JAMA* 1996; 276: 555–60.
3. Maddox GL. General practice fundholding in the British National Health Service reform, 1991–1997: GP accounts of the dynamics of change. *J Health Polit Policy Law* 1999; 24: 815–34.

4. Ot.prp. nr. 99 (1998–99) Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen).
5. Grytten J, Skau I, Sørensen R et al. Fastlegereformen. En analyse av fastlegenes arbeidsbelastning og tjenestetilbud. Forskningsrapport nr. 11–2003. Sandvika: Handelshøyskolen BI, 2003.
6. Rutle O. Primærlegen ut av skyggen – analyse av situasjonen i dag, tanker om morgendagen. Rapport nr. 1–1981. Oslo: Norges allmennvitenskapelige forskningsråds gruppe for helsetjenesteforskning, 1981.
7. Crump BJ, Cubbon JE, Drummond MF et al. Fundholding in general practice and financial risk. *BMJ* 1991; 302: 1582–4.
8. Statistisk sentralbyrå. Inntekts- og kostnadsundersøkelse for allmennleger, 1998. Leger med praksis alene har lengre arbeidstid. www.ssb.no/emner/05/01/ikal/main.html (5.11.2004).
9. Falkum E, Gjerberg E, Hofoss D et al. Tidspress blant norske leger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 954–9.
10. Johnsen R, Høltedahl KA. Arbeidstid og produksjon av kurative tjenester i allmennpraksis i 1993. Norske primærlegers praksisprofil. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 1489–92.
11. Statistisk sentralbyrå. Utførte årsverk av ulike yrkesgrupper i kommunehelsetenesta utanfor institusjonar for eldre og heimetenestene. Årsverk per 10 000 innbyggjarar. Kommunestorleik. 1987–2001. <http://www.ssb.no/emner/03/02/helsetjko/arkiv/tab-2002-09-27-03.html> (5.11.2004).