

*Jon Erik Finnvold og Jørgen Svalund, SSB
Bård Paulsen, SINTEF helse*

**Etter innføring av
fastlegeordning**
- brukervurderinger av
allmennlegetjenesten

Rapporter

I denne serien publiseres statistiske analyser, metode- og modellbeskrivelser fra de enkelte forsknings- og statistikkområder. Også resultater av ulike enkeltundersøkelser publiseres her, oftest med utfyllende kommentarer og analyser.

Reports

This series contains statistical analyses and method and model descriptions from the various research and statistics areas. Results of various single surveys are also published here, usually with supplementary comments and analyses.

© Statistisk sentralbyrå, januar 2005
Ved bruk av materiale fra denne publikasjonen,
vennligst oppgi Statistisk sentralbyrå som kilde.

ISBN 82-537-6716-1 Trykt versjon
ISBN 82-537-6718-8 Elektronisk versjon
ISSN 0806-2056

Emnegruppe

03.02 Helsetjenester

Design: Enzo Finger Design
Trykk: Statistisk sentralbyrå/245

Standardtegn i tabeller	Symbols in tables	Symbol
Tall kan ikke forekomme	Category not applicable	.
Oppgave mangler	Data not available	..
Oppgave mangler foreløpig	Data not yet available	...
Tall kan ikke offentliggjøres	Not for publication	:
Null	Nil	-
Mindre enn 0,5 av den brukte enheten	Less than 0.5 of unit employed	0
Mindre enn 0,05 av den brukte enheten	Less than 0.05 of unit employed	0,0
Foreløpig tall	Provisional or preliminary figure	*
Brudd i den loddrette serien	Break in the homogeneity of a vertical series	—
Brudd i den vannrette serien	Break in the homogeneity of a horizontal series	
Desimalskilletegn	Decimal punctuation mark	,(,)

Sammendrag

*Jon Erik Finnvoll, og Jørgen Svalund, SSB
Bård Paulsen, SINTEF helse*

Etter innføring av fastlegeordning

- brukervurderinger av allmennlegetjenesten

Rapporter 2005/1 • Statistisk sentralbyrå 2004

Sommeren 2001 ble allmennlegetjenesten i Norge organisert etter fastlegesystemet. Innføring av fastlegeordning er en viktig reform i norsk helsetjeneste. Det er gjennomført et betydelig arbeid for å evaluere reformen og analysere effektene av den. Denne rapporten inngår som en del av dette arbeidet, og drøfter publikums erfaringer med fastlegeordningen etter to års virketid. Publikasjonen er en oppfølging av rapporten "Før innføring av fastlegeordning – brukervurderinger av allmennlegetjenesten i et veiskille." (Finnvoll og Paulsen 2002).

Analysene bygger på paneldata, som gir muligheter til å følge de samme personene før, under og etter reformen. Panelet er hentet fra Statistisk sentralbyrås samordnede levekårsundersøkelser, som er basert på årlige intervju med et representativt utvalg nordmenn. De gjør det mulig på en systematisk måte å undersøke endringer i legebrukernes erfaringer med, og vurderinger av, legetjenesten før og etter reformen.

Seksjon for intervjuundersøkelser i Statistisk sentralbyrå er ansvarlig for innsamling og kvalitetssikring av data. Analysearbeidet er gjennomført i et samarbeid mellom Jon Erik Finnvoll og Jørgen Svalund ved Statistisk sentralbyrå, og Bård Paulsen ved SINTEF Helse. Jon Erik Finnvoll og Jørgen Svalund har skrevet kapittel 2, Bård Paulsen kapittel 3 og 4, Jon Erik Finnvoll kapittel 5,6 og 7, mens kapittel 8 og 9 er skrevet av Jørgen Svalund. Anne Sundvoll har levert bidrag til kapittelet om datagrunnlaget i rapportens vedlegg.

Prosjektstøtte: Prosjektet er finansiert av Norges forskningsråd, som på oppdrag av Helsedepartementet gjennomfører en forskningsbasert evaluering av fastlegereformen.

Innhold

1. Innledning.....	11
1.1. Reformen	11
1.2. Hovedresultater	12
1.3. Kort om datagrunnlaget.....	14
1.4. Organisering av rapporten.....	14
2. Flere faste legerelasjoner - endringer i kontinuitet 2001 - 2003.....	15
2.1. Hva er kontinuitet i legerelasjonen?.....	15
2.2. Fast lege er ikke like viktig for alle	15
2.3. Større utfordringer i mindre sentrale kommuner.....	15
2.4. Endring i omfang av kontinuitet: flere med fast lege	16
2.5. Hvor lenge varer en legerelasjon?.....	18
2.6. Bytte av fast lege - frivillig eller tvunget?	18
2.7. Bruk av flere allmennleger	19
2.8. Preferanser: Hvor mange ønsker en fast allmennlege?.....	20
3. Tilgjengelighet: Ventetider på vanlig time.....	22
3.1. Innledning	22
3.2. Ventetid på vanlig time: Hovedtrekk i utviklingen fra 2001 til 2003.....	23
3.3. Ventetidsvariasjoner mellom ulike brukergrupper 2001 og 2003	24
3.4. Ventetidsutvikling og trekk ved legetjenesten.....	24
3.5. Ventetid og trekk ved kommunene.	26
3.6. Sammenfattende analyse: ventetidsutvikling	27
4. Telefontilgjengelighet og øyeblikkelig hjelp	29
4.1. Innledning	29
4.2. Endret tilgang på øyeblikkelig hjelp?	29
4.3. Telefontilgjengelighet.....	30
5. Bruk av legevakt.....	33
5.1. Begrenset reduksjon.....	33
5.2. Hvem oppsøker legevakt?	33
5.3. Fører misnøye med fastlegen til mer bruk av legevakt?.....	34
6. Mer målrettede forebyggende helsekontroller	36
6.1. Innledning	36
6.3. Omfang.....	36
6.3. Er det legen eller pasienten som tar initiativet?.....	37
6.4. Flere forebyggende kontakter?.....	37
6.5. Hvem har forebyggende kontakter? Endring over tid.....	38
6.6. Flere faste legerelasjoner, flere forebyggende kontakter	40
7. Henvisninger i allmennpraksis.....	41
7.1. Endringer i henvisningsraten.....	41
7.2. Hvem blir henvist?	42
7.3. Egenvurdert helsetilstand avgjør	43
7.4. Er henvisningspraksis endret?	44
8. Pasienttilfredshet - Ventetid hos allmennlege.....	46
8.1. Brukertilfredshet, forventninger og tjenestekvalitet.....	46
8.2. Allmennlegens tilgjengelighet - Ventetid på time.....	47
8.3. Endringer i ventetid på time hos lege fra 2000 til 2003	52
8.4. Avsluttende betraktninger - Endringer i ventetid.....	56
9. Er innholdet i legekonsultasjonen endret?.....	57
9.1. Makt, tillit og forventninger i lege - pasientrelasjonen	57
9.2. Opplevelse av legekonsultasjonen.....	58

9.3. Variasjoner i opplevelse av legekonsultasjonen	59
9.4. Legekonsultasjonen - endringer fra 2000 til 2003.....	65
9.5. Avsluttende betraktning - Erfaringer med legekonsultasjonen	69

Referanser**71**

Vedlegg

A. Data og metode kapitel 8 og 9	74
B. Dokumentasjon av levekårspanelet	79
C. Tabeller	85

Tidligere utgitt på emneområdet.....**90**

De sist utgitte publikasjonene i serien Rapporter.....**91**

Figurregister

1. Innledning

1.1. Andel som var uten fast lege. Etter egenvurdert helsetilstand og lokal organisering av legetjenesten. 2001 og 2003. Prosent. (N)	12
1.2. Andel legebrukere med ventetid på vanlig time 4 dager eller mer. Etter alder. 2001 (N=1202) og 2003 (N=1331).....	12
1.3. Andel som hadde faste avtaler om kontroller. Etter egenvurdert helse. 2001 og 2003	13
1.4. Endringer i opplevelse av tiden det tar å få time hos legen fra 2000 til 2003. Prosent.....	14

2. Flere faste legerelasjoner - endringer i kontinuitet 2001 - 2003

2.1. Andel som var uten fastlege. Etter alder, kjønn, egenvurdert helsetilstand, preferanser og lokal organisering av legetjenesten. 2001 og 2003. Prosent.....	16
---	----

3. Tilgjengelighet: Ventetider på vanlig time

3.1. Andel legebrukere med ventetid på vanlig time 4 dager eller mer. Etter alder. 2001 (N=1202) og 2003 (N=1331).....	24
3.2. Ventetidsutvikling for pasienter tilknyttet ulike praksistyper. Andel som venter 4 dager eller mer. 2001 (N=1170) og 2003(N= 1308).....	26
3.3. Ventetidsvariasjoner etter kommunestørrelse. 2001 (N=1203) og 2003 (N=1331). Andel med ventetid 4 dager eller mer siste gang man bestilte time	27

4. Telefongitgjengelighet og øyeblikkelig hjelp

4.1. Andelen fornøyd med telefongitgjengelighet 2003. Etter alder og kjønn. N=3627	30
4.2. Andelen som sier det var greit å få kontakt med lege etter kommunestørrelse. Prosentvis. 2003. N= 2726	31

5. Bruk av legevakt

5.1. Andel som hadde brukt legevakt. Etter alder, egenvurdert helse og sentralitet. 2000 og 2003. Prosent. (N).....	34
5.2. Bruk av legevakt og pasienttilfredshet. 2000 og 2003. Respons på utsagnet "Legen tok meg og mine problemer på alvor"	34

6. Mer målrettede forebyggende helsekontroller

6.1. Antall kontakter med lege siste 12 måneder. Ulike typer legekontakter. 2003 . (N=2837)	36
---	----

8. Pasienttilfredshet - Ventetid hos allmennlege

8.1. Det tok for lang tid å få time hos legen. 2000 og 2003. Prosent	48
8.2. Andel enig i utsagnet "Det tok alt for lang tid å få time hos legen". 2000 og 2003. Etter alder, kjønn, egenvurdert helse og utdanning.....	49
8.3. Andel som var enig i utsagnet "Det tok alt for lang tid å få time hos legen". 2000 og 2003. Etter fastlegetilknytning, legens praksisform og geografi	50
8.4. Andel som var enig i utsagnet "Det tok alt for lang tid å få time hos legen". Etter prioritet i legevvalg og preferanse i forhold til fast lege. 2003	50
8.5. Endringer i opplevelse av tiden det tar å få time hos legen fra 2000 til 2003. Prosent.....	53

9. Er innholdet i legekonsultasjonen endret?

9.1. "Legen gav meg ikke nok tid", og "Legen tok meg og mine problemer på alvor". 2000 og 2003. Prosent.....	59
9.2. Andel <i>enig</i> i utsagnet "Legen gav meg ikke nok tid" og andel <i>uenig</i> i utsagnet "Legen tok meg og mine problemer på alvor ". Etter alder, kjønn, egenvurdert helse og utdanning. 2000 og 2003.....	60
9.3. Andel <i>enig</i> i utsagnet "Legen gav meg ikke nok tid" og andel <i>uenig</i> i utsagnet "Legen tok meg og mine problemer på alvor ". Etter fastlegetilknytning, legens praksisform og geografi. 2000 og 2003.....	61
9.4. Andel <i>enig</i> i utsagnet "Legen gav meg ikke nok tid" og andel <i>uenig</i> i utsagnet "Legen tok meg og mine problemer på alvor". I alt og etter prioritet i legevvalg, preferanse i forhold til fast lege, samt om man foretrekker lege med et annet kjønn enn den man har. 2003.....	64
9.5. Endringer i opplevelse av om legen gav nok tid i legekonsultasjonen, og om legen tar den enkelte og hans problemer på alvor i legekonsultasjonen fra 2000 til 2003. Prosent	65

Vedlegg

A1. Det tok for lang tid å få time hos legen. 2000	77
A2. Det tok for lang tid å få time hos legen. 2000. Etter dikotomisering.....	77

A3. Legen gav meg ikke nok tid. 2000.....	77
A4. Legen gav meg ikke nok tid. 2000. Etter dikotomisering	78
A4. Legen tok meg og mine problemer på alvor. 2000	78
A5. Legen tok meg og mine problemer på alvor. 2000	78
A6. Legen tok meg og mine problemer på alvor. 2000. Etter dikotomisering	78
A7. Det tok for lang tid å få time hos legen. 2003	79
A8. Det tok for lang tid å få time hos legen. 2003. Etter dikotomisering	79
A9. Legen gav meg ikke nok tid. 2003.....	79
A10. Legen gav meg ikke nok tid. 2003. Etter dikotomisering	79
A11. Legen tok meg og mine problemer på alvor. 2003	80
A12. Legen tok meg og mine problemer på alvor. 2003. Etter dikotomisering	80

Tabellregister

2. Flere faste legerelasjoner - endringer i kontinuitet 2001 - 2003

2.1. Årsverk av leger i kommunehelsetjenesten 2000 og 2002	16
2.2. Kontinuitet i legerelasjonen. Sannsynlighet for å ikke ha fast lege 2001 og 2003. Sannsynlighet for å være uten fast lege i 2001 til å ha fast lege i 2003. Multivariate logistiske regresjonsmodeller	17
2.3. Respons på spørsmålet "Omtrent hvor lenge har du hatt denne faste legen?" Gjennomsnitt for underutvalg som hadde fast allmennlege. 2000 og 2003. (N)	18
2.4. Respons på spørsmålet ¹ "Hva var årsaken til legebyttet?" Prosent (N=192).....	18
2.5. Respons på spørsmålet "Omtrent hvor mange ulike allmennleger har du hatt kontakt med siste 12 måneder? Regn ikke med legevaktslege"	19
2.6. Respons på spørsmålet "Vi er interessert i å høre hvor for du har hatt kontakt med flere allmennleger i løpet av de siste 12 måneder? Var det fordi....." Prosent (N).....	19
2.7. Kontinuitet i legerelasjonen. Sannsynlighet for å ha brukt 2 eller flere ulike allmennleger siste 12 måneder. Underutvalg med minst 2 kontakter med lege på grunn av egen sykdom. 2000 og 2003. Multivariate logistiske regresjonsmodeller	20
2.8. Kontinuitet i legerelasjonen. Sannsynlighet for å ønske å bruke flere ulike allmennleger. 2001, 2003 og 2001/2003. Multivariate logistiske regresjonsmodeller.....	21

3. Tilgjengelighet: Ventetider på vanlig time

3.1. Antall dagers ventetid for de som bestilte time hos lege 2001 og 2001	24
3.2. Andel legebrukere med ulik ventetid på vanlig time 2001 og 2003. Antall dager ventet. Prosentvis	24
3.3. Median ventetid for kvinner og menn. 2001 (N=1202) og 2003 (N=1331)	24
3.4. Kjønn- og alderssammensetning blant brukere med kvinnelige leger 2003. I prosent av totalt antall pasienter hos kvinnelige leger. N = 832	25
3.5. Legetilknytning 2001 og 2003. Prosent. N=2862.....	25
3.6. Median ventetid for vanlig time (antall dager) etter tilknytning til mannlig eller kvinnelig lege. 2001 (N= 1173) og 2003 (N=1306).....	25
3.7. Andel legebrukere tilknyttet lege i ulike typer praksis- organisering. 2001 (N=3370) og 2003 (N=3627). Fast lege eller siste lege	26
3.8. Sannsynlighet for ventetider på 4 dager eller mer i solo praksis og i større sentre. (Referansekategori: To-legepraksis). 2001 og 2003 Logistisk regresjon	26
3.9. Median ventetid for svargivere bosatt i kommuner med under 10.000 innbyggere. Kommuner med ulik andel fastlønnsstillinger i 2001. 2001 (N=1202) og 2003 (N=1331)	27
3.10. Logistisk regresjon. Faktorer som påvirker ventetid 2001 og 2003. Odds-ratio: 4 dagers ventetid eller mer	27

4. Telefontilgjengelighet og øyeblikkelig hjelp

4.1. Hvor fikk du/dere hjelp? 2001 (N=306) og 2003 (N= 254).....	29
4.2. Hvor raskt man får øyeblikkelig hjelp hos allmennlege. Legevakt unntatt. Prosentvis. 2001 (N=307) og 2003 (N=252).....	29
4.3. Vurdering av tilgang på øyeblikkelig hjelp hos allmennlege. Legevakt unntatt. Prosentvis. 2001 (306) og 2003 (253)	30
4.4. Andel fornøyde med telefontilgjengelighet 2003. N=2736	30
4.5. Andel enige i at det gikk greit å få kontakt på telefon 2003. Etter praksistype. Prosentvis. N= 2726.....	31
4.6. Andel som mener det var greit å få kontakt på telefon. Bosatt i kommuner med mindre enn 10.000 innbyggere. Etter innslag av Fastlønnsstillinger 2001. Prosentvis. N=636.....	32
4.7. Faktorer som påvirker vurdering av telefontil- gjengelighet til legetjenesten 2003. Logistisk regresjon. Odds ratio. N= 2715.....	32

5. Bruk av legevakt

5.1. Bruk av legevakt. 2000 og 2003. (N= 2840).....	33
5.2. Sannsynlighet for å ha hatt kontakt med legevakt. Etter alder, kjønn, egenvurdert helse og sentralitet. 2000 og 2003. Multivariate logistiske regresjonsmodeller.....	33
5.3. Sannsynlighet for å ha hatt kontakt med legevakt. Etter alder, kjønn, egenvurdert helse, sentralitet og pasienttilfredshet. 2000 og 2003. Multivariate logistiske regresjonsmodeller. 2000 og 2003.....	35

6. Mer målrettede forebyggende helsekontroller

6.1. Bruk av forebyggende legekontakter. Sannsynlighet for å ha hatt legeinitiert eller pasientinitiert kontakt siste 12 måneder. 2003. Multivariate logistiske regresjonsmodeller.....	37
6.2. Respons på spørsmålet "Har du i dag faste avtaler med allmennlege om kontroller av egen helse, avtaler som gjelder uavhengig av om du er syk eller ikke?". Prosent andel som hadde faste avtaler. [95% konfidensintervall] (N).....	37
6.3. Respons på spørsmålet "Hvor mange kontroller har du vært på de siste 12 månedene?" Gjennomsnitt. [95% konfidensintervall] (N).....	38
6.4. Andel som hadde faste avtaler om kontroller. I alt og etter alder, kjønn, egenvurdert helse, utdanning, om man har fastlege, legepraksis, geografi.....	38
6.5. Bruk av forebyggende legekontakter. Sannsynlighet for å ha hatt kontakt siste 12 måneder. 2002 og 2003. Multivariate logistiske regresjonsmodeller.....	39
6.6. Andel som hadde hatt forebyggende kontroll i løpet av siste 12 måneder. 2001 og 2003. Etter endringer i kontinuitet. Prosent.....	39
6.7. Antall forebyggende kontroller i løpet av siste 12 måneder. 2001 og 2003. Etter endringer i kontinuitet. Antall og prosent vekst.....	40

7. Henvisninger i allmennpraksis

7.1. Respons på spørsmålet "Er du blitt henvist til spesialist av allmennlege eller fastlege i løpet av de siste 12 månedene?" Prosent andel som ble henvist. [95% konfidensintervall] (N).....	42
7.2. Respons på spørsmålet "Hvor mange ganger har du blitt henvist til spesialist i løpet av de siste 12 måneder?" Gjennomsnitt. [95% konfidensintervall] (N).....	42
7.3. Andel som var blitt henvist til spesialist siste 12 md. I alt og etter alder, kjønn, egenvurdert helse, utdanning, om man har fast lege, legepraksis, sentralitet og andel turnuskandidater i bostedskommunen. Prosent. (N). 2001 og 2003.....	43
7.4. Faktorer som påvirker sannsynligheten for å ha blitt henvist til spesialist siste 12 md. Multivariat logistisk regresjonsanalyse.....	44
7.5. Andel som var blitt henvist til spesialist i løpet av siste 12 måneder. 2001 og 2003. Etter endringer i kontinuitet. Prosent.....	44
7.6. Henvisninger til spesialist i løpet av siste 12 måneder. 2001 og 2003. Etter endringer i kontinuitet. Antall og prosent vekst.....	44
7.7. Kontakter med privatpraktiserende spesialist i løpet av siste 12 måneder. 2001 og 2003. Etter endringer i kontinuitet. Antall og prosent vekst.....	45
7.8. Polikliniske kontakter på sykehus i løpet av siste 12 måneder. 2001 og 2003. Etter endringer i kontinuitet. Antall og prosent vekst.....	45

8. Pasienttilfredshet - Ventetid hos allmennlege

8.1. Årsverk av leger i kommunehelsetjenesten. 2000 - 2003.....	47
8.2. Sannsynligheten for å være enig i utsagnet "Det tok alt for lang tid å få time hos legen". 2000 og 2003. Multivariat logistisk regresjon.....	51
8.3. Andel som har blitt fornøyd med tiden det tar å få time hos legen fra 2000 til 2003, i alt og etter alder, kjønn, egenvurdert helse, utdanning, om man har fastlege, legepraksis, geografi, prioritet i legevalg og preferanse i forhold til fast lege.....	53
8.4. Sannsynligheten for å ha blitt fornøyd med tiden det tar å få time hos legen fra 2000 til 2003. Multivariat logistisk regresjon.....	54
8.5. Andel som har blitt misfornøyd med tiden det tar å få time hos legen fra 2000 til 2003, i alt og etter alder, kjønn, egen- vurdert helse, utdanning, om man har fastlege, legepraksis, geografi, prioritet i legevalg og preferanse i forhold til fast lege.....	55
8.6. Sannsynligheten for å ha blitt misfornøyd med tiden det tar å få time hos legen fra 2000 til 2003. Multivariat logistisk regresjon.....	55

9. Er innholdet i legekonsultasjonen endret?

9.1. Sannsynligheten for å være <i>enig</i> i utsagnet " Legen gav meg ikke nok tid ". 2000 og 2003. Multivariat logistisk regresjon.....	61
9.2. Sannsynligheten for å være <i>uenig</i> i utsagnet "Legen tok meg og mine problemer på alvor" . 2000 og 2003. Multivariat logistisk regresjon	61
9.3. Kvinner og menn etter legens kjønn. 2001 og 2003. Prosent og N.....	62
9.4. Preferanser knyttet til allmennlegens kjønn, i alt og etter kjønn. 2001 og 2003	63
9.5. "Feil" kjønn på lege. 2001 og 2003. Prosent (N)	63
9.6. Sannsynligheten for å være <i>enig</i> i utsagnet "Legen gav meg ikke nok tid" i 2003. Multivariat logistisk regresjon	64
9.7. Sannsynligheten for å være <i>uenig</i> i utsagnet "Legen tok meg og mine problemer på alvor" i 2003. Multivariat logistisk regresjon	64
9.8. Andel som har blitt mer fornøyd med tiden de får i legekonsultasjonen fra 2000 til 2003, i alt og etter alder, kjønn, egenvurdert helse, utdanning, om man har fastlege, legepraksis, geografi, prioritet i legevalg, preferanse i forhold til fast lege, samt om man foretrekker lege med et annet kjønn enn det man har	66
9.9. Sannsynligheten for å ha blitt mer fornøyd med tiden de får i legekonsultasjonen fra 2000 til 2003. Multivariat logistisk regresjon	67
9.10. Andel som har blitt misfornøyd med tiden de får i legekonsultasjonen fra 2000 til 2003, i alt og etter alder, kjønn, egenvurdert helse, utdanning, om man har fastlege, legepraksis, geografi, prioritet i legevalg, preferanse i forhold til fast lege, samt om man foretrekker lege med et annet kjønn enn det man har	68
9.11. Sannsynligheten for å ha blitt misfornøyd med tiden de får i legekonsultasjonen fra 2000 til 2003. Multivariat logistisk regresjon	69

Vedlegg

B1. Nøkkeltall for panelundersøkelsen, datainnsamling 2001	82
B2. Kønns- og aldersfordeling blant svargivere 2001 (N= 3370) og 2003 (N=3627). Prosentvis.....	82
B3. Fordeling i populasjon og nettoutvalg for kjennemerkene kjønn, aldersgruppe og landsdel. Prosent	83

1. Innledning

Sommeren 2001 ble fastlegeordningen innført i Norge. Formålet med reformen er:

"å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten ved å sikre at mennesker som er bosatt i Norge skal kunne få en fast allmennlege å forholde seg til. Fastlegeordningen skal gi befolkningen større trygghet gjennom bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten".

(Forskrift om fastlegeordning i kommunene, kap. 1)

Denne rapporten er et ledd i arbeidet med evaluering av fastlegereformen, med utgangspunkt i dens sentrale målsettinger, og med brukernes erfaringer som hovedperspektiv. Undersøkelsen bygger på data fra Statistisk Sentralbyrås temaroterende levekårspanel, som er basert på årlige intervju med et representativt utvalg nordmenn. Med utgangspunkt i intervjudata fra våren 2000 og 2001 har vi gjort en kartlegging av situasjonen i allmennlegetjenesten før reformen, beskrevet i delrapport nr. 1: *"Før innføring av fastlegeordningen – brukervurderinger av allmennlegetjenesten i et veiskille"* (Finnvold og Paulsen 2002). Her skal vi drøfte publikums erfaringer med – og vurderinger av – en fastlegeorganisert allmennlegetjeneste, i hovedsak basert på intervjudata fra 2003.

1.1. Reformen

Kjernen i fastlegereformen er formalisering av et fast forhold mellom legen og legebrukeren. Hver innbygger får en rett til å tegne seg på en leges pasientliste, og bruke denne legen som sin faste lege. Fastlegeforholdet etablerer et plikt- og rettighetsforhold mellom legen og den som tegner seg på listen. Legen har ansvaret for å gi sine pasienter et forsvarlig tilbud innenfor allmennlegetjenestens rammer. I legens fravær skal det etableres en vikarordning som sikrer pasienten tilgang på legetjenester. Legebrukeren på sin side vil ha begrensede muligheter for å bruke andre leger enn sin faste, og må akseptere begrensninger mht. hvor hyppig han/hun kan bytte lege.

Legedekningen har variert betydelig mellom ulike typer kommuner. Mange små, usentrale kommuner har hatt problemer med å rekruttere allmennleger, og på midten av nittitallet var utviklingen i

primærlegetjenesten i Norge svak. Nye legeårsværk ble stort sett absorbert av sykehusene, som hadde en betydelig vekst i antall legeårsværk i perioden. (Magnussen og Kalseth 1998). Fastlegereformens målsetting om å sikre (hele) befolkningen tilgang til legetjenester var avhengig av tilstrekkelig med leger i kommunehelsetjenesten, og det ble lagt begrensninger på stillingsveksten i sykehusene. Som en følge av dette økte antall leger i vanlig allmennlegepraksis fra ca 3 580 i 2000 til ca 3 900 i 2002. På tross av dette er ble det fremdeles rapportert om ubesatte lister – 3,1 % på landsbasis - i september 2002¹. Helsetilsynet rapporterte i september 2003 at legemangelen fremdeles var et problem i visse deler av landet – særlig i Sogn og Fjordane, Nord- Trøndelag, Nordland og Finnmark. Det betyr at en del utkantkommuner fremdeles har problemer med å oppfylle befolkningens rett til fast lege. På den annen side opplevde man blant annet i Oslo at det oppstod konkurranse om pasientene, og mange leger fryktet pasientmangel. (Aftenposten 26.02.01). Reformen ble altså fulgt av en markert vekst i kapasiteten i legetjenesten. Å kartlegge endringer i legedekning er ikke tema for vår undersøkelse, men vil være en av de faktorene som kan bidra til å forklare eventuelle endringer i tilgjengelighet i perioden. I mange sammenhenger er det rimelig å anta at de resultater som fremkommer vil være et resultat av samspillet mellom disse to faktorene.

Trygghet, kontinuitet i lege/pasientforholdet, tilgjengelighet og kvalitet er sentrale stikkord i fastlegereformens "formålsparagraf". I et brukerperspektiv utløser dette en rekke sentrale problemstillinger:

- Fører fastlegeordningen i praksis til bedre kontinuitet i lege/pasientforholdet?
- Blir tilgjengeligheten til legetjenesten bedre?
- Gjør fastlegeordningen brukerne mer fornøyde?
- Fører fastlegeordningen til at vi bruker legetjenesten på andre måter enn før?

¹ Kilde: Rikstrygdeverket: Styringsdata for fastlegeordningen, 3 kvartal 2002

1.2. Hovedresultater

Kontinuitet: De aller fleste oppga våren 2003 at de hadde en fast lege. Dermed er et sentralt mål i stor grad oppnådd etter innføring av fastlegeordningen (FLO). FLO har formalisert det som tidligere var praksis for mange, ettersom et flertall av befolkningen hadde en fast lege, og fortsatte å bruke denne også etter innføring av reformen. I tillegg har FLO fanget opp grupper som tidligere var preget av lite kontinuitet, det vil si menn, personer som opplever sin egen helse som god, og de yngste aldersgruppene. Flere av disse står nå på lista til en fastlege. Videre er kontinuiteten særlig forbedret i kommuner som tidligere var preget av et ustabil legetilbud. Likevel forekommer ufrivillige bytte av fast lege oftere i slike kommuner, og innbyggerne kan i mindre grad enn andre regne med at det er fastlegen de får kontakt med når de trenger legehjelp.

Det var også en klar målsetting at behovet for legetjenester i større grad skulle rettes mot fastlegen. Vi har ikke funnet noen reduksjonen i bruk av andre leger enn den faste, og nedgangen i bruk av legevakt er relativt begrenset. Dels er dette en følge av at reformen har hatt størst konsekvenser for folk som tidligere manglet fast legetilknytning. Dette er grupper som i mindre grad har behov for legevakt, og har færre sammensatte helseproblemer som krever kontakt med flere ulike leger.

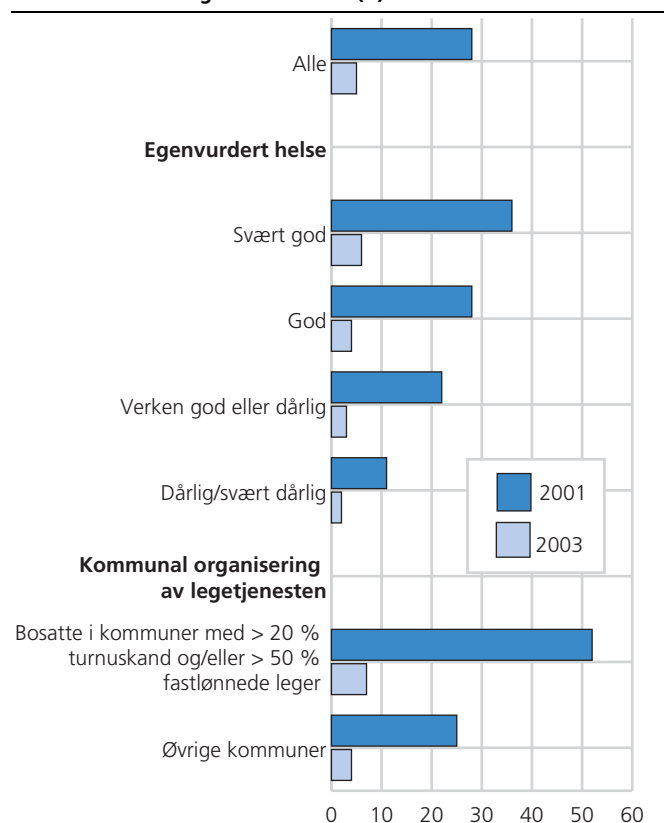
Hver tiende person i utvalget ønsket å bruke flere ulike allmennleger. For denne gruppen innebærer reformen en begrensning av ønsket om fleksibilitet i legevalget. Høyt utdanningsnivå og sentralt bosted er typiske trekk for denne gruppen.

Tilgjengelighet: Analyser av endringer i befolkningens tilgang til legetjenester er basert på indikatorene *hvor raskt man får hjelp ved akutte behov, og ventetid på vanlig time*. I tillegg har vi undersøkt sammenhengen mellom telefontilgjengelighet og måten legetjenesten er organisert på, basert på data fra 2003.

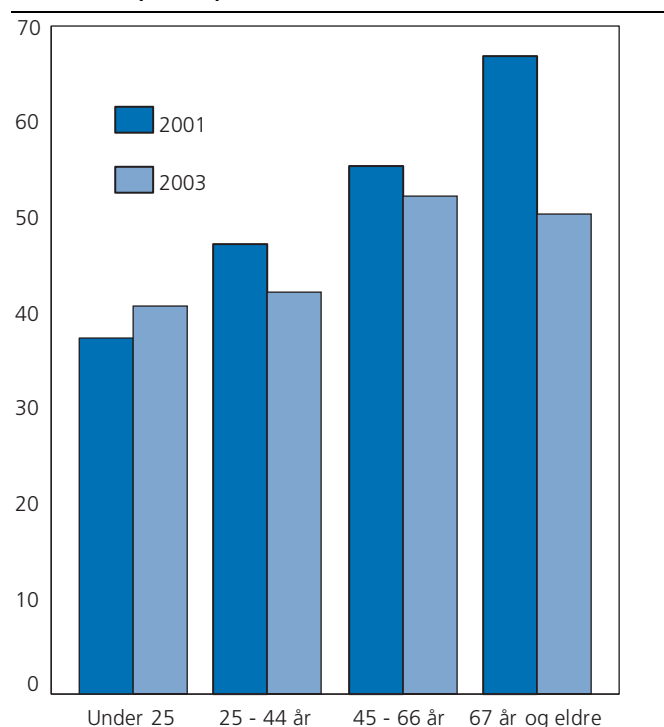
Vi fant ingen indikasjoner på at det har skjedd vesentlige endringer når det gjelder legenes håndtering av øyeblikkelig hjelp henvendelser. Man får hjelp like raskt i 2003 som man fikk i 2001, og vel 90 % sier at det var lett å få hjelp begge år.

Det har skjedd en klar, generell ventetidsforbedring for allmennlegetjenesten i Norge i perioden 2001 til 2003. Ventetidsforbedringene har vært mest markerte for de eldste aldersklassene. Det ser imidlertid ut til at tradisjonelle ventetidsforskjeller mellom høy- og lavforbruksgrupper opprettholdes i perioden. Fremdeles er det slik at kvinner venter lengre på vanlig time enn menn, og eldre venter lengre enn yngre. Ventetidsforbedringene har vært sterkest for aldersgruppen 67 år og eldre.

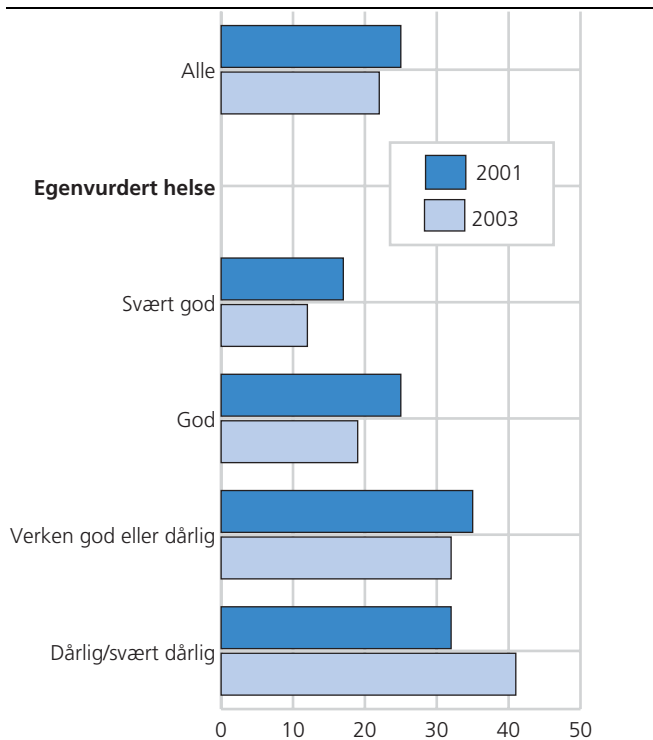
Figur 1.1. Andel som var uten fast lege. Etter egenvurdert helsestatus og lokal organisering av legetjenesten. 2001 og 2003. Prosent. (N)



Figur 1.2. Andel legebrukere med ventetid på vanlig time 4 dager eller mer. Etter alder. 2001 (N=1202) og 2003 (N=1331)



Figur 1.3. Andel som hadde faste avtaler om kontroller. Etter egenvurdert helse. 2001 og 2003



Det har skjedd en utjevning av ventetider mellom ulike typer legepraksiser. I 2001 rapporterte legebrukere ved større sentre om lengre ventetider enn andre. Denne forskjellen er blitt borte i 2003. Vi finner heller ingen spesielle ventetidsproblemer hos kvinnelige leger etter iverksetting av reformen, slik erfaringene fra fastlegeforsøket 1993-95 gjorde det naturlig å forvente.

Det ser også ut til at det har skjedd ventetidsforbedringer i mange småkommuner preget av legegjennottrekk og lange ventetider før reformen. Samlet sett ser det altså ut til at det har skjedd en utjevning av ventetidsvariasjoner i perioden.

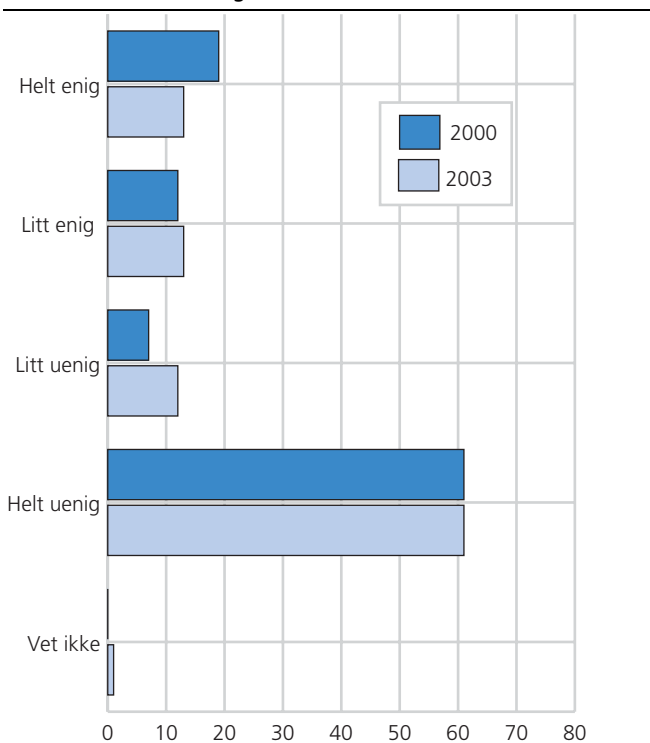
Henvisninger til spesialist: I 2003 var at det i hovedsak egenvurdert helsetilstand som hadde innvirkning på sannsynligheten for å bli henvist. Geografiske og organisatoriske forhold hadde liten betydning. Betydningen av egenvurdert helse er imidlertid redusert i perioden. I 2003 er det oppstått en skjevhet i det geografiske fordelingsmønsteret, med en hyppigere henvisningsfrekvens i de mest sentrale kommunene. Forskjellene i henvisningsmønster når det gjelder geografi og sykkelighet kan tyde på en svakere kobling mellom behov og ressursbruk. En gruppe har hatt relativt få henvisninger, nemlig de som manglet fast lege i 2001. Denne gruppen har imidlertid hatt en klar vekst i omfanget av henvisninger, men personer som ikke hadde endret status når det gjaldt kontinuitet hadde en svak nedgang i henvisningsraten. Endringene innebærer at forskjeller i henvisningsrate med bakgrunn i manglende kontinuitet er utjevnet.

Forebyggende legekontakter er kontroller som legen i de fleste tilfeller tar initiativ til, og som ikke er direkte knyttet til bestemte syketilfeller. For denne type kontakter er bruksmønster klart endret fra 2001 til 2003. Legene differensierer tilbudet i større grad etter behovsindikatorer som alder og pasientens egenvurderte helsetilstand. Dette kan ha sammenheng med at legene har fått en bedre oversikt over sin egen pasientpopulasjon. De som manglet fast lege i 2001, men som hadde fått fast lege i 2003 har hatt en relativt sterk økning i forebyggende kontakter. Reformen synes dermed å ha nådd en gruppe som tidligere i liten grad benyttet seg av muligheten til forebyggende helsekontroller.

Pasienttilfredshet: Analyser av pasientenes opplevelse av ventetiden viser at brukerne rapporterer at ventetiden har gått ned. Det er særlig blant eldre mennesker at flere rapporterer at ventetiden har gått ned. Dessuten er bosatte i kommuner som tidligere var preget av ustabil legedekning klart mer fornøyd med ventetiden etter FLO. Også pasienter på legesentra har fått en mer positiv vurdering av ventetiden. En gruppe som ikke deler den positive erfaringen med tilgjengelighet er pasienter som ønsker å bruke flere ulike allmennleger. Ofte enn andre opplever denne gruppen at ventetiden er for lang, og legetilgjengeligheten for dårlig.

Når det gjelder erfaringene med selve *legekonsultasjonen*, viser det seg at flere enn tidligere opplever at legen faktisk har nok tid. De fleste var imidlertid tilfreds før reformen, og er fornøyd også etter reformen. Jo dårligere helse den enkelte opplever at han eller hun har, jo mindre sannsynlig er det at de er fornøyd med tiden de får hos legen. Og jo sykere pasientene er, jo dårligere tillit opplever de at de har til legen og dennes arbeid. I analysene kommer det også fram at forskjellen i opplevelse av legekonsultasjonen mellom bosatte i kommuner med ustabil legedekning og de som er bosatte i andre kommuner er borte etter innføringen av reformen. Det er særlig de som ikke fikk førstevalget som er blitt mer fornøyd. Igjen kan fortolkningen være at førstevalgslegene er mer populære, men at de også har en større arbeidsbyrde. Typisk for dem som er blitt mer misfornøyd med tiden de får hos legen er preferanser for bruk av flere ulike leger.

Figur 1.4. Endringer i opplevelse av tilgjengelighet fra 2000 til 2003. Respons på utsagnet "Det tar alt for lang tid å få time hos legen. Prosent



1.3. Kort om datagrunnlaget

Datagrunnlaget bygger i hovedsak på levekårpanelet, som ble etablert 1. halvår 1997. Panelet omfatter et utvalg på ca. 5 000 personer, der de samme personene blir kontaktet år etter år. De som er med blir intervjuet ved besøk, men det blir også gjort telefonintervju. Spørreskjemaet er organisert rundt faste sekvenser av spørsmål om helse, arbeid og bostedsforhold. Første gangen det ble stilt spørsmål om legetjenester, var i 2000. Dette temaet ble fulgt opp i 2001 og 2002. I 2003 er spørsmål om legetjenester et hovedtema. I tillegg til opplysningene som blir gitt gjennom intervjuene, blir informasjon om svarpersonenes bakgrunn gjort tilgjengelig gjennom registerkoblinger. Dette gjeld dels individopplysninger, slik som utdanningslengde og inntekt. Dels gjelder det også ulike egenskaper ved svarpersonenes bostedskommune, herunder trekk ved det lokale legetilbudet. Disse opplysningene er hentet fra oversikten til Statistisk sentralbyrå over personell og virksomhet i kommunehelsetjenesten.

Svarprosenten for levekårpanelet er normalt på omtrent 70 prosent. Mer detaljerte opplysninger om utvalg og frafall er gitt i rapportens vedlegg. I den enkelte tabell i rapporten vil tallet på personer som svarte variere. Utover frafallet er det flere grunner til dette. Den viktigste er at mange av spørsmålene bare er stilt til personer som har hatt legekontakt det siste året. Det er også slik at utvalget hvert år blir redusert fordi enkelte av ulike grunner ikke lenger kan eller vil delta. Dette blir kompensert gjennom nyrekruttering.

Analyser som bygger på koblinger av flere årganger, vil dermed få færre som svarer.

1.4. Organisering av rapporten

I rapporten er det valgt en tematisk ordning av stoffet som i stor grad følger innholdet i det spørreskjemaet som intervjuerne har brukt. Det betyr at analytiske kategorier som geografiske og kontekstuelle forhold foreløpig er tonet ned. Rapporten starter med en analyse av kontinuitet, selve grunnlaget for reformen. En sentral målsetting med reformen var å bedre den generelle tilgjengeligheten, men også å sørge for at allmennlegetjenesten fungerte bedre i mer akutte situasjoner. Disse temaene er analysert i kapittel 3 og 4. Kapittel 5, 6 og 7 drøfter en forventning om omfanget av legevakt ville bli redusert, mens tallet på henvisninger til spesialisthelsetjenesten samt omfanget av forebyggende kontakter ville øke i perioden. I kapittel 8 og 9 analyseres pasienttilfredshet langs to dimensjoner. For det første brukes spørsmålet "Det tok alt for lang tid å få time hos legen" til å indikere og analysere endringer i pasientenes erfaringer og tilfredshet med ventetid, og derigjennom allmennlegenes *tilgjengelighet*. Videre brukes utsagnene "Legen gav meg ikke nok tid" og "Legen tar meg på alvor" til å se nærmere på endringer i selve *lege - pasientrelasjonen* som en følge av FLO. I disse analysene benyttes et delutvalg fra levekårpanelet som har vært intervjuet både i 2000 og i 2003, og som har vært hos legen i løpet av de siste 12 månedene i begge disse årene.

2. Flere faste legerelasjoner - endringer i kontinuitet 2001 - 2003

2.1. Hva er kontinuitet i legerelasjonen?

Bedre kontinuitet er ikke noe mål i seg selv, men et virkemiddel for å oppnå bedre kvalitet i forholdet mellom lege og pasient. Med en fast gruppe av pasienter vil legen få bedre oversikt over sykdomshistorie, leveste og familieforhold til den enkelte. Denne kunnskapen kan være et godt utgangspunkt for å gjøre en god jobb som lege. Pasienten vil på sin side få en fast adresse for sine legebehov, det skal bli lettere å komme til lege ved behov. I dette kapitlet stilles spørsmålet om målsettingen om bedre kontinuitet er oppnådd. For å gi et svar er det nødvendig å presisere hva som ligger i begrepet kontinuitet. I forkant av evalueringen hadde de sentrale helsepolitiske myndighetene noen oppfatninger om hva evalueringen av FLO skulle omfatte når det gjaldt kontinuitet:

"Hovedfokus under dette området rettes mot i hvilken grad fastlegereformen bidrar til økt kontinuitet i lege-pasientforhold. Kontinuitet omhandler i denne sammenheng: Varighet (på lege pasientforholdet), omfang (antall lege-pasientforhold som varer over tid) samt innhold/bruk (at den faste legen er den allmennlegen som faktisk benyttes)" (Sosial- og helsedepartementet 2001: 0)

Det er altså tre ulike mål departementet ønsker å oppnå:

- For det første ønsker man at lege-pasient relasjonene varer over tid.
- For det andre vil en oppnå at en større del av befolkningen bruker en fast allmennlege.
- Og for det tredje er det et mål at det er den faste legen som i størst mulig grad brukes ved behov for legehjelp.

Under har vi forsøkt å konkretisere hva som ligger i de tre ulike målsettingene, og definere hva slags mål på kontinuitet som er brukt:

1. Omfang: hvor mange er uten en fast lege på intervju tidspunktet?
2. Varighet: Datagrunnlaget gjør det mulig å beregne hvor lenge svarpersonene har brukt den faste legen de hadde på intervju tidspunktet. Det er også stilt spørsmål om hvor mange det er som opplever ufrivillige bytte av fast lege.

3. Innhold/bruk: To spørsmål tematiserer denne målsettingen. Er det blitt færre som bruker flere ulike allmennleger? Og er det blitt mindre bruk av legevakt, kan dette eventuelt tyde på at fastlegen i større grad enn før løser mer akutte behov for legehjelp? Dette siste spørsmålet belyses i kapittel 5.

2.2. Fast lege er ikke like viktig for alle

Datagrunnlaget gjør det mulig å se i hvilken grad målsettingen om økt kontinuitet er oppnådd for grupper med ulike behov for legetjenester. For eldre og syke menneske er det å ha en stabil lege som er lett å få fatt i særlig viktig. Høy alder og alvorlige helseproblemer krever ofte kontakt, mer oppfølging på grunn av medisinerbruk, og koordinering av spesialisert medisinsk behandling (Dahle og Skilbrei 2003). For unge mennesker med god helse vil faste legerelasjoner bety mindre. Det er ikke bare medisinske behov som bestemmer bruken av fast lege. Ofte er det slik at menn og kvinner bruker helsetjenester på ulike måter. Personlige preferanser kan også ha innvirkning på om folk faktisk har en fast lege. Ikke alle har et ønske om å knytte seg til en fast allmennlege. De vil helst bruke flere ulike leger, og har et legebruksmønster som relativt ofte inkluderer privatpraktiserende spesialister. Dette er typisk for folk med høy utdanning, som gjerne er bosatt i sentrale strøk med et mangfold av helsetilbud (Finnvold 2000). Har denne gruppa endret adferd etter innføringa av FLO?

2.3. Større utfordringer i mindre sentrale kommuner

Det har lenge vært kjent at bosatte i mindre sentrale kommuner har hatt problemer med å etablere faste legerelasjoner. Ikke slik å forstå at alle mindre sentrale kommuner har hatt dette problemet, det finnes også områder i rurale strøk som har vært kjennetegnet av stabil legedekning og velfungerende interkommunale samarbeidsordninger. Problemet med ustabil legedekning i mindre sentrale kommuner har særlig vært knyttet til at de har basert legetilbudet på fast ansatte leger med fast lønn og turnuskandidater (Finnvold 1998). Spørsmålet er om disse organisasjonsformene er blitt endra etter innføring av FLO. Tabell 2.1 viser at

Tabell 2.1 Årsverk av leger i kommunehelsetjenesten 2000 og 2002

	Prosent av legeårsverk utført av leger med fast lønn/ turnuskandidater	Prosent av legeårsverk utført av leger med fast lønn/ turnuskandidater	Vekst i legeårsverk 2000 - 2002, absolutte tall	Vekst i legeårsverk 2000 - 2002, prosent
	2000	2002		
Minst sentrale kommuner (nivå 0)	61	55	42	6
Mindre sentrale kommuner (nivå 1)	37	29	21	7
Sentrale kommuner (nivå 2)	19	17	57	7
Mest sentrale kommuner (nivå 3)	13	12	194	11

Kilde: Kommunale helse- og omsorgstjenester, Statistisk sentralbyrå Sentralitetsinndelingen bygger på Statistisk sentralbyrås standard for kommuneklassifisering (NOS C 192)

det mønsteret som eksisterte før FLO har endret seg lite. Ved utgangen av 2002 var 61 prosent av alle leger i de minst sentrale kommunene turnuskandidater eller leger med fast lønn. Denne andelen var noe mindre (55 prosent) i 2002. Til sammenligning utgjorde slike leger 12-13 prosent av legetilbudet i de mest sentrale kommunene, som i hovedsak baserer legetjenesten på privatpraktiserende leger. Dette er forutsetninger som FLO i mindre grad kan gjøre noe med. Tabellen viser også at det var en klar vekst i ressursinnsats. Veksten var størst, både i absolutte og relative tall, i de største og mest folkerike regionene.

Tabell 2.1 viser at de mest sentrale kommunene også er de som har hatt den største veksten i legeårsverk i perioden. Størsteparten av innbyggerne i Norge bor i disse kommunene. På den bakgrunn er det ikke overraskende at Jostein Grytten, Irene Skau og Fredrik Carlsen fant at legedekningen var et område der folk hadde bedret sin opplevelse og blitt mer positive fra 2000 til 2003.²

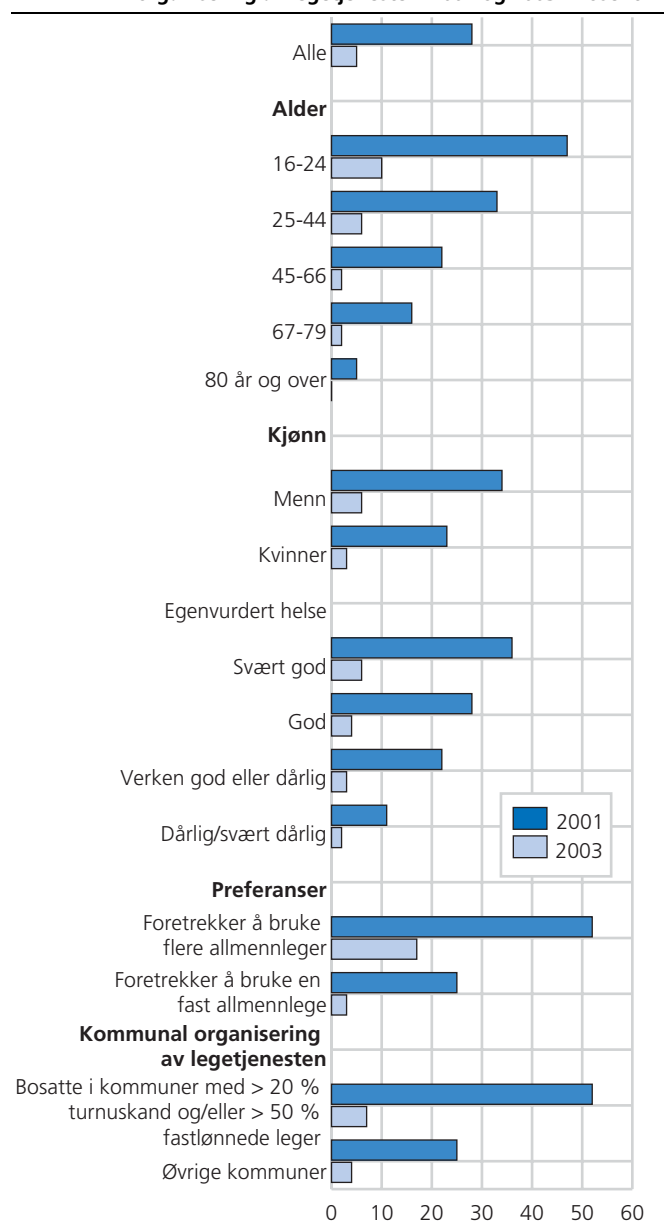
2.4. Endring i omfang av kontinuitet: flere med fast lege

Før innføring av FLO (våren 2001) var det 66 prosent av utvalget som svarte at de hadde en fast allmennlege. I tillegg var det 6 prosent som brukte spesialister som sin faste lege. I alt 28 prosent svarte altså at de var uten fast lege.

For de som var uten fast lege, var det et klart mønster (figur 2.1): Det var en overrepresentasjon av relativt unge mennesker med god helse. Dessuten var de som var uten fast lege oftere menn. Bosted spilte en viktig rolle for kontinuitet i tiden før reformen. Problemene med å få en fast lege var særlig knyttet til mindre sentrale kommuner med stor gjennomtrekk i legestillingene. Analysen viser og at de som helst vil bruke flere ulike leger, sjeldnere enn andre hadde en fast allmennlege. Dette er alle statistisk sikre funn (modell 1, tabell 2.2). Skal man vurdere den relative

² Deres undersøkelse var basert på to tverrsnitt (Ringdal 2001), gjennomført ved bruk av postale spørreskjema. Disse hadde en svært lav svarprosent. 43 prosent svarte i 2000, mens 41 prosent svarte i 2003. I tillegg til at aldersgruppa fra 16 til 34 år er underrepresentert i undersøkelsen, er usikkerheten rundt resultatene noe større enn vanlig da vi ikke kan være sikre på om frafallet ikke har sammenheng med de som skulle svare sin helse, deres bruk av legetjenester eller andre forhold som kan være vesentlig for resultatene.

betydningen av det enkelte aspekt, viser analysen at geografi og preferanser var viktigst.

Figur 2.1. Andel som var uten fast lege. Etter alder, kjønn, egenvurdert helsetilstand, preferanser og lokal organisering av legetjenesten. 2001 og 2003. Prosent

Tabell 2.2. Kontinuitet i legerelasjonen. Sannsynlighet for å ikke ha fast lege 2001 og 2003. Sannsynlighet for å være uten fast lege i 2001 til å ha fast lege i 2003. Multivariate logistiske regresjonsmodeller

	Modell 1: Sannsynlighet for ikke å ha fast lege 2001		Modell 2: Sannsynlighet for ikke å ha fast lege 2003		Modell 3: Sannsynlighet å ha fått fast lege i perioden 2001 til 2003		N
	Kji-kvadrat	Odds-rate	Kji-kvadrat	Odds-rate	Kji-kvadrat	Odds-rate	
Alder (25-44 holdt utenfor)							
16-24	17	1,8***	8	2,0**	14	1,7***	
45-66	21	0,6***	8	0,5**	19	0,6***	
67-79	19	0,5***	4	0,4	20	0,4***	
80 år og over	10	0,1**	0	0,0	9	0,2***	
Kjønn							
kvinner	16	0,7***	5	0,7*	26	0,6***	
Egenvurdert helse (De som vurderte helsen som "svært god er holdt utenfor)							
God	3	0,8	3	0,7	3	0,8	
Verken god eller dårlig	11	0,6**	5	0,5*	8	0,7**	
Dårlig/svært dårlig	19	0,3***	2	0,5	19	0,4***	
Preferanser							
Foretrekker å bruke flere ulike allmennleger	90	3,8***	89	6,5***	–	–	
Geografi							
Bosatte i kommuner med > 20 % turnuskandidater eller > 50 % fastlønna leger	123	3,9***	7	2,0**	82	3,1***	

Signifikansnivå/P-verdi : * P < 0,05, ** P < 0,001, *** P < 0,0001

For tolking av P-verdi, Kji-kvadrat og Oddsrate: Se Bild mfl. 1998

Spørsmål om fast lege i Levekårspanelet

2001:

Leg1 Har du en fast lege eller spesialist som du bruker når du trenger legehjelp? *MULIG MED FLERE SVAR HER, ALTSÅ LOV Å SETTE FLERE KRYSS*

1. NEI
2. JA, FAST ALLMENNLEGE, BEDRIFTSLEGE, SKOLELEGE
3. JA, FAST LEGESPESIALIST UTENFOR SYKEHUS
4. JA, FAST LEGESPESIALIST PÅ SYKEHUS

2003:

SPØRSMÅL OM LEGETJENESTER GÅR BARE TIL IO SOM HAR VÆRT MED TIDLIGERE.

Leg1

Har du en allmennlege eller spesialist som du bruker fast når du trenger legehjelp? *FELLESLISTER OG LISTER SOM STÅR UTEN FAST LEGEDEKNING, ELLER DEKKES AV LANGTIDSVIKARER O.L. REGNES IKKE SOM FAST LEGE FLERE SVAR MULIG.*

1. NEI
2. JA, ALLMENNLEGE/FASTLEGE
3. JA, BEDRIFTSLEGE, SKOLELEGE
4. JA, LEGESPESIALIST UTENFOR SYKEHUS
5. JA, LEGESPESIALIST PÅ SYKEHUS

Spørsmålet om fastlegetilknytning ble gjentatt våren 2003, nesten to år etter at reformen ble innført. I spørsmålet som ble stilt, ble det presisert at de som stod på lister som var uten fast legedekning, felleslister eller lister som var dekket av langtidsvikarer, ikke hadde fast lege. Resultatet viser at i underkant av 5 prosent manglet fast lege. Mønsteret var stort sett er det samme som før reformen, men de statistiske

korrelasjonene er klart mindre sikre. For en gruppe var det relativt liten endring: De som ønsker å bruke flere ulike allmennleger er enda klart overrepresentert blant de som ikke har fast lege også etter reformen.

I en tidligere studie av primærhelsetjenesten før og etter FLO i Nord-Norge og på Østlandet fant Olaug S. Lian og Tom Wilsgaard at 62 prosent opplevde den legen de var hos ved sitt siste legebekn som sin faste lege i 2000, mens dette økte til 81 prosent i 2003 (Lian og Wilsgaard 2004: 656). I denne undersøkelsen ble det fokusert på pasientenes *opplevelse* av den siste legen de var hos, noe som ikke er helt samsvarende med vår operasjonalisering.³

Resultatene tyder samlet sett på at FLO har øket kontinuiteten, dersom man legger vekt på en operasjonalisering som definerer kontinuitet som hvor stor andel av befolkningen som har en fast lege.

Klar bedring for bosatte i kommuner med ustabil legetilbud..

En framgangsmåte for å finne ut hvem som har fått bedre kontinuitet, er å identifisere de som ikke hadde fast lege i 2001, men som i 2003 sier at de har fast lege. En slik framgangsmåte er mulig med paneldata. Denne gruppen utgjorde en fjerdedel av utvalget i undersøkelsen. Analysen viser at de som bor i kommuner med ustabil legetilbud (mer enn 20 prosent turnuskandidater eller over 50 prosent fastlønnede leger) er klart overrepresentert i den gruppa som har fått fast lege. Dette er det viktigste statistiske resultatet i denne analysen (se modell 3, tabell 2.2).

³ Deres undersøkelse var basert på to tverrsnitt (Ringdal 2001), gjennomført ved bruk av postale spørreskjema. De kunne derfor ikke følge de samme personene over tid.

..og for unge menn med god helse

Analysen viser også at menn er klart overrepresentert blant de som etter reformen har fått fast lege. Det samme gjelder den yngste aldersgruppa. Disse resultatene må tolkes på bakgrunn av at hele befolkningen gjennom en administrativt initiert prosess fikk tilbud om en fast lege. Ikke alle deltok i dette legevalget, og deltakelsen var mindre for de gruppene som er overrepresentert blant de som nå har fått fast lege (Finnvold, Lurås og Paulsen 2003). For de som sjelden er hos lege, vil det å ha fast lege ha en formell betydning. I praksis betyr denne endringen likevel lite for relasjonen til lege, ettersom de sjelden er hos lege.

2.5. Hvor lenge varer en legerelasjon?

Før reformen varte en gjennomsnittlig legerelasjon nesten 10 år (tabell 2). Etter reformen er gjennomsnittet nesten 8 år. De som hadde fast lege ble spurt om hvor mange år de hadde hatt denne legen. I tabellen er resultatet vist for de som hadde en fast allmennlege. Det er viktig å være oppmerksom på at tallet på personer som svarer på de to tidspunktene er endret. I 2000 er opplysningen om lengden på relasjonen opplyst for 1788 personer. I 2003 er 2645 personer som svarer. Bakgrunnen er selvsagt at flere nå har fast lege. Dette betyr at reformen har virket for kort tid til at det er meningsfullt å trekke noen konklusjon om virkningen av FLO på lengden av legerelasjonen. Som vi har sett har reformen nådd grupper som tidligere ikke hadde fast lege. Samtidig var det enkelte som før hadde fast lege, som ikke fikk beholde denne etter legevalgsprosessen. Lian og Wilsgaard (2004: 565) fant i sin undersøkelse at 9 prosent hadde mistet et stabilt legeforshold som de ønsket å beholde ved innføring av FLO. Den gjennomsnittlige lengden på legerelasjonene vil derfor på kort sikt gå ned. Hvis en ser nærmere på frekvensfordelingen som ligger bak gjennomsnittsmålet i tabell 2.3, ser man at det i 2003 er blitt særlig mange som har hatt en fast lege i 2 år, dvs. som fikk ny lege under legetildelingsprosessen sommeren 2001.

Tabell 2.3. Respons på spørsmålet "Omtrent hvor lenge har du hatt denne faste legen?" Gjennomsnitt for underutvalg som hadde fast allmennlege. 2000 og 2003. (N)

	Gjennomsnitt, år	95 % konfidensintervall	(N)
2000	9,7	10,1 - 9,4	(1788)
2003	7,7	8,0 - 7,4	(2645)

2.6. Bytte av fast lege - frivillig eller tvunget?

Hvor vanlig er det å bytte fast lege, og hvorfor skjer dette? Er bytte av fast lege et fenomen som har fått en større utbredelse nå etter FLO? I en annen undersøkelse svarte 18 prosent i 2003 at de hadde byttet fastlege etter at FLO ble innført. I alt 63 prosent av disse legebyttene var et resultat av egen eller legens flytting, mens 31 prosent begrunnet byttet med at de ikke var tilfreds med legen (Lian og Wilsgaard 2004: 656). Den undersøkelsen gir en indikasjon på hvor mange som har byttet lege etter at FLO ble innført, og

hvorfor. Samtidig sier ikke dette noe om utvikling over tid. Utvalget ble både før og etter reformen spurt om de hadde byttet fast lege i løpet av det siste året. I 2001 var det bare 3 prosent som hadde byttet fast lege. I 2003 var det over 6 prosent som hadde byttet fast lege i løpet av det siste året.⁴ De som hadde byttet fast lege fikk spørsmål om hvorfor dette hadde skjedd. Relativt få svarte at misnøye med telefontilgjengelighet, ventetider eller andre aspekter ved legerelasjonen var årsaken (tabell 2.4). Det mest vanlige grunnen var at den tidligere legen hadde sluttet.

Tabell 2.4. Respons på spørsmålet "Hva var årsaken til legebyttet?" Prosent (N=192). 2003

Svarpersonen flyttet	27
Telefontilgjengeligheten hos tidligere lege var for dårlig	1
Tidligere lege hadde for lange ventetider ved timebestilling	3
Misfornøyd med behandlingen	10
Tidligere lege sluttet, flyttet, eller ønsket å redusere sin praksis	41
Andre grunner	18
I alt	100

⁴Spørsmålet ble stilt til de som hadde hatt fast lege i 1 år eller mindre, og som hadde byttet fast lege i løpet av det siste året.

Økningen i det en kan kalle ufrivillige bytte av fast lege er ikke uventet, siden forbedringen av kontinuitet i form av å ha en fast lege først og fremst er skjedd i regioner og grupper i befolkningen som tidligere hadde mindre stabile legerelasjoner. Fører en analysen videre og leter etter kjennetegn ved de som har byttet fast lege, finner en ikke uventet at dette er blitt mer vanlig blant bosatte i kommuner som baserer legetilbudet på turnuskandidater og leger med fast lønn. En slik sammenheng kunne ikke observeres før reformen. Det betyr ikke at legetilbudet i disse kommunene er blitt mer ustabil. Selv om FLO har ført til at langt flere i slike kommuner har fått en fast lege, vil de samtidig oppleve flere ufrivillige bytte av fast lege enn andre. I alt 11 prosent av de som bodde i kommuner med ustabil legetilbud dvs. med mer enn 20 prosent turnuskandidater og/eller 50 prosent leger med fast lønn hadde byttet fast lege i løpet av det siste året.

Disse resultatene samsvarer i hovedsak med andre undersøkelser om samme tema. I følge Lian og Wilsgaard sier 27 prosent på Østlandet og i Nord-Norge at stabiliteten i legedekningen er bedre etter innføring av FLO. 66 prosent mener den er den samme, mens 7 prosent synes at den har blitt dårligere (2004: 656). Samtidig sa 12 prosent at stabiliteten i legedekningen er et særlig problemområde knyttet til allmennlege-tjenesten, noe som er en nedgang fra 28 prosent i 2000.⁵

⁴ Spørsmålet ble stilt til de som hadde hatt fast lege i 1 år eller mindre. I alt 202 personer fikk spørsmålet i 2000, og 328 personer i 2003 (av nettoutvalg på 2982). Av disse var det 82 som hadde bytta fast lege i 2000, og 192 i 2003. Beregning av konfidensintervall viser at denne forskjellen er signifikant på 5 prosent nivå.

⁵ Et retrospektivt spørsmål slik det blir brukt i den undersøkelsen, åpner i større grad for at den enkeltes subjektive oppfatninger. Den offentlige debatten og den generelle oppmerksomheten rundt FLO kan ha påvirket den enkeltes forventninger og svarene de har gitt i undersøkelsen.

På samme tid ble dette trukket fram som særlig positivt av andre. Mens 29 prosent opplevde stabiliteten i legedekningen som positivt ved allmennlegetjenesten i 2000, sa 36 prosent det samme i 2003 (Lian og Wilsgaard 2004). Disse resultatene peker først og fremst på den store variasjonen i legestabilitet mellom ulike områder og kommuner i dagens allmennlegetjeneste, samtidig som stabiliteten i stort kan se ut til å ha blitt noe bedre.

2.7. Bruk av flere allmennleger

En tidligere analyse av erfaringer under selve innføringen av reformen viste at mange tok aktivt del i legevaksprosessen (Finnvold, Lurås og Paulsen 2003). Mange hadde meninger om hva slags lege de ville ha, og ofte vurderte de flere aktuelle leger. Mye av litteraturen om dette emnet har konkludert med at folk i liten grad gjør selvstendige valg av lege. De fleste er ikke bevisste konsumenter av legetjenester, oftest er det tilfeldigheter som avgjør. En ting er hva folk gjør når de blir oppfordret til å finne seg en lege, slik reformen la opp til. En annen ting er hva som skjer under mer normale forhold. Vi har sett at relativt få bytter fast lege, og i den grad det skjer er det oftest som et resultat av endringer i det lokale legetilbudet. Hva så med de som har fast lege, i hvilken grad er det denne legen som benyttes?

De som hadde hatt kontakt med allmennlege siste år på grunn av egen sykdom ble spurt om hvor mange ulike leger de hadde hatt kontakt med. Det ble presisert at kontakter med legevakt ikke skulle regnes med. Dette betyr at omtrent halvparten av de som ble intervjuet fikk dette spørsmålet. Resultatet er presentert i tabell 2.5, og bygger på en undergruppe som hadde hatt 2 eller flere kontakter med allmennlege på grunn av egen sykdom. Denne gruppa utgjorde 1298 svarpersoner i 2000, og 1043 i 2003⁶. I tabell 4 går det fram at lite har endret seg. Fordelingen er den samme før og etter innføring av FLO. Dette funnet skiller seg fra undersøkelsen til Jostein Grytten, Irene Skau og Fredrik Carlsen, som fant at mens 38 prosent brukte flere enn en lege i 2000, gjorde 29 prosent det samme i 2003 (Grytten, Skau og Carlsen 2004: 652).

Tabell 2.5. Respons på spørsmålet "Omtrent hvor mange ulike allmennleger har du hatt kontakt med siste 12 måneder? Regn ikke med legevakslege"

	2000		2003	
	Prosent	(N)	Prosent	(N)
1 lege	66	(857)	66	(690)
2 leger	24	(307)	24	(253)
3 eller flere leger	10	(131)	10	(100)
I alt	100	(1298)	100	(1043)

⁶ Årsaken til at flere hadde hatt legekontakt i 2000 er at telefonkontakter også ble inkludert dette året. I den grad dette kan påvirke resultatet, er det i retning av større stabilitet i 2000. De som bare har hatt telefonkontakt har trolig mindre behov for lege, og dermed mindre sannsynlighet for å bruke flere ulike leger. Dersom vi ser på hvordan de to gruppene vurderer sin egen helse, var det 66 prosent som vurderte denne som "meget god" eller "god" i 2000, mot 56 prosent i 2003.

Hvorfor er det lite som endrer seg? Hva er bakgrunnen for at like mange som før bruker flere ulike leger? I noen av signalene fra sentrale helsepolitiske myndigheter kan det se ut til at det å oppsøke flere ulike leger er negativt. Det blir hevdet at pasientene går fra den ene legen til den andre til de får den resepten de ønsker, eller den sykemeldingen de ikke fikk av legen de bruker til vanlig (Sosialdepartementet 1990:74). En slik adferd blir ofte kalt "doktor-shopping". Det ligger i formuleringene til departementet at dette er noe som ikke er ønskelig. Selv om det er presisert at det er mulig å bytte fast lege, er det likevel klart at FLO ikke legger opp til en større grad av valgfrihet slik trenden er for mange andre velferdstjenester (Perri 6). Doktor-shopping er et begrep som ikke har noen entydig definisjon (Elstad 1992). Begrepet viser til pasienter som på eget initiativ bytter fast lege, eller oppsøker flere ulike leger. Dette kan også være et uttrykk for at folk stiller krav til legene, gjør selvstendige vurderinger, og velger den legen de tror er best. Svarpersoner som hadde brukt flere ulike leger ble spurt om hva som var bakgrunnen for dette. Spørsmålene som ble stilt var rettet mot å avdekke hvorfor andre leger enn den faste blir brukt. I tabellen er svarene fra de som hadde fast lege tatt med (N=332 i 2003, N=217 i 2000). Tallet på svarpersoner er høyere i 2003, da flere faktisk hadde fast lege, jf. figur 2.1. Resultatene viser at det i mindre grad er "doktor-shopping" som ligger bak. Relativt få rapporterte misnøye eller ønske om å få ny vurdering fra en annen lege som grunnen til at de hadde brukt flere leger. Av de som hadde hatt kontakt med lege på grunn av egen sykdom, var det bare rundt 1 prosent i 2003 som hadde hatt kontakt med flere leger fordi de var misfornøyde med den faste legen. Denne andelen var omtrent den samme i 2001. Fenomenet "doktor-shopping" hadde et lite omfang før reformen. Det var dermed lite å oppnå ved å gjøre det vanskeligere å bytte lege. Det ser ikke ut til at fenomenet er blitt mindre etter reformen.

De mest vanlige årsakene til at folk hadde hatt kontakt med flere ulike leger var at den faste legen hadde sluttet, var på ferie, eller at de hadde fått en annen lege på legesenteret (tabell 2.6).

Tabell 2.6. Respons på spørsmålet "Vi er interessert i å høre hvorfor du har hatt kontakt med flere allmennleger i løpet av de siste 12 måneder? Var det fordi....." Prosent (N)

	2000	2003
	Prosent (N=217)	Prosent (N=332)
..din faste lege sluttet?	12	11
..din faste lege var på ferie, syk eller midlertidig fraværende?	41	39
..du ikke var tilfreds med din faste lege?	6	7
..du ønsket en ny vurdering av sykdommen din?	7	7
..du fikk en annen lege ved legesenteret der din faste lege arbeider?	38	33
Var det en annen grunn?	32	36

Tabell 2.7. Kontinuitet i legerelasjonen. Sannsynlighet for å ha brukt 2 eller flere ulike allmennleger siste 12 måneder. Underutvalg med minst 2 kontakter med lege på grunn av egen sykdom. 2000 og 2003. Multivariate logistiske regresjonsmodeller

	2000		2003	
	Kji-kvadrat	Odds-rate	Kji-kvadrat	Odds-rate
Alder (25-44 holdt utenfor)				
16-24	10	2,1**	4	1,6*
45-66	24	0,5***	17	0,5***
67-79	29	0,3***	9	0,4**
80 år og over	12	0,2***	3	0,4
Kjønn				
kvinner	0	1,0	2	1,3
Egenvurdert helse (De som vurderte helsa som "svært god" er holdt utenfor)				
God	0	1,2	0	1,0
Verken god eller dårlig	0	1,2	0	1,0
Dårlig/svært dårlig	4	1,6	0	1,2
Preferanser				
Foretrekker å bruke flere ulike allmennleger ¹	5	1,7*	12	2,2***
Geografi				
Bosatte i kommuner med > 20 % turnuskand. eller > 50 % fastlønna leger	26	2,6***	15	2,4***
Bosatte mest sentrale kommuner ²	0	0,9	0	1,0
(N)	(1269)		(1008)	

Signifikansnivå/P-verdi : * P < 0,05, ** P < 0,001, *** P < 0,0001

For tolking av P-verdi, Kji-kvadrat og Oddsrate: Se Bild mfl. 1998

¹Spørsmålet om preferanser vart stilt i 2001.²Sentralitetsinndelingen bygger på Statistisk sentralbyrås standard for kommunklassifisering (NOS C

192). De mest sentrale kommunene (nivå 3) omfatter Oslo, Kristiansand, Stavanger, Bergen Trondheim og Tromsø samt pendlingsområdet til disse kommunene.

Slik det går fram av tabell 2.6 er bakgrunnen for bruk av flere ulike leger at fastlegen hadde sluttet, var syk eller rett og slett ikke var til stede på kontoret denne dagen.

I tabell 2.7 er det gjort en analyse av hva som kjenner de som hadde brukt 2 eller flere ulike allmennleger. Tabellen viser at det i den yngste aldersgruppen er mer vanlig å bruke flere ulike leger, mens det blant de eldste aldersgruppene er klart mindre vanlig. Ikke overraskende er det også slik at preferanser spiller inn. Et klart funn er og at de som bodde i kommuner basert på leger med fast lønn og turnuskandidater i mindre grad bruker fastlegen. I slike kommuner var det nesten 40 prosent som hadde hatt kontakt med flere ulike leger det siste året. Dette peker mot konsekvenser av en ustabilitet i legetilbudet som FLO i liten grad har hatt innvirkning på.

2.8. Preferanser: Hvor mange ønsker en fast allmennlege?

Reformen legger opp til at alle i prinsippet skal tildeles en listelege. Dette er ikke nødvendigvis i samsvar med preferansene til befolkningen som helhet. Tidligere brukerundersøkelser, både norske og internasjonale, slår fast at folk flest ønsker en fast lege. Slik sett er reformen i tråd med det et flertall av befolkningen anser som den beste løsningen. Imidlertid vil det være en større eller mindre gruppe som ser seg best tjent med å bruke flere ulike allmennleger. Hvor stor er denne gruppen? Er den blitt større etter innføringen av FLO? Hva er det som kjennetegner de som ønsker å bruke flere ulike allmennleger?

I 2001 og 2003 inneholdt undersøkelsen spørsmålet "ønsker du å ha en fast allmennlege å forholde deg til, eller ønsker du å bruke flere leger?". Det var to svaralternativer, nemlig "ønsker å bruke en fast allmennlege" og "ønsker å bruke flere allmennleger". I 2001 var det 9 prosent som svarte at de ønsket å bruke flere ulike allmennleger, mens andelen var 11 prosent i 2003. Denne veksten var ikke statistisk signifikant. Det er mulig at andelen som ønsker å bruke flere leger er undervurdert i undersøkelsen. I levekårspanelet er også svaralternativene "kan ikke svare" og "vil ikke svare" inkludert i de fleste spørsmålene. Normalt i intervju-baserte undersøkelser er det få som benytter disse alternativene. For spørsmålet om preferanser var det imidlertid et relativt stort partielt frafall. I alt 88 personer brukte disse alternativene i 2001, mens 50 gjorde det i 2003. I tråd med det man vet om frafall var menn klart overrepresentert. En logistisk regresjonsanalyse av frafallet viste også at bosatte i kommuner med ustabil legetilbud var overrepresentert blant de som ikke ville svare. I 2003 var sannsynligheten 4 ganger høyere i disse områdene. Dette kan vise til at mulighetene for å bruke flere ulike leger ikke er noen praktisk mulighet i mange kommuner der det i utgangspunktet er få leger å velge mellom, og utskiftningen relativt høy. Dersom det lokale legemarkedet var av en slik karakter at alle i Norge hadde tilgang på et større legemarked, er det mulig at flere også ville uttrykke en preferanse for kunne skifte mellom flere ulike allmennleger.

En fortolkning av dette resultatet er at det faktisk er slik at mer enn en av ti personer faktisk ikke ønsker den stabiliteten som fastlegeordningen representerer. Hvem er så disse? Tabell 2.8 viser at det i 2001 var

mer vanlig blant menn, og at den yngste aldersgruppen oftere ønsket å bruke flere allmennleger (modell 1, tabell 2.8). Det var også en tendens til at svarpersoner som opplever sin egen helse som relativt svak ønsket mer stabilitet i legerelasjonen. I 2003 var tendensen den samme når det gjaldt alder og kjønn. Imidlertid kan de se ut til at tendensen for sykkelighet er endret. I 2003 går det i retning av at de som vurderes sin egen helse som relativt svak, oftere enn andre ønsker å bruke flere ulike leger. I 2003 er det utdanningslengde som er den viktigste bakgrunnen for å uttrykke en preferanse for å bruke flere ulike allmennleger. Det ser altså ut til at gruppen som ønsker å bruke flere ulike allmennleger har endret sammensetning i perioden. I alt var det bare 3 prosent av utvalget som både i 2001 og 2003 svarte at de ønsket å bruke flere ulike all-

mennleger. En egen analyse av denne gruppen (modell 3, tabell 2.8) viser at det i tillegg til alder og kjønn er høy utdanning som kjennetegner dem som konsistent over tid ønsker å bruke flere ulike allmennleger.

Det kan se ut til at relativt mange ønsker en fleksibilitet i bruken av allmennlegetjenester som er blitt mer begrenset i og med innføringen av FLO. Blant befolkningsgrupper med høy utdanning og relativt dårlig egenvurdert helse er også blitt flere som har endret oppfatning av at kontinuitet i legerelasjonen er den tilknytningsform som best ivaretar deres behov. Konsekvensene for legerelasjonen blir nærmere analysert i kapittel 8 og 9.

Tabell 2.8. Kontinuitet i legerelasjonen. Sannsynlighet for å ønske å bruke flere ulike allmennleger. 2001, 2003 og 2001/2003. Multivariate logistiske regresjonsmodeller

	Modell 1 ¹ : 2001		Modell 2 ¹ : 2003		Modell 3 ² : 2001/2003	
	Kji-kvadrat	Odds-rate	Kji-kvadrat	Odds-rate	Kji-kvadrat	Odds-rate
Alder (25-44 halde utanfor)						
16-24	21	2,2***	9	1,6**	8	2,4**
45-66	3	0,7	7	0,7**	0	1,0
67-79	7	0,5**	7	0,5**	1	0,6
80 år og over	1	0,6	3	0,4	0	0,8
Kjønn						
kvinner		0,6***	5	0,8*	13	0,4***
Egenvurdert helse (De som vurderte helsa som "svært godt er holdt utenfor)						
God	9	0,6**	3	1,3	2	0,7
Verken god eller dårlig	1	0,8	2	1,3	1	0,7
Dårlig/svært dårlig	4	0,5*	5	1,7*	0	0,8
Utdanning						
Svarpersoner med høyere universitets/høyskoleutd.	3	1,5	13	2,1***	14	3,3***
Geografi						
Bosatte i storbyregioner (Sentralitetskode 3)	0	1,1	9	1,5**	1	1,3
(N)		(2932)		(2969)		(2887)

¹Sannsynlighet for å ha brukt svaralternativet "ønsker å bruke flere allmennleger" på spørsmålet "ønsker du å ha en fast allmennlege å forholde deg til, eller ønsker du å bruke flere leger?". ²Sannsynlighet for å ha brukt samme svaralternativ i 2001 og 2003

Signifikansnivå/P-verdi : * P < 0,05, ** P < 0,001, *** P < 0,0001

For tolking av P-verdi, Kji-kvadrat og Oddsrate: Se Bild mfl. 1998

3. Tilgjengelighet: Ventetider på vanlig time

3.1. Innledning

Et viktig siktemål med innføring av fastlegereformen er at alle landets innbyggere skal få dekket sine behov allmennlegetjenester på en like god måte. I litteraturen er det vanlig å skille mellom to perspektiver på tilgjengelighetsbegrepet: behov og tilbud. Mange studier har vist at behov i betydning problembelastning varierer både med sosiale og demografiske kjennetegn (Jarman 1985, Husby og Kalseth 2001). Samtidig varierer individenes evne til å skaffe seg hjelp når behov oppstår (Aday og Andersen 1981, Goddard og Smith 2001). Det kan altså tenkes at problemer som utløser legesøkning for noen pasientgrupper ikke oppfattes som relevant for helsetjenesten av andre. I dette perspektivet kan en målsetting om at alle skal få sine behov dekket på en like god måte bli lite realistisk. Et mer realistisk perspektiv tar utgangspunkt i tilbudssiden, og definerer tilgjengelighet som likhet i tilbud. En rimelig grad av tilbudslighet i allmennlegetjenesten har to viktige forutsetninger:

- Det må finnes et legetilbud i rimelig nærhet
- Det er mulig å få kontakt med lege innen rimelig tid.

Med valg av fastlege får pasienten en adresse for sitt problem, og legen en plikt til å gi pasienten en medisinsk vurdering og eventuell behandling av det problemet som er utgangspunkt for at pasientens henvendelse. Med tilbudet om å skrive seg på en leges liste er forutsetningen om tilgang til legetjenester i prinsippet oppfylt, med unntak av kommuner eller områder der legelister står ubetjent. (Ca 3,1 % pr september 2002).

Kontakt innen rimelig tid kan dreie seg om:

- hvor lett det er å komme i kontakt med legesentret på telefon?
- hvor raskt du kommer til hos legen ved øyeblikkelig hjelp?
- hvor lenge du må vente når du bestiller time?

For å etablere en basislinje for denne undersøkelsen analyserte vi variasjonsmønsteret for ventetid på vanlig time i året før reformen ble iverksatt, med

utgangspunkt i data fra levekårsundersøkelsen 2001 (Finnvold og Paulsen 2002). Det ser ut til at ventetiden varierer med:

- trekk ved brukerne
- trekk ved legetjenesten
- trekk ved kommunene, som danner rammebetingelser for legetjenesten.

2001-undersøkelsen viser at de som brukte legetjenesten mest også var de som ventet lengst ved bestilling av vanlig time. Kvinner rapporterte om lengre ventetider enn menn, og eldre lengre enn yngre. Vi antar at variasjoner i ventetider avspeiler variasjoner i medisinske problemstillinger, og måten disse prioriteres på ved legesentrene. Et viktig ledd i undersøkelsen er spørsmålet om innføring av fastlegeordningen har endret forholdet mellom ulike brukergrupper.

Mange kvinner ønsker en kvinnelig lege, og kvinnelige pasienter stiller ofte sin lege overfor andre utfordringer enn mannlige (Bensing, Brink-Muinen, og Bakker 1993) En sentral problemstilling i evaluering av fastlegeforsøket 1993-1995 var de kvinnelige legenes stilling. Kvinnelige leger som deltok i forsøket rapporterte om "tunge lister", stort arbeidspress, og lengre ventetider (Malterud, Steinert og Opdahl Mo 1995, Malterud 1999, Skogsholm og Hasvold 1999, Paulsen 1995). Data fra levekårspanelets svargivere 2001 gir ingen indikasjoner på spesielle ventetidsproblemer hos de kvinnelige legene i året før fastlegeordningen ble innført. Spørsmålet er om de virkemidler som ble brukt i iverksettelsesfasen, for å prøve å unngå for sterke vridninger i pasientsammensetning og listetyngde hos de kvinnelige legene⁷, var tilstrekkelige til å unngå de problemene vi så i forsøket.

⁷ For å unngå for sterk kvinnedominans på kvinnelige legers liste kunne leger som ønsket det bestemme at bare 70 % av listen skulle baseres på publikums valg, og at listen deretter skulle fylles opp med folk som ikke selv hadde valgt en bestemt lege ved å sende inn legevvalgsskjema.

Et annet viktig spørsmål er om vi får en ulik ventetidsutvikling for pasienter tilknyttet ulike typer praksis. En kanadisk studie viser at store og små sentre tiltrekker ulike "legetyper", som kan bidra til å forklare variasjoner i arbeidsmåter og faglig innretning (Obokudom 1978). I tillegg er det rimelig å anta at ulike organisatoriske forutsetninger for legetjenesten kan medføre ulikheter i f.eks. organisering av pasientmottak, åpningstider, prioritering osv, som kan ha konsekvenser for servicen overfor pasientene (Thomas, Nicholl og Coleman 1995). Analyser av data fra levekårspanelet 2001 tyder på at det før reformen var en tendens til lengre ventetider ved legesentre med tre eller flere leger, enn der det var en eller to. Vil innføring av fastlegeordningen jevne ut forholdet mellom ulike praksistyper – eller kanskje tvert imot forsterke dem?

Ulike typer kommuner gir ulike rammebetingelser for legetjenesten. Mange små og usentrale kommuner har hatt problemer med å rekruttere leger, med legegjennomtrekk, ustabilitet og dårlig tilgjengelighet som resultat (Andersen, Forsdahl, Herder og Aaraas 2001). Analyser av levekårsdata fra 2001 viser at legebrukere i småkommuner med indikatorer på legegjennomtrekk rapporterte om lengre ventetider enn andre. Et siktemål med reformen er å prøve å sikre innbyggerne i landet like god tilgang til legetjenester, uavhengig av hvor man bor. En sentral problemstilling i evaluering av fastlegereformen er utviklingen i disse tradisjonelt mest problemutsatte kommunene.

Spørsmålet om ulik utvikling i ulike typer kommuner har vært et viktig tema i flere av de undersøkelsene som har fulgt reformen. Lian (2003) har drøftet folks opplevelser og vurderinger av legetjenesten 2000 og 2003, med særlig fokus på utviklingen i ulike typer kommuner. Hun finner at de fleste er fornøyde med legetjenesten. Det ser imidlertid ut til at flere er fornøyde med kommunikasjons- og samhandlingsaspekter, mens andelen som sier seg fornøyd med telefontilgjengelighet og muligheten for å få sykebesøk ser ut til å synke. På den andre siden ser det ut til at andelen som er fornøyde med ventetiden på time øker. Det ser ut til at endringene går i litt ulik retning i små og store kommuner. Svargivere fra de minste kommunene var mest fornøyd med telefontilgjengeligheten i 2000 – og minst fornøyd i 2003. Andelen som mente ventetiden på vanlig time var for lang sank både i små og de større kommunene, men endringene var minst i småkommunene. Lians drøfting bygger på folks opplevelse av tilgjengelighet og kvalitet, og hun peker på at den negative utviklingen i mange mindre kommuner kan tolkes som en form for forventnings-skuffelse: Problemene var størst i småkommunene før reformen, og skuffelsen større når reformen ikke innfridde.

Også Grytten, Skau og Carlsen har drøftet endringer i brukertilfredshet i ulike typer kommuner (Grytten, Skau og Carlsen 2004). De finner at legebrukerne er mer fornøyde med ventetidene hos sine leger i 2003 enn de var i 2000 i alle typer kommuner. Det kan imidlertid se ut til at endringene var størst i de kommunene som i utgangspunktet hadde den laveste generelle tilfredsheten, slik at forskjellene samlet sett er blitt betydelig mindre i 2003 enn de var i 2000. Også når det gjelder telefontilgjengelighet til legetjenesten ser det ut til at utviklingen har vært ulik i ulike typer kommuner. Legebrukere i de minste og i de største kommunene ser ikke ut til å ha opplevd noen endringer på dette området, mens innbyggerne i mellomstore kommuner er mer tilfredse i 2003 enn de var i 2000. På den andre siden ser det ut til at utgangssituasjonen var best i de minste kommunene – som hadde den høyeste tilfredsheten ved målingen i 2000. Samlet sett tyder Grytten og medarbeidere sin undersøkelse på at det har skjedd en utjevning mellom de best og dårligst stilte kommunene i reformperioden, både når det gjelder telefontilgjengelighet og ventetid på vanlig time.

3.2. Ventetid på vanlig time: Hovedtrekk i utviklingen fra 2001 til 2003

Analysen av ventetider bygger på legebrukernes egne rapporteringer, og ikke faktiske målinger. Registreringen bygger på spørsmålene:

"Har du de siste 12 månedene bestilt time hos allmennlege på grunn av egen sykdom? Ikke regn med situasjoner der du trengte øyeblikkelig hjelp.

Hvis ja: Hvor mange dager måtte du vente på å få time sist gang du bestilte?"

Ut fra spørsmålstillingen omfatter ventetidsregistreringene ikke faste kontroller eller øyeblikkelig hjelp. Registreringene er hukommelsesbasert og er knyttet til siste gang man bestilte time. Hukommelsesbaserte anslag rommer viktige feilkilder. Det er f.eks. tenkelig at generell fornøydhet eller misnøye med legetjenesten kan ha innvirkning på opplevelsen av ventetid. Det er også rimelig å anta at hukommelsesbaserte anslag kan føre til forenklinger. Vi finner f. eks en viss opphopning av svar rundt hele uker: 7, 14 eller 21 dager. De aller fleste kommer imidlertid til hos legen etter få dager. Det er rimelig å anta at hukommelsesbaserte feil er mindre når det dreier seg om få dager enn ved lengre ventetider.

Tabell 3.1 tyder på at det har skjedd en reduksjon i ventetid i perioden, målt både med median og gjennomsnitt. Ventetid på time er imidlertid en skjevfordelt variabel, og vi vil derfor benytte median som sentralmål. En test av medianforskjeller (Kruskal-Wallis Test) viser en signifikant ventetidsforbedring fra 2001 til 2003 når vi ser alle under ett. (Sig p=0,014).

Tabell 3.1. Antall dagers ventetid for de som bestilte time hos lege 2001 og 2001

	Median ventetid	Gj.snittlig ventetid	N
2001	4 dager	8,3 dager	1202
2003	3 dager	7,2 dager	1331

Tabell 3.2. Andel legebrukere med ulik ventetid på vanlig time 2001 og 2003. Antall dager ventet. Prosentvis

Kom til hos legen:	2001 (N=1202)	2003 (N=1331)
Samme dag	11,0 (132)	11,7 (156)
Ventet 1 dag	18,3 (220)	19,9 (265)
Ventet 2 - 3 dager	18,9 (227)	21,6 (287)
Ventet 4 - 7 dager	21,4 (257)	22,0 (293)
Ventet 8 - 14 dager	15,6 (187)	14,6 (194)
Ventet 15 - 30 dager	11,7 (141)	7,7 (102)
Ventet 30 dager eller mer	3,2 (38)	2,6 (24)
Totalt	100,0 (1202)	100,0 (1331)

Hvordan har ventetidsforkortningen i perioden skjedd? Er kortere ventetider et resultat av en generelt forbedret tilgjengelighet, eller er det først og fremst et resultat av at det har skjedd noe med de aller lengste ventetidene? Tabell 3.2 gir et inntrykk av dette. Tabellen tyder på at det har skjedd en generell forskyvning mot kortere ventetider. Andelen som kommer til hos legen etter å ha ventet 3 dager eller mindre har økt fra 48 til 53 %. Samtidig har andelen som venter 8 dager eller mer sunket fra ca 30 til ca 25 %.

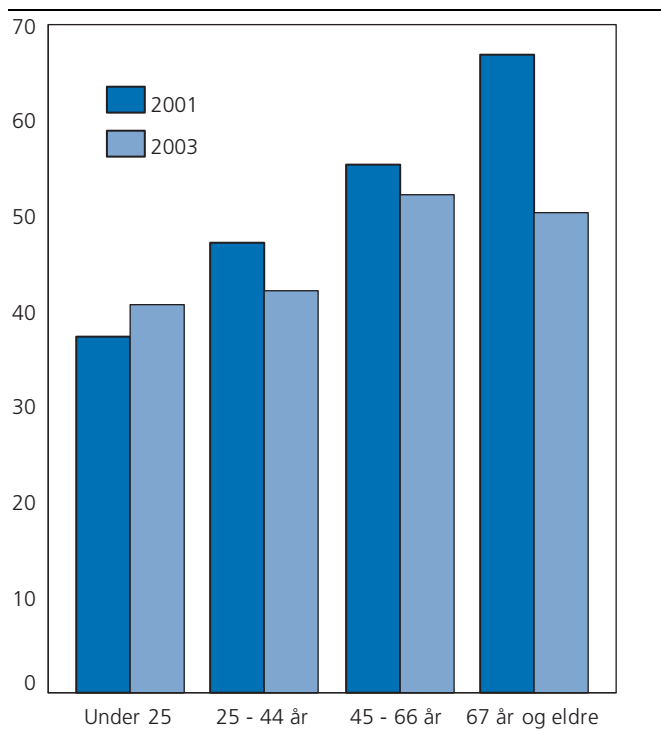
3.3. Ventetidsvariasjoner mellom ulike brukergrupper 2001 og 2003

Hovedmønstrer ser altså ut til å være at det har skjedd en ventetidsforbedring i perioden. Betyr dette at alle har opplevd bedre tilgjengelighet? Eller kan det tenkes at den generelle ventetidsutviklingen vi har sett også inneholder elementer av omfordeling av godet tilgjengelighet til legetjenesten? I 2001 hadde kvinner gjennomgående lengre ventetider enn menn. Har dette bildet endret seg i perioden?

Tabell 3.3 viser at forskjellene i ventetid for kvinnelige og mannlige legebrukere i 2001 ser ut til å bli opprettholdt gjennom perioden. Det ser samtidig ut til at median ventetid er forbedret med en dag for både menn og kvinner. En test (Kruskal-Wallis test av forskjellene mellom 2001 og 2003 viser at endringen er tilnærmet signifikant på 5 % nivå for kvinner (Sig p = 0,055), men ikke for mannlige legebrukere (Sig p = 0,258).

Tabell 3.3. Median ventetid for kvinner og menn. 2001 (N=1202) og 2003 (N=1331)

	Menn	Kvinner	Sig. p
2001	3 dager	5 dager	0,000
2003	2 dager	4 dager	0,000

Figur 3.1. Andel legebrukere med ventetid på vanlig time 4 dager eller mer. Etter alder. 2001 (N=1202) og 2003 (N=1331)

Gjennomsnittlige ventetider øker med legebrukernes alder, også når vi korrigerer for egenvurdert helse (Finnvold og Paulsen 2002). Figur 3.1. viser hvordan andelen legebrukere med mer enn fire dagers ventetid har utviklet seg fra 2001 til 2003 for ulike aldersklasser. (Faste aldersklasser etter alder 2002) Figuren tyder på at det har skjedd en positiv ventetidsutvikling for alle unntatt gruppen 45 - 66 år. En test av median ventetid viser at endringen er signifikant på 0,01 nivå for aldersgruppen 67 år og eldre (Kruskal-Wallis: Sig p = 0,003), men ikke for noen av de andre aldersgruppene. Hovedinntrykket er altså at ventetidsforbedringene har kommet særlig sterkt for de eldste.

3.4. Ventetidsutvikling og trekk ved legetjenesten

Variasjoner i ventetid tolkes gjerne som indikatorer på kapasitetsvariasjoner i legetjenesten. Vi skal her se spesielt på utviklingen hos pasienter tilknyttet kvinnelige leger, og pasienter tilknyttet leger i ulike praksistyper.

3.4.1. Lengre ventetid for pasienter hos kvinnelige leger?

Erfaringer fra fastlegeforsøket viser at de kvinnelige legene i forsøkskommunene i større grad enn mannlige rapporterte om økt arbeidsbelastning og en generelt forverret arbeidssituasjon. De hadde kortere lister enn sine mannlige kolleger, større kvinneinnslag på listene, og lengre ventetider på vanlig time (Malterud, Steinert og Mo 1995). I delrapport 1 gjorde vi derfor en særskilt undersøkelse av ventetider blant pasienter med kvinne-

lige leger før reformen 2001, men fant ingen indikasjoner på forskjeller mellom mannlige og kvinnelige leger. Den spesielle utviklingen for kvinnelige leger i fastlegeforsøket ble forklart med at legevalget medførte en sterk tilstrømming av kvinnelige pasienter med mye helseplager til de kvinnelige legene. Ved gjennomføring av reformen ble det gjort forskjellige tiltak i kommunene for å unngå tilsvarende effekter ved gjennomføring av selve reformen. Vi skal derfor se nærmere på ventetidsutviklingen blant pasienter hos henholdsvis mannlige og kvinnelige leger.

I 2001 oppga 21,2 % av svargivere at de hadde en kvinnelig lege som sin faste lege, eller var hos en kvinnelig lege ved siste legebek. Det tilsvarende tallet for 2003 er 25,2 %. Har den relative økningen i andel kvinnelige leger ført til omfordeling av pasienter? Tabell 3.4 viser kjønns- og alderssammensetningen blant pasienter som oppgir kvinnelig lege 2003.

De kvinnelige legene har omtrent dobbelt så mange kvinner som menn i alle aldersklasser, for de eldste enda mer. En sammenlikning med tilsvarende fordeling for 2001 viser at kjønns- og aldersfordelingen for kvinnelige legers pasienter var stabil i perioden (tabell ikke vist). 2001 var den totale andelen kvinner hos de kvinnelige legene 68,6 %, og i 2003 var andelen 68,4 %. Aldersfordelingen er også uendret i perioden.

At kjønns- og aldersfordelingen er stabil betyr ikke at vi finner igjen de samme pasientene hos henholdsvis kvinnelige og mannlige leger 2001 og 2003. Tabell 3.5 viser at nesten en tredjedel av de som hadde en kvinnelig lege i 2001 oppgir mannlige leger i 2003. Den svært stabile kjønns- og aldersmessige fordelingen opprettholde altså på tross av betydelige "pasientvandring" i toårsperioden.

Tabell 3.4. Kjønns- og alderssammensetning blant brukere med kvinnelige leger 2003. I prosent av totalt antall pasienter hos kvinnelige leger. N = 832

	Menn	Kvinner	Totalt
Under 25 år	3,4 (28)	7,2 (60)	10,6 (88)
25 – 44 år	15,0 (125)	29,8 (248)	44,8 (373)
45 – 66 år	10,6 (88)	22,4 (186)	32,9 (274)
67 år og eldre	2,6 (22)	9,0 (75)	11,7 (97)
Totalt	31,6 (263)	68,4 (569)	100,0 (832)

Tabell 3.5. Legetilknytning 2001 og 2003. Prosent. N=2862

Legetilknytning 2001	Legetilknytning 2003		Tot.
	Mannlig lege	Kvinnelig lege	
Mannlig lege	87,2 (1962)	12,8 (289)	100,0 (2251)
Kvinnelig lege	32,2 (197)	67,8 (414)	100,0 (611)
Tot.	75,4 (2159)	24,6 (703)	100,0 (2862)

Tabell 3.6. Median ventetid for vanlig time (antall dager) etter tilknytning til mannlige eller kvinnelige leger. 2001 (N=1173) og 2003 (N=1306)

	2001	2003	p
Mannlig lege	4	3	0,045*
Kvinnelig lege	4	4	-

Vi har sett at kvinner gjennomgående har lengre ventetider enn menn. Det er derfor rimelig å anta at kvinnelige leger – med et gjennomsnittlig kvinneinnslag på rundt 70 % – har lengre ventetider for sine pasienter enn mannlige leger. Vi fant imidlertid ingen sikre indikasjoner på dette i 2001-undersøkelsen, og stabiliteten i pasientsammensetningen hos de kvinnelige legene har vært stor. Eventuelle ventetidsendringer i perioden må derfor henge sammen med andre forhold, som f. eks lange lister og økt pasientpågang. Tabell 3.6 viser ventetidsutviklingen (median ventetid) hos pasienter tilknyttet henholdsvis mannlige og kvinnelige leger.

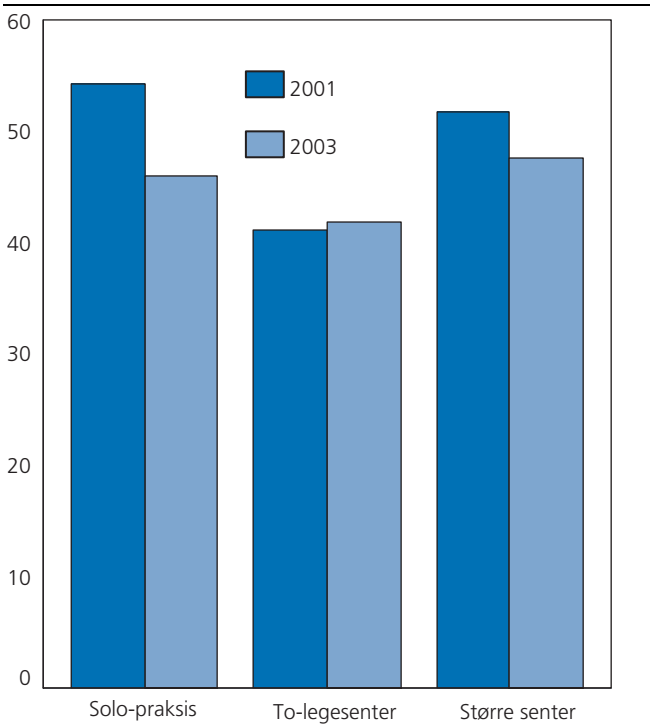
Tabell 3.6 tyder på at kapasitetsøkningen i legetjenesten har slått sterkere ut i ventetidsreduksjoner hos de mannlige enn hos de kvinnelige legene. En mulig forklaring kan være endringer i bruk av alternative leger. Kvinner som i 2001 oppga en kvinnelig lege som sin faste kunne velge å bruke en annen lege dersom ventetiden hos den faste legen var lang. Med fastlegeordningen legges restriksjoner på bruk av flere leger. Finnvoll og Svalund finner imidlertid i sin undersøkelse at legebruksmønsteret år 2000 og 2003 at andelen som bruker flere leger er uendret (Finnvoll og Svalund 2004). En alternativ forklaring er at kvinnelige leger fikk en generelt større pasientpågang i legevalget – vurdert i forhold til legens kapasitet – enn de mannlige.

3.4.2. Ventetidsutvikling og størrelsen på legesentret

Den tidligere mest vanlige allmennpraktikeren var legen som arbeidet alene i en "solopraksis" – gjerne med ektefellen som medhjelper. Den viktigste formen i dag er at legene slår seg sammen og etablerer legesentre. Slike sentra kan være av ulik størrelse. I 2001 undersøkte vi ventetidsvariasjoner mellom pasienter med faste leger i ulike typer praksiser. Vi fant at de som hadde sin faste lege i et større senter hadde lengre ventetider enn de som var tilknyttet lege i et lite senter (to-legesenter). Solopraktikernes pasienter plasserte seg et sted midt i mellom. Vi skal derfor se nærmere på ventetidsutviklingen i perioden for pasienter tilknyttet ulike typer legesentre.

De fleste allmennpraktiserende leger arbeider i et kollegialt fellesskap. Tabell 3.7 viser utvikling i legenes arbeidsorganisering fra 2001 til 2003.

Figur 3.2. Ventetidsutvikling for pasienter tilknyttet ulike praksistyper. Andel som venter 4 dager eller mer. Prosent 2001 (N=1170) og 2003 (N= 1308)



Tabell 3.7. Andel legebrukere tilknyttet lege i ulike typer praksis-organisering. 2001 (N=3370) og 2003 (N=3627). Fast lege eller siste lege

	2001	2003
"Solo praksis"	20,1 (678)	13,7 (498)
To-legepraksis	9,4 (318)	9,4 (342)
Senter m/flere leger	67,1 (2260)	69,2 (2511)
Ikke besvart	3,4 (114)	7,6 (276)
Tot.	100,0 (3370)	100,0 (3627)

Tabell 3.7 tyder på at det har skjedd en reduksjon i andelen pasienter tilknyttet solo-praktikere i toårsperioden, og en vekst i legesentre med 3 eller flere leger. Andel tilknyttet to-legepraksiser ser ut til å være uendret.

I delrapport 1 undersøkte vi sammenhengen mellom organisering av legetjenesten og ventetider på vanlig time i 2001. Vi fant at pasienter med sin faste lege i sentre med bare to leger hadde kortere (median) ventetid enn pasienter tilknyttet større sentre og solopraktikere. Figur 3.2 viser utviklingen fra 2001 til 2003. Figuren tyder på at de største ventetidsreduksjonene har skjedd i de større legesentrene og hos solopraktikere. Samtidig var det disse to praksistypene som hadde de største endringene mht. volum fra 2001 til 2003: Det skjedde en betydelig nedgang i antall pasienter knyttet til solo-praktikere – og samtidig en økning i antall pasienter knyttet til leger i større legesentre. (Jf. tabell 3.7). Det er rimelig å anta at den ventetidsutjevning som har skjedd har sammenheng med økningen i den totale legekapasiteten.

Tabell 3.8. Sannsynlighet for ventetider på 4 dager eller mer i solo praksis og i større sentre. (Referansekategori: To-legepraksis). 2001 og 2003 Logistisk regresjon

	2001	2003
Solopraktikere	1,702 (Sig. p: 0,023)	1,187 (Sig. p: 0,457)
Større senter	1,538 (Sig. p: 0,035)	1,260 (Sig. p: 0,222)
Konstant	0,697 (Sig. p: 0,060)	0,720 (Sig. p: 0,066)
N	1170	1308

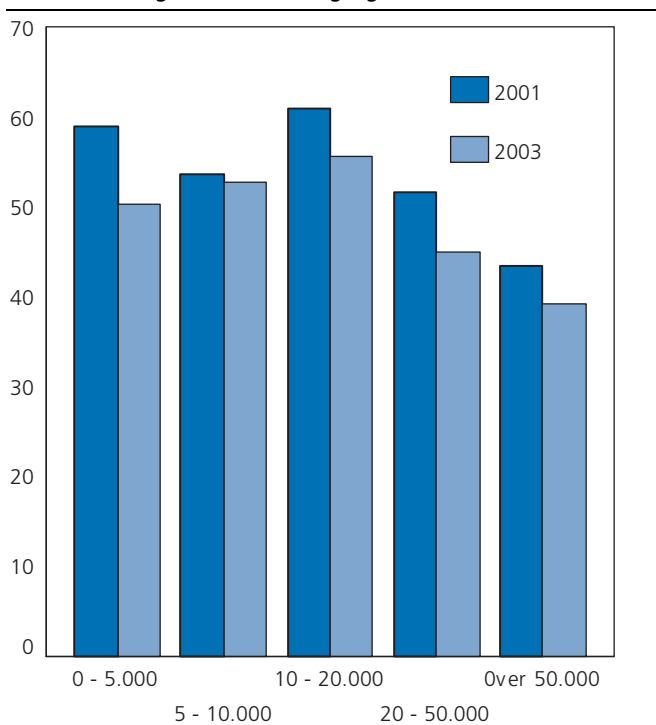
Tabell 3.8 viser forholdet mellom praksistypene 2001 og 2003, testet ved hjelp av logistisk regresjon for henholdsvis 2001 og 2003 uavhengig av hverandre. Tabellen viser at i 2001 hadde legebrukere hos solopraktikere og leger i større sentre klart større sannsynlighet for lengre ventetider enn de som var tilknyttet to-legesentre. Sammenhengene er ikke lenger signifikante for 2003.

Totalt sett er det utviklingen ved de større legesentrene som har størst betydning, siden disse sentrene betjener mer enn to tredjedeler av befolkningen. I delrapport 1 drøftet vi den ulike sider ved forholdet mellom de minste praksistypene på den ene siden – og de større sentrene på den andre. Vi antok at de større sentrene i større grad enn andre ville tiltrekke seg pasienter med løsere legetilknytning – som en effekt av at de er mer synlige utad. Det kan tenkes at dette førte til et større press på slike sentre enn andre pga. flere "slengere": pasienter med tilfeldig legebruk. Det kan ha ført til større pasientpågang og med det lengre ventetider. Med pasientlisting blir legesøking regulert i forhold til legenes lister, og "slengerne" blir borte. Det er rimelig å anta at endringer i samspelet mellom de større sentrene og de mindre, sammen med rekruttering av nye leger til etablerte sentre, har bidradd til en bedre driftssituasjon for de legene som arbeider der.

3.5. Ventetid og trekk ved kommunene.

I kapittel 2 går det fram at selv om kapasitetsveksten i legetjenesten totalt sett har vært størst i de mest sentrale kommunene, har andelen med fast legetilknytning økt betydelig i de tradisjonelt mest problematiske kommuner når det gjelder legegjennoptrekk. Lian finner i sin undersøkelse at fastlegereformen ikke har innfridd folks forventninger i de minste kommunene (Lian 2003). Helsetilsynet statusrapport fra september 2003 viser at særlig fylkeslegene i Sogn og Fjordane, Nord-Trøndelag og Finnmark rapporterer om legelister uten leger, og et legetilbud med utstrakt vikarbruk i mange kommuner. Hovedinntrykket er at det stort sett har skjedd en deling bedring i kapasitet og kontinuitet i legetjenesten de fleste steder, men at det fortsatt er en del mindre og usentrale kommuner som ikke har tatt del i denne utviklingen. Vi skal her undersøke om dette lar seg avlese i variasjoner i utviklingen i ventetider i ulike typer kommuner. Spørsmålet er om det skjer endringer i gjennomsnittlige ventetider i de kommunene som tradisjonelt har hatt de største gjennomtrekksproblemer i legetjenesten.

Figur 3.3. Ventetidsvariasjoner etter kommunistørrelse. 2001 (N=1203) og 2003 (N=1331). Andel med ventetid 4 dager eller mer siste gang man bestilte time



Figur 3.3 viser ventetidsutviklingen 2001 – 2003 i kommuner av ulike størrelser. En test av endringer i median ventetid viser imidlertid at forskjellene mellom 2001 og 2003 ikke er signifikante på 5 % nivå for noen av kommunegruppene. Det henger sammen med at det er stor indre variasjon i hver av gruppene. Kommunene danner rammebetingelser for legetjenestene, og kommunene varierer mht økonomi, legedekning, organisering av legetjenesten, og evne til å tiltrekke seg leger.

Situasjonen for de minste kommunene har tradisjonelt vært en viktig problemstilling i norsk helsepolitikk. Legemangel er først og fremst et småkommuneproblem, men ikke alle små kommuner mangler leger. Blant småkommunene finner vi både kommuner med svært god legedekning, målt f. eks i antall leger pr 1000 innbyggere, og kommuner med svært dårlig eller svært ustabil legedekning. I delrapport 1 undersøkte vi sammenhengen mellom ventetider og trekk ved måten legetjenesten var organisert på i tiden før fastlegereformen. I de små og usentrale kommunene fant vi en sterk sammenheng mellom vakanser i legestillinger eller -hjemler, bruk av turnuskandidater og andel fastlønnsstillinger i legetjenesten. Vi brukte derfor høyt innslag av fastlønnsstillinger som indikator på manglende stabilitet i legetjenesten. Fastlønnsstillinger har tradisjonelt vært et virkemiddel for å lette rekruttering av leger, fordi det fritok legene for etableringskostnader og økonomisk risiko ved etablering av en privat praksis der befolkningsunderlaget var svakt. (Paulsen 1986) På den annen side er

en fastlønnspraksis lett å forlate, og mange av disse kommunene har vært nødt til å basere seg på korttidsvikarer og andre midlertidige ordninger. Et viktig spørsmål i evalueringssammenheng er av de anstrengelser som er gjort for å rekruttere leger, og for å stabilisere lege/pasientforholdet gjennom pasientlisting, har bidradd til å endre situasjonen i disse kommunene. Tabell 3.9 viser ventetidsutviklingen i små kommuner med ulike innslag av fastlønnsstillinger 2001.

Tabell 3.9. Median ventetid for svargivere bosatt i kommuner med under 10.000 innbyggere. Kommuner med ulik andel fastlønnsstillinger i 2001. 2001 (N=1202) og 2003 (N=1331)

	Lav andel fastlønnsleger 2001	Høy andel fastlønnsleger 2001	Sig p:
2001	3	7	0,001
2003	3,5	4	0,677

De ventetidsforskjellene vi fant mellom småkommuner med ulike innslag av fastlønte leger 2001 ser ut til å være utjevnet i 2003. En test viser signifikante forskjeller mellom 2001 og 2003 for kommunene som hadde høy andel fastlønnede leger 2001 (Sig p=0,003). Tabellen tyder med andre ord at innføring av fastlegeordning har bidradd til å bedre situasjonen for legebrukerne i disse kommunene, i alle fall når det gjelder ventetid ved bestilling av vanlig time.

3.6. Sammenfattende analyse: ventetidsutvikling

Tabell 3.10 gir et sammenfattende bilde av hvordan effekten av ulike variable som påvirker ventetid ved timebestilling endres i perioden, når vi kontrollerer for effekten av andre. Det ser ut til at forskjellen mellom menn og kvinner endrer seg lite. Det er fremdeles slik at kvinner venter lengre enn menn ved bestilling av time. Den alminnelige effekten av alder blir også opprettholdt, selv om det ser ut til at skillet mellom de aller eldste og de yngre legebrukerne ser ut til å avta. Den generelle tendensen til at kvinner, eldre, og personer med dårlig egenvurdert helse venter lenger enn andre ble drøftet i delrapport 1. Vi antok at dette mønstret har med ulike måter å bruke legetjenesten på.

Tabell 3.10. Logistisk regresjon. Faktorer som påvirker ventetid 2001 og 2003. Odds-ratio: Sannsynlighet for 4 dagers ventetid eller mer ved bestilling av vanlig time. Logisk regresjon. Odds ratio

	2001	2003
Kjønn	1,853 (Sig. p: 0,000)	1,729 (Sig. p: 0,000)
Alder 45-66	1,493 (Sig. p: 0,002)	1,545 (Sig. p: 0,000)
Alder 67 og eldre	2,343 (Sig. p: 0,000)	1,404 (Sig. p: 0,059)
Har kvinnelig lege	1,021 (Sig. p: 0,886)	1,132 (Sig. p: 0,352)
Har lege i lite senter (to-lege-senter)	0,591 (Sig. p: 0,012)	0,804 (Sig. p: 0,252)
Bor i liten kommune med mange fastl.leger		
2001	2,849 (Sig. p: 0,000)	1,381 (Sig. p: 0,099)
Konstant	0,529 (Sig. p: 0,000)	0,495 (Sig. p: 0,000)
N	1202	1331

Tabellen viser at det å ha kvinnelig lege i seg selv ikke bidrar til lengre ventetider, når vi kontrollerer for pasientenes kjønns- og alderssammensetning. I tabell 4.6 fant vi imidlertid at ventetidene har gått mer ned for pasienter hos mannlige leger enn kvinnelige. Det ser altså ut til at de kvinnelige legene henger litt igjen når det gjelder ventetidsutvikling, selv om forskjellene mellom kvinnelige og mannlige leger ikke er signifikant når vi kontrollerer for pasientsammensetning. Vi må derfor være tilbakeholden i tolkning av dette funnet. Samtidig er det en indikasjon på at det er behov for å være spesielt oppmerksom på situasjonen for de kvinnelige legene og deres pasienter.

Hva slags praksistype pasienten er tilknyttet ser ut til å ha mindre betydning etter fastlegereformen. Den forskjellen vi fant i 2001 mellom små og store sentre ser ut til å være borte i 2003, også når vi kontrollerer for andre forhold. Vi tolket dette som et uttrykk for endringer i samspeilet mellom små og større sentre, som et resultat av at legesøkningen nå er regulert gjennom pasientlistene.

Det ser ut til at det har skjedd enn klar ventetidsforbedring i småkommuner med indikatorer på legegjenntrekk i 2001. I 2001 hadde svalgivere fra disse kommunene nesten tre ganger så stor sannsynlighet som andre for å få en ventetid ved bestilling av legetime på 4 dager eller mer. I 2003 er odds-ratio sunket til ca 1,4, og forskjellen mellom disse kommunene og andre er ikke lenger signifikant. Det er rimelig å tolke dette som at den forbedring av legekapasiteten som skjedde ved innføring av fastlegeordningen har bedret situasjonen også i de fleste av disse kommunene. Helsetilsynet viser i sin rapport (Helsetilsynet 2003) til at det fremdeles er små og usentrale kommuner på Nord-vestlandet og i Nord-Norge med utilfredsstillende legedekning og dårlig kontinuitet i legetjenesten. Det ser altså ut til at det tradisjonelle "småkommuneproblemet" fremstod med høy grad av systematikk i 2001, men i dag i større grad fremstår som problemer i enkelte kommuner, eller i bestemte deler av enkelte fylker.

4. Telefontilgjengelighet og øyeblikkelig hjelp

4.1. Innledning

Fastlegeordningen skal bidra til bedre tilgjengelighet og økt trygghet for at du får hjelp når du trenger det. Det betyr at legetjenesten må være slik organisert at terskelen for å søke hjelp når du trenger det blir så lav som mulig. Fastlegens ansvar for sine pasienter skal gi et sikkerhetsnett for at man får hjelp når akutte behov oppstår, og at det er enkelt å komme i kontakt med legesentret og få vurdert sitt medisinske problem. Telefontilgjengelighet og legetilgangen ved behov for øyeblikkelig hjelp blir derfor viktige indikatorer på i hvilken grad målsettingen om trygghet og tilgjengelighet blir realisert.

4.2. Endret tilgang på øyeblikkelig hjelp?

Med innføring av fastlegeordningen blir fastlegens funksjon ved behov for øyeblikkelig hjelp en viktig indikator på tilgjengelighet. Fastlegeordningen innebærer at det er din faste lege som har det primære ansvaret for å yte hjelp i slike situasjoner, og mulighetene til å bruke tilfeldige leger er begrenset. Vi skal her se nærmere på øyeblikkelig-hjelp funksjonen utenfor legevakt. Bruken av legevakt er drøftet i kapittel 5.

I delrapport 1 beskrives situasjonen våren 2001, før innføring av fastlegeordningen. Blant svargiverne som hadde søkt øyeblikkelig hjelp utenfor legevakt rapporterte 94 % at de fikk hjelp samme dag, og 91 % svarte "ja" på spørsmålet om det var lett å få hjelp. Situasjonen før fastlegeordningen var altså preget av at svargiverne stort sett vurderte øyeblikkelig-hjelp funksjonen som god. Spørsmålet er om det har skjedd endringer i perioden.

Tabell 4.1. Hvor fikk du/dere hjelp? 2001 (N=306) og 2003 (N= 254)

	2001	2003
Fast lege	70,6 (216)	60,6 (154)
Annen lege ved fastlegens legesenter/vikar	-	13,4 (34)
En tilfeldig lege jeg har vært hos før	7,2 (22)	-
En helt tilfeldig lege	22,2 (68)	-
Annen lege	-	26,0 (66)
Totalt	100,0 (306)	100,0 (254)

Tabell 4.1 viser hvor man fikk hjelp henholdsvis 2001 og 2003. Svarene er ikke direkte sammenlignbare, siden reformen har ført til ulike svaralternativer 2003 og 2001. I 2001 var alternativene "Annen lege ved fastlegens legesenter" og "Fastlegens vikar" uaktuelle. Tabellen gir allikevel et rimelig inntrykk av mulige endringer i perioden, først og fremst når det gjelder forholdet mellom bruk av fast eller mer tilfeldig lege når det oppstår behov for hjelp raskt.

Fastlegeordningen medførte et vikarkrav for leger i fastlegepraksis. Ved legesentre er det vanlig at legene vikarierer for hverandre, og vi må anta at bruken av annen lege ved fastlegens legesenter (2003) i forbindelse med øyeblikkelig hjelp i praksis er et uttrykk for dette. I 2001 var det rundt 30 prosent som hadde brukt en tilfeldig lege ved behov for øyeblikkelig hjelp. I 2003 er det, på tross av vikarordningen, en betydelig andel (26 prosent) som oppgir at de brukte "annen lege" i forbindelse med øyeblikkelig hjelp også i 2003.

Hvor snart man kommer til hos legen er et avgjørende mål på hvor godt øyeblikkelig-hjelp funksjonen ivaretas. Tabell 4.2 viser ventetider ved øyeblikkelig hjelp 2001 og 2003.

Tabellen viser at de fleste får hjelp samme dag. Det er ikke signifikante forskjeller mellom 2001 og 2003. Heller ikke når vi ber svargiverne gi en generell vurdering av hvor lett man fikk hjelp finner vi indikasjoner på endring i perioden.

Tabell 4.2. Hvor raskt man får øyeblikkelig hjelp hos allmennlege. Legevakt unntatt. Prosentvis. 2001 (N=307) og 2003 (N=252)

	Kom til hos legen:			Totalt
	Samme dag	Neste dag	Etter flere dager	
2001	85,0 (260)	9,2 (28)	5,9 (18)	100,0 (306)
2003	82,1 (207)	10,3 (26)	7,5 (19)	100,0 (252)

Tabell 4.3. Vurdering av tilgang på øyeblikkelig hjelp hos allmennlege. Legevakt unntatt. Prosentvis. 2001 (306) og 2003 (253)

	Lett å få hjelp?		Sum.
	Ja	Nei	
2001	90,5 (277)	9,5 (29)	100,0 (306)
2003	90,5 (229)	9,5 (24)	100,0 (253)

Tabell 4.3 viser at forholdet mellom andelen som mener det var lett å få hjelp er uendret i perioden. Samlet sett er lite som tyder på at det har skjedd vesentlige, generelle endringer mht ivaretagelse av øyeblikkelig-hjelp funksjonen. Det ser ut til at omtrent like stor andel av svargiverne har brukt sin faste lege når de søker hjelp utenfor legevakt, det ser ut til at de får hjelp omtrent like raskt begge år, og det ser ut til at de vurderer tilgangen til øyeblikkelig hjelp på omtrent samme måte i 2003 som de gjorde før fastlegereformen ble iverksatt.

Tabell 4.1 viser imidlertid at det totale antall legebukere som søkte øyeblikkelig hjelp utenfor legevakt sank fra 306 i 2001 til 254 i 2003. Undersøkelser av utviklingen i legevaktforbruket tyder på at det samtidig har skjedd en reduksjon i andel legebukere som henvendte seg til legevakt, når vi sammenlikner situasjonen før og etter implementering av fastlegeordningen. (Finnvold og Svalund 2004). Det kan tyde på at det har skjedd en generell nedgang i legehenvendelser definert av legebukerne selv som øyeblikkelig hjelp. Det er i utgangspunktet vanskelig å tenke seg at antall skade- eller sykdomsepisoder som utløser behov for akutt medisinsk hjelp har gått ned i perioden. En mulig forklaring er at dette kanaliseres på andre måter i 2003 enn det gjorde i 2001. I kapittel 3 fant vi at det skjedde en generell ventetidsforbedring i perioden, og en generell forskyvning mot kortere ventetider. Det kan tenkes at denne generelle ventetidsforbedringen har ført til at en del episoder som i 2001 utløste ekstra anstrengelser for å skaffe hjelp raskt i 2003 registreres av legebukerne som vanlige timer – fordi sannsynligheten for å få time raskt økte i perioden.

4.3. Telefongjengelig

Den vanligste og viktigste måten å komme i kontakt med legen på er via telefonen. Av i alt 3140 legebukere som hadde bestilt å legetime 2003 (alle typer kontakter) oppga 84 % at de hadde brukt telefonen ved siste legekontakt. Telefonen er fremdeles den viktigste kanalen for å skaffe seg legehjelp når man trenger det – på tross av at mange legesentre har etablert alternativer i form av f.eks. nettbaserte løsninger.

Innføring av fastlegeordning øker sannsynligvis betydningen av telefongjengelig. Før innføring av fastlegeordningen kunne en pasient som ble møtt av opptattsignal eller ikke svar når man ringte sin lege, henvende seg til en annen. Fastlegeordningen

reduserer denne muligheten. Spissformulert betyr det at den som pga dårlig telefongjengelig ikke får kontakt med sin faste lege langt på vei er utestengt fra helsetjenesten, siden fastlegeordningen begrenser bruken av alternative leger. I fastlegforsøket 1993-1995 ble telefongjengelig raskt fokusert, og målinger viste at tilgjengeligheten varierte betydelig. (Paulsen og Fjermestad 1996).

Levekårspanelet har ikke data om telefongjengelig fra perioden før reformen, og vi har derfor ikke muligheter til å belyse eventuelle endringer i perioden. Vi skal derfor konsentrere drøftingen om mulige variasjoner i opplevd telefongjengelig mellom ulike grupper legebukere, og undersøke hvordan dette henger sammen med trekk ved legetjenesten.

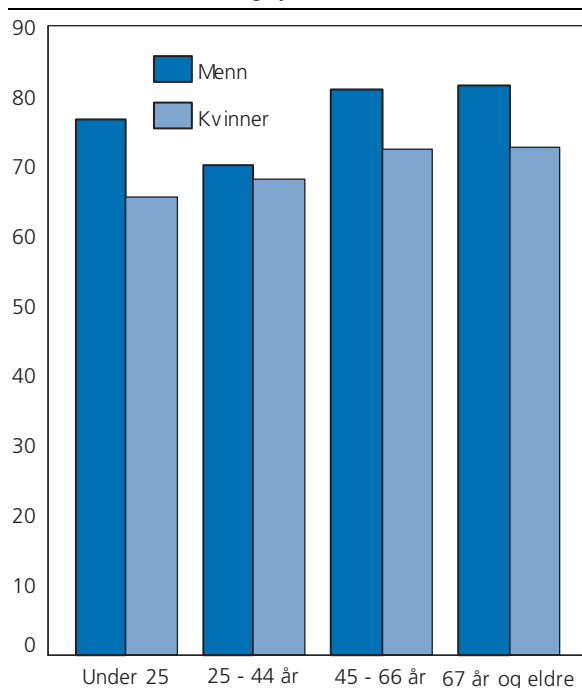
4.3.1. Ulike brukergrupper rapporterer ulik telefongjengelig

Vurderinger av telefongjengelig 2003 ble målt ved grad av enighet med påstanden:

"Det gikk greit å få kontakt med legesentret på telefon ved bestilling av time".

Tabell 4.4. Andel fornøyde med telefongjengelig 2003. N=2736

Helt enig	72,7 (1988)
Litt enig	11,8 (323)
Litt uenig	8,1 (222)
Helt uenig	7,4 (203)
Sum	100,0 (2736)

Figur 4.1. Andelen fornøyd med telefongjengelig 2003. Etter alder og kjønn. N=3627

De aller fleste er fornøyde. Bare vel 15 % gir klart uttrykk for misnøye (litt eller helt uenig). Andelen fornøyde varierer imidlertid med svargivernes alder og kjønn. Figur 4.1 gir et bilde av dette.

Menn sier oftere enn kvinner seg enige i at "det gikk greit å få kontakt med legesentret på telefon", samtidig som eldre er mer fornøyd enn yngre. Vi kan tenke oss to hovedklasser av forklaringer på dette mønstret. Det kan f. eks tenkes at mønstret fremkommer som et resultat av kjønns- og aldersbestemte tendenser til å være mer eller mindre fornøyd med et velferdstilbud. Og det kan tenkes at menns og kvinners ulike vurderinger henger sammen med at de bruker legetjenesten på ulike måter, eller at de bruker ulike typer legetilbud. Kvinnelige leger har f. eks en overvekt av kvinnelige pasienter. Dersom vi finner spesielle tilgjengelighetsproblemer hos kvinnelige leger kan dette prege svargivningen for kvinner. Og tilsvarende: "Solopraktikere" har et høyere innslag av eldre pasienter enn andre typer legepraksiser. Dersom disse legene har bedre telefontilgjengelighet enn andre vil det kunne prege svargivningen for eldre pasienter. I neste avsnitt skal vi se nærmere på forholdet mellom trekk ved legetjenesten og legebrukernes opplevelse av telefontilgjengelighet.

4.3.2. Telefontilgjengelighet og trekk ved legetjenesten

I fastlegeforsøket rapporterte mange kvinnelige leger om stor pasientpågang og stor arbeidsbelastning. Det er nærliggende å tro at stort generelt press på disse legene kan medføre press også på telefonservicen overfor pasientene. En (bivariat) test viser imidlertid at pasienter hos kvinnelige leger ikke rapporterer større problemer med telefontilgjengelighet enn pasienter hos mannlige leger (Tabell ikke vist). Det ser imidlertid ut til at telefontilgjengeligheten varierer med måten praksis er organisert på.

Tabell 4.5. Andel enige i at det gikk greit å få kontakt på telefon 2003. Etter praksistype. Prosentvis. N= 2726

	Greit å få kontakt på telefon:		Total
	Helt enig	Mindre enig/uenig	
Solopraksis	78,6 (308)	21,4 (84)	100,0 (392)
To-lege praksis	75,8 (213)	24,2 (68)	100,0 (281)
Større senter	71,1 (1460)	28,9 (593)	100,0 (2053)
Alle	72,7 (1981)	27,3 (745)	100,0 (2726)

(Chi-Square. Sig. p: 0,005).

Pasienter hos solopraktikerne opplever klart bedre telefontilgjengelighet enn pasienter ved større sentre, med pasienter knyttet til leger i to-legepraksis i en mellomstilling. Det er rimelig å tenke seg dette som et utslag av stordriftsfordeler ved de større sentre. Selv om praksisgrunnlaget er lite må en solopraktiker eller et to-legesenter ha en legesekretær i tilnærmet full stilling dersom de ønsker å ha telefonen betjent hele dagen. I en større praksis kan en legesekretærstilling betjene flere legers pasienter. Det gir sannsynligvis

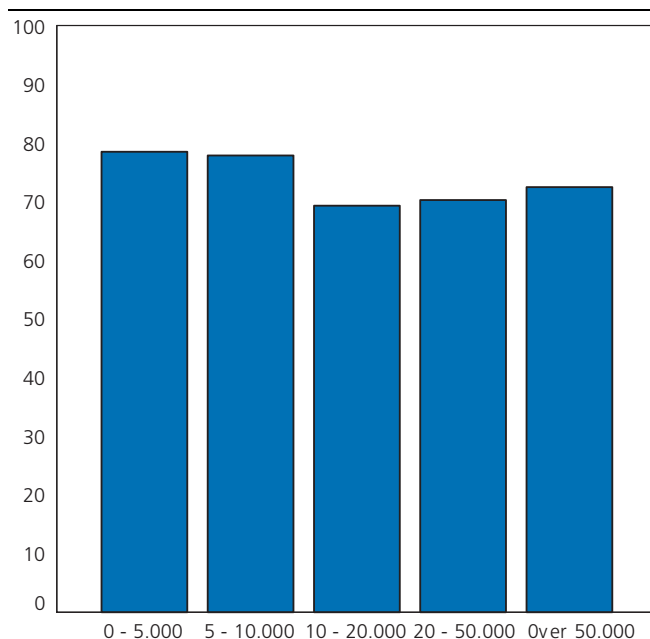
stordriftsfordeler i form av reduserte kostnader for legene, men sannsynligvis travlere dager for legesekretærene – og kanskje også dårligere telefontilgjengelighet for pasientene.

4.3.3. Telefontilgjengelighet i ulike typer kommuner

Figur 4.2 viser hvordan folk i ulike typer kommuner vurderer telefontilgjengeligheten hos sin lege i 2003. Det ser ut til at det viktigste skillet går mellom kommuner over og under 10.000 innbyggere. Svargiverne i de minste kommunene er klart mer fornøyd med telefontilgjengeligheten enn svargiverne i kommuner med mer enn 10.000 innbyggere. Blant kommuner med 10.000 innbyggere eller mer ser det imidlertid ut til at de aller største (50.000 og mer) kommer bedre ut enn de middelstore.

En viktig problemstilling i evalueringssammenheng er knyttet til de tradisjonelle "gjennomtrekkskommunene": små, usentrale kommuner som før fastlegeordningen vært preget av en problematisk rekrutteringssituasjon i legetjenesten. For mange av disse kommunene har løsningen vært å opprette fastlønnsstillinger, som gjør rekruttering av leger mindre avhengig av forretningsmessige overveielser i forbindelse med praksisetablering, slik en privat praksis er. Vi har derfor brukt kriteriet "andel av Fastlønnsstillinger over gjennomsnittet for kommunegruppen" som en indikator på gjennomtrekksutsatte kommuner. Disse kommunene hadde lange ventetider ved bestilling av time ved registreringen våren 2001, men de fleste av dem har en betydelig forbedret situasjon i 2003. (Jfr. kapittel 3, tabell 3.9). Spørsmålet er om disse kommunene også har tilsvarende dårlig telefontilgjengelighet.

Figur 4.2. Andelen som sier det var greit å få kontakt med lege etter kommunestørrelse. Prosentvis. 2003. N= 2726



Tabell 4.6. Andel som mener det var greit å få kontakt på telefon. Bosatt i kommuner med mindre enn 10.000 innbyggere. Etter innslag av Fastlønnsstillinger 2001. Prosentvis. N=636

Andel fastlønnsleger 2001:	Greit å få kontakt på telefon:		Total
	Helt enig	Litt/meget uenig	
Over gj.snitt	81,9 (212)	18,1 (47)	100,0 (259)
Under gj.snitt	75,6 (285)	24,4 (92)	100,0 (377)
Total	78,1 (497)	21,9 (139)	100,0 (636)

(Chi- Square. Sig p: 0,037)

Tabell 4.6 viser at svargivere fra små kommuner som hadde mange fastlønnsleger før reformen ser ut til å være mer fornøyd med telefontilgjengelighet til lege enn de fra tilsvarende kommuner med få fastlønnsstillinger før reformen. Det kan tenkes ulike forklaringer på dette. En mulig forklaring kan være at måten legetjenesten har vært organisert på har bidradd til å bedre servicen på visse områder. I en fastlønnspraksis vil også legesekretærer og annet hjelpepersonale ha kommunale stillinger, og ikke være avhengige av den økonomiske bæreevnen i en privat praksis. En mulig konsekvens av dette kan være at mange av disse kommunene har hatt god bemanning og god service i tilknyttede funksjoner, og har tatt med seg dette mønstret inn i fastlegesystemet.

4.3.4. Sammenfattende analyse – faktorer som påvirker vurdering av telefontilgjengelighet

Vi har sett at vurderinger av telefontilgjengelighet varierer med trekk ved legebrukerne, og med organisering av legetjenesten. Kvinner vurderer tilgjengeligheten mer negativt enn menn, samtidig som andelen fornøyd øker med legebrukernes alder. Det ser ikke ut til at kvinnelige leger kommer annerledes ut enn mannlige. Store legesentre ser ut til å gi dårligere service på dette området enn de mindre. Vi har også sett at telefontilgjengeligheten vurderes mest positivt i de minste og de største kommunene, mens de midlere kommunene kommer dårligst ut.

Kjønns- og alderssammensetningen varierer mellom ulike praksistyper, samtidig som praksisorganisering kan være ulik i kommuner av ulik størrelse. Vi skal derfor gjøre en sammenfattende, multivariat analyse, for å kontrollere for slike effekter.

Tabell 4.7. Faktorer som påvirker vurdering av telefontilgjengelighet til legetjenesten 2003. Logistisk regresjon. Odds ratio. N= 2715

	Odds ratio	Sig. p
Kvinner	0,719	0,000
Alder 45 til 66 år	1,411	0,000
Alder 67 år eller mer	1,461	0,006
Har kvinnelig lege	1,064	0,542
Har lege i to-legepraksis	0,897	0,563
Har lege i større senter	0,676	0,004
Bor i stor kommune (>50.000 innb.)	1,182	0,096
Bor i liten kommune (<10.000 innb.) som hadde mange fastlønnsleger 2001	1,897	0,000
Bor i liten kommune (<10.000 innb.) som hadde få fastlønnsleger 2001	1,369	0,021
Konstant	3,141	0,000

Effektene av alder og kjønn opprettholdes også når vi kontrollerer for andre forhold. Sannsynligheten for å være fornøyd ser ut til å øke med alderen. Samtidig er kvinner klart mindre fornøyd enn menn. Det er vanskelig å tenke seg at forhold som hvor ofte man møter opptattsignal, eller hvor raskt et anrop besvares, kan henge sammen med forhold knyttet til den som ringer. Det er derfor rimelig å tenke seg mer indirekte forklaringer. En mulig forklaring på at kvinner har andre oppfatninger enn menn kan være at kvinner bruker legetjenesten på andre måter enn menn, og at flere kvinner enn menn opplever ulike former for "slitasje" i sin kontakt med legetjenesten. Det kan farge den generelle opplevelsen av kvaliteten på tilbudet.

Pasienter hos kvinnelige leger er ikke mer eller mindre tilbøyelig til å være fornøyd med telefontilgjengeligheten enn andre, når kjønn, alder og andre forhold tas i betraktning.

Analysen av praksisorganisering er basert på solopraktikerne som referansekategori. Analysen viser at legebrukere som er knyttet til leger i større sentre har klart mindre sannsynlighet (knappt 70 %) for å si seg fornøyd med telefontilgjengeligheten enn solopraktikernes pasienter, også når vi kontrollerer for legebrukernes alders- og kjønnssammensetning og kommunetype. Forskjellen mellom solopraksis og to-legepraksis er imidlertid ikke signifikant. Det ser ut som den interessante forskjellen går mellom de større legesentrene og de mindre.

Legebrukerne fra de minste kommunene har klart mer positive vurderinger, også når vi kontrollerer for pasientsammensetning og praksistype. Også forskjellen mellom småkommuner med ulike innslag av fastlønnsstillinger 2001 opprettholdes. De som bor i slike kommuner har 1,9 ganger så stor sannsynlighet som referanse kategorien for å være enig i at det gikk greit å kontakte legen på telefon.

Lian fant i sin undersøkelse at andelen "særdeles fornøyd" og "meget fornøyd" med telefontilgjengeligheten sank i alle typer kommuner, men mest i de aller minste (<5.000 innbyggere). De små kommunene hadde imidlertid den største andelen fornøyd 2001. Samtidig sank også andelen "Meget misfornøyd" og "Særdeles misfornøyd" i alle kommunetyper, med unntak av de minste - der andelen vart stabil. I 2003 er ikke situasjonen mht telefontilgjengelighet vesentlig forskjelling mellom de minste kommunene og de større. (Lian 2003, s 41). Lians undersøkelse tyder altså på at det har skjedd utjevning mellom de ulike kommunetypene fra 2000 til 2003. Vi har ikke data som belyser utviklingen i perioden, samtidig som spørsmålsstillingen vedrørende telefontilgjengelighet er formulert ulikt i henholdsvis Lians undersøkelse og i levekårspanelet. Det ser imidlertid ut til at disse to undersøkelsene gir litt ulike beskrivelser av situasjonen i de minste kommunene. Det blir derfor viktig å følge utviklingen her i årene som kommer.

5. Bruk av legevakt

5.1. Begrenset reduksjon

Ved innføringen av fastlegereformen ble det forventet en reduksjon av bruken av legevakt. Som vist i kapittel 1 har de fleste nå fått en fast lege å forholde seg til. Det er naturlig at denne legen vil benyttes av folk som tidligere brukte legevakt. FLO har også gjort relasjonen mellom lege og pasient mer forpliktende. Dermed kan det ha blitt vanskeligere for legen å avvise pasienter som står på lista. Imidlertid kan personer som av en eller annen grunn ikke får kontakt med fastlegen sin oppleve større problemer enn tidligere med å komme til lege. Det ligger i reformens intensjon at det skal være vanskeligere å få innpass hos leger som ikke er den faste. Samtidig er det fastlegens oppgave å sørge for at listepasientene har et alternativ ved fravær. I kapittel 3 er det vist at ventetiden er redusert, samtidig som folk i større grad opplever allmennlegetjenesten som mer tilgjengelig enn tidligere (kapittel 8). I Levekårspanelet 2000 og 2003 ble det registrert hvor ofte folk hadde brukt legevakt det siste året. Det var presisert at alle kontakter skulle regnes med, både besøk og telefon. Som det går fram av tabell 5.1 har det vært en liten reduksjon i bruk av legevakt. I 2000 hadde 27 prosent vært hos legevakt, mens denne andelen var redusert til 22 prosent i 2003. Denne endringen er statistisk signifikant. Registreringen viser at det i gjennomsnitt var 0,54 kontakter med legevakt i 2000, mot 0,48 i 2003. Kontakterne med legevakt utgjorde 17 prosent av legekontaktene i 2000, og 15 prosent i 2003. Endringene peker i same retning for de ulike målene, men de to sistnevnte er ikke statistisk signifikante. Resultatene er i tråd med erfaringene fra fastlegeforsøket i Tromsø og Trondheim, som viste at tallet på legevaktkonsultasjoner gikk ned med 10-15 prosent.

Tabell 5.1 Bruk av legevakt. 2000 og 2003. (N= 2840)

	2000	2003
Andel som hadde hatt kontakt med legevakt siste 12 måneder***	27	22
Gjennomsnittlig antall kontakter siste 12 måneder**	0,54	0,48
Legevakt som prosent av totalt antall legekonsultasjoner ¹	17	15

¹Tallet på legekonsultasjoner inkluderer allmennlege, polikliniske konsultasjoner på sykehus, kontakter med spesialist utenfor sykehus og legevaktkonsultasjoner inkl. telefonkontakter

*** Endringa er statistisk signifikant på 1 prosentnivå.

**Endringa er ikke signifikant på 5 prosentnivå.

5.2. Hvem oppsøker legevakt?

Hva kjennetegner brukerne av legevakt? Reduksjonen i bruken av legevakt kan ha vært forskjellig for ulike brukergrupper. Det er også mulig at bruken av legevakt har blitt større for noen grupper. Figur 5.1 gir en oversikt over mønstrene i bruken av legevakt. Hovedinntrykket er at mønstrene ikke har endret seg nevneverdig i perioden, og at forskjellene mellom de ulike gruppene er relativt små. Dette inntrykket bekreftes i tabell 5.2. Ikke overraskende er det mer sannsynlig at brukerne av legevakt vurderer sin egen helse som relativt dårlig. Videre er det typisk at den yngste aldersgruppen (16-24) oftere enn andre oppgir å ha vært hos legevakt. Det er også slik at bosatte i de minst sentrale kommunene oftere bruker legevakt. Legevakten i Oslo gjennomgikk en omorganisering i perioden, uten at vi kan se at dette har hatt store konsekvenser for bruksfrekvensen.

Tabell 5.2. Sannsynlighet for å ha hatt kontakt med legevakt. Etter alder, kjønn, egenvurdert helse og sentralitet. 2000 og 2003. Multivariate logistiske regresjonsmodeller

	2000		2003	
	Kji-kvadrat	Odds-rate	Kji-kvadrat	Odds-rate
Alder (25-44 holdt utenfor)				
16-24	8	1,5**	8	1,5**
45-66	6	0,8*	0	0,9
67-79	2	0,8	0	0,9
80 år og over	2	0,7	0	0,0
Kjønn				
kvinne	0	1,0	2	1,1
Egenvurdert helse (De som vurderte helsen som "svært god" er holdt utenfor)				
God	4	1,2	2	1,2
Verken god eller dårlig	22	1,9***	12	1,6***
Dårlig/svært dårlig	24	2,5***	27	2,5***
Geografi				
Bosatte i Oslo	1	0,9	1	0,9
Bosatte minst sentrale kommuner ²	12	1,5***	6	1,4*
(N)	(2842)		(2839)	

Signifikansnivå/P-verdi : * P < 0,05, ** P < 0,001, *** P < 0,0001

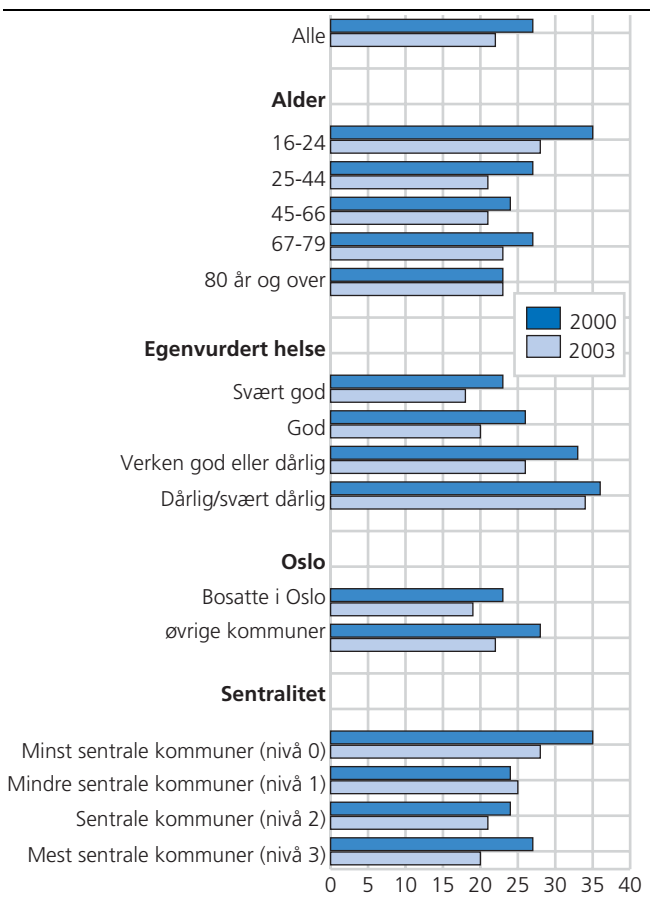
For tolking av P-verdi, Kji-kvadrat og Oddsrate: Se Bild mfl. 1998

¹Spørsmålet om preferanser ble stilt i 2001.

²Sentralitetsinndelinga bygger på Statistisk sentralbyrås standard for kommuneklassifisering (NOS C

192). De mest sentrale kommunene (nivå 3) omfatter Oslo, Kristiansand, Stavanger, Bergen Trondheim og Tromsø samt pendlingsområdet til disse kommunene.

Figur 5.1. Andel som hadde brukt legevakt. Etter alder, egenvurdert helse og sentralitet. 2000 og 2003. Prosent. (N)

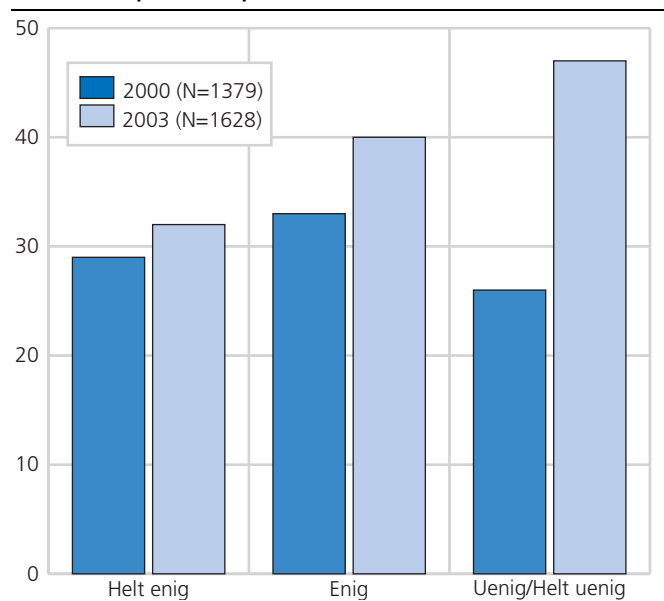


Sentralitetsinndelingen bygger på Statistisk sentralbyrås standard for kommuneklassifisering (NOS C 192).

5.3. Fører misnøye med fastlegen til mer bruk av legevakt?

En hypotese knytter seg til sammenhengen mellom tilfredshet med legerelasjonen og bruken av legevakt. Det kan tenkes at misnøye med den eksisterende legerelasjonen fører til at pasienten ønsker en annen lege. Bytte av den faste legen er en mulig konsekvens. I en situasjon der valgmulighetene er blitt mer begrensede etter innføring av FLO, kan det også tenkes at flere vil oppsøke legevakt for å få en alternativ vurdering av helseproblemet. Siden tilgjengeligheten hos andre leger blitt mer begrenset, kan legevakten fremstå som et alternativ for den som ikke er tilfreds. I analysen under har vi trukket et underutvalg der vi har opplysninger om tilfredsheten med den faste allmennlegen.

Figur 5.2. Bruk av legevakt og pasienttilfredshet. 2000 og 2003. Respons på utsagnet "Legen tok meg og mine problemer på alvor"



Dette betyr at de som ikke har fast lege på de to tidspunktene ikke er med i analysen. Ettersom flere har fått fast lege, er det flere som er med i analysen i 2003. Kun svarpersoner som hadde hatt kontakt med lege på grunn av egen sykdom det enkelte år er tatt med. Resultatet i figur 5.2 kan tyde på at bruken av legevakt er blitt noe høyere blant dem som er misfornøyd med legens innlevelse i deres situasjon. En tilsvarende analyse av de øvrige spørsmål om pasienttilfredshet (ventetid og tidsbruk i konsultasjonen) viste ikke noen forskjeller.

I tabell 5.3 er sammenhengen mellom pasienttilfredshet og bruk av legevakt analysert ved å ta hensyn til andre faktorer som har betydning for bruken av legevakt. Analysen bekrefter at sannsynligheten for bruk av legevakt er mindre for de som er tilfreds med legen. Dette er imidlertid en svak statistisk sammenheng. Bruk av legevakt kan i meget begrenset grad føres tilbake til variasjoner i hvordan den enkelte opplever legens innlevelse i deres situasjon.

Tabell 5.3. Sannsynlighet for å ha hatt kontakt med legevakt. Etter alder, kjønn, egenvurdert helse, sentralitet og pasienttilfredshet. 2000 og 2003. Multivariate logistiske regresjonsmodeller. 2000 og 2003

	2000		2003	
	Kji-kvadrat	Odds-rate	Kji-kvadrat	Odds-rate
Alder (25-44 holdt utenfor)				
16-24	5	1,5	5	1,5*
45-66	2	0,7*	1	0,9
67-79	3	0,8	0	1,0
80 år og over	5	0,5	0	1,1
Kjønn				
kvinner	2	0,8	1	0,9
Egenvurdert helse (De som vurderte helsa som "svært god" er holdt utenfor)				
God	2	1,2	1	0,9
Verken god eller dårlig	9	1,8**	0	1,0
Dårlig/svært dårlig	10	2,1**	0	1,1
Pasienttilfredshet Respons på utsagnet "Legen tok meg og mine problemer på alvor" (De som svarte "Enig" er holdt utenfor)				
Helt enig	0	0,9	5	0,7*
Uenig/Helt uenig	1	0,7	0	1,2
Geografi				
Bosatte i Oslo	1	0,8	0	0,9
Bosatte minst sentrale kommuner ¹	3	1,4	5	1,5*
(N)	(1382)		(1652)	

Signifikansnivå/P-verdi : * P < 0,05, ** P < 0,001, *** P < 0,0001

For tolking av P-verdi, Kji-kvadrat og Oddsrate: Sjå Bild mfl. 1998

¹Sentralitetsinndelinga bygger på Statistisk sentralbyrås standard for kommuneklassifisering (NOS C

192). De mest sentrale kommunene (nivå 3) omfatter Oslo, Kristiansand, Stavanger, Bergen Trondheim og Tromsø samt pendlingsområdet til disse kommunene.

6. Mer målrettede forebyggende helsekontroller

6.1. Innledning

Ideen om at helseproblemer kan forebygges gjennom individrettede tiltak har hatt vekslende helsepolitisk oppmerksomhet. Lønning-utvalget har fremholdt at helsevesenet er mest effektivt dersom ressursene konsentreres om de som har den svakeste helsetilstanden. Flere stortingsmeldinger og utredninger har imidlertid pekt på potensialet ved forebyggende innsats (f.eks. NOU 1991:10). Den helsemessige gevinsten ved forebyggende tiltak er omdiskutert i samfunnsmedisinsk sammenheng (Holmboe 1996, Larsen 1992, Matzen og Lang). Det pekes på usikkerheten rundt resultatet av ressursene som settes inn i deler av den forebyggende virksomhet. Spørsmålet er om den helsemessige gevinsten er større dersom ressursene ble anvendt innenfor den kurative delen av helsetjenesten.

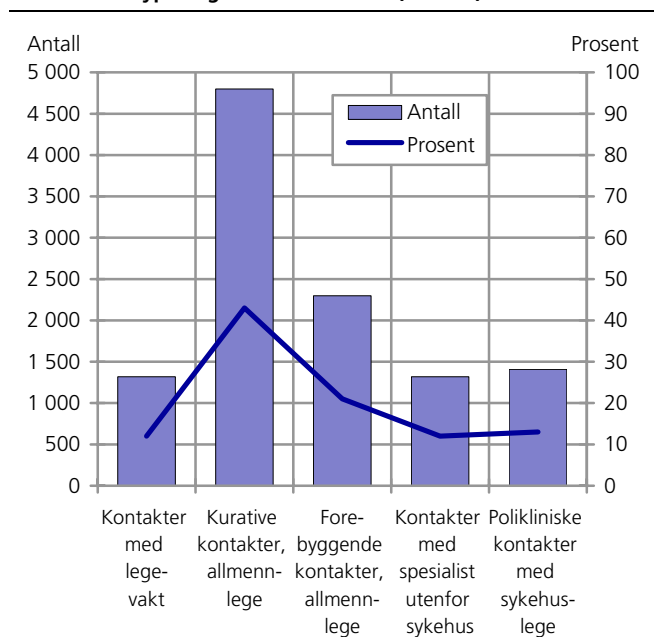
Nå finnes det ulike former for helseforebyggende kontroller. Mer eller mindre bredt anlagte vaksinasjonsprogrammer eller screening-undersøkelser kan omfatte hele befolkningsgrupper. Det er særlig nytten av denne formen for forebyggende aktiviteter som er kritisert. Andre har også pekt på uheldige sider ved helsekontroller, som at de kan føre til en "medikalisering" gjennom fokusering på sykdom og helseproblemer. Våre resultater kan ikke gi noe innspill i en slik debatt. Men for å kunne diskutere nytten av ulike forebyggende tiltak, kan det være hensiktsmessig å vite noe omfang, endring over tid og individuelle variasjoner i bruksmønster når det gjelder forebyggende kontakter.

6.3. Omfang

I dette kapittelet analyserer vi omfanget av legekontroller som ikke er knyttet til bestemte syktilfeller. Formuleringen som ble brukt, var *Har du i dag faste avtaler med almennlege om kontroller av egen helse, avtaler som gjelder uavhengig av om du er syk eller ikke?* I 2003 hadde 22 prosent av de spurte hatt slik kontakt. Til sammen hadde 656 personer hatt 2389 kontakter. Hvor mye dette dreier seg om kan man få et inntrykk av gjennom mer aggregerte mål på kontaktfrekvens. I figur 5.1 ser vi at 2837 svarpersoner hadde hatt til sammen 11127 kontakter med lege i 2003. Da sykehusinnleggelse ikke er regnet med, gir ikke

figuren et fullstendig bilde av den samlede legebruken. Utvalget inkluderer den delen av panelet som var med i perioden 2000 til 2003. Figur 6.1 viser at til sammen 21 prosent av kontaktene handlet om forebyggende kontakter. Sammenlignet med summen av kurative og forebyggende kontakter i allmennpraksis, er en av tre kontakter av forebyggende karakter. Omfanget av forebyggende kontakt synes betydelig. Hva slags fenomen er det spørsmålet i levekårsundersøkelsen fanger opp? Det ligger i formuleringen at det gjelder besøk som er planlagt eller avtalt, og at det ikke dreier seg om helseproblemer som krever umiddelbare tiltak. Umiddelbart kan det se ut til at legen bruker mye tid på kontroll av pasienter med begrensede helsemessige problemer.

Figur 6.1. Antall kontakter med lege siste 12 måneder. Ulike typer legekontakter. 2003. (N=2837)



Kun svarpersoner som var med i undersøkelsen 2001, 2002 og 2003 er tatt med i oversikten.

6.3. Er det legen eller pasienten som tar initiativet?

For å få en nærmere forståelse av fenomenet forebyggende kontakter, ble det i 2003 skilt mellom kontakter som ble initiert av pasienten, og de som legen tok initiativet til. På spørsmålet "Var det du selv eller var det legen din som foreslo at dere skulle ha faste avtaler om kontroller?" svarte i alt 67 prosent at det var legen som hadde tatt initiativet til kontrollen. Helsekontroll som ikke er knyttet til sykdomstilfeller er altså som regel initiert av legen. I tabell 6.1 er det gjort en analyse av forskjellen mellom den gruppen som selv tok initiativ til kontakt, og den gruppen som legen hadde kalt inn. For pasientinitierte kontakter har ikke egenvurdert helsetilstand noen betydning for om de hadde hatt kontakt eller ikke. Det dreier seg altså om mennesker som føler seg like friske som befolkningen for øvrig, men som likevel velger å få en form for oppfølging av legen. Alder har noe betydning, den yngste aldersgruppen benytter sjeldnere muligheten til helsekontroll, mens de over 45 år har en høyere sannsynlighet. Bosatte i kommuner med ustabil legetilbud, og svarpersoner som mangler fastlege, har sjeldnere egeninitierte forbyggende kontroller.

Ser vi på de legeinitierte kontakter, er bildet et annet. Alder er også viktig, og den statistiske betydningen mer markert. Imidlertid er sykkelighet i betydelig grad avgjørende. Analysen antyder at legen kan ha en god

grunn til å foreslå en kontroll. Sammenlignet med folk i aldersgruppen 24-44 år, er sannsynligheten 4 ganger høyere for å ha hatt kontakt for de som er over 67 år. Sannsynligheten for kontakt er også 4 ganger høyere for de som vurderer sin egen helse som dårlig eller svært dårlig. Ofte vil altså forebyggende kontakter dreie seg om eldre mennesker med kronisk sykdom. Selv om disse gruppene ofte er knyttet til spesialisthelsetjenesten, er forebyggende kontroller også et viktig innslag i allmennpraksis.

6.4. Flere forebyggende kontakter?

Vi hadde i utgangspunktet en forventning om at omfanget av forebyggende kontakter ville øke etter innføringen av FLO. Bakgrunnen for dette er at de som manglet fast lege før innføring av FLO, klart sjeldnere enn andre hadde denne type kontakt med allmennlege. I tabell 6.2 ser vi at andelen som mottar forebyggende kontakter faktisk er noe redusert, det er så vidt blitt færre som får forebyggende kontakter. Imidlertid viser tabell 6.3 at de som har hatt forebyggende kontakt, faktisk har fått flere. Gjennomsnittet økte fra 3,0 til 3,6 kontakter siste 12 måneder, en vekst som var signifikant.

De forebyggende kontaktene utgjorde 20 prosent av alle kontakter i 2001 og 21 prosent i 2003, slik at den relative betydningen av dette fenomenet ikke er endret.

Tabell 6.1. Bruk av forebyggende legekontakter. Sannsynlighet for å ha hatt legeinitiert eller pasientinitiert kontakt siste 12 måneder. 2003. Multivariate logistiske regresjonsmodeller

	Pasientinitierte kontakter		Legeinitierte kontakter	
	Kji-kvadr	Odds-rate	Kji-kvadr	Odds-rate
Alder (25-44 holdt utenfor)				
16-24 år	4	0,4	10	0,3**
45-66	9	1,8**	27	2,0***
67-79	9	2,1**	77	4,4***
80 år og eldre	1	1,5	19	3,8***
Kjønn				
Menn	6	0,7*	0	1,0
Egenvurd. helse ("Svært god helse" holdt utenfor)				
God	0	1,1	10	1,8**
Verken god eller dårlig	0	1,1	37	3,2***
Dårlig/svært dårlig	1	1,3	41	4,2***
Utdanning				
Universitets- og høyskoleutdanning, høyere nivå	1	0,6	2	0,6
Fastlege				
Har ikke fast lege	0	0,5*	0	0,8
Legepraksis (Legesenter holdt utenfor)				
Solopraksis	1	1,3	1	1,0
To-lege praksis	2	1,0	1	1,0
Geografi				
Bosatte i kommuner med > 20 % turnuskand. og/eller > 50 % fastlønnede leger (N)	5 (2762)	0,5	0 (2762)	1,0

Signifikansnivå/P-verdi : * P < 0,05, ** P < 0,001, *** P < 0,0001

For tolking av P-verdi, Kji-kvadrat og Oddsrate: Se Bild mfl. 1998

Tabell 6.2. Respons på spørsmålet "Har du i dag faste avtaler med allmennlege om kontroller av egen helse, avtaler som gjelder uavhengig av om du er syk eller ikke?". Prosent andel som hadde faste avtaler. [95% konfidensintervall] (N)

År	Prosent	[95% konfidensintervall]	(N)
2001	25	[24 - 27]	(3032)
2003	22	[21 - 24]	(3030)

Tabell 6.3. Respons på spørsmålet "Hvor mange kontroller har du vært på de siste 12 månedene?" Gjennomsnitt. [95% konfidensintervall] (N)

År	Antall	Gj. snitt	[95% konfidensintervall]	(N)
2001	2258	3,0	[2,7 - 3,2]	(753)
2003	2389	3,6	[3,3 - 4,0]	(656)

Tabell 6.4. Andel som hadde faste avtaler om kontroller. I alt og etter alder, kjønn, egenvurdert helse, utdanning, om man har fastlege, legepraksis, geografi

	2001		2003	
	Andel	(N)	Andel	(N)
Alle	25		22	
Alder				
16-24 år	8	369	6	369
25-44	20	1215	13	1214
45-66	31	1069	28	1069
67-79	40	322	45	322
80 år og eldre	45	58	41	58
Kjønn				
Menn	25	1427	22	1427
Kvinner	24	1606	22	1605
Egenvurdert helse				
Svært god	17	790	12	770
God	25	1557	19	1421
Verken god eller dårlig	35	499	32	594
Dårlig/svært dårlig	32	185	41	245
Utdanning				
Ungdomsskole eller kortere	38	443	36	444
Videregående skole	24	1741	21	1740
Universitets- og høyskoleutdanning, lavere nivå	22	654	16	653
Universitets- og høyskoleutdanning, høyere nivå	17	181	15	181
Fastlege				
Har fast lege	31	2173	22	2894
Har ikke fast lege	8	858	11	136
Legepraksis				
Solopraksis	30	613	25	452
To-lege praksis	27	295	19	298
Legesenter	23	2029	21	2183
Geografi				
Bosatte i kommuner med > 20 prosent turnuskandidater...	18	404	20	363
Bosatte i kommuner med < 20 prosent turnuskandidater...	26	2629	22	2669

6.5. Hvem har forebyggende kontakter? Endring over tid

I tabell 6.4 finnes en oversikt over mønsteret i omfanget av forebyggende kontakter. Hyppigheten øker med alder, men også egenvurdert helse har betydning. Det er også en klar gradient når det gjelder utdanning. Personer uten fast lege peker seg ut med et særlig lav andel som hadde hatt forebyggende kontakt. I alt 8 prosent av en gruppe på 858 personer uten fast lege i 2001 hadde hatt kontakt, mens 33 prosent av de som hadde fast lege hadde hatt kontakt. Det generelle inntrykket er at hovedmønsteret synes å være det samme i 2001 og 2003.

I tabell 6.5 er de ulike bakgrunnsegenskapene analysert i sammenheng. Analysen viser at utdanningslengde er signifikant, men at forskjellen er liten, og at forskjellene som observeres i tabell 6.4 i betydelig grad er en konsekvens av at den egenvurderte sykkeligheten

og alder varierer mellom de ulike utdanningsnivåene. Resultatene viser at organisatoriske forhold ikke har betydning for omfanget av kontroller: Omfanget av kontroller er ikke påvirket av om legen driver solo-praksis eller gruppepraksis, verken før eller etter reformen.

Et interessant trekk ved tabell 6.5 er at alder og sykkelighet øker sin statistiske forklaringskraft i perioden: Eksempelvis øker odds-raten for aldersgruppen 67-79 år fra 2,1 til 4,2. Det er betydelig statistisk usikkerhet rundt et mål som odds-rate. Denne usikkerheten kan håndteres gjennom å beregne 95 prosent- konfidensintervaller. For en odds-rate på 2,1 er intervallet 1,5 - 2,8, mens 4,2 gir et intervall på 3,2 - 5,8. Når intervallene ikke er overlappende, kan vi med stor grad av sikkerhet si at det er en reell endring. Og mens det ikke var noen signifikante forskjeller mellom de med dårligst egenvurdert helse i 2001, er denne sammen-

hengen klart signifikant i 2003. En mulig tolkning av disse resultatene er at legene gjennom FLO har fått en definert pasientpopulasjon, og dermed en oversikt som har gjort det lettere å vurdere behovet for oppfølging gjennom forebyggende kontroller. I stortingsmeldingen om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen (St meld nr 13 1996/1997) ble det pekt på mange leger hadde med å få oversikt over egen pasientpopulasjon (s. 17-18). Mange legekontor hadde store journalarkiver, og det vises til eksempler arkivet rommer opp til ti ganger så mange pasienter som praksisen egentlig skulle dekke. I en slik situasjon er det vanskelig for legene å bli godt nok kjent med pasientpopulasjonen til å nå frem med forebyggende og helsefremmende tiltak. Våre resultater tyder altså på at allmennlegetjenesten er blitt mer målrettet på dette punkt.

I 2001 var sannsynligheten svært liten for at de som ikke hadde fast lege, hadde avtaler om kontroller.

Statistisk sett var betydningen av kontinuitet viktigere enn både alder og egenvurdert helsetilstand. Denne sammenhengen er ikke statistisk signifikant i 2003. Dette henger selvsagt sammen med at langt færre i 2003 manglet fast lege. Siden det dreier seg om paneldata, har vi muligheten til å undersøke hvordan det er gått med de som manglet fast lege i 2003. Resultatet viser at (se note til tabell 6.5) denne gruppen også i 2003 relativt sjelden ble fulgt opp med forebyggende kontakter. I tabell 5.6 og 5.7 er det gjort en nærmere analyse av denne gruppen. Tabellene beskriver utviklingen for dem som endret status fra å mangle fast lege i 2001, til å ha fått fast lege etter innføringen av FLO. Som antydnet er det lite som har endret seg for denne gruppen når det gjelder hvor stor andel som hadde hatt forebyggende kontakt. Likevel er forskjellen mellom den gruppen som hadde fått fast lege etter FLO og de øvrige blitt mindre i 2003.

Tabell 6.5. Bruk av forebyggende legekontakter. Sannsynlighet for å ha hatt kontakt siste 12 måneder. 2002 og 2003. Multivariate logistiske regresjonsmodeller

	2001		2003	
	Kji-kvadr	Odds-rate	Kji-kvadr	Odds-rate
Alder (25-44 holdt utenfor)				
16-24 år	20	0,4***	16	0,3***
45-66	15	1,5***	45	2,1***
67-79	25	2,1***	94	4,2***
80 år og eldre	7	2,1*	18	3,4***
Kjønn				
Menn	8	0,8**	2	0,9
Egenvurd. helse ("Svært god helse" holdt utenfor)				
God	4	1,3*	7	1,4***
Verken god eller dårlig	14	1,7***	32	2,4***
Dårlig/svært dårlig	3	1,4	39	3,2***
Utdanning				
Universitets- og høyskoleutdanning, høyere nivå	4	0,6*	4	0,6*
Fastlege				
Har ikke fast lege	103	0,2***	1	0,8 ¹
Legepraksis (Legesenter holdt utenfor)				
Solopraksis	2	1,2	0	1,0
To-lege praksis	1	1,2	0	1,0
Geografi				
Bosatte i kommuner med > 20 prosent turnuskandidater...	1	0,8	3	0,8
(N)	(2768)		(2766)	

¹ Dersom manglende fastlegetilknytning i 2001 anvendes i 2003- analysen, var denne klart signifikant (P<0,0001), Kji-kvadrat = 44, og Odds-rate = 0,4.

Tabell 6.6. Andel som hadde hatt forebyggende kontroll i løpet av siste 12 måneder. 2001 og 2003. Etter endringer i kontinuitet. Prosent

	2001	2003	(N)
I alt	25	22	(2865)
Manglet fast lege i 2001, hadde fast lege i 2003	9	10	(2179)
Øvrige svarpersoner	31	26	(686)

Analysen omfatter et underutvalg som hadde hatt kontakt med allmennlege for egen sykdom siste 12 mnd.

Tabell 6.7. Antall forebyggende kontroller i løpet av siste 12 måneder. 2001 og 2003. Etter endringer i kontinuitet. Antall og prosent vekst

	2001	2003	Prosent vekst	(N)
I alt	2171	2297	6	(2842)
Manglet fast lege i 2001, hadde fått fast lege i 2003	100	231	131	(682)
Øvrige svarpersoner	2071	2066	0	(2160)

Tabell 6.7 beskriver endringen når det gjelder antall kontakter. Denne viser en klar vekst for de som hadde endret status når det gjaldt kontinuitet. Veksten er betydelig, men er fra et lavt utgangspunkt.

Blant personer som ikke hadde fast lege ved innføringen av FLO, må vi anta at det eksisterte et underforbruk av forebyggende kontakter.

6.6. Flere faste legerelasjoner, flere forebyggende kontakter

Det har vært en vekst i legeårsverk, samtidig som en betydelig antall nye faste legerelasjoner er etablert (kapittel 2). De nye legerelasjonene er i stor grad kommet blant grupper som tidligere i liten grad hadde helsekontroller. Forventningen om en vekst i omfanget av forebyggende helsekontroller slår delvis til, ettersom de som manglet fast lege hadde en klar vekst i tallet på kontakter.

Mens det har skjedd lite når det gjelder selve omfanget av kontakter til de som har hatt fast lege i helseperioden, kan det se ut til at kontaktene er blitt mer målrettet: Siden det i stor grad dreier seg om kontakter som er initiert av legen selv, må forklaringen ligge i at legene differensierer etter behov, og gjør dette i økende grad etter innføring av FLO. Kontakter som legen tar initiativ til, er i større grad rettet mot eldre mennesker, og mot mennesker som opplever sin egen helse som relativt dårlig. Legeinitierte forebyggende kontakter fremstår ikke som "kjekt å ha", men som innkallinger basert på vurderinger av pasientenes behov. Opplysninger om livsstil, diagnose og kronikerstatus ville selvsagt kunnet bekrefte dette ytterligere. En annen analysemulighet ligger i informasjon om ulike trekk ved legen. Det kan tenkes at listelengde og kapasitetsindikatorer har innflytelse på omfanget av forebyggende kontakter. Det kan også tenkes at legetilbudet til den gruppen som hadde fått fast lege etter innføringen av FLO skiller seg fra legetilbudet til befolkningen for øvrig. Dette vil vi komme tilbake til i senere publikasjoner fra prosjektet.

7. Henvisninger i allmennpraksis

Innledningsvis drøftes noen momenter som påvirker endringen i det totale omfanget av henvisninger fra allmennlegetjenesten. Det kan skilles mellom endringer som følger av innføringen av FLO, endringer som skyldes ressurs- og kapasitetsendringer i spesialisthelsetjenesten, og forandringer som følger av endringer i de regler som gjelder for henvisningsordningen. Fra aggregerte endringer forskyves fokuset til variasjoner på individnivå. Vi vil forsøke å vise hvilke faktorer som påvirker sannsynligheten for henvisning til spesialist, og undersøke om det er de samme faktorene som påvirker henvisningsraten før og etter innføring av FLO.

7.1. Endringer i henvisningsraten

Er det flere som har fått henvisning til spesialist av allmennlegen i den korte perioden vi kan observere etter at FLO ble innført? Flere forhold trekker i retning av en økning i tallet på henvisninger. Dels er dette forhold som ikke har noen direkte sammenheng med fastlegereformen. Det er skjedd endringer i rammebetingelsen i den perioden undersøkelsen gjelder. Stadig mer ressurser tilflyter sykehusene, og tallet på polikliniske behandlinger har vært økende. Det er dokumentert en relativt stor økning i aktiviteten ved de somatiske sykehusene i fra 2002 til 2003 (SSB 2004): Heldøgnsopphold økte med 42 000, dag-behandlinger med over 61 000, mens det ble utført 176 500 flere polikliniske behandlinger i 2003 enn året før. Registreringsperioden for levekårsutvalget gjelder bare deler av 2003. Likevel er det ingen tvil om hva som er trenden når det gjelder kapasitetsutviklingen i somatiske sykehus for den perioden levekårspanelet belyser. Allmennlegene forholder seg altså til en sykehussektor med voksende kapasitet.

Nye henvisningsregler ble også igangsatt samtidig med introduksjon av fastlegereformen. Reglene innebærer at pasienter må ha henvisning fra lege for å få trygde-refusjon for behandling hos spesialist. Når det er blir vanskeligere å gå direkte til spesialist uten å gå veien om allmennlege, kan konsekvensen bli at flere oppsøker allmennlege for å få den henvisningen de tidligere kunne klare seg uten. Denne regelendringen ble kritisert, spesielt fra privatpraktiserende legers side, som

har hevdet at tilbudet til ulike grupper kronikere ville bli dårligere, og at ordningen setter pasienter med en fast relasjon til en spesialist i en vanskeligere posisjon. Det er ikke sikkert at virkningen av denne regelendringen vil få store konsekvenser. Den som vil har fortsatt anledning til å gå direkte til spesialist, men må betale en egenandel på 170 kroner i 2002. For mange vil ikke dette beløpet utgjøre noen terskel. Dessuten virket en overgangsordning i perioden frem til 30 juni 2002, der ordningen skulle praktiseres lempelig.

På hvilken måte kan selve fastlegereformen føre til endringer i henvisningsraten? Dels kan man tenke seg at FLO har ført til en endring av selve relasjonen mellom lege og pasient. Det kan se ut til at legene selv oppfatter at de tar mer hensyn til pasientenes ønsker nå enn før (Carlsen 2002). Det å miste pasienter fra listen kan betraktes som et nederlag for legens profesjonelle selvbilde. Listeordningen gjør dette mer synlig enn tidligere, dermed er det vanskeligere å ikke gi etter dersom pasienten ønsker henvisning. Den lovfestede retten til helsehjelp er blitt personifisert på en ny måte. Det er blitt vanskeligere å avvise pasienter som står på legens liste. Dette kan innebære en betoning av allmennlegens rolle som pasientens personlige talsmann eller advokat, med økning i henvisningsratene som mulig utfall.

Et annet argument for en forventet vekst i henvisningene er begrunnet med at det etter innføringen av FLO foreligger et økonomisk incentiv til å henvise som ikke var til stede før innføringen av FLO. Legenes avlønningsform er ifølge Iversen og Lurås (2000) endret på en slik måte at henvisningsraten forventes å øke. Det er blitt mer lønnsomt å ha en lang pasientliste. Legene søker å ha en så lang liste som mulig, og anvender henvisningsordningen til å kontrollere arbeidsmengden.

Økning av henvisningsraten er ikke en selvsagt konsekvens av innføring av FLO. Ifølge Hjortdahl (1992) er det ikke noen entydig sammenheng mellom kontinuitet og bruk av ressurser: Kontinuitet øker legens kunnskap om pasienten, og det er denne kunnskapen som antas å etablere en kausal mekanisme mellom kontinuitet og

ressursbruk. Gjennomgående er det slik at ressursbruken tenderer å avta med økende kunnskap om pasienten. Det er imidlertid viktig å ha klart for seg hva slags type ressurser eller knappe medisinske goder det dreier seg om. I Hjortdahls undersøkelser var det ofte slik at kunnskap om pasienten ikke hadde noen betydning for legens vurdering av behov for ressurser. I noen tilfeller økte behovet for ressurser dersom legen hadde kunnskap om pasienten. Sykemeldinger var et eksempel på dette. Bruk av spesialisthelsetjeneste virket i motsatt retning, der kunnskap om pasientene førte til færre henvisninger.

I tabell 7.1 går det fram at det er blitt flere som blir henvist etter innføringen av FLO. De som er blitt henvist, har ikke fått flere henvisninger enn før, slik at gjennomsnittet er det samme på det to tidspunktene (tabell 7.2).

Tabell 7.1. Respons på spørsmålet "Er du blitt henvist til spesialist av allmennlege eller fastlege i løpet av de siste 12 månedene?" Prosent andel som ble henvist. [95% konfidensintervall] (N)

År	Prosent	[95% konfidensintervall]	(N)
2001	41	[38,5 - 43,5]	(1496)
2003	46	[43,5 - 48,5]	(1476)

¹ Spørsmålet ble stilt til svarpersoner som hadde hatt kontakt med allmennlege på grunn av egen sykdom siste 12 måneder.

Tabell 7.2. Respons på spørsmålet "Hvor mange ganger har du blitt henvist til spesialist i løpet av de siste 12 måneder?" Gjennomsnitt. [95% konfidensintervall] (N)

År	Antall	Gjennomsnitt [95% konfidensintervall]	(N)
2003	1038	1,6 [1,5 - 1,6]	669
2001	952	1,6 [1,5 - 1,7]	603

¹ Spørsmålet ble stilt til svarpersoner som hadde hatt kontakt med allmennlege på grunn av egen sykdom siste 12 måneder.

7.2. Hvem blir henvist?

I analyser av hvilke forhold som påvirker allmennlegens tendens til å henvise pasienter til spesialist gjøres det gjerne en distinksjon mellom medisinske og ikke-medisinske faktorer. Medisinske faktorer viser til legens profesjonelle skoloring. Gjennom utdanning og praksis er legen trent til å treffe avgjørelser om pasienten kan beholdes i allmennpraksis, eller om tilstanden krever henvisning til mer spesialiserte helsetilbud. Den profesjonelle skoloring en yrkesutøver er i besittelse av skal i prinsippet representere en garanti for at knappe medisinske goder får en rettferdig fordeling. Henvisning av de sykeste vil maksimere velferdsvirkningene for befolkningen, og være en garanti for optimal anvendelse av ressurser: de mest spesialiserte behandlingstilbudene bruker sine ressurser på dem som har mest nytte av deres kompetanse. Det er imidlertid ikke alltid slik at den sykeste alltid er den som har utsikter til den største forbedringen i helsetilstand. I enkelte situasjoner vil det være bedre ressursanvendelse å fordele knappe medisinske goder til den som er best i stand til å nyttiggjøre seg behandlingen. I analysene er egenvurdert helsetilstand brukt som indikator på sykdommens alvorlighetsgrad.

I registerbaserte undersøkelser observeres det ofte regionale variasjoner i forbruk av ulike helsetjenester. Disse er som regel vanskelige å forklare. I en kanadisk undersøkelse ble det dokumentert forskjeller i faktiske henvisninger langs en urban-rural dimensjon. En strategi for å forstå mekanismene bak variasjonene bestod i å undersøke "mikromiljøer" der konkrete beslutninger om ressursanvendelse fattes. Den kanadiske studien fulgte opp med et forskningsdesign basert på intervjuer av leger som ble bedt om å oppgi hvilke faktorer de legger vekt på ved henvisning. Deltakerne ble også bedt om å vurdere behovet for henvisning i ulike sykdomsscenarioer. Det mest markante funnet i disse undersøkelsene er at leger i rurale områder hadde langt mindre tilbøyelighet til å henvise, samsvarende med de som var observert for faktiske henvisninger (Langley, Minkin og Till 1997). Bakgrunnen for den lave henvisningsfrekvensen skyldes dels tilgang på ressurser i andrelinjetjenesten. Dersom rurale områder systematisk sogner til sykehus med begrenset kapasitet, kan dette være en delforklaring på den lave henvisningsfrekvensen. Den kanadiske studien refererte også til noe som ble betegnet som "local style of practice". Til slutt ble det referert til egenskaper ved den lokale helseorganisasjonen, hva som ble forventet av kolleger i omgivelsene, og hvilke lokale retningslinjer eller politikk som gjaldt for henvisninger. I rurale områder hadde det utviklet seg en kultur der henvisning var mindre vanlig enn ellers. Helsetjenesten fant andre måter å håndtere sykdomstilfeller på gjennom å anvende de ressurser man hadde til rådighet på en annen måte.

Det er også mulig å tenke seg at henvisninger er betinget av de nettverk den enkelte lege har vis-a-vis andrelinjetjenesten. I vårt datamateriale har vi ikke opplysninger om den henvisende lege. Erfaringene fra Canada tilsier at bosted kan påvirke sannsynligheten for henvisning. I analysene under har vi skilt mellom bosatte i de minst sentrale kommunene, og bosatte i de mest sentrale kommunene. I tillegg har vi identifisert bosatte i kommuner med mer enn 20 prosent turnuskandidater. Det er vanskelig å si sikkert hvilken innvirkning turnuskandidater har på hyppigheten av henvisninger. Faglig usikkerhet kan øke frekvensen, men manglende rutine og lite nettverk kan også gi færre henvisninger.

I en mer prinsipiell drøfting av legers atferd trekker Eliot Freidson (1970) et analytisk skille mellom individuelle karakteristika ved legen, og den kontekst tjenesteutøvelsen foregår innenfor. Legers atferd kan på den ene side forstås som en refleks av påvirkninger i omgivelsene, eller "everyday work settings of the professional", på den annen side som en konsekvens av legens profesjonelle bakgrunn. Sistnevnte peker mot legens skoloring og kapasitet til å velge ut de tilfellene som faktisk trenger henvisning. De førstnevnte er i følge Freidson under-vurdert. Han fremholder organisatoriske sider ved

legepraksisen som sentral. Leger som driver solo praksis er på en annen måte enn leger som arbeider i legesentra avhengig av å bygge en pasientpopulasjon, ellers faller grunnlaget for virksomheten bort. Dette har i følge Freidson konsekvenser for f. eks legens tilbøyelighet til å henvise. Leger som virker solo er mer tilbakeholden med å henvise av frykt for å miste pasienten. Om denne mekanismen er virksom er betinget av legetetthet, eller lokal pasientknapphet. Dersom leger i solo praksis opplever et "overskudd" av pasienter er det ikke sikkert henvisningsfrekvensen er mindre for leger i solo praksis.

I analysene under har vi inkludert kontinuitet for å undersøke eventuelle virkninger på sannsynligheten for å bli henvist.

7.3. Egenvurdert helsetilstand avgjør

I tabell 6.3 er det presentert beskrivende statistikk for henvisninger. Sosiodemografiske karakteristika som kjønn, alder og utdanningslengde skiller i mindre grad mellom sannsynligheten for å bli henvist. Det å tilhøre solo praksis synes ikke å ha noen betydning for om man blir henvist eller ikke. Det å bo i de minst sentrale kommunene ser heller ikke ut til virke inn på sannsynligheten av å bli henvist, heller ikke andelen

turnuskandidater. Egenvurdert sykkelighet framstår med en klar gradient både i 2001 og 2003.

Resultatene så langt gir et bilde av norske legers henvisningspraksis der det er folks opplevelse av egen helse som har betydning for sannsynligheten for å bli henvist. Såkalte "ikke-medisinske-faktorer" eller egenskaper ved "everyday work settings" synes ikke å ha noen betydning. Derimot er det slik at de som ikke har fast lege, klart sjeldnere blir henvist. Dels kan dette kan ha bakgrunn i at behovene for denne gruppen er mindre, jfr. kapittel 2. Den multivariate analysen (tabell 7.4) bekrefter imidlertid at kontinuitet var statistisk signifikant både i 2001 og 2003, også når det ble tatt hensyn til forskjeller i egenvurdert sykkelighet. Den statistiske betydningen av kontinuitet var sterkt redusert i 2003, en følge av at det er blitt færre som mangler fast lege (jf. kap. 2).

Tabell 7.4 viser ellers at egenvurdert helsetilstand svekker sin statistiske betydning i perioden. Måler vi betydningen etter størrelsen på Kji-kvadratet, er den statistiske betydningen faktisk blitt halvert. Odds-ratene har gjennomgående lavere og mindre signifikante verdier i 2003. Usikkerheten i estimatene er likevel så store at 95- prosent konfidensintervaller overlapper hverandre.

Tabell 7.3. Andel som var blitt henvist til spesialist siste 12 md. I alt og etter alder, kjønn, egenvurdert helse, utdanning, om man har fast lege, legepraksis, sentralitet og andel turnuskandidater i bostedskommunen. Prosent. (N). 2001 og 2003

	2001		2003	
	Prosent	(N)	Prosent	(N)
Alle	40	1496	46	1477
Alder				
16-24 år	31	180	41	177
25-44	39	594	44	588
45-66	43	544	48	542
67-79	46	156	51	138
80 år og eldre	52	23	41	32
Kjønn				
Kvinner	43	879	46	868
Menn	37	618	44	609
Egenvurdert helse				
Svært god	27	298	36	278
God	37	729	43	655
Verken god eller dårlig	49	313	50	359
Dårlig/svært dårlig	58	156	56	180
Utdanning				
Ungdomsskole eller kortere	45	211	40	202
Videregående skole	38	887	46	856
Universitets- og høyskoleutdanning, lavere nivå	43	320	49	333
Universitets- og høyskoleutdanning, høyere nivå	42	72	46	82
Fastlege				
Har fast lege	44	1156	46	1435
Har ikke fast lege	29	341	26	42
Legepraksis				
Solo praksis	41	291	46	219
To-lege praksis	39	154	46	152
Legesenter	40	1014	45	1076
Geografi				
Bosatte i kommuner med > 20 prosent turnuskandidater	46	150	47	115
Bosatte i kommuner med < 20 prosent turnuskandidater	40	1347	45	1360
Sentralitet				
0 Minst sentrale kommuner	45	189	46	166
1 Mindre sentrale kommuner	45	143	43	135
2 Sentrale kommuner	42	299	42	344
3. Mest sentrale kommuner	38	866	48	832

Tabell 7.4. Faktorer som påvirker sannsynligheten for å ha blitt henvist til spesialist siste 12 md. Multivariat logistisk regresjonsanalyse

	2001		2003	
	Kji-kvadr	Odds-rate	Kji-kvadr	Odds-rate
Alder (25-44 holdt utenfor)				
16-24 år	1	0,8	0	1,0
45-66	0	1,0	1	1,1
67-79	0	1,0	1	1,2
80 år og eldre	0	0,9	1	0,8
Kjønn				
Kvinner	1	1,1	0	1,1
Egenvurd. helse ("Svært god helse" holdt utenfor)				
God	7	1,5*	3	1,3
Verken god eller dårlig	21	2,3***	12	1,8***
Dårlig/svært dårlig	40	4,1***	22	2,6***
Utdanning				
Universitets- og høyskoleutdanning, høyere nivå	1	1,3	0	1,1
Fastlege				
Har ikke fast lege	17	0,6***	4	0,5*
Legepraksis (Legesenter holdt utenfor)				
Solopraksis	1	0,9	0	1,0
To-lege praksis	1	0,9	1	1,1
Geografi				
Bosatte i kommuner med > 20 prosent turnuskandidater	2	1,3	0	1,1
Sentralitet (Sentralitet 1 og 2 holdt utenfor)				
0 Minst sentrale kommuner	1	1,2	0	1,0
3. Mest sentrale kommuner	1	0,9	4	1,3*

7.4. Er henvisningspraksis endret?

Situasjonen i 2003 var at det i hovedsak var egenvurdert helsetilstand som hadde betydning for sannsynligheten for å ha blitt henvist. Den statistiske betydningen av egenvurdert helse er imidlertid redusert i perioden. I 2003 er det oppstått en skjevhet i det geografiske fordelingsmønsteret, med en noe hyppigere henvisningsfrekvens i de mest sentrale kommunene. Disse regionene har hatt en økning fra 38 til 48 prosent. Henvisningsratene for de øvrige sentralitetsnivåene er praktisk talt uendret i perioden. Forskjellene i henvisningsmønster når det gjelder geografi og sykkelighet kan tyde på en svakere kobling mellom behov og ressursbruk etter innføringen av FLO.

Et typisk trekk ved situasjonen i 2001 var at det eksisterte en betydelig gruppe med en lavere henvisningsfrekvens, nemlig de som ikke hadde fast lege. En slik gruppe lar seg nesten ikke lenger identifisere etter reformen. Som nevnt innledningsvis er det vanskelig å isolere virkningene av FLO på henvisningsordningen. Paneldata gjør det mulig å identifisere de som manglet fast lege før reformen, men som hadde etablert en fast relasjon etter reformen. FLO har hatt en særlig betydning for nettopp denne gruppen. I tabell 7.5 ser vi at andelen som ble henvist blant de som endret posisjon var klart lavere i 2001 (28 mot 44). I 2003 er det ingen forskjell lenger, i den gruppen som nå har fått fast lege er andelen som blir henvist omtrent som gjennomsnittet. Forskjellen mellom de to gruppene blir enda mer markert når vi beregner gjennomsnittet av antall henvisninger i tabell

7.6. Personer som ikke hadde endret status når det gjaldt kontinuitet hadde en svak nedgang i henvisningsraten, mens de som hadde fått en fast lege hadde hatt en vekst på 56 prosent.

Tabell 7.5. Andel som var blitt henvist til spesialist i løpet av siste 12 måneder. 2001 og 2003. Etter endringer i kontinuitet. Prosent

	2001	2003	(N)
I alt	41	45	(1397)
Manglet fast lege i 2001, hadde fast lege i 2003	28	43	(280)
Øvrige svarpersoner	44	46	(1117)

Analysen omfatter et underutvalg som hadde hatt kontakt med allmennlege for egen sykdom siste 12 md.

Tabell 7.6. Henvisninger til spesialist i løpet av siste 12 måneder. 2001 og 2003. Etter endringer i kontinuitet. Antall og prosent vekst

	2001	2003	Vekst	(N)
I alt	967	1014	5	(2868)
Manglet fast lege i 2001, hadde fått fast lege i 2003	147	227	56	(686)
Øvrige svarpersoner	820	787	-4	(2182)

Det kan se ut til at allmennlegetjenesten nå fanger opp og henviser grupper av befolkningen med ustabil legetilknytning på en annen måte enn tidligere. Denne utviklingen er ikke nødvendigvis en følge av innføringen av FLO. Det kan tenkes at det er endringen henvisningsordningen som ligger bak, slik at de som

tidligere gikk direkte til spesialist i større grad enn tidligere nå må innom allmennlegen for å få henvisning. Vi vet det er flere som faktisk ønsker å bruke flere ulike leger blant de som tidligere manglet fast lege (jf. kapittel 2). Dersom denne gruppens bruk av spesialisthelsetjenester ikke har endret seg, er det naturlig å tolke endringene i henvisningsratene som et uttrykk for endringer i selve henvisningsordningen, og ikke et utfall av en endring i kontinuitet. Både bruken av privatpraktiserende spesialist og omfanget av polikliniske kontakter er registrert på de to tidspunktene. I tabell 7.7 og 7.8 går det fram at det ikke er noen forskjeller når det gjelder veksten i privatpraktiserende spesialister. Når det gjelder bruken av polikliniske behandlinger, var veksten større for de som hadde etablert en fast legerelasjon i perioden.

Tabell 7.7. Kontakter med privatpraktiserende spesialist i løpet av siste 12 måneder. 2001 og 2003. Etter endringer i kontinuitet. Antall og prosent vekst

	2001	2003	Vekst	(N)
I alt	1028	1306	27	(2842)
Manglet fast lege i 2001, hadde fått fast lege i 2003	140	177	26	(682)
Øvrige svarpersoner	888	1129	27	(2160)

Tabell 7.8. Polikliniske kontakter på sykehus i løpet av siste 12 måneder. 2001 og 2003. Etter endringer i kontinuitet. Antall og prosent vekst

	2001	2003	Vekst	(N)
I alt	1215	1406	14	(2842)
Manglet fast lege i 2001, hadde fått fast lege i 2003	178	247	28	(682)
Øvrige svarpersoner	1037	1159	11	(2160)

Henvisningsmønsteret er altså klart endret for de som manglet en fast lege i 2001, men som har fått det etter innføringen av FLO. Dette funnet kan dels tolkes som en konsekvens av endringer i henvisningsordningen. Når bruken av poliklinisk behandling øker mest for de som nå har fått et kontinuerlig legetilbud, kan dette tolkes som et resultat av at henvisningsordningen nå fanger opp en gruppe som tidligere hadde et relativt lavt forbruk av spesialisthelsetjenester.

På den annen side er sykkelighet blitt mindre viktig som henvisningsgrunn. Dermed kan det se ut til at henvisningsordningen etter innføringen av FLO i mindre grad fanger opp de som har svakest helse. Når flere blir henvist i de mest sentrale strøkene, peker dette mot en situasjon der geografi, og ikke behov, virker inn på henvisningen til spesialiserte helsetilbud.

8. Pasienttilfredshet - Ventetid hos allmennlege

Hvordan opplever den enkelte allmennlegenes *tilgjengelighet* og ventetiden på å få time hos lege etter innføringen av fastlegeordningen (FLO)? Før innføringen av fastlegeordningen opplevde en del pasienter at det var vanskelig å nå frem til allmennlegen, fordi ventetiden på time var for lang. Samtidig tok enkelte leger ikke imot nye pasienter, noe som reduserte tilgjengeligheten til allmennlegetjenesten ytterligere (St meld 23 1996-1997: 15). De uklare ansvarsforholdene pasientene kunne oppleve når det gjaldt hvem som har ansvar for ulike problemer, skulle bedres gjennom FLO. Det ble videre lagt vekt på at flest mulig skulle tas hånd om på Lavest Effektive OmsorgsNivå (LEON), og at bruk av spesialister skal skje gjennom henvisninger fra allmennleger til de som trenger slik behandling. Av den grunn ble pasientenes muligheter til å ta direkte kontakt med spesialist begrenset ytterligere. Dersom allmennlegen skal fungere som portvakt, er det viktig at ventetiden for time hos allmennlege er kort, slik at den enkelte pasient kan få nødvendig behandling i helsetjenestehierarkiet til rett tid.

8.1. Brukertilfredshet, forventninger og tjenestekvalitet

I kapitlet studeres pasientenes erfaringer med ventetiden for å få time hos legen. I neste kapitlet kommer vi inn på pasientenes erfaringer fra legekonsultasjonen. Begge kapitlene fokuserer på brukernes erfaringer og deres tilfredshet med allmennlegetjenesten. Studier av *brukertilfredshet* møter en del felles metodiske og teoretiske problemstillinger, nokså uavhengig av det konkrete fenomenet som studeres. Derfor kommer vi inn på enkelte felles problemstillinger for både kapittel 8 og kapittel 9 i starten på kapitlet.

Som et ledd i endring og modernisering av offentlig sektor brukes undersøkelser som måler brukernes tilfredshet i stadig større grad. I en del tilfeller tolkes brukertilfredshet som uttrykk for *tjenestens kvalitet*, og dermed at høy brukertilfredshet viser til tjenester av høy kvalitet (Rolland 2003). En slik fortolkning er i de fleste tilfeller urimelig, spesielt i forhold til legetjenester. I mange tilfeller er ikke tjenestemottagerne i stand til å bedømme kvaliteten på tjenesten de mottar.

Det er flere grunner til det. Den mest åpenbare er at enkelte brukere mangler nødvendig mental kapasitet for å kunne bedømme legetjenestene. Det gjelder enkelte beboere på institusjoner i pleie og omsorg (Storvik 2004: 124). Videre vil det gjelde pasienter som er unge eller svært syke. Denne undersøkelsen favner ikke institusjonsbeboere, og personer under 16 år. Disse begrensningene er derfor i mindre grad aktuelle. Om pasienter som oppsøker allmennlege er så syke at de ikke kan vurdere tjenestens kvalitet i ettertid vil variere. Det er mulig at det vil spille inn i enkelte situasjoner. Et større problem er at brukerne av allmennlegene ofte ikke har noen formening om hva de kan forvente av hjelp. En studie av hjemmeboende pasienter med psykiske lidelser i England viste at pasientene var svært fornøyd med tjenestetilbudet. Samtidig hadde mange av pasientene ikke hadde fått en behandling de opplevde hjalp dem. At de allikevel var fornøyde skyltes at pasientene ikke trodde det fantes behandling som kunne hjelpe dem (Williams mfl 1998). Disse resultatene viser for det første at pasientenes *forventninger* har stor betydning, og at tilfredshet ikke alltid henger sammen med om pasientene faktisk blir hjulpet. Det er et særlig problem ved profesjonelle tjenester, som legetjenester. Slike tjenester særpreges av store forskjeller mellom pasient og lege når det gjelder evne til å innhente og utnytte ulike former for informasjon. For pasienter flest er det vanskelig, i mange tilfeller umulig, å få innsikt i kvaliteten på det allmennlegen foretar seg. Av den grunn må undersøkelsen i stor grad legge vekt på *serviceaspektet* ved tjenesten, fremfor innholdet i *selve behandlingen* (Rolland mfl. 2004: 34).

Det er heller ikke gitt at høy brukertilfredshet er et mål i alle situasjoner. Blant annet innebærer allmennlegerollen elementer av kontroll. Time hos lege er ofte i seg selv en knapp ressurs. Noen pasienter har i større grad enn andre behov for time raskt. Det er derfor legens oppgave å vurdere og fordele legetimer etter behov. At det er et mål at alle skal være fornøyd med tiden det tar å få time hos legen er derfor ikke selvsagt. Samtidig kan pasientenes *forventninger* til ventetiden hos legen henge sammen med deres egen helsetilstand. De som føler seg relativt friske forventer ikke nødvendigvis

time like raskt som de som er svært syke. Allmennlegene har i legekonsultasjonen og legegjerningen en kontrollfunksjon i forhold til sine pasienter. De skal utøve sitt fag og sin profesjonskunnskap, og basere sin behandling på dette skjønnet. Legene skal gi den behandlingen de opplever er korrekt, ikke nødvendigvis den behandlingen pasientene ønsker (Storvik 2004). At pasientene er misfornøyd betyr derfor ikke nødvendigvis at legene har gjort en dårlig jobb. Det siste poenget viser samtidig til at annet problem ved analyser av tjenestekvalitet i allmennlegetjenesten; Hvem er *brukerne* av allmennlegetjenesten? Vi kan hevde at allmennlegen arbeider for pasientene, de som faktisk *benytter* tjenestetilbudet. Samtidig betales størstedelen av regningen av staten og kommunene. Slik sett arbeider allmennlegen for det offentlige. Hva som er god tjenestekvalitet, og forholdet mellom tjenestekvalitet og brukertilfredshet er først og fremst avhengig av spørsmålene som reises og vinklingen som benyttes. Når fastlegereformen for eksempel begrunnes med at den er et virkemiddel for å forhindre legeshopping, er det tydelig at brukertilfredshet ikke stilles likt tjenestekvalitet, og at andre funksjoner ved legens arbeid er vel så viktig (St. meld. nr 23 1996-1997).

Det er kjent i forskning omkring tilfredshet at jo mer generelle spørsmålene er, jo høyere tilfredshet tilkjenngis (Pettersen og Veenstra 1999). Det kan ha betydning ved fortolkning av tilfredshet på et enkelt tidspunkt, men har liten betydning når vi studerer hvem som er mest eller minst fornøyd med lege - pasientrelasjonen før og etter reformen. En slik eventuell skjevhet vil gjelde respondentene både i 2000 og 2003, og mulighetene for å studere *variasjoner* i tilfredshet påvirkes dermed ikke. Det er et større problem at respondentene stiller ulike krav og har ulike forventninger til allmennlegen. Mens noen er fornøyd med et lege - pasientforhold, vil andre kunne stille seg negative til det samme forholdet. For eksempel uttrykker folk oftere at de er tilfreds med en tjeneste jo eldre de er. Det er viktig å ta hensyn til det i fortolkning av resultatene. I kapitel 8 og 9 fokuseres det først og fremst på den enkeltes opplevelse. Denne opplevelsen kan grunnleggende sett endres på to måter. For det første kan den enkelte endre sine *forventninger*. Fastlegereformen er en reform som har vært relativt mye omtalt i offentligheten. At stortingsmeldingen oppgir at fastlegereformen skal endre på en rekke problemer med allmennlegetjenesten, kan ha ført til økte forventninger fra 2000 til 2003. Videre kan ventetiden og legekonsultasjonen *faktisk* endres.

8.2. Allmennlegens tilgjengelighet - Ventetid på time

Å vente på time er en viktig terskel som pasienter må forbi før de får en legekonsultasjon. Jo lengre ventetid, jo alvorligere vil sykdommen være for at pasientene oppsøker allmennlegen. Hvordan den enkelte opplever allmennlegenes *tilgjengelighet* sier derfor noe om hvilke

plager den enkelte kan komme til allmennlegen med. Ventetiden på time hos allmennlege kan endres på flere måter. For det første kan tilbudet av leger økes.

Tabell 8.1. Årsverk av leger i kommunehelsetjenesten. 2000 - 2003

	2000	2001	2002	2003	Vekst i legeårsverk 2000-2003
I alt	3579	3861	3894	3871	8 prosent
Minst sentrale kommuner (nivå 0)	667	697	709	701	5 prosent
Mindre sentrale kommuner (nivå 1)	285	300	306	310	9 prosent
Sentrale kommuner (nivå 2)	867	925	924	926	7 prosent
Særlig sentrale kommuner (nivå 3)	1760	1939	1954	1934	10 prosent

Kilde: Kommunale helse- og omsorgstjenester, Statistisk sentralbyrå.

Note: Sentralitetsinndelingen bygger på Statistisk sentralbyrås (1994) Standard for kommunklassifisering. Tallene for 2003 er foreløpige.

Antallet legeårsverk i allmennlegetjenesten har økt betraktelig sammenlignet med årene forut for reformen. På bakgrunn av den økte ressursinnsatsen kan en kanskje vente at pasientenes tilgang til lege øker, og ventetiden bedres. Det er imidlertid mulig at legene, når legetilbudet og konkurransen om listepasientene øker, vil bruke mer tid på hver konsultasjon eller på andre oppgaver. Resultatene fra kapitel 9 tyder på at noe av økningen i antall årsverk resulterer i mer bruk av tid i hver konsultasjon. Videre kan en nedgang i ventetiden på grunn av flere allmennleger senke terskelen for å oppsøke lege. Økt etterspørsel etter lege vil i sin tur kunne øke ventetiden. Det er derfor ikke mulig å slutte av årsverkstall alene hvilke konsekvenser disse endringene har. I kapitel 5 kom det frem at antall kurative kontakter ikke har endret seg mellom 2000 og 2003, mens antall forebyggende kontakter har økt noe. Denne økningen er imidlertid liten, og det er lite som tilsier at økt legebruk har redusert mulighetene for kortere ventetid.

Når ventetiden skal undersøkes må de som studeres ha vært hos legen på grunn av egen sykdom de siste 12 månedene, både i 2000 og i 2003.⁸ For å kunne utnytte panelet, og gjøre særskilte analyser i forhold til de som har endret oppfattelse av ventetiden fra 2000 til 2003, må de som studeres videre ha blitt intervjuet både i 2000 og 2003. I tillegg til å fokusere på forskjeller mellom 2000 og 2003, vil variasjon i tilfredshet mellom ulike grupper i 2000 og 2003 analyseres. Å få en forståelse av hvilke grupper som skilte seg ut før reformen, og hvilke grupper som skiller seg ut i

⁸ Respondentene ble stilt dette spørsmålet i 2000 og i 2003: "Har du vært hos eller hatt besøk av allmennlege eller fastlege i løpet av de siste 12 månedene på grunn av egen sykdom? Regn ikke med faste avtaler om kontroll av egen helse."

etterkant av reformen, er viktig for å forstå fordelingskonsekvensene av FLO. I 2001 og 2003 ble de som svarte ja på følgende spørsmål "Har du de siste 12 månedene bestilt time hos allmennlege eller fastlege på grunn av egen sykdom? Ikke regn med situasjoner der du trengte øyeblikkelig hjelp" bedt om å oppgi hvor mange dager de måtte vente på å få time sist gang de bestilte. Dette er et retrospektivt spørsmål, hvor de som svarte måtte tenke tilbake til sist de bestilte time. Av den grunn blir svarene noe omtrentlige. Det viser seg ved at svargivingen hopper seg noe opp ved hele uker (7, 14 og 21 dager), både i 2001 og 2003. Ventetiden for å få time hos legen har holdt seg stabil, ca. 10 dager i 2001 og 9 dager i 2003 (se også kapittel 3).⁹ En liten del av utvalget venter på time svært lenge begge årene, mens flertallet får time raskere enn gjennomsnittsmålet kan gi inntrykk av. I slike situasjoner er median et mer robust mål for sentraltendens (Hellevik 1991: 197). Halvparten av delutvalget fikk time innen 5 dager i 2001, og innen 3 dager i 2003.¹⁰ Ventetiden har dermed gått ned for utvalget som helhet. Samtidig er det interessant å fokusere på pasientenes forventninger til, og opplevelse av, ventetiden. Pasienter med ulik helsetilstand, utdanning og alder kan tenkes å ha ulike forventninger og behov når det gjelder å få time hos allmennlege.

De som ble intervjuet tok stilling til et utsagn om ventetid som lød "Det tok alt for lang tid å få time hos legen".¹¹ Den enkelte kunne si seg "Enig", "Litt enig", "Litt uenig" eller "Helt uenig" i utsagnet. Med dette settes den enkeltes opplevelse av ventetiden for å få time hos legen, om den er for lang, i sentrum. Slik sett skiller det seg fra det overnevnte spørsmålet, som fokuserer på *antall* dager ventetid. I tillegg til å fokusere på opplevelse av ventetiden, fanger spørsmålet også opp dem som i mindre grad bestiller time fordi de opplever at ventetiden i utgangspunktet er for lang.

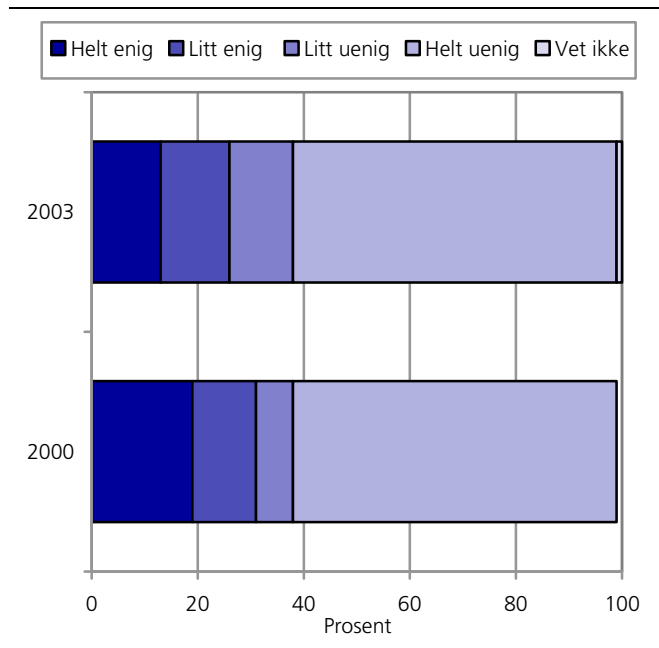
Andelen som er helt uenig i påstanden er uendret fra 2000 til 2003. Det er altså ikke flere som er fullt ut tilfreds med ventetiden for å få time hos allmennlegen. På den andre siden oppga 31 prosent at de var helt eller delvis enig i at ventetiden var for lang i 2000. I 2003 er andelen redusert til 26 prosent (signifikant på 0,01 nivå). Andelen som var enig i det negative utsagnet om ventetid har gått ned, og gjennomsnittet er signifikant endret fra 3, 1 til 3,2¹². Samlet tyder dette på at brukerne opplever at ventetiden har gått

ned. Resultatene peker i samme retning som Jostein Grytten, Irene Skau og Fredrik Carlsen (2004) sin landsomfattende undersøkelse av brukertilfredshet i allmennlegetjenesten. De fant at den største økningen i tilfredshet etter innføringen av FLO er kommet i forhold til ventetiden på å få time.¹³ Olaug Lian og Tom Wilsgaard (2004: 656) finner i sin undersøkelse fra Østlandet og Nord-Norge at andelen som er svært fornøyd med ventetiden på legetime går opp fra 2000 til 2003.

8.2.1. Utdanning viktigere enn tidligere

Figur 8.1 forteller at folk i mindre grad opplever at det tar for lang tid å få time hos legen etter innføringen av FLO. Dette bildet er unyansert i den forstand at personer i ulik alder, med ulik helse og bakgrunn har ulike behov og forventninger til sin allmennlege. I kapittel 3 kom det for eksempel frem at kvinner i gjennomsnitt venter flere dager enn menn på time hos allmennlegen. For å studere det nærmere forandres ventetidsvariabelen slik at alle som oppga at de var enig eller litt enig i utsagnet oppfattes som "Enig", mens de som oppga at de var litt eller helt uenig oppfattes som "Uenig".

Figur 8.1. Det tok for lang tid å få time hos legen. 2000 og 2003. Prosent



⁹ Gjennomsnittene er på 9,94 (st. avvik 14,86 (N= 742)) dager i 2001, og 8,89 (st. avvik 16,23 (N=1038)) dager i 2003. Forskjellen er ikke signifikant.

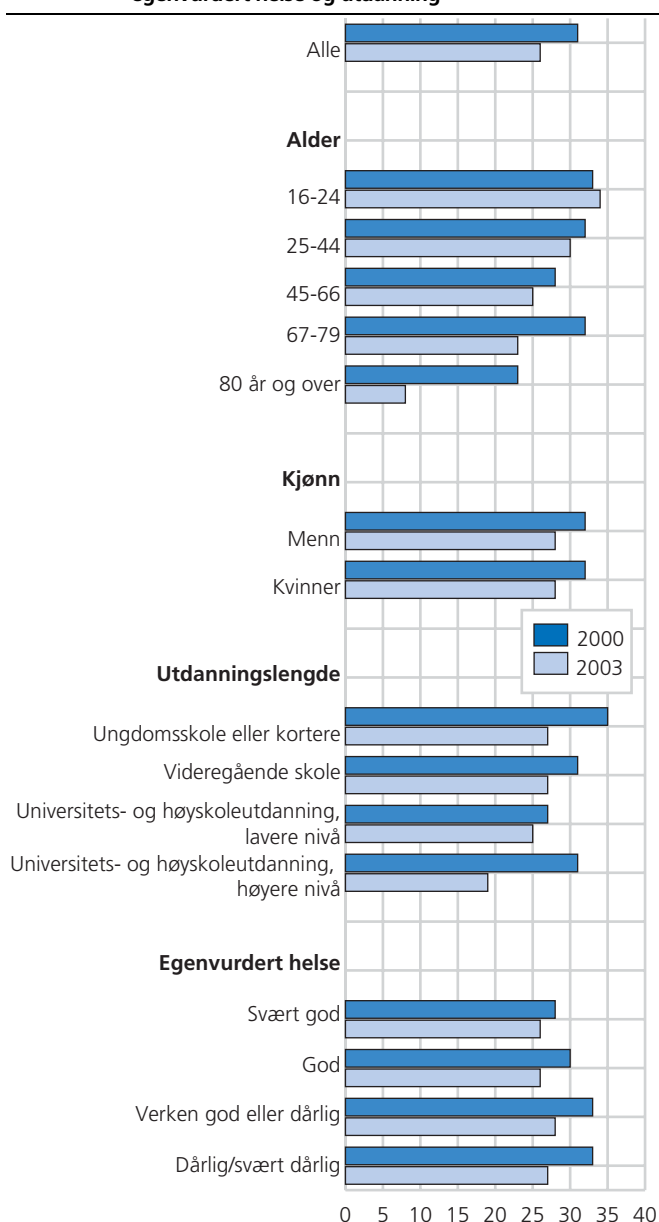
¹⁰ Delutvalget i kapitlet er konstruert på en annen måte enn i kapittel 3. Tallene er derfor ikke helt sammenlignbare.

¹¹ Paneldeltakerne ble bedt om å relatere dette spørsmålet til den siste legen de var hos, evt dersom de hadde en fast lege, deres faste lege. Se vedlegg for mer om dette.

¹² "Helt enig" (1), "Litt enig" (2), "Litt uenig" (3) og "Helt uenig" (4).

¹³ Selv om Grytten mfl. (2004) ikke eksplisitt oppgir dette, kan det virke som de ikke hadde noen betingelse om at må ha vært hos lege innen en viss periode for å svare på spørsmålet (Alle i utvalget er regnet med i gjennomsnittene). Slik sett tar den undersøkelsen for seg et noe annet utvalg enn i dette kapitlet.

Figur 8.2. Andel enig i utsagnet "Det tok alt for lang tid å få time hos legen". 2000 og 2003. Etter alder, kjønn, egenvurdert helse og utdanning



Figur 8.2 viser at mens andelen som opplevde at det tok for lang tid å få time hos legen var omtrent like stor for kvinner og menn i 2000 (30 og 32 prosent), så har den lille forskjellen i 2000 økt til en klar forskjell (signifikant på 0,01 nivå) på 4 prosent i 2003. Mens 35 prosent av de som har ungdomsskole eller mindre som høyeste utdanning opplevde at det tok for lang tid å vente på time hos lege i 2000, svarte 31 prosent med universitets- og høyskoleutdanning på høyere nivå det samme. Den største positive endringen skjer i gruppen med høyest utdanning (12 prosentpoengs endring). Kapittel 3 viste at de eldste i befolkningen venter lengst på time hos legen. Samtidig viser figur 2 at opplevelsen av ventetiden, og tilfredsheten med den er høyest blant de eldste. De eldste, som venter lengst, opplever i minst grad at ventetiden er for lang. Det kan se ut til at det har skjedd en formidabel endring i opplevelsen av legetilgjengeligheten blant de aller eldste. Mens 23

prosent av de over 80 år var enige i at det tok for lang tid å få time hos legen i 2000, er det bare 8 prosent som mener dette etter at FLO er innført. Aldersgruppen over 80 består imidlertid av svært få personer, noe som medfører at endringen ikke er signifikant.

8.2.2. Bosted har mindre betydning for ventetiden etter FLO

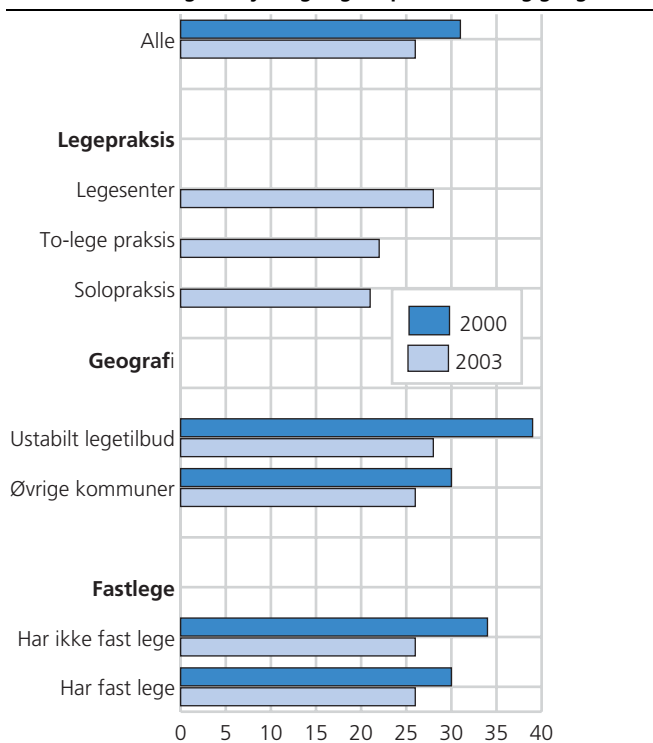
Fastlegereformen betyr at den enkelte får en fast allmennlege å henvende seg til. Alle fastlegene har ansvar for de som står på vedkommendes liste. Av den grunn kan det tenkes at ventetiden for å få time har gått ned for de som har en fastlege. Samtidig kan den ha gått opp for de som velger å ikke ha fastlege, ettersom legene først og fremst har ansvar for sine egne "faste" pasienter. Tidligere studier av allmennleger har vist at leger som driver solopraksis forholder seg til sine pasienter på en annen måte enn leger som for eksempel er en del av et legesenter. Leger med solopraksis er i større grad avhengig av å opparbeide en egen pasientpopulasjon (Freidson 1970). I 2001 oppga 21 prosent at deres lege drev solopraksis, mens 11 prosent svarte at legen drev sammen med en lege til. Hoveddelen, 67 prosent, oppga at deres lege var tilknyttet et legesenter. Tidligere var det vanlig at legene drev solopraksiser, men etter hvert har ulike former for fellesløsninger blitt mer og mer vanlig.¹⁴ Samtidig er det kjent at legedekningen varierer geografisk i Norge. Enkelte mindre sentrale kommuner sliter med legedekningen, og med ustabilitet i denne. Disse kommunene baserer ofte sin legedekning på turnusleger og leger som går på fastlønsavtaler. I hvilken grad virker disse forholdene inn på tiden det tar å få time hos legen, før og etter FLO?

Det spiller ikke noen rolle om man har fast lege eller ikke, verken i 2000 eller i 2003 (figur 8.3). De som ikke har fast lege, opplever dermed ikke at de kommer bakerst i køen hos leger som kun tar hensyn til "sine egne" pasienter. Mange av de som ikke hadde fast lege i 2000, har fått det i 2003. Gruppen som ikke har fast lege i 2003 er dermed mindre og sammensatt av folk med andre karakteristika enn før. Innbyggere i kommuner med ustabil legedekning, og unge, ofte menn i storbyer, har i større grad fått en fast lege (Finnvold og Svalund 2004). Fastlegereformen siktet seg inn på å øke tilfredsheten i allmennlegetilbudet. Et virkemiddel var å innføre en fastlege. En analyse av de som ikke hadde fast lege i 2000, og som har det i 2003, viser at disse skiller seg fra resten. 31 prosent av disse er enige i at ventetiden er for lang i 2003.

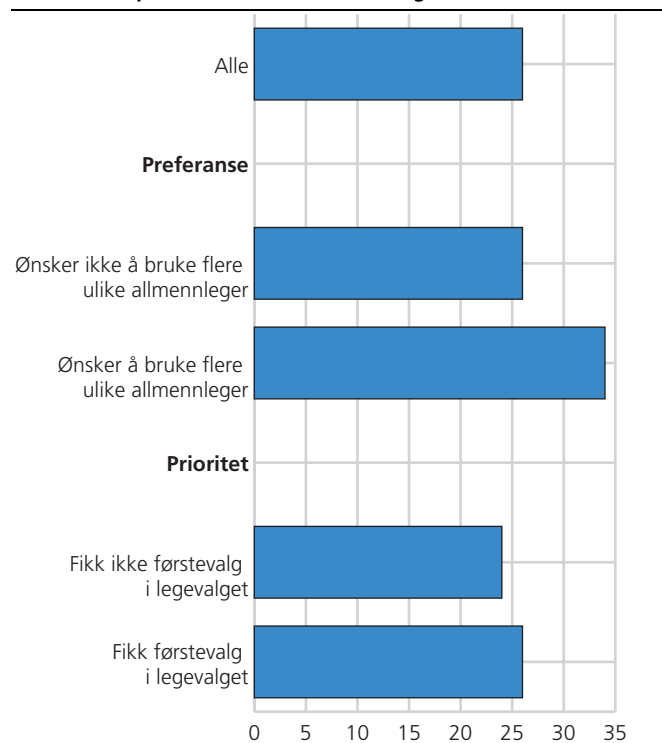
Det er forskjeller i opplevelse av tiden det tar å få time hos legen etter hvilken type praksis legen er en del av. Mens 22 prosent av pasientene hos solopraksiser opplever at ventetiden er for lang, opplever 28 prosent av de som har lege tilknyttet et legesenter det samme i 2003.

¹⁴ Vi har dessverre ikke data på dette for 2000.

Figur 8.3. Andel som var enig i utsagnet "Det tok alt for lang tid å få time hos legen". 2000 og 2003. Etter fastlegetilknnytning, legens praksisform og geografi



Figur 8.4. Andel som var enig i utsagnet "Det tok alt for lang tid å få time hos legen". Etter prioritet i legevalg og preferanse i forhold til fast lege. 2003



Innbyggere i enkelte mindre sentrale kommuner opplever at legedekningen er ustabil. Figur 8.3 viser at bosatte i kommuner med over 20 prosent turnuskandidater og eller over 50 prosent fastlønnede leger i større grad er enige i utsagnet enn de som ikke er bosatte i slike kommuner. Sammenhengen er ikke like klar etter fastlegereformen. Mens det i 2000 var en signifikant forskjell mellom de som bor i kommuner med ustabil legedekning, og de som ikke gjør det, er denne forskjellen borte i 2003. Resultatet støtter Grytten mfl (2004), som finner at det er blitt mindre forskjeller i opplevelse av ventetid for time hos lege etter kommunestørrelse. De så ikke spesielt på kommuner med ustabil legedekning, men fant at tilfredshetene med ventetiden i kommuner med 5000-10000 og 10000-30000 innbyggere var bedret.

8.2.3. Pasientenes ønsker og behov i forhold til allmennlegen

Etter hvert som tjenestetilbudet gjennom velferdsstaten øker og endres i en mer brukerorientert retning (Andreassen og Johansen 2003; Lian 2003), har også folks forhold til tjenestene endret seg. Erik Oddvar Eriksen og Jarle Weingaard (1993: 141) hevder at det økte tilbudet av tjenester til folk flest har ført til at brukerne av offentlige tjenester ikke lenger er passive *mottakere* (klienter), men aktive *brukere*. De aktive brukerne forventer rett til innflytelse over tjenestene de mottar, enten det er allmennlegetilbudet eller barnehagetilbudet. Den enkelte har i større grad en deltagende rolle, og er ikke lenger bare passive mottakere (Goul Andersen og Hoff 2001).

Fastlegereformen begrenser på en del områder muligheten til å opptre som aktiv bruker. Ordningen legger opp til bruk av *en* fast lege, med klare begrensninger i muligheten til å oppsøke andre leger. I små kommuner og i kommuner med ustabil legedekning har innbyggerne aldri hatt mulighet til å bruke flere allmennleger, rett og slett fordi legetilbudet har vært begrenset. I sentrale kommuner har de fleste derimot kunnet velge mellom en rekke ulike leger innen rimelig reiseavstand. Etter FLO er disse valgmulighetene begrenset av myndighetene. Tidligere kunne den enkelte opptre som forbruker ved hver enkelt konsultasjon, og bestille time hos legen som f.eks. hadde kortest ventetid. Nå er mulighetene til å opptre som en aktiv forbruker begrenset til valg av fastlege maks to ganger i året. Det valget er i sin tur begrenset av at en del leger etter hvert har fulle lister, og av den grunn ikke er aktuelle valg.

Under legevalgsprosessen skulle den enkelte sette opp en prioritert liste over aktuelle fastleger. For noen kan det å få en spesiell lege være viktig, enten fordi det passer i forhold til bosted, arbeid og lignende, eller fordi de har et spesielt forhold til en spesielle lege. Nær 7 av 10 mente at det var nokså eller svært viktig å få tildelt legen de hadde ført opp som sitt førstevalg, og av disse mente mer enn halvparten at det var svært viktig å få tildelt førstevalget (Finnvold, Lurås og Paulsen 2003).¹⁵ Mer enn halvparten svarte at det

¹⁵ Spørsmålet var "hvor viktig var det for deg å få den legen du satte opp som ditt førstevalg?". Svaret på dette spørsmålet er gradert på en femdel skala fra svært viktig til helt uviktig.

viktigste for dem da de valgte lege, var at de fikk beholde en lege de kjente fra før, mens i overkant av 2 av 10 svarte praktiske hensyn som ventetid og tilgjengelighet. De praktiske hensynene er viktigere for unge enn for eldre, og viktigere for dem som bor i tettbygde områder. Ettersom mulighetene til å bruke flere allmennleger, velge lege i forhold til ulike praktiske behov er redusert etter innføringen av FLO, kan det tenkes at de som ikke fikk sin førsteprioritet opplever at de må vente lengre på å få time hos sin lege.

En klart høyere andel av de som ønsker å bruke flere allmennleger opplever at ventetiden er for lang, sammenlignet med de som ikke ønsker å bruke flere ulike allmennleger (figur 8.4). Det spiller mindre rolle om den enkelte fikk sitt førstevalg eller ikke for hvordan han eller hun opplever ventetiden.

8.2.4. Ventetid på time - Sammenhenger og sammenfattende analyse

Flere av forholdene som er trukket frem hittil henger sammen. Jo høyere utdanning den enkelte har, jo mindre helseproblemer har de. Dette gjelder også når

en kontrollerer for alder. Videre har kvinner i gjennomsnitt dårligere helse enn menn. Det samme kan tenkes i forhold til organisering av allmennlegetjenesten og den enkeltes preferanser i forhold til bruk av allmennleger. I tabell 8.2 kontrolleres det for disse sammenhengene.

Analysen for 2003 viser at alder har betydning for opplevelsen av tiden man må vente på å få time hos legen. Jo yngre den enkelte er, jo mer sannsynlig er det at han eller hun synes det tar for lang tid på få time. Mens det ikke var forskjeller i tilfredsheten med ventetiden etter alder i 2000, er det slik at jo eldre den enkelte er, jo større sannsynlighet er det for at han eller hun er fornøyd i 2003. Det på tross av at kapittel 3 viser at eldre venter lengre enn yngre på time. En grunn kan være at hyppige legebrukere, som eldre, i større grad benytter seg av forebyggende kontroller og andre legetimer som er lavt prioritert. Høyere utdanning øker videre sjansen for at den enkelte opplever at det tar for lang tid å få time hos legen i 2000. Tendensen snur imidlertid etter universitets- og høyskoleutdanning, lavere nivå.

Tabell 8.2. Sannsynligheten for å være enig i utsagnet "Det tok alt for lang tid å få time hos legen". 2000 og 2003. Multivariat logistisk regresjon

	2000		2003	
	Kji-kvadrat	Odds	Kji-kvadrat	Odds
Alder (Sammenlignet med personer mellom 25-44 år)				
16-24 år	0,3	1,04	0,3	1,14
45-66	3,3	0,78	5,7	0,71*
67-79	0,5	0,88	5,6	0,59*
80 år og eldre	1,5	0,52	9,4	0,19**
Kjønn				
Kvinner	0,2	1,06	0,6	1,11
Egenvurdert helse (Sammenlignet med de som vurderte sin egen helse som "Dårlig/svært dårlig")				
"Svært god"	0,2	1,07	0,0	1,00
"God"	0,9	1,20	0,2	1,11
"Verken god eller dårlig"	0,9	1,24	0,2	1,12
Utdanning				
(Sammenlignet med personer med ungdomsskole eller kortere)				
Videregående skole	3,6	0,73	2,5	0,75
Universitets- og høyskoleutdanning, lavere nivå	5,0	0,65*	5,5	0,60*
Universitets- og høyskoleutdanning, høyere nivå	0,6	0,79	2,9	0,54
Fastlege				
Har fast lege	0,2	0,95	0,1	1,13
Geografi				
Bosatte i kommuner med > 20 prosent turnuskandidater eller > 50 prosent fastlønnede leger	6,2	1,51**	0,2	0,92
Legepraksis (Sammenlignet med legesenter)				
Solopraksis			3,1	0,72
To-lege praksis			2,6	0,70
Prioritet				
Fikk ikke førstevalg			1,8	1,26
Preferanse				
Ønsker å bruke flere ulike allmennleger			4,5	0,66*
Antall observasjoner		1 449		1 392

Note: * for $p < 0,05$, ** for $p < 0,01$ og *** for $p < 0,001$.

8.2.5. Ønske om og behov for å bruke flere allmennleger viktig...

Betydningen av den enkeltes preferanser i forhold til å bruke flere allmennleger opprettholdes også når det kontrolleres for andre variable (tabell 8.2). De som ønsker å bruke flere allmennleger opplever i stor grad at ventetiden for å få time hos legen er for lang. I kapitel 2 ble de som ønsker flere allmennleger studert nærmere. Der kom det frem at andelen som ønsker det nok har økt fra 9 prosent i 2001 til 11 prosent i 2003¹⁶. 8 prosent oppgir at de ønsker å bruke flere allmennleger både i 2000 og i 2003. Det er derfor en stabil gruppe, i stor grad bestående av unge, gjerne menn, med god egenrapportert helse. I 2001 var gruppen dominert av høyt utdannede, noe som ikke er tilfelle i 2003. Imidlertid viser det seg at gruppen i enda større grad har bosted i tilknytning til storbyer i 2003.

Innføringen av fastlegeordningen betyr at den enkelte pasient må forholde seg til en fast lege. I sentrale kommuner og storbyer hvor legemarkedet er stort, begrenses valgmulighetene for den enkelte legebruker. Tidligere kunne den enkelte i slike kommuner velge mellom flere leger, alt etter hvilke behov og ønsker en måtte ha. Dersom innbyggerne ønsket time raskt, kunne de velge en allmennlege hvor de raskt kunne få time. Trengte de en lege med en spesiell form for ekspertise kunne de gå til en slik allmennlege. Denne formen for *fleksibel* bruk av legemarkedet, "lege-shopping", er blitt klart vanskeligere etter reformen. I tillegg til å ønske et aktivt forhold til flere allmennleger, viser kapitel 2 også at personer i gruppen i større grad enn i resten av befolkningen benytter spesialister. Endringene i offentlig sektor, i retning av new public management (NPM) legger nettopp opp til at brukerne i større grad skal gå over fra å være passive mottakere til å bli aktive brukere (Andreassen og Johansen 2003; Lian 2003) Denne gruppen ser ut til å ha en slik mer aktiv brukerholdning i relasjon til allmennlegetjenesten, og det ser ut til at organiseringen av fastleger bidrar til å begrense deres muligheter til å opptre på den måten. Fastlegereformen begrenser mulighetene til å få hver enkelte legetime raskt, ettersom pasientene ikke kan vurdere og velge hvilken lege de skal bruke ved en enkelt konsultasjon i forhold til ventetid.

Det er få personer bosatt i kommuner med ustabil legedekning, i mindre sentrale kommuner, som oppgir at de ønsker å bruke flere allmennleger. I mange tilfeller er dette også en uaktuell problemstilling, ettersom mange kun har tilgang på en lege (Finnvold og Svalund 2004). Av den grunn har FLO mindre praktisk betydning for personer i disse kommunene. Reformen påvirker i mindre grad deres muligheter til å være aktive og fleksible (for)brukere av ulike allmennleger.

I tillegg til at ønske om å bruke flere allmennleger henger sammen med bosted og alder, er det også en liten gruppe av de som rapporterer om dårlig eller svært dårlig helse som ønsker å bruke flere allmennleger. En undersøkelse av tunge pasientgruppers forhold til fastlegereformen viste blant annet at de som har fibromyalgi og andre diffuse plager har behov for å bruke flere allmennleger for å oppnå god behandling (Dahle og Skilbrei 2003). Informantene i den undersøkelsen gjennomførte i hovedsak ulike tilpasninger rundt kravet om å bruke en fast lege, som å gå direkte til spesialister de hadde kontakt med. Det er imidlertid mulig at enkelte av disse pasientene opplever at tilpasningene, og begrensningene i muligheter for legevvalg som følger med FLO, fører til en urimelig lang ventetid.

8.2.6. ...og kortere ventetid i kommuner med ustabil legedekning

Mens det var forskjell i opplevelsen av ventetiden for å få time hos legen mellom de som bor i kommuner med ustabil legedekning, og de som ikke gjør det i 2000, er forskjellen borte i 2003. Det kan dermed synes som om fastlegereformen har bidratt til å få ned ventetiden på time hos lege også i disse kommunene.

8.3. Endringer i ventetid på time hos lege fra 2000 til 2003

Endringer fra 2000 til 2003 har hittil blitt analysert ved å studere andelen som var enig i utsagnet "det tok alt for lang tid å få time hos legen" på de to tidspunktene. Andelen som er enig i at det tar for lang tid å få time hos legen har gått ned fra 32 til 26 prosent. Slik sett er hovedbildet positivt. Levekårspanelet gir mulighet til å undersøke hvem som har endret oppfatning om ventetid fra 2000 til 2003. Hvilke grupper var misfornøyd med tiden det tok å få time hos legen tidligere, men har blitt fornøyd etter FLO? Og hvilke grupper har skiftet mening fra å oppleve at det ikke tok for lang tid å få time hos legen i 2000, til at de i 2003 synes det tar for lang tid? I figur 8.5 kobles svarene respondentene ga på utsagnet om ventetid på legetime i 2000 sammen med svaret de ga på det samme spørsmålet i 2003.¹⁷

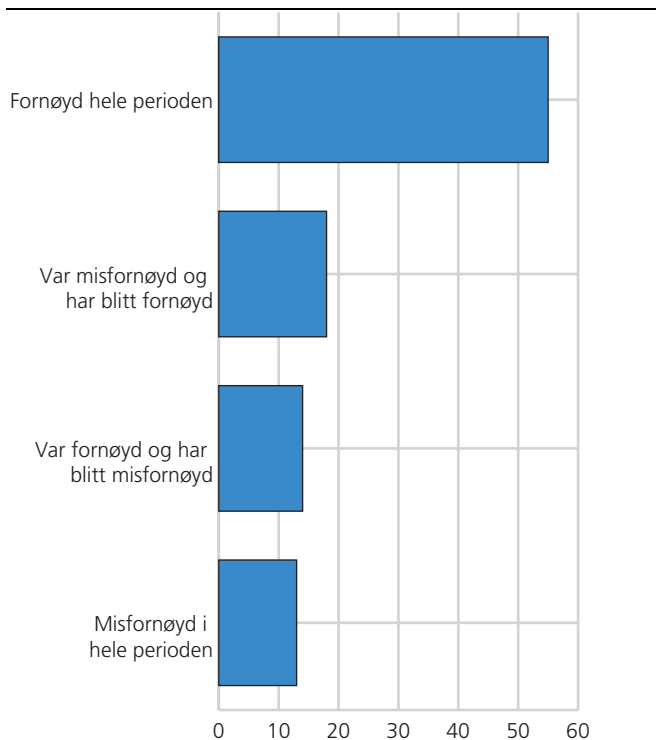
Figur 8.5 viser bevegelsene i panelet. 18 prosent var enig i at tiden det tar å få time hos legen var for lang 2000, og uenig i 2003. 55 prosent var uenig i utsagnet både i 2000 og 2003. Dersom ingen hadde blitt mindre fornøyd, ville andelen som var uenig i utsagnet vært klart større etter FLO ble innført. At ingen skulle blitt mindre fornøyd fra 2000 til 2003 er imidlertid vanskelig å forestille seg. Noen av paneldeltakerne har kanskje flyttet til steder med ustabil legedekning, eller deres livs- og helsesituasjon kan ha endret seg på en slik måte at deres forventninger og krav til allmennlegen er endret. Samtidig kan mer generelle forhold knyttet til fastlegereformen, til endring i legedekningen

¹⁶ Denne endringen er imidlertid ikke signifikant.

¹⁷ Den samme dikotomiseringen som tidligere brukes. Alle som oppga at de var enig eller litt enig i utsagnet oppfattes som "Enig", mens de som oppga at de var litt eller helt uenig oppfattes som "Uenig".

og så videre ha betydning. 14 prosent av paneldeltakerne har endret standpunkt fra å være uenig i utsagnet om ventetid, til å oppleve dette som en korrekt beskrivelse av virkeligheten.

Figur 8.5. Endringer i opplevelse av tiden det tar å få time hos legen fra 2000 til 2003. Prosent



8.3.1. Bedret situasjon i kommuner med ustabil legedekning

Panelbevegelser kan avdekke sammenhenger som er vanskelig å undersøke gjennom to separate tverrsnitt. La oss først konsentrere oss om de som har opplevd en klar *bedring* når det gjelder tiden det tar å bestille time. Hva skiller de som var misfornøyde i 2000, og som er fornøyde med tiden det tar å få time hos legen i 2003, fra resten av panelet?¹⁸

Tabell 8.3 gir først og fremst inntrykk av lite variasjon. En klart høyere andel personer fra kommuner med ustabil legedekning har imidlertid beveget seg fra å være enig i påstanden, til å bli uenig. Videre viser det seg at pasienter hos leger på legesentre i stor grad har blitt mer fornøyd etter FLO. En analyse (ikke vist her) av de som ikke hadde fast lege i 2000, og som har det i 2003, viser at ikke skiller seg fra resten. 19 prosent av disse har blitt mer fornøyd.

Som tidligere nevnt henger flere av disse forholdene sammen. Ved bruk av logistisk regresjon kontrolleres det for de samme variablene som tidligere.

Tabell 8.3. Andel som har blitt fornøyd med tiden det tar å få time hos legen fra 2000 til 2003, i alt og etter alder, kjønn, egenvurdert helse, utdanning, om man har fastlege, legepraksis, geografi, prioritet i legevalg og preferanse i forhold til fast lege

	Andel	N
Alle	18	1 506
Alder		1 525
16-24 år	19	110
25-44	18	545
45-66	17	613
67-79	19	191
80 år og eldre	26	47
Kjønn		1 506
Kvinner	19	940
Menn	18	566
Egenvurdert helse		1 506
Svært god	18	222
God	16	650
Verken god eller dårlig	21	411
Dårlig/svært dårlig	18	223
Utdanning		1 386
Ungdomsskole eller kortere	19	214
Videregående skole	19	801
Universitets- og høyskoleutdanning, lavere nivå	17	304
Universitets- og høyskoleutdanning, høyere nivå	18	67
Fastlege		1 479
Har fast lege	18	1 440
Har ikke fast lege	15	39
Legepraksis		1 479
Solopraksis	14	229
To-lege praksis	12	148
Legesenter	20	1 102
Geografi		1 479
Bosatte i kommuner med > 20 prosent turnuskandidater og/eller > 50 prosent fastlønnede leger	27	159
Bosatte i kommuner med < 20 prosent turnuskandidater og < 50 prosent fastlønnede leger	17	1 320
Prioritet		
Fikk førstevalg	18	1 146
Fikk ikke førstevalg	23	238
Preferanse		
Ønsker å bruke flere ulike allmennleger	20	153
Ønsker ikke å bruke flere ulike allmennleger	18	1 326

Sammenhengen mellom ustabilitet i legedekning og ventetid kommer klart frem i tabell 8.4. Ventetiden på time hos legen har endret seg, relativt sett, mest i kommuner med ustabil legedekning i 2002. Personer som er bosatt i kommuner som baserer sin legedekning på en høy andel turnuskandidater og/eller en høy andel fastlønnede leger har en klart høyere sannsynlighet for å ha endret standpunkt fra før til etter FLO. Samtidig er det en klart større sannsynlighet for at pasienter som har lege som er en del av et legesenter i 2003 har endret standpunkt fra å være negative til ventetiden, til å være positive. Ettersom mange har fått fast lege fra 2000 til 2003 kunne det tenkes at disse opplever at ventetiden på å få time er endret. En egen analyse (ikke vist her) viser at de som har fått seg fast lege i 2003, og som ikke hadde det i 2000, ikke har opplevd noen endring i tiden det tar å få time hos legen.

¹⁸ De som var misfornøyde i 2000, og som er fornøyde med tiden det tar å få time hos legen i 2003, får verdien 1, mens resten av panelet får verdien 0.

Tabell 8.4. Sannsynligheten for å ha blitt fornøyd med tiden det tar å få time hos legen fra 2000 til 2003. Multivariat logistisk regresjon

	Kji-kvadrat	Odds
Alder (Sammenlignet med personer mellom 25-44 år)		
16-24 år	0,3	0,85
45-66	0,0	0,98
67-79	0,3	1,13
80 år og eldre	2,6	1,85
Kjønn		
Kvinner	0,1	1,05
Egenvurdert helse (Sammenlignet med de som vurderte sin egen helse som "Svært god")		
"God"	1,0	0,81
"Verken god eller dårlig"	0,0	1,01
Dårlig/svært dårlig	0,3	0,86
Utdanning (Sammenlignet med personer med ungdomsskole eller kortere)		
Videregående skole	0,0	1,02
Universitets- og høyskoleutdanning, lavere nivå	0,1	0,94
Universitets- og høyskoleutdanning, høyere nivå	0,1	1,12
Fastlege		
Har fast lege	1,2	1,84
Prioritet		
Fikk førstevalg	1,6	0,79
Preferanse		
"Ønsker å bruke flere ulike allmennleger"	1,3	0,77
Legepraksis (Sammenlignet med legesenter)		
Solopraksis	4,8	0,62*
To-lege praksis	5,3	0,53*
Geografi		
Bosatte i kommuner med > 20 prosent turnuskandidater eller > 50 prosent fastlønnede leger	12,1	2,04***
Antall observasjoner	1386	

Note: * for $p < 0,05$, ** for $p < 0,01$ og *** for $p < 0,001$

8.3.2. Forverret situasjon for de som ønsker fleksibilitet

14 prosent av paneldeltakerne har endret standpunkt fra å være uenig i utsagnet om ventetid, til å oppleve dette som en korrekt beskrivelse av virkeligheten. I en situasjon hvor hovedendringene er positive, er det en fare for at situasjonsbilder dekker over at enkelte personer og grupper allikevel opplever en dårligere situasjon. Hva skiller de som var fornøyde i 2000, og som er misfornøyde med tiden det tar å få time hos legen i 2003, fra resten av panelet?¹⁹

Mens 14 prosent i utvalget totalt har skiftet posisjon i retning av å oppleve at ventetiden har blitt for lang, gjelder det 19 prosent av de yngste (16- 24 år) i utvalget (tabell 8.5). Generelt viser tabellen at de yngre i klart større grad enn de eldre har blitt mer misfornøyd med ventetiden etter at fastlegereformen ble innført. De som ikke har fått sitt førstevalg har i mindre grad blitt mer negative i sin oppfatning av ventetiden. Til slutt er det grunn til å peke på at de som av ulike grunner ønsker å bruke flere allmennleger, i klart større grad opplever at ventetiden har blitt lengre etter at reformen ble gjennomført. En analyse (ikke vist her) av de som ikke hadde fast lege i 2000, og som har det i 2003, viser at disse ikke skiller seg fra resten. 16 prosent av disse har blitt mindre fornøyd.

Som nevnt tidligere henger flere av forholdene som beskrives i tabell 8.5 sammen. Av den grunn brukes logistisk regresjon for kontrollere for ulike bakgrunnsvariablene.

De som er i alderen 67-79 år har i mindre grad beveget seg fra å være fornøyd før reformen til å være misfornøyd etter reformen, sammenlignet med de som er mellom 25 og 44 år. Ellers er alder ikke signifikant når det kontrolleres for andre variable.

Den enkeltes preferanser i forhold til å ønske å bruke flere allmennleger er viktig. De som har behov for, og ønsker fleksibilitet i bruk av allmennleger, har blitt mindre fornøyd med ventetiden i perioden. De som tidligere reduserte ventetiden gjennom aktiv legesøking kan ikke gjøre det lengre. Det er derfor grunn til å anta at gruppen opplever lengre ventetider etter FLO.

¹⁹ De som var fornøyde i 2000, og som er misfornøyd med tiden det tar å få time hos legen i 2003, får verdien 0, mens resten av panelet får verdien 1.

Tabell 8.5. Andel som har blitt misfornøyd med tiden det tar å få time hos legen fra 2000 til 2003, i alt og etter alder, kjønn, egenvurdert helse, utdanning, om man har fastlege, legepraksis, geografi, prioritet i legevalg og preferanse i forhold til fast lege

	Andel som har blitt misfornøyd	N
Alle	14	1 506
Alder		1 525
16-24 år	19	110
25-44	16	545
45-66	13	613
67-79	9	191
80 år og eldre	4	47
Kjønn		1 506
Kvinner	14	940
Menn	13	566
Egenvurdert helse		1 506
Svært god	14	222
God	15	650
Verken god eller dårlig	13	411
Dårlig/svært dårlig	12	223
Utdanning		1 386
Ungdomsskole eller kortere	11	214
Videregående skole	15	304
Universitets- og høyskoleutdanning, lavere nivå	14	304
Universitets- og høyskoleutdanning, høyere nivå	9	67
Fastlege		1 479
Har fast lege	14	1440
Har ikke fast lege	8	39
Legepraksis		1 479
Solopraksis	13	229
To-lege praksis	11	148
Legesenter	14	1 102
Geografi		1 479
Bosatte i kommuner med > 20 prosent turnuskandidater eller > 50 prosent fastlønnede leger	11	159
Bosatte i kommuner med < 20 prosent turnuskandidater og < 50 prosent fastlønnede leger	14	1 320
Prioritet		
Fikk førstevalg	14	1146
Fikk ikke førstevalg	10	238
Preferanse		
Ønsker å bruke flere ulike allmennleger	21	153
Ønsker ikke å bruke flere ulike allmennleger	13	1 326

Tabell 8.6. Sannsynligheten for å ha blitt misfornøyd med tiden det tar å få time hos legen fra 2000 til 2003. Multivariat logistisk regresjon

	Kji-kvadrat	Odds
Alder (Sammenlignet med personer mellom 25-44 år)		
16-24 år	0,9	1,33
45-66	1,7	0,78
67-79	4,0	0,54*
80 år og eldre	2,9	0,28
Kjønn		
Kvinner	0,0	1,00
Egenvurdert helse (Sammenlignet med de som vurderte sin egen helse som "Dårlig/svært dårlig")		
"Svært god"	0,3	1,13
"God"	0,0	0,99
"Verken god eller dårlig"	0,0	1,04
Utdanning		
(Sammenlignet med personer med ungdomsskole eller kortere)		
Videregående skole	0,5	1,19
Universitets- og høyskoleutdanning, lavere nivå	0,0	0,99
Universitets- og høyskoleutdanning, høyere nivå	1,0	0,59
Fastlege		
Har fast lege	1,7	2,65
Prioritet		
Fikk førstevalg	3,1	1,51
Preferanse		
"Ønsker å bruke flere ulike allmennleger"	7,2	0,54**
Legepraksis (Sammenlignet med legesenter)		
Solopraksis	0,0	1,00
To-lege praksis	1,3	0,71
Geografi		
Bosatte i kommuner med > 20 prosent turnuskandidater eller > 50 prosent fastlønnede leger	0,7	0,78
Antall observasjoner	1386	

Note: * for p< 0,05, ** for p<0,01 og *** for p<0,001.

8.4. Avsluttende betraktninger - Endringer i ventetid

Færre opplever at det tok for lang tid å få time hos legen i 2003, sammenlignet med i 2000. Først og fremst opplever befolkningen i kommuner med ustabil legedekning i mindre grad at ventetiden på legetime er for lang. Det er gruppen som i størst grad har en mer positiv vurdering av ventetiden i 2003. Videre har alder, utdanning og om den enkelte ønsker å ha en fast lege eller ikke, betydning for opplevelsen av om ventetiden for å få time hos legen er for lang i 2003. Jo eldre den enkelte er, jo mindre sjanse er det for at de opplever at ventetiden for å få lege er for lang. Samtidig er folk mer fornøyd med ventetiden jo lengre utdanning de har. Det viktigste for om ventetiden er for lang i 2003 er imidlertid om den enkelte ønsker å bruke flere allmennleger. Det er mulig at de som ønsker å bruke flere allmennleger har andre forventninger til legens tilgjengelighet. Våre data tyder på at gruppen, som i hovedsak består av unge personer med lav egenrapportert sykkelighet, opplever at mulighetene for fleksibel og aktiv tilpasning til allmennlegetjenesten er redusert. Mulighetene til å bruke allmennlegen med kortest ventetid ved den enkelte konsultasjon er begrenset i et system som krever at pasientene bruker en *fast* lege. Videre er det mulig at disse personene har et slikt ønske fordi de har spesielle behov som gjør det nødvendig å benytte flere allmennleger. Blant annet har en liten andel blant disse en høy egenrapportert sykkelighet, og kan ha behov for kort ventetid i tilknytning til sine plager.

Kapitlet har avdekket store bevegelser i opplevelsen av ventetiden blant befolkningen i perioden. Mens 18 prosent har endret opplevelse fra å være misfornøyd med ventetiden hos legen til å bli fornøyd, har 14 prosent endret oppfatning den andre veien. Ventetiden har blitt bedre for bosatte i kommuner med ustabil legedekning, samtidig som pasienter på legesentre er mer fornøyd. Det kan diskuteres om forskjellene viser til forskjeller i faktisk ventetid, eller forskjeller i forventninger og krav til ventetiden. Dersom de ulike gruppernes forventninger ikke har endret seg i særlig grad fra 2000 til 2003 kan vi konkludere med at tjenestekvaliteten, i form av ventetid hos legen, er bedret for de overnevnte gruppene. Det er mulig at enkelte grupper har redusert sine forventninger til legenes ventetid, for senere å bli positivt overrasket. Samtidig som det ikke er mulig å avklare sikkert om det er tjenestekvaliteten eller brukertilfredsheten (og forventningene) som er endret, kan det argumenteres for at det ikke nødvendigvis er viktig hva som har bidratt til endringen i seg selv. Rapporten viser klart at bosatte i kommuner med ustabil legetilbud har blitt fornøyd, og at de som ønsker å bruke flere allmennleger ikke er fornøyd. *Uansett årsak er de ikke fornøyd.* Det er derfor behov for nærmere undersøkelser av denne gruppen, med henblikk på å avklare hvilke virkemidler som kan bidra til å endre deres opplevelse av legenes ventetid.

9. Er innholdet i legekonsultasjonen endret?

Ifølge stortingsmeldingen *Trygghet og ansvarlighet: Om legetjenesten kommunene og fastlegeordningen* var et hovedproblem i allmennlegetjenesten før innføringen av fastlegeordningen at det var for svake bånd mellom lege og pasient (St meld 23 1996-1997: 15). Samtidig hadde legene for dårlig tid, slik at konsultasjonene ble kortere enn pasientene hadde behov for. Fastlegeordningen skulle ifølge stortingsmeldingen (st meld 23 1996-1997: 28) blant annet:

- Gi befolkningen større trygghet og tilfredshet med allmennlegetjenesten.
- Forbedre kvaliteten i allmennlegetjenesten
- Gi pasientene større innflytelse over behandlingen

I dette kapitlet fokuseres det på *legekonsultasjonen*, og om sider ved legekonsultasjonen er endret etter innføringen av FLO. Forholdet mellom lege og pasient i legekonsultasjonen er mangesidig. Vi tar utgangspunkt i at lege - pasientrelasjonen er en relasjon som bygger på kommunikasjon. Mens legene har sitt vokabular gjennom en langvarig utdannelse, har pasientene ofte ikke annet enn sin egen opplevelse eller følelse når han eller hun skal formidle sin egen helsetilstand og sine egne problemer til legen. Forholdet mellom lege og pasient preges derfor av mengden *tid som brukes* i den enkelte konsultasjon.

Vi ser også nærmere på om den enkelte bruker opplever at legen *tar dem på alvor*. Det gir et innblikk i det generelle forholdet mellom lege og pasient. På bakgrunn av at fastlegeordningen nettopp skulle bidra til økt trygghet i forholdet til allmennlegen, er denne dimensjonen interessant. Det forteller også noe om pasientenes tillit til legen (Lian 2004). Dersom pasientene opplever at legen ikke tar dem på alvor, eksisterer det ikke noen særlig grad av tillit mellom lege og pasient, noe som i sin tur kan få følger som at pasientene velger å konsultere andre leger, eller ignorerer rådene allmennlegen gir.

9.1. Makt, tillit og forventninger i lege - pasientrelasjonen

I kapittel 8 ble det betont at brukernes tilfredshet med en tjeneste henger sammen med deres forventninger til

den samme tjenesten. Er forventningene høye, kreves det desto mer av fastlegene. Vi bygger våre handlingsvalg på normer og verdier innenfor ulike situasjoner. Oppfatning av den sosiale virkelighet, av hva som er, hva som er nødvendig og hva som er mulig, bestemmer samlet våre handlinger (Berger og Luckmann 1967). Våre forventninger knyttet til allmennlegetjenesten dannes delvis gjennom offentlig debatt, som rundt fastlegereformen, og delvis gjennom egne og andres praktiske erfaringer med ulike leger.

Brukerne av legetjenester har ikke alltid kunnskap og evne til å kunne vurdere kvaliteten på allmennlegenes arbeid, på selve behandlingen. Slik sett er forholdet mellom lege og pasient ofte preget av en stor grad av kunnskapsasymmetri, hvor pasientene må basere sitt forhold til legen på tillit.²⁰ Det er vanskelig for den enkelte pasient å vurdere om dårlig behandling fra legen er årsak til at en sykdom ikke ble kurert. Brukerne av allmennleger er derfor stilt overfor et ekspertsystem, hvor tillit til helsetjenestene som helhetlig system spiller over på forventninger og opplevelser av det konkrete møtet med allmennlegen (Giddens 1990). En slik *systemtillit* (Gulbrandsen 2001) er uavhengig av den enkelte allmennlege brukerne møter, og dreier seg om en grunnleggende tro på helsetjenestesystemet som ekspertsystem. Gjennom MMI sitt regelmessige tiltrobarometer kommer det frem at i overkant av 60 prosent hadde svært stor eller ganske stor tiltro til helse og sosialvesenet i 2000, noe som økte til rundt 72 prosent i 2003-2004.²¹ Slik sett stoler brukerne av helsetjenestene, deriblant allmennlegetjenesten, mer på legene i dag enn tidligere. Kategorien *helse og sosialvesenet* er en vid kategori. Det er derfor mulig at tiltroen til systemet som helhet har økt, samtidig som tilliten til allmennlegetjenesten er redusert. Det er etter vår mening mindre sannsynlig.

²⁰ *Tillit* kan forstås som "en holdning eller innstilling hos en person til en annen person (eller til et bestemt sosialt system), som rommer en forventning om at den andre en gang i nær eller fjern framtid vil utføre eller avstå fra bestemte handlinger" (Gulbrandsen 2001: 300).

²¹ Svarkategoriene var "Svært stor tiltro", "ganske stor tiltro", "liten tiltro", "ingen tiltro" og "vet ikke". Andelen vet ikke/ubesvart er svært lav (rundt 2 prosent) i forhold til disse tjenestene. Alle har en mening om deres arbeid.

Det har vært få negative hendelser og oppslag i media som kan ha bidratt til å svekke allmennlegetjenestens omdømme i perioden. Vi antar at de som har liten tillit til tjenesten i mindre grad vil være tilfreds med den, og slik sett at den økte tiltroen til feltet som helhet vil kunne spille over i økt tilfredshet med tjenestene. For å øke befolkningens tillit til helsetjenesten, og andre lignende tjenester, finnes det en del ulike ordninger som skal garantere for kvaliteten på det arbeidet legene utfører. Det stilles for eksempel bestemte utdanningskrav. Tiltrobarometeret viser at andelen som har svært stor eller ganske stor tiltro til utdannelsessystemet har økt fra før reformen (år 2000) til etter reformen (år 2004) (Kavli 2004: 3). På den bakgrunn er det ingen grunn til å anta at tilliten til legenes faglige kvalifikasjoner er redusert, og tilfredsheten redusert. Pasientene gir videre en mer spesifisert *persontillit* til den enkelte allmennlege. De som gir tillit har ikke reell kontroll over fastlegenes fremtidige atferd, og utsetter seg derfor for en viss grad av risiko. I kommuner hvor pasientene kan velge mellom flere allmennleger kan risikoen reduseres gjennom å innhente informasjon fra andre som har benyttet de ulike legene. Videre vil pasientenes tillit til legenes atferd øke over tid dersom legene "viser seg tilliten verdig". En kan derfor forventet at de som har et legeforshold preget av kontinuitet i større grad har tillit til sin lege. Det vil igjen spille over på deres forventninger og opplevelse av at legen tar dem og deres problemer på alvor.

I kapitlet studeres forholdet mellom pasient og allmennlege, og pasientenes *opplevelse* av om legen gir dem nok tid, og tar dem på alvor. Opplevelsen farges for det første av legenes handlinger i lege-pasientrelasjonene. I tillegg spiller pasientenes tillit til legene, og deres forventninger inn. Brukerne mangler ikke kunnskap når det gjelder å kunne uttale seg om de opplever at legene gir dem nok tid i konsultasjonen og tar dem på alvor. Hva legene opplever, mener og gjør sier kapitlet mindre om.

9.1.1. Brukertilfredshet som målsetning

Det er ikke gitt at høy brukertilfredshet er et mål i alle situasjoner. Allmennlegene har en kontrollfunksjon i forhold til sine pasienter. Legene skal gi den behandlingen de opplever er korrekt, og ikke nødvendigvis den behandlingen pasientene ønsker (Storvik 2004). At pasientene er misfornøyd med tiden de får i konsultasjonen og med om legen tar dem på alvor betyr derfor ikke nødvendigvis at legene har gjort en dårlig jobb. Allmennlegen må prioritere og dele sin tid på linje med andre knappe goder. Dersom flere enn før er misfornøyd, betyr det at legene enten har mer å gjøre eller at de bruker mindre tid på pasientene. Videre viser det at legenes fremferd i konsultasjonen er endret for flertallet. Endelig kan det bety at pasientenes forventninger i stort er endret.

9.2. Opplevelse av legekonsultasjonen

I tidligere kapitler er det vist til at allmennlegetjenestens rammebetingelser er endret etter innføringen av FLO. Antall årsverk i kommunehelsetjenesten er økt med 8 prosent fra 2000 til 2003, noe som kan bety at legene får bedre tid. Den ekstra tiden kan potensielt brukes på pasientene. Det er mulig at allmennlegene prioriterer på en annen måte, og at de for eksempel er mer opptatt av å kutte ventetiden. Kapittel 3 viste at den faktisk ventetiden på å få time har gått ned, samtidig som kapittel 8 viste at pasientenes opplevelse av ventetiden er bedret. Det er derfor sannsynlig at noe av de økte ressursene brukes på å kutte ventetiden.

Forskning rundt store institusjonelle endringer har vist at endringer i rammebetingelser og i incentivordninger og belønningssystemer ikke nødvendigvis får konsekvenser for måten leger, lærere og andre faktisk utfører sitt arbeid på (Meier og Rowan, 1978a, 1978b). Jo mer komplekst og kunnskapsintensivt arbeidet er, jo oftere er organiseringen og målsetningene som legges til grunn for organiseringen kun "løst koplet" til det faktiske arbeidet som utføres (March og Olsen 1976). I tilfeller hvor arbeidet er basert på skjønn er det vanskelig å (om)organisere arbeidet på en slik måte at organiseringen griper direkte inn i måten arbeidet utføres på. Antallet årsverk har økt, og legenes belønningssystem legger opp til at enkelte former for atferd skal "lønne" seg. Imidlertid griper ingen av disse ordningene direkte inn i legekonsultasjonen og legenes profesjonelle autonomi. Det er derfor mulig at endringer på det strukturelle nivået har liten eller ingen betydning for måten den enkelte legekonsultasjon utføres på.

Når opplevelsen av lege - pasientrelasjonen skal undersøkes, er det et poeng at det eksistere en relasjon. De som studeres må ha blitt intervjuet både i 2000 og i 2003, samt ha vært hos legen på grunn av egen sykdom de siste 12 månedene, både i 2000 og 2003.²² I 2000 og 2003 ble paneldeltakerne bedt om å ta stilling til to utsagn som lød "Legen gav meg ikke nok tid" og "Legen tar meg på alvor". Svaralternativene var "Helt enig", "Litt enig", "Litt uenig" og "Helt uenig".

Figur 9.1 viser svarfordelingen for utsagnene i 2000 og 2003. Klart færre er helt enig i at legen ikke gir nok tid i 2003, sammenlignet med i 2000. Det er altså færre som er svært misfornøyd med dette aspektet ved legekonsultasjonen. Mens 28 prosent svarte at de var helt eller litt enig i at legen ikke ga nok tid i 2000, er det redusert til 18 prosent i 2003. Gjennomsnittet²³ har samtidig endret seg signifikant* fra 3,2 i 2000, til 3,4 i

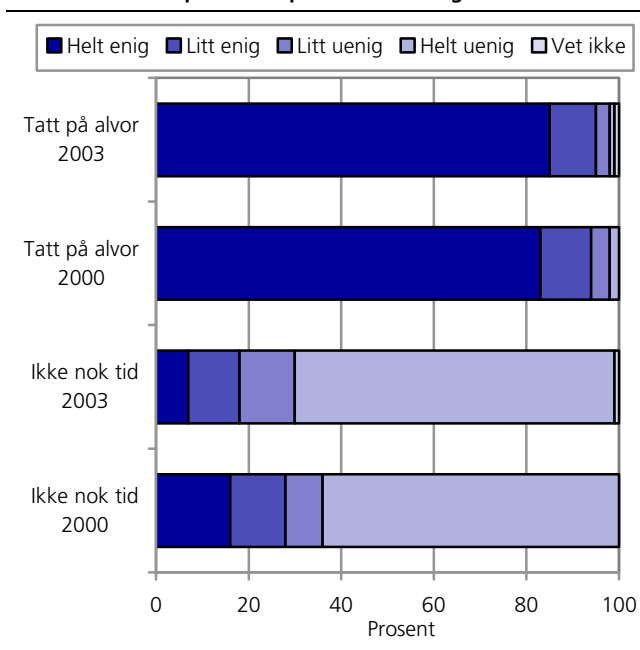
²² Respondentene ble stilt dette spørsmålet i 2000 og i 2003: "Har du vært hos eller hatt besøk av allmennlege eller fastlege i løpet av de siste 12 månedene på grunn av egen sykdom? Regn ikke med faste avtaler om kontroll av egen helse."

²³ "Helt enig" (1), "Litt enig" (2), "Litt uenig" (3) og "Helt uenig" (4).

2003. På den bakgrunn er det grunn til å hevde at brukere av allmennleger opplever at de får bedre tid i legekonsultasjonen etter FLO. Samtidig er det ikke endringer i det mer generelle spørsmålet om legen tar den enkelte på alvor. I 2000, før fastlegereformen, var det kun 6 prosent som svarte at de var uenig eller litt uenig i utsagnet. I 2003 svarer 4 prosent det samme. De fleste har derfor opplevd, både før og etter reformen, at de blir tatt på alvor.

Figur 9.1 viser til en metodisk side ved undersøkelser av tilfredshet. Jo mer generelle spørsmål, jo større er sjansen for at de som intervjues oppgir at de er tilfreds. De som svarer er videre sjelden negative til et positivt ladet spørsmål (legen tok meg og mine problemer på alvor). Det fører til at de fleste oppgir at de opplever at legen tar dem på alvor, samtidig som variasjonen i svarene er større i forhold til tiden de får i legekonsultasjonen. Det er hovedårsaken til at svarene på et konkret spørsmål knyttet til tiden i konsultasjonen kan endre seg så vidt mye på samme tid som det er mindre endringer på det mer generelle spørsmålet knyttet til legetillit. De to variablene henger relativt tett sammen (pearsons r 0,260*** i 2000 og 0,272*** i 2003). I 2000 og 2003 oppgir under 4 prosent av de som er tilfreds med tiden de får i legekonsultasjonen, samtidig at de opplever at legen ikke tar dem på alvor.²⁴ Nesten 70 prosent i 2000 og 80 prosent i 2003 oppgir at de får nok tid i legekonsultasjonen, og at legen tar dem på alvor.

Figur 9.1. "Legen gav meg ikke nok tid", og "Legen tok meg og mine problemer på alvor". 2000 og 2003. Prosent



²⁴ De som er helt eller litt uenig karakteriseres som "tilfreds" med tiden de får i legekonsultasjonen, mens de som er helt eller litt enig i at legen tar dem på alvor karakteriseres som "tilfreds" med den dimensjonen.

Resultatene peker i samme retning som to andre undersøkelser av temaet. Grytten mfl. (2004) finner kun moderate endringer i tilfredsheten med selve legebesøket etter reformen. Som her fant de at tilfredsheten var høy også før reformen, og at den enkeltes møte med legen ikke oppleves som særlig annerledes. Lian og Wilsgaard finner i en undersøkelse fra Nord-Norge og Østlandet at andelen svært fornøyd økte fra 2000 til 2003 når det gjelder anledningen til å få fortalt om sine plager og bli tatt med på råd, hvordan legen forholdt seg til det som var viktig for pasienten og tidsbruk under konsultasjonen. Det kan dermed synes som om forholdene er noe bedret, samtidig som forbedringspotensialet i utgangspunktet var begrenset.

9.3. Variasjoner i opplevelse av legekonsultasjonen

Figur 9.1 viser endringer i enkelte sider ved legekonsultasjonen for panelet som helhet. På samme tid som den gjennomsnittlige tilfredsheten er bedret, kan det tenkes at enkelte grupper ikke har opplevd noen særlig bedring. Derfor analyseres variasjon i tilfredshet mellom ulike grupper i 2000 og 2003.²⁵

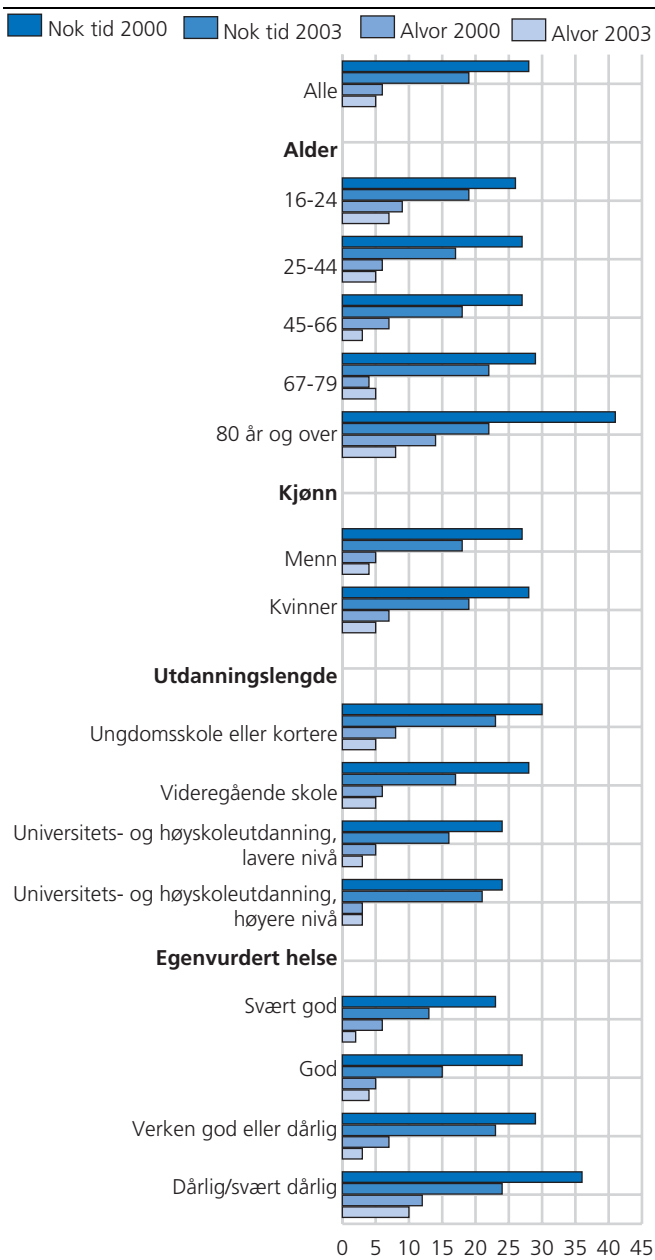
9.3.1. Legekonsultasjonen - Kjønn, alder, sykkelighet og utdanning

Behovet for tid i legekonsultasjonen varierer med pasientenes alder, egenvurderte sykkelighet, kjønn og utdanning. På samme tid som pasientene har ulike behov, kan det også hende at allmennlegene variere sin bruk av tid med pasientene etter disse forholdene. Kanskje er det for eksempel slik at allmennlegene gir de som er sykest lengre tid, og dermed nok tid?

Kunnskap om sykdom og helse er viktig når man skal vurdere hvor alvorlig en tilstand er, og om man bør oppsøke lege. Av den grunn henter mange inn kunnskap før de oppsøker allmennlege. Ofte dreier det seg om kunnskap fra andre legfolk, slik som venner, naboer og bekjente. I tillegg har internett vokst opp som en mulig informasjonskanal. Pasientene kommer ikke nødvendigvis uforberedt til legekonsultasjonen (Måseid 1987:59). En kan anta at personer med høyere utdanning i større grad har mulighet til å forbrede seg til legekonsultasjonen. Lang utdanning fører i en del tilfeller til at evnen til å innhente og sortere informasjon bedres, samt at man får et sosialt nettverk hvor mange har høyere utdanning. Det sosiale nettverket kan så brukes som informasjonskanal før legekonsultasjonen.

²⁵ I de videre analysene forandres variabelene slik at alle som oppga at de var enig eller litt enig i utsagnene oppfattes som "Enig", mens de som oppga at de var litt eller helt uenig oppfattes som "Uenig". De som ikke ville svare, eller svarte "vet ikke" i 2003 fjernes samtidig fra de videre analysene.

Figur 9.2. Andel enig i utsagnet "Legen gav meg ikke nok tid" og andel uenig i utsagnet "Legen tok meg og mine problemer på alvor". Etter alder, kjønn, egenvurdert helse og utdanning. 2000 og 2003



I figur 9.2 kommer respondentenes forhold til de to utsagnene frem etter alder, kjønn, utdanning, og egenvurdert helse i 2000 og i 2003. Først og fremst viser figuren at det er relativt små forskjeller mellom gruppene. Det er ingen klare kjønns-, eller aldersforskjeller. Pasientens utdanning har betydning for om man fikk nok tid, både i 2000 og i 2003. I 2000 følger forskjellene stort sett lengden på utdannelsen, slik at de som har kortest utdanning i størst grad er tilfreds med legekonsultasjonen. I 2003 er det et mindre klart mønster. De med kortest utdanning opplever i større grad at de får for lite tid i legekonsultasjonen, og i mindre grad at de blir tatt på alvor, sammenlignet med personer med lengre utdanning. De klareste forskjellene er etter egenvurdert sykkelighet. Jo sykere den

enkelte opplever at han er, jo oftere opplever han at han ikke får nok tid og blir tatt på alvor i legekonsultasjonen. Det gjelder både i 2000 og i 2003.

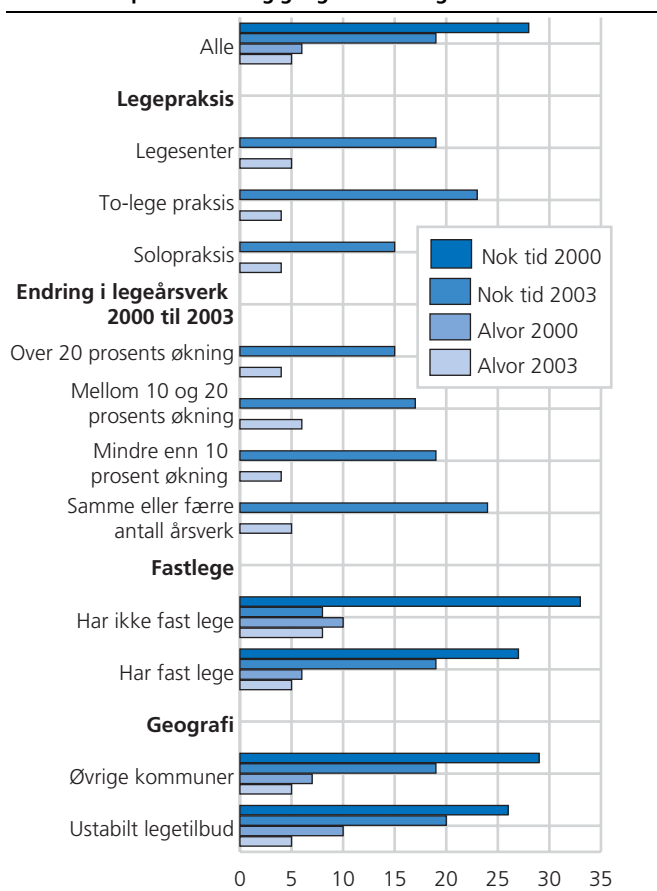
9.3.2. Høyere tilfredshet enn før i kommuner med ustabil legedekning

Fastlegereformen innebærer at alle får en fast allmennlege å henvende seg til. Fastlegene har ansvar for personene som står på vedkommendes liste. Det var et av tiltakene som ble satt i verk for å forbedre kvaliteten i og tilfredsheten med allmennlegetjenesten. Det kan tenkes at de som har fast lege blir bedre tatt vare på av sin fastlege, sammenlignet med de som ikke ha en fast lege. I hvilken grad spiller dette ansvaret inn på lege-pasientrelasjonen i legekonsultasjonen?

Stortingsmelding nr 23 (1996-1997) setter søkelyset på den ustabile legedekningen i deler av landet, og oppgir at det er et problem for pasientene. Som følge av problemene med legedekningen i enkelte deler av landet har antallet årsverk i allmennlegetjenesten økt totalt sett. Samtidig som antallet legeårsverk har økt, viser våre tall at 25 prosent av respondentene i vårt delutvalg bor i kommuner hvor antallet legeårsverk har blitt redusert fra 2000 til 2002. Rundt 31 prosent bor i kommuner hvor antallet legeårsverk har økt med mellom 10 og 20 prosent, mens 16 prosent bor i kommuner hvor antallet legeårsverk er økt med over 20 prosent fra 2000 til 2002. Hvilken betydning har disse kommunale rammebetingelsene for den enkelte bruker av allmennlegetjenesten? Figur 9.3 kommer nærmere inn på disse spørsmålene. I tillegg ser vi nærmere på betydningen av allmennlegenes praksisform. Har det noen betydning for pasientene om legene har solopraksis, eller er del av et legesenter?

Det er små, om noen, forskjeller i de ulike gruppene både i 2000 og 2003 (figur 9.3). Det har vært en jevn nedgang i andelen som er enige i at legen gir for liten tid i forhold til disse forholdene, med et unntak. De som ikke har fast lege opplever i større grad at de får nok tid hos legen i 2003, sammenlignet med i 2000. Det er imidlertid viktig å være klar over at denne gruppen er kraftig redusert. De fleste som ikke hadde fast lege i 2000, har fått det etter FLO. En egen analyse (ikke vist her) viser at de som har fått seg fast lege etter innføringen av FLO, ikke har opplevd noen endring knyttet til tiden de får hos legen eller om legen tar dem og deres problemer på alvor som skiller seg fra resten av utvalget. Innbyggere i kommuner som har det samme eller færre antall årsverk i 2003 som i 2000 opplever i større grad at de ikke får nok tid i legekonsultasjonen. Innbyggere i kommuner som har hatt en sterk vekst i antall årsverk (over 20 prosent) i perioden opplever på den andre siden at de får nok tid i legekonsultasjonen. Det kan dermed se ut som om endringer i rammebetingelsene i den enkelte kommune spiller direkte over i tiden den enkelte får hos legen.

Figur 9.3. Andel enig i utsagnet "Legen gav meg ikke nok tid" og andel uenig i utsagnet "Legen tok meg og mine problemer på alvor". Etter fastlegetilknytning, legens praksisform og geografi. 2000 og 2003



Samtidig som de som ikke hadde fast lege i 2000 opplevde at de i mindre grad fikk nok tid hos legen, opplever de også at legen i mindre grad tar dem på alvor. Mens 6 prosent av de som hadde fast lege i 2000 var uenig i at legen tok dem på alvor, gjaldt dette 10 prosent av de som ikke hadde fast lege. Bosatte i kommuner med mer enn 20 prosent turnuskandidater og eller 50 prosent fastlønnede leger var i mindre grad enige i at legen tar dem og deres problemer på alvor i 2000.

9.3.3. Legekonsultasjonen - Sammenhenger og sammenfattende analyse

Alder, kjønn, utdanning og egenvurdert sykkelighet henger sammen, og påvirker hverandre. På samme måte kan det tenkes at ulike sider ved de organisatoriske forholdene henger sammen. Tabell 9.1 og 9.2 sammenfatter resultatene så langt. I disse multivariate, logistisk regresjonsmodellene kommer betydningen av de ulike forholdene frem, når det er kontrollert for de andre forholdene.

Tabell 9.1. Sannsynligheten for å være enig i utsagnet " Legen gav meg ikke nok tid ". 2000 og 2003. Multivariat logistisk regresjon¹.

	2000		2003	
	Kji-kvadrat	Odds	Kji-kvadrat	Odds
Alder (Sammenlignet med personer mellom 25-44 år)				
16-24 år	0,0	0,96	1,1	1,33
45-66	0,2	0,93	0,5	0,89
67-79	0,2	0,92	0,0	1,04
80 år og eldre	0,7	1,49	0,1	0,90
Kjønn				
Kvinner	0,2	1,06	0,0	1,03
Egenvurdert helse (Sammenlignet med de som vurderte sin egen helse som "svært god")				
"God"	1,3	1,20	0,3	1,14
"Verken god eller dårlig"	2,0	1,33	7,2	1,91**
Dårlig/svært dårlig	6,5	1,80**	6,7	1,98**
Utdanning (Sammenlignet med personer med ungdomsskole eller kortere)				
Videregående skole	0,4	0,90	4,9	0,66*
Universitets- og høyskoleutdanning, lavere nivå	1,9	0,75	3,7	0,64*
Universitets- og høyskoleutdanning, høyere nivå	0,6	0,77	0,0	0,99
Fastlege				
Har fast lege	6,8	0,69***	3,1	2,91
Geografi				
Bosatte i kommuner med > 20 prosent turnuskandidater eller > 50 prosent fastlønnede leger	1,0	0,83	0,0	1,00
Legepraksis (Sammenlignet med legesenter)				
Solopraksis			1,8	0,76
To-lege praksis			2,5	1,40
Antall observasjoner	1435		1498	

¹ Vekst i årsverk er ikke med i modellen. Egne analyser (ikke vist her) viser at dette ikke er signifikant.

Note: * for p< 0,05, ** for p<0,01 og *** for p<0,001.

Tabell 9.2. Sannsynligheten for å være uenig i utsagnet "Legen tok meg og mine problemer på alvor". 2000 og 2003. Multivariat logistisk regresjon

	2000		2003	
	Kji-kvadrat	Odds	Kji-kvadrat	Odds
Alder (Sammenlignet med personer mellom 25-44 år)				
16-24 år	3,5	1,92	1,6	1,74
45-66	0,1	1,06	3,9	0,54*
67-79	1,3	0,60	0,6	0,73
80 år og eldre	0,7	1,76	0,0	1,09
Kjønn				
Kvinner	1,1	1,27	0,1	1,07
Egenvurdert helse (Sammenlignet med de som vurderte sin egen helse som "svært god")				
"God"	1,5	0,69	2,5	2,22
"Verken god eller dårlig"	0,0	0,97	1,0	1,74
Dårlig/svært dårlig	2,5	1,79	10,9	5,84***
Utdanning (Sammenlignet med personer med ungdomsskole eller kortere)				
Videregående skole	1,4	0,72	0,0	0,85
Universitets- og høyskoleutdanning, lavere nivå	1,9	0,61	2,2	0,51
Universitets- og høyskoleutdanning, høyere nivå	1,3	0,41	0,4	0,59
Fastlege				
Har fast lege	4,1	0,61*	0,8	0,56
Geografi				
Bosatte i kommuner med > 20 prosent turnuskandidater eller > 50 prosent fastlønnede leger	1,3	1,40	0,0	1,09
Legepraksis (Sammenlignet med legesenter)				
Solopraksis			0,1	0,89
To-lege praksis			0,1	0,86
Antall observasjoner	1437		1497	

Note: * for $p < 0,05$, ** for $p < 0,01$ og *** for $p < 0,001$.

Den egenvurderte sykkeligheten har betydning for hvordan man opplever tiden de får hos legen, både i 2000 og 2003 (tabell 9.1). Jo dårligere helse den enkelte opplever at han eller hun har, jo mindre sannsynlig er det at de er fornøyd med tiden de får hos legen. Samtidig opplevde de som ikke hadde fast lege i 2000, i stor grad at de ikke fikk nok tid hos legen. Til slutt viser tabell 9.1 at jo høyere utdanning den enkelte har, jo mindre sannsynlig er det at han eller hun opplever å få nok tid hos legen. De andre bivariate forskjellene forsvinner når det kontrolleres for andre relevante variable.

Tabell 9.2 viser at alle forskjellene knyttet til om den enkelte opplever å bli tatt på alvor forsvinner i 2000, med to unntak. De som ikke hadde fast lege i 2000 har større sannsynlighet for å være uenig i at de og deres problemer blir tatt på alvor. Det er klart mindre sannsynlig at de som vurderer sin egen helse som dårlig eller svært dårlig, er uenig i utsagnet i 2003. Det ser dermed ut til at syke pasienter opplever å ha dårligere tillit til legen og hans arbeid. Forskjellen mellom de som er bosatte i kommuner med ustabil legedekning og de som er bosatte i andre kommuner er borte etter innføringen av reformen.

9.3.4. Pasientenes ønsker og behov i forhold til allmennlegen

Legens kjønn

Enkelte studier av fastlegeforsøket (Malterud, Steinert og Opdahl Mo 1995) har vist at legens kjønn har betydning for pasientene. Spesielt er det slik at kvinner ønsker kvinnelige fastleger. Det kan tenkes ulike forklaringer på dette. En forklaring er at kvinner ønsker kvinnelige leger for konsultasjon av særskilte kvinneplager. En annen at pasientene antar, eller opplever, at kvinnelige og mannlige leger har ulike kjønnlige egenskaper, som ulike evner i forhold til kommunikasjon rundt helseplager.

Tabell 9.3. Kvinner og menn etter legens kjønn. 2001 og 2003. Prosent og N

	2001	(N)	2003	(N)
Mannlig pasient hos mannlig lege	32	(433)	31	(471)
Kvinnelig pasient hos mannlig lege	46	(621)	45	(672)
Mannlig pasient hos kvinnelig lege	4	(58)	6	(91)
Kvinnelig pasient hos kvinnelig lege	17	(227)	18	(266)
Totalt	99	(1 339)	100	(1 500)

Tabell 9.4. Preferanser knyttet til allmennlegens kjønn, i alt og etter kjønn. 2001 og 2003

	2001						2003					
	I alt	(N)	Kvinner	(N)	Menn	(N)	I alt	(N)	Kvinner	(N)	Menn	(N)
Kvinnelig lege	10	(143)	16	(140)	1	(3)	9	(128)	14	(127)	0	(1)
Mannlig lege	7	(94)	4	(36)	11	(58)	3	(44)	1	(13)	6	(31)
Begge kjønn							1	(13)	1	(13)	0	(0)
Totalt	17	(238)	20	(177)	12	(61)	13	(185)	16	(153)	6	(32)

I 2001 og 2003 ble respondentene spurt hvilket kjønn deres lege hadde. De som oppgav at de hadde en fast lege, skulle relatere svaret til sin faste lege. De som svarte at de ikke hadde fast lege, skulle relatere svaret til den siste legen de var hos. Tabell 9.3 viser fordelingen av kvinner og menn i forhold til legens kjønn i 2001 og 2003.

Kvinner er oftere syke enn menn (Elstad 2003). Det er derfor behov for flere kvinnelige enn mannlige allmennleger, dersom alle kvinner skal ha en kvinnelig lege. Slik er imidlertid ikke virkeligheten. Tabell 9.3 viser for det første at andelen pasienter som har henholdsvis mannlige og kvinnelige leger er uforandret. Mens 78 prosent av pasientene hadde mannlige lege i 2001, har 76 prosent det samme i 2003. De kvinnelige legene har i hovedsak kvinnelige leger.

I levekårspanelet 2001 og 2003 ble det stilt spørsmål om det spiller noen rolle om legen er mann eller kvinne.²⁶ I 2001 var svaralternativene "Ja, vil helst ha kvinnelig lege", "Ja, vil helst ha mannlige lege" og "Nei". I 2003 var spørsmålet delt i to. Først fikk respondentene et innledende spørsmål om det spilte noen rolle om legen er mann eller kvinne. Svaralternativene var "Ja" og "Nei". De som svarte ja fikk så et oppfølgings-spørsmål hvor svaralternativene var "Vil helst ha kvinnelig lege", "Vil helst ha mannlige lege" og "Vil helst kunne bruke både en mannlige og en kvinnelig lege".

Totalt svarer 17 prosent at legens kjønn har betydning for dem i 2001 (tabell 9.4). Etter innføringen av fastlegereformen i 2003, svarer klart færre, 13 prosent det samme. Tidligere undersøkelser har antydning at legens kjønn er spesielt viktig for kvinner. Det viser også våre tall. Mens 20 prosent av kvinnene synes legens kjønn spiller en rolle i 2001, gjelder det kun 12 prosent av mennene. I 2003 oppgir 16 prosent av kvinnene, og 6 prosent av mennene at det spiller en rolle. Kjønnforskjellen som eksisterte i 2001, er dermed like sterk etter at FLO er innført.

Ved å se på den enkeltes svar på spørsmålet om legens kjønn spiller en rolle i forhold til kjønn på den enkeltes lege i 2001 og 2003 kommer det frem hvor mange som har en lege med "feil" kjønn i forhold til hva den enkelte foretrekker.

²⁶ Også her skulle de som oppgav at de hadde en fast lege relatere svaret til sin faste lege, mens de som svarte at de ikke hadde fast lege, skulle relatere svaret til den siste legen de var hos.

Tabell 9.5. "Feil" kjønn på lege. 2001 og 2003. Prosent (N)

	2001	(N)	2003	N
Ønsker kvinnelig lege	33	(138)	35	(128)
Ønsker mannlige lege	2	(90)	0	(44)

33 prosent og 35 prosent av de som ønsket seg kvinnelig lege, har allikevel en mannlige lege i henholdsvis 2001 og 2003. Svært få av de som ønsker seg en mannlige lege, klarer ikke å få seg det. FLO har ikke endret disse forholdene. Tabell 9.5 viser at rundt 35 prosent av de som har preferanser i forhold til legens kjønn i 2001 og 2003, ikke har lege med "riktig" kjønn. Tabell 9.4 viste at legens kjønn var viktig for totalt 17 prosent av utvalget i 2001 og 13 prosent i 2003. Dermed er det i underkant av 4 prosent av utvalget som helhet som har lege med et annet kjønn enn de egentlig ønsker i 2001, mens 3 prosent opplever at de har lege med "feil" kjønn i 2003.

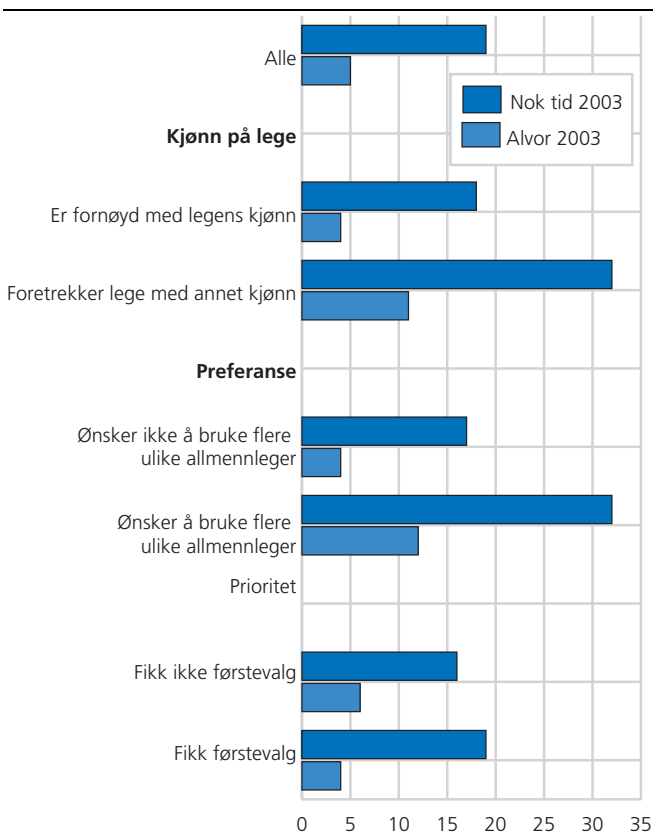
9.3.5. Legekonsultasjonen og pasientenes ønsker og behov

Det er viktig for endel å ha enten en kvinnelig eller en mannlige lege. En kan derfor tenke seg at de som er opptatt av legens kjønn og som har lege med "feil" kjønn er mindre tilfreds med legekonsultasjonen. Vi ser på sammenhengen mellom tilfredshet med legekonsultasjonen og "riktig" kjønn på legen for 2003 (det ble ikke spurt om dette i 2000). Av de som ikke fikk lege med riktig kjønn, ville alle ha kvinnelig lege i 2003.

Før innføring av fastlegeordningen ble det gjennomført en legevælgingsprosess. Her skulle pasientene sette opp den legen de ønsket. Pasienters valg av leger kan komme av en rekke forhold, slik som kjennskap, avstand fra bosted, arbeidsplass med mer. I en tidligere analyse av Levekårspanelet til SSB (Finnvold, Lurås og Paulsen 2003) kom det frem at det viktigste for folk var at de fikk beholde en lege de kjente fra før. På den bakgrunn kan det være grunn til å spørre om det har noen betydning for opplevelsen av legekonsultasjonen om man har fått sitt førstevalg eller ikke.

Samtidig har det tidligere i rapporten blitt pekt på at enkelte av ulike grunner ønsker å bruke flere leger. Det kan for det første komme av tilgjengelighetsgrunner. Noen personer reiser kanskje mye, eller ønsker å bruke en lege som er raskt tilgjengelig. Andre kan ha helsemessige plager, eller personlige grunner som gjør at de ønsker å bruke flere leger.

Figur 9.4. Andel *enig* i utsagnet "Legen gav meg ikke nok tid" og andel *uenig* i utsagnet "Legen tok meg og mine problemer på alvor". I alt og etter prioritet i legevalg, preferanse i forhold til fast lege, samt om man foretrekker lege med et annet kjønn enn den man har. 2003



Resultatene i figur 9.4 tyder på at det ikke spiller noen rolle om den enkelte pasient fikk sin førsteprioritet under legevalgsprosessen eller ikke. De som ønsker kvinnelig lege, men som har en mann i 2003, er i mindre grad fornøyd med legekonsultasjon. Tallgrunnlaget er imidlertid svært lite, slik at det ikke er mulig å konkludere i forhold til dette. Til slutt viser figuren at de som ønsker å bruke flere allmennleger er klart mindre tilfreds med legekonsultasjonen. De sammenfattende regresjonsanalysene, tabell 9.6 og 9.7, viser at dette forholdet har stor betydning for den enkeltes tilfredshet.

Tabell 9.6 og 9.7 viser for det første at betydningen av sykkelighet er den samme som i figur 9.2. Det viktigste funnet dreier seg om de som ønsker å bruke flere allmennleger. Det er 2,31 ganger større sjanse for at de som ønsker å bruke flere leger er enig i at legen gir dem for liten tid, sammenlignet med de som ikke ønsker å bruke flere allmennleger. Samtidig er det 3,97 ganger større sjanse for at de er uenig i at legen tar dem på alvor. Det kan dermed synes som om ønsket om å bruke flere allmennleger bunner i en dårlig opplevelse av den allmennlegen den enkelte har. I en situasjon hvor legene ikke gjør en tilfredsstillende jobb for pasientene vil den enkelte kunne ønske at mulighetene for å bytte lege ikke var begrenset på den måten den er.

Tabell 9.6. Sannsynligheten for å være *enig* i utsagnet "Legen gav meg ikke nok tid" i 2003. Multivariat logistisk regresjon

	Kji-kvadrat	Odds
Alder (Sammenlignet med personer mellom 25-44 år)		
16-24 år	2,3	1,60
45-66	0,1	0,94
67-79	0,3	1,15
80 år og eldre	0,0	1,00
Kjønn		
Kvinner	0,0	1,01
Egenvurdert helse (Sammenlignet med de som vurderte sin egen helse som "svært god")		
"God"	0,9	1,26
"Verken god eller dårlig"	6,4	1,91**
Dårlig/svært dårlig	5,8	2,00**
Utdanning (Sammenlignet med personer med ungdomsskole eller kortere)		
Videregående skole	2,6	0,72
Universitets- og høyskoleutdanning, lavere nivå	2,4	0,68
Universitets- og høyskoleutdanning, høyere nivå	0,0	0,95
Prioritet		
Fikk førstevalg	1,3	1,26
Preferanse		
"Ønsker å bruke flere ulike allmennleger"	16,3	2,31***
Kjønn på lege		
Foretrekker lege med annet kjønn	1,0	0,67
Antall observasjoner	1 349	

Note: * for $p < 0,05$, ** for $p < 0,01$ og *** for $p < 0,001$.

Tabell 9.7. Sannsynligheten for å være *uenig* i utsagnet "Legen tok meg og mine problemer på alvor" i 2003. Multivariat logistisk regresjon

	Kji-kvadrat	Odds
Alder (Sammenlignet med personer mellom 25-44 år)		
16-24 år	2,8	2,22
45-66	2,2	0,62
67-79	0,0	0,93
80 år og eldre	0,1	0,82
Kjønn		
Kvinner	0,0	1,05
Egenvurdert helse (Sammenlignet med de som vurderte sin egen helse som "svært god")		
"God"	3,0	2,65
"Verken god eller dårlig"	1,8	2,25
Dårlig/svært dårlig	9,7	6,62**
Utdanning (Sammenlignet med personer med ungdomsskole eller kortere)		
Videregående skole	0,3	0,82
Universitets- og høyskoleutdanning, lavere nivå	1,5	0,55
Universitets- og høyskoleutdanning, høyere nivå	0,8	0,49
Prioritet		
Fikk førstevalg	1,1	0,71
Preferanse		
"Ønsker å bruke flere ulike allmennleger"	18,9	3,97***
Kjønn på lege		
Foretrekker lege med annet kjønn	0,2	0,72
Antall observasjoner	1 348	

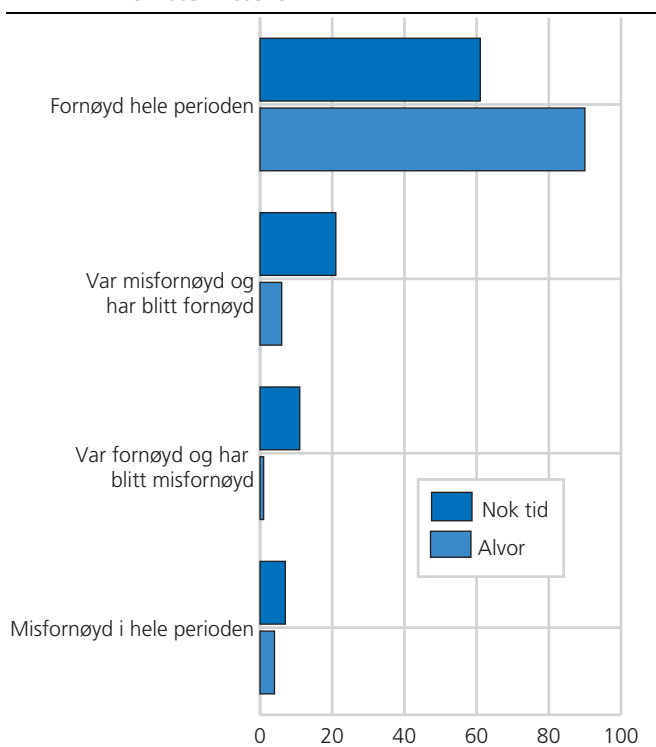
Note: * for $p < 0,05$, ** for $p < 0,01$ og *** for $p < 0,001$.

9.4. Legekonsultasjonen - endringer fra 2000 til 2003

Levekårspanelet gir mulighet til å undersøke hvem det er som har endret oppfatning om legekonsultasjonen fra 2000 til 2003. Hvilke grupper var misfornøyd med legekonsultasjonen tidligere, men har blitt fornøyd etter FLO? Og hvilke grupper har skiftet mening fra å oppleve at legekonsultasjonen fungerte i 2000, til at de ikke er tilfreds? I figur 9.5 kobles svarene respondentene ga på de to utsagnene i 2000 sammen med svaret de ga i 2003.²⁷

11 prosent av de som var fornøyd med tiden de fikk i legekonsultasjonen, har blitt misfornøyd med dette. På den andre siden har 21 prosent endret oppfatning fra å synes at de fikk for lite tid, til å oppleve at de får nok tid. I forhold til å bli tatt på alvor har det vært svært få endringer. 6 prosent har blitt fornøyd, mens kun 1 prosent har blitt misfornøyd fra 2000 til 2003.

Figur 9.5. Endringer i opplevelse av om legen gav nok tid i legekonsultasjonen, og om legen tar den enkelte og hans problemer på alvor i legekonsultasjonen fra 2000 til 2003. Prosent



²⁷ Vi bruker den samme dikotomiseringen som tidligere. Alle som oppga at de var enig eller litt enig i utsagnet oppfattes som "Enig", mens de som oppga at de var litt eller helt uenig oppfattes som "Uenig".

9.4.1. Hvem har blitt mer fornøyd med tiden de får hos legen?

Omlag 21 prosent har blitt fornøyd med tiden de får i legekonsultasjonen fra 2000 til 2003. Finnes det spesielle egenskaper som kjennetegner de som har blitt fornøyd etter FLO?

Det er ikke noen spesiell forskjell mellom respondentene etter de kjennetegnene som undersøkes (tabell 9.8). Det kan se ut som om de som har høy utdannelse i noe mindre grad har blitt fornøyd, samt at de som ikke fikk sitt førstevalg i legevalgsprosessen i større grad har blitt fornøyd. Videre kan tabellen tyde på at de som ønsker å bruke flere allmennleger i mindre grad har blitt fornøyd. Forskjellen er imidlertid ikke signifikant. En analyse av de som ikke hadde fast lege i 2000, men som har fått det i 2003 viser at noen flere (25 prosent) i gruppen har blitt mer fornøyd i perioden. Forskjellen er ikke signifikant.

Tabell 9.9 viser at de som ikke fikk førstevalget i legevalgsprosessen i større grad har endret oppfatning fra å være misfornøyd til å bli fornøyd med tiden de får hos legen i løpet av perioden. Resultatet kan virke konterintuitivt, men de som ikke fikk førstevalget har i større grad fått mer "upopulære" allmennleger. De har ikke nødvendigvis fulle lister, noe som gjerne betyr at de har ledig kapasitet og færre pasienter. Ergo kan det hende disse legene gir hver pasient bedre tid. Samtidig er det mulig at pasientene hadde negative forventninger til fastleger de selv ikke har valgt, og at dette har endret seg over tid. Alle andre forskjeller forsvinner når det kontrolleres for relevante variable. En analyse av de som ikke hadde fast lege i 2000, men som har fått det i 2003, viser at disse i større grad har blitt mer fornøyd. Det er 1,3 ganger større sjans for at noen som ikke hadde fast lege i 2000 og som har fått det i 2003, skal ha blitt fornøyd sammenlignet med resten.²⁸

²⁸ Denne regresjonen er lik modell 1 i tabell 9.9 + en dikotom variabel med de som har fått fast lege. Resultatet har en p-verdi på 0,05.

Tabell 9.8. Andel som har blitt mer fornøyd med tiden de får i legekonsultasjonen fra 2000 til 2003, i alt og etter alder, kjønn, egenrevert helse, utdanning, om man har fastlege, legepraksis, geografi, prioritet i legevalg, preferanse i forhold til fast lege, samt om man foretrekker lege med et annet kjønn enn det man har

	Andel blitt fornøyd	N
Alle	21	1506
Alder		1506
16-24 år	22	110
25-44	21	545
45-66	20	611
67-79	19	191
80 år og eldre	27	49
Kjønn		1506
Kvinner	21	942
Menn	10	564
Egenrevert helse		1506
Svært god	18	222
God	20	650
Verken god eller dårlig	21	408
Dårlig/svært dårlig	25	226
Utdanning		1385
Ungdomsskole eller kortere	21	214
Videregående skole	22	799
Universitets- og høyskoleutdanning, lavere nivå	18	305
Universitets- og høyskoleutdanning, høyere nivå	16	67
Fastlege		1479
Har fast lege	21	1441
Har ikke fast lege	13	38
Legepraksis		1479
Solopraksis	19	229
To-lege praksis	17	148
Legesenter	22	1101
Geografi		1479
Bosatte i kommuner med > 20 prosent turnuskandidater eller > 50 prosent fastlønnede leger	23	156
Bosatte i kommuner med < 20 prosent turnuskandidater og < 50 prosent fastlønnede leger	21	1323
Prioritet		1385
Fikk førstevalg	20	1148
Fikk ikke førstevalg	26	237
Preferanse		1479
Ønsker å bruke flere ulike allmennleger	16	153
Ønsker ikke å bruke flere ulike allmennleger	21	1326

Tabell 9.9. Sannsynligheten for å ha blitt mer fornøyd med tiden de får i legekonsultasjonen fra 2000 til 2003. Multivariat logistisk regresjon

	Modell 1,		Modell 2,	
	Kji-kvadrat	Odds	Kji-kvadrat	Odds
Alder (Sammenlignet med personer mellom 25-44 år)				
16-24 år	0,0	1,06	0,0	0,97
45-66	0,5	0,89	0,2	0,93
67-79	1,4	0,76	0,8	0,80
80 år og eldre	0,3	1,24	0,5	1,31
Kjønn				
Kvinner	0,0	0,98	0,1	1,04
Egenvurdert helse (Sammenlignet med de som vurderte sin egen helse som "svært god")				
"God"	0,8	1,22	0,6	1,18
"Verken god eller dårlig"	0,9	1,25	0,2	1,12
Dårlig/svært dårlig	1,5	1,38	1,3	1,35
Utdanning (Sammenlignet med personer med ungdomsskole eller kortere)				
Videregående skole	0,1	1,07	0,3	1,12
Universitets- og høyskoleutdanning, lavere nivå	0,6	0,82	0,3	0,88
Universitets- og høyskoleutdanning, høyere nivå	0,5	0,77	0,1	0,87
Fastlege				
Har fast lege			1,8	2,32
Prioritet				
Fikk førstevalg			5,0	0,68*
Preferanse				
"Ønsker å bruke flere ulike allmennleger"			2,0	0,70
Legepraksis (Sammenlignet med legesenter)				
Solopraksis			1,3	0,80
To-lege praksis			0,6	0,83
Geografi				
Bosatte i kommuner med > 20 prosent turnuskandidater eller > 50 prosent fastlønnede leger			0,9	1,23
Kjønn på lege				
Foretrekker lege med annet kjønn			0,5	1,38
Antall observasjoner	1364		1342	

Note: * for $p < 0,05$, ** for $p < 0,01$ og *** for $p < 0,001$.

9.4.2. Mindre fornøyd med tiden man får hos legen fra 2000 til 2003?²⁹

Når personer kan følges over tid, betyr det også at det kan undersøke nærmere hva som kjennetegner de som har en annen opplevelse av legekonsultasjonen i 2003, sammenlignet med i 2000. Hva kjennetegner de som har blitt mindre fornøyd?

De yngste i utvalget har i større grad blitt misfornøyd. De som ønsker å bruke flere allmennleger har i stor grad blitt misfornøyd med tiden de får i legekonsultasjonen etter innføringen av FLO. Videre er det flere blant de som rapporterer at de har dårlig helse som har blitt mer misfornøyd, sammenlignet med utvalget som helhet. En analyse av de som ikke hadde fast lege i 2000, men som har fått det i 2003, viser at noe flere (12 prosent) i gruppen har blitt misfornøyd i perioden. Forskjellen er ikke signifikant.

Flere av forholdene i tabellen henger vanligvis sammen. Gjennom logistisk regresjon kontrolleres det for det.

²⁹ Det har vært få endringer i det mer generelle spørsmålet knyttet til om legen tar den enkelte på alvor. Derfor lar vi dette ligge.

Tabell 9.10. Andel som har blitt misfornøyd med tiden de får i legekonsultasjonen fra 2000 til 2003, i alt og etter alder, kjønn, egenvurdert helse, utdanning, om man har fastlege, legepraksis, geografi, prioritet i legevalg, preferanse i forhold til fast lege, samt om man foretrekker lege med et annet kjønn enn det man har

	Andel blitt misfornøyd	N
Alle	11	1 506
Alder		1 506
16-24 år	15	110
25-44	11	545
45-66	11	611
67-79	13	191
80 år og eldre	14	49
Kjønn		1 506
Kvinner	11	942
Menn	12	564
Egenvurdert helse		1 502
Svært god	9	222
God	9	650
Verken god eller dårlig	15	411
Dårlig/svært dårlig	14	226
Utdanning		1 385
Ungdomsskole eller kortere	14	214
Videregående skole	11	799
Universitets- og høyskoleutdanning, lavere nivå	10	305
Universitets- og høyskoleutdanning, høyere nivå	14	67
Fastlege		1 479
Har fast lege	12	1 441
Har ikke fast lege	5	38
Legepraksis		1 479
Solopraksis	10	229
To-lege praksis	15	149
Legesenter	12	1 101
Geografi		1 479
Bosatte i kommuner med > 20 prosent turnuskandidater eller > 50 prosent fastlønnede leger	12	156
Bosatte i kommuner med < 20 prosent turnuskandidater og < 50 prosent fastlønnede leger	12	1 323
Prioritet		1 385
Fikk førstevalg	12	1 148
Fikk ikke førstevalg	9	237
Preferanse		1 479
Ønsker å bruke flere ulike allmennleger	22	153
Ønsker ikke å bruke flere ulike allmennleger	10	1 326
Kjønn på lege		1 479
Foretrekker lege med annet kjønn	14	44
Er fornøyd med legens kjønn	12	1 435

Tabell 9.11. Sannsynligheten for å ha blitt misfornøyd med tiden de får i legekonsultasjonen fra 2000 til 2003. Multivariat logistisk regresjon

	Modell 1		Modell 2	
	Kji-kvadrat	Odds	Kji-kvadrat	Odds
Alder (Sammenlignet med personer mellom 25-44 år)				
16-24 år	2,9	1,77	3,2	1,88
45-66	0,5	0,86	0,6	0,84
67-79	0,2	0,88	0,0	0,95
80 år og eldre	0,0	0,99	0,0	1,09
Kjønn				
Kvinner	0,5	0,88	0,5	0,87
Egenvurdert helse (Sammenlignet med de som vurderte sin egen helse som "svært god")				
"God"	0,4	1,20	0,5	1,25
"Verken god eller dårlig"	4,4	1,89*	4,4	1,95*
Dårlig/svært dårlig	3,5	0,91	3,4	1,93
Utdanning (Sammenlignet med personer med ungdomsskole eller kortere)				
Videregående skole	1,7	0,73	2,4	0,7
Universitets- og høyskoleutdanning, lavere nivå	1,5	0,70	2,4	0,62
Universitets- og høyskoleutdanning, høyere nivå	0,0	1,05	0,1	0,90
Fastlege				
Har fast lege			0,70	1,92
Prioritet				
Fikk førstevalg			2,1	1,47
Preferanse				
"Ønsker å bruke flere ulike allmennleger"			19,62,88***	
Legepraksis (Sammenlignet med legesenter)				
Solopraksis			0,9	0,77
To-lege praksis			2,0	1,47
Geografi				
Bosatte i kommuner med > 20 prosent turnuskandidater eller > 50 prosent fastlønnede leger			0,0	0,95
Kjønn på lege				
Foretrekker lege med annet kjønn			0,5	1,57
Antall observasjoner	1364		1342	

De som verken har god eller dårlig helse har er i større grad blitt misfornøyd, sammenlignet med de som har god eller svært god helse. Videre er sannsynligheten for å ha endret oppfatning fra å være fornøyd i 2000 til å være misfornøyd i 2003 større for de som ønsker å bruke flere allmennleger i 2003.

9.5. Avsluttende betraktning - Erfaringer med legekonsultasjonen

I kapitlet har det blitt sett nærmere på pasientenes erfaringer med legekonsultasjonen før og etter FLO. Legekonsultasjonen og lege- pasientrelasjonen bygger i stor grad på kommunikasjon og tillit. Det tar gjerne tid før legene kjenner den enkelte. Samtidig bygges samhandlingsmønstre og legebruksvaner opp over tid. En kan derfor ikke vente at en reform som ikke griper direkte inn i selve samhandlingen mellom lege og pasient skal kunne endre den dramatisk i løpet av kort tid. Selv om fastlegereformen ikke griper direkte inn i samhandlingsrelasjonen mellom lege og pasient, har den endret ved rammebetingelsene knyttet til legekonsultasjonen. I perioden fra 2000 til 2003 har det blitt klart flere legeårverk, også i kommuner som tidligere har hatt ustabil legedekning (Finnvold og Svalund 2004). Videre har flere en fast lege etter reformen. Samtidig griper listesystem og nye former

for avlønningssystemer inn i organiseringen av allmennlegetjenesten og legens arbeidssituasjon.

Fastlegereformens intensjon om at alle skal ha en fast legerelasjon innebærer en formelt sett stor endring for de som tidligere ikke klarte eller ønsket å ha en fast legerelasjon. Kapitlet viser at de som ikke hadde fast lege i 2000 opplevde at de ikke fikk nok tid hos legen. Dette har endret seg etter FLO. Samtidig kommer det frem at de som har fått seg fast lege etter reformen ikke har beveget seg fra å være misfornøyd til å bli fornøyd i større grad enn andre. Det ser dermed ikke ut som det at en del har fått en fastlege har vært avgjørende for at flere opplever at de får nok tid hos legen.

Andelen som opplever at de og deres problemer tas på alvor av legen er ikke endret. Det er ikke spesielt overraskende, all den tid svært mange var tilfreds med den siden ved legerelasjonen også før reformen. Den eneste variasjonen mellom pasientgrupper viser seg å være at jo dårligere helse den enkelte har, jo mindre sannsynlig er det at han eller hun er enig i at legen tar dem på alvor. Kapitlet viser også at flere er fornøyd med tiden de får hos legen. Samtidig varierer opplevelsen av disse forholdene lite mellom ulike pasientgrupper. Pasientene er fornøyd nok så

uavhengig av alder, kjønn og utdanning. Det er imidlertid slik at de som rapporterer om høy grad av sykkelighet i mindre grad er fornøyd med tiden de får i legekonsultasjonen. Det ser ikke ut som fastlegereformen har hatt noen betydning, ettersom sammenhengen eksisterte både i 2000 og i 2003.

Levekårspanelet gir muligheter som vanlige tverrsnitt ikke har, blant annet til å studere bevegelser over tid. Mens andelen som rapporterer at de er enig i at legen gir for lite tid i konsultasjonene er redusert med 10 prosentpoeng, fra 28 til 18 prosent, viser panelet at hele 21 prosent har blitt mer fornøyd. Samtidig med at en så vidt stor andel opplever at de får mer tid hos legen en tidligere, opplever 11 prosent det motsatte. En av intensjonene med fastlegereformen har vært at hver enkelt skal forhold seg til en lege. Delvis fordi en del ønsker det, og delvis for å unngå "legeshopping" og for å bedre behandlingen av pasientene. Mulighetene til å bruke flere allmennleger for de som ønsker eller har behov for det er redusert. Så har da også de som ønsker å bruke flere allmennleger blitt misfornøyd. Kapittel 8 viste samtidig at disse også er misfornøyd med ventetiden hos legen. Det kan derfor synes som om disse har kommet uheldig ut av fastlegereformen.

I løpet av fastlegeforsøket kom det frem at presset på kvinnelige leger kunne bli stort, ettersom en del pasienter, spesielt kvinner ønsker kvinnelige leger. Kapitlet viser at færre har et klart ønske knyttet til legens kjønn i 2003, sammenlignet med i 2000. Våre analyser kan tyde på at de som ønsker kvinnelig lege, men som har mannlig i 2003, i mindre grad er fornøyd med legekonsultasjonen og tiden de får hos legen. Imidlertid er datagrunnlaget for spinkelt til å kunne trekke klare konklusjoner om det.

Referanser

- Andersen F, Forsdahl A, Herder O, Aaraas I: Legemangelen i distriktene – nord-norske funn, nasjonale utfordringer. Tidsskr Nor Lægeforen nr 23, 2001; 121: 2732-5
- Andreassen, Irene og Monika Skjøld Johansen (2003), Medborgerskap og brukerrollen. *Sosiologi i dag*, 33,4:55-75.
- Bensing J M, Brink-Muinen, A Bakker, D H: Gender Differences in Practice Style: A Dutch Study of General Practitioners. *Medical Care*, Vol 31, No31 1993; 219-29
- Bild, Hanna, Jon Erik Finnvold, Kari Kveim Lie, Rannveig Nordhagen og Arnfinn Schjalm(1998): Hvordan møter småbarnsfamiliene helsetjenesten? Analyser av variasjoner i helsetilstand, sosiale nettverk og erfaringer med helsetjenesten. SSB rapporter 98/11
- Dahle, Rannveig og May-Len Skilbrei (2003), *Fastlegeordningen og pasienter med store legebehov*. Nova-rapport; 3/2003. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).
- DiMaggio, Paul J. og Walter W. Powell (1983), "The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields." *American sociological review*, 48:147-60.
- Elstad, Jon Ivar (1992): Om "Doktor-shopping" blant kvinner. Paper presentert på "Forum for helsetjenesteforskning", Bergen, 27-29 september 1992
- Elstad, Jon Ivar (2003), "Helse i Norge ved årtusenskiftet" i Frønes, Ivar og Kjølørød, Lise (red) *Det Norske samfunn*. 4. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Finnvold, Jon Erik (1998): Kan misfornøyde pasienter gi oss bedre helsetjenester? Samfunnsspeilet nr. 3, 1998
- Finnvold, Jon Erik (2000): -Bestemmer behovene bruken av legespesialistene? Kapittel 4 i SA 56 Helse- og omsorgstjenester, Statistisk sentralbyrå
- Finnvold, Jon Erik og Bård Paulsen (2002): Før innføring av fastlegeordning – brukervurderinger av allmennlegetjenesten i et veiskille, Rapport, NIS-SINTEF/Statistisk sentralbyrå, 2002. Sintef-rapport STF78 A025008
- Finnvold, Jon Erik , Hilde Lurås og Bård Paulsen (2003): Fastlegeordningen: De fleste fikk den de ville ha. Samfunnsspeilet nr. 2, 2003
- Finnvold J E, Svalund J: Blanda resultat av fastlegereforma. Samfunnsspeilet 2/2004
- Freidson, Elliot (1970), *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd, Mead & Co., 1970.
- Giddens, A (1997), *Modernitetens konsekvenser*. Oslo: Pax forlag AS.
- Goddard M, Smith P: Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Social Service and Medicine* No 53, 2001; 1149-1162
- Grimsmo A: Innføring av fastlegeordning i små kommuner? Universitetet i Trondheim, Samfunnsmedisinsk forskningssenter, rapport 151195.
- Grytten, Jostein, Skau, Irene og Fredrik Carlsen (2004), "Brukertilfredshet i allmennlegetjenesten før og etter fastlegereformen", *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 124: 652-654.
- Heen H, Johnsen E, Opdahl Mo T: Forsøk med fastlegeordning. Evaluering av forsøk i fire kommuner. AFIs rapportserie nr 2/96.
- Hellevik, Ottar (1991), *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. 5. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Holmboe, J., 1996, Helsekontroller – kjekt å ha?, Tidsskr Nor Lægefor, 116: 2067-8.

- Iversen, Tor og Hilde Lurås (2000): The effect of capitation on GPs' referral decisions. *Health economics* 9, 199-210.
- Jarman B: Underprivileged areas. *Medical Annual* 1985
- Johansen, Monica Skjøld og Irene Andreassen (2003), "Møtet med helsevesenet: Er det ulik for gamle og unge?" i Daatland, Svein Olav, Berglund, Frode, Andreassen, Irene og Monica Skjøld Johansen Eldre og helse først. Alder, makt og ressurser. Makt- og demokratiutredningens rapportserie, Rapport 74: 2003
- Langley, Ross G, Salomon Minkin, James E. Till (1997): Regional variation in nonmedical factors affecting family physicians' decision about referral for consultation. *Journal of Canadian Medical Association* 157:265-72
- Larsen, Ø. (red), 1992, Samfunnsmedisin i Norge – teori og anvendelse, Universitetsforlaget AS, Oslo.
- Lian O: Pasienterfaringer i primærlegetjenesten før og etter fastlegereformen. ISM skriftserie, Nr 70, Universitetet i Tromsø 2003
- Lian, Olaug S og Tom Wilsgaard (2004), "Pasienterfaringer i primærlegetjenesten før og etter fastlegeordningen", *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 124: 655-658.
- Lian, Olaug (2003), "Tillitens vilkår i en markedsorientert helsetjeneste". *Sosiologi i dag*. 33, 2: 31-51.
- Matzen, R.N., Lang R.S., 1993, *Clinical Preventive Medicine*, Mosby, St.Louis, USA.
- Magnussen J, Kalseth B: Sykehussektoren på 90-tallet, NIS-rapport 1/98
- Malterud K: Kvinners "ubestemte" helseplager – medisinske og velferdspolitiske utfordringer. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr 12, 1999; 1790-3
- Malterud K, Steinert S, Mo T O: Kjønn, arbeidsbelastning og listeprofil i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr 19, 1995; 115: 2406-11
- March, James G. og Johan P. Olsen (1976), *Ambiguity and choice in organizations*. Bergen: Universitetsforlaget.
- Meyer, John. W. og Brian Rowan (1978), The structure of educational organizations. I Marshall W. Meyer mfl. (red.), *Environment and organizations*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Meyer, John. W. og Brian Rowan (1978), Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American Journal of sociology*, 83: 340-63.
- Måseide, Per (1987), *Medisinsk sosiologi: Noen sosiologiske perspektiver på sjukdom og behandling*. Oslo: TANO.
- Norges offentlige utredninger. Flere gode leveår for alle. Forebyggingsstrategier. NOU 1991:10. Oslo: Sosialdepartementet, 1991
- Paulsen B. Og hvordan har vi det i dag? Kommunal rapport 7/86
- Paulsen B: Fastlegeordning – pasientsammensetning og arbeidsbelastning for legene. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr 22, 1995; 115
- Paulsen B, Fjermestad T: Fastlegeforsøket i Trondheim. Sluttrapport. Trondheim kommune august 1996.
- Perri 6 (2003): Giving Consumers of British Public Services More Choice: What can be Learned from Recent History? *Journal of Social Policy* 32,2, 239-270
- Pettersen, Kjell I. og Marijke Veenstra (1999), Pasienterfaringer og helse relatert livskvalitet ved norske sykehus: resultater fra en tverrsnittundersøkelse ved 14 sykehus høsten 1996. Heltef forskningsrapport 3-1999.
- Rolland, Asle (2003) "Brukernes tilfredshet eller tjenestenes kvalitet?" *Tidsskrift for velferdsforskning*, 6, 1: 56-60.
- Rolland, Asle, Øyvind Brekke, Bendik Meling Samuelsen og Pål Rasmus Silseth (2004), *Evaluering av kommunale brukerundersøkelser: prosjekt utført for Kommunal- og regionaldepartementet av Statistisk sentralbyrå og Handelshøyskolen BI*. Rapporter / Statistisk sentralbyrå ; 2004/7. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Stortingsmelding 23 (1996-1997), *Trygghet og ansvarlighet: Om legetjenesten kommunene og fastlegeordningen*. Sosial- og helsedepartementet. Oslo. Departementet.
- Storvik, Aagoth (2004), "Bruken av brukerundersøkelser". *Søkelys på arbeidsmarkedet*, 21, : 122-133.
- Skogsholm A, Hasvold T: Er fastlegeforsøket mer krevende for kvinnelige enn for mannlige leger? *Tidsskr Nor Lægeforen* nr 23, 1999; 119: 3417-20

Sosial- og helsedepartementet: Forskrift om fastlegeordningen i kommunene. 14 april 2000

Sosial- og helsedepartementet (2001): Mål og rammedokument for evaluering av fastlegereformen.

St.meld nr 23, 1996/97. Trygghet og ansvarlighet: Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen.

Statistisk sentralbyrå 2004: Pasientstatistikk. Endelige tall, 2003. Sykehusene satser mer på dagbehandling. <http://www.ssb.no/emner/03/02/pasient/> (avlest 12.05.04)

Thomas K, Nicholl J, Coleman P: Assessing the outcome of making it easier for patients to change general practitioner: practice characteristics associated with patients movements. *British Journal of General Practice*, 1995, 45, 581-586

Ubokudom S E: The Association between the Organization of Medical Practice and Primary Care Physician Attitudes and Practice Orientations. *Soc. Sci. Med* Vol 46, No 1, 1978:59-71

Williams, Brian, Joanne Coyle og David Healy (1998), "The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels". *Social Science and medicine*, 47: 1351-1359.

Data og metode kapittel 8 og 9

Delutvalg

I kapittel 8 fokuseres det på lege - pasientrelasjonen og brukernes tilfredshet med ulike sider av denne relasjonen før og etter FLO. I Levekårspanelet er de samme menneskene fulgt over tid, noe som betyr at vi kan studere endring og hvilke faktorer som bidrar til at noen endrer opplevelse av sin lege. Enkelte personer faller av ulike grunner fra, mens andre kommer til under panelets levetid. For å kunne studere det nevnte endringsaspektet konstruerer vi et delutvalg hvor det er en betingelse at man har blitt intervjuet både før reformen (i 2000) og etter reformen (i 2003). Før denne betingelsen var nettoutvalget i levekårspanelet på 5619, mens delutvalget etter denne betingelsen er på 3181 personer. Når opplevelsen av lege - pasientrelasjonen skal undersøkes, er det et poeng at det eksistere en relasjon. De som studeres må ha vært hos legen. For å komme med i delutvalget må respondenter ha svart at de har hatt legekontakt på grunn av egen sykdom de siste 12 månedene, både i 2000 og 2003. Dette redusere delutvalget ytterligere til 1 579 respondenter. Til slutt er det en betingelse for å komme med i delutvalget at man har fått spørsmålene om opplevelsen av ulike sider ved legerelasjonen (se under for nærmere om dette). De som i 2003 oppgir at de har ikke har fast lege, men fast legespesialist på sykehus eller utenfor sykehus eller begge disse, ble ikke stilt disse spørsmålene. Dermed blir delutvalget redusert til 1532 respondenter.

Avhengig variabler

I analysene av pasienttilfredshet brukes tre ulike mål på forholdet mellom lege og pasient. I det følgende vil disse avhengige variablene beskrives nærmere. Spørsmålene som brukes i kapittel 8 dreier seg om *ventetid*, om legen gir *nok tid* under konsultasjonen, og om pasientene opplever at legen *tar dem på alvor*. Det er kjent i forskning omkring tilfredshet at folk har en tendens til å oppgi at de er litt mer tilfredse enn de faktisk er, noe som bør tas i betraktning ved fortolkning av resultatene (Pettersen og Veenstra 1999). Dette har betydning ved fortolkning av tilfredshet på et enkelt tidspunkt. En slik målefeil har imidlertid liten betydning når vi studerer hvem som er mest eller minst fornøyd med lege - pasientrelasjonen før og etter reformen. En evt. målefeil vil gjelde alle respondenterne, og både 2000 og 2003, og mulighetene for å studere variasjoner i tilfredshet påvirkes ikke av dette. det er et større problem at respondentene stiller ulike krav og har ulike forventninger til allmennlegen. Mens noen er fornøyd med et forhold, vil andre kunne stille seg negative til dette samme forholdet. Dette er det viktig å ta hensyn til i fortolkning av resultatene.

Spørsmålsutforming - Skille mellom de med og uten fast lege

I 2000 og 2003 ble respondentene spurt om de hadde en fast lege eller ikke. De som svarte ja på at de hadde en fast allmennlege eller bedriftslege/skolelege skulle så ta stilling til tre utsagn som relaterer seg til denne faste legen. Et utsagn dreide seg om ventetid, et om de opplevde at legen gir nok tid og et om de opplevde at legen tar dem på alvor. De som svarte at de ikke hadde en fast lege skulle ta stilling til de samme utsagnene, men relatere dem til den siste lege de var hos. De som svarte at de hadde fast lege som ikke var allmennlege eller bedriftslege/skolelege, men spesialist på eller utenfor sykehus, fikk ikke spørsmålet overhode. I analysene slås spørsmålene til de som svarte at de hadde en fast lege og de som svarte at de ikke hadde en fast lege sammen. Som nevnt ble de som hadde fast lege og de som ikke hadde fast lege i 2000 og 2003 stilt litt forskjellige spørsmål om hvordan de opplevde lege - pasientforholdet. De som hadde en fast lege skulle ta stilling til disse utsagnene:

STILLES TIL PERSONER MED EN FAST LEGE
(HVIS IO HAR BÅDE FAST
ALLMENNPRAKTISERENDE OG FAST
LEGESPESIALIST SPØR OM
ALLMENNPRAKTISERENDE)

Jeg skal nå lese opp en del påstander om din legekontakt. Tenk på de siste gangene du var hos din faste lege på grunn av egen sykdom. For hver påstand vil jeg at du skal svare om de er helt enig, litt enig, litt uenig eller helt uenig?

- Det tok alt for lang tid å få time hos legen
- Legen gav meg ikke nok tid
- Legen tok meg og mine problemer på alvor

De som ikke hadde fast lege ble isteden stilt dette spørsmålet:

Jeg skal nå lese opp en del påstander om din kontakt med legen. Tenk på de siste gangene du var hos lege på grunn av egen sykdom. For hver påstand vil jeg at du skal svare om de er helt enig, litt enig, litt uenig eller helt uenig?

- Det tok alt for lang tid å få time hos legen
- Legen gav meg ikke nok tid
- Legen tok meg og mine problemer på alvor

Forskjellen på disse to dreier seg kun om at spørsmålet i det ene tilfellet relaterer seg til den faste legen, mens det i det andre tilfellet relaterer seg til den siste legen respondenten var hos. Mens det første utsagnet er ment å si noe om legens tilgjengelighet, og hvor lett det er for pasientene å besøke legen, dreier det andre seg om pasientenes erfaring med selve legekonsultasjonen, og om legen gir pasientene nok tid. Når det gjelder det siste utsagnet er det viktig å legge merke til at utsagnet her er snudd til en positivt påstand. I 2000 ble svarene fra de to spørsmålsvariantene automatisk koblet sammen til en variabel, mens vi har koblet dem sammen selv i 2003.

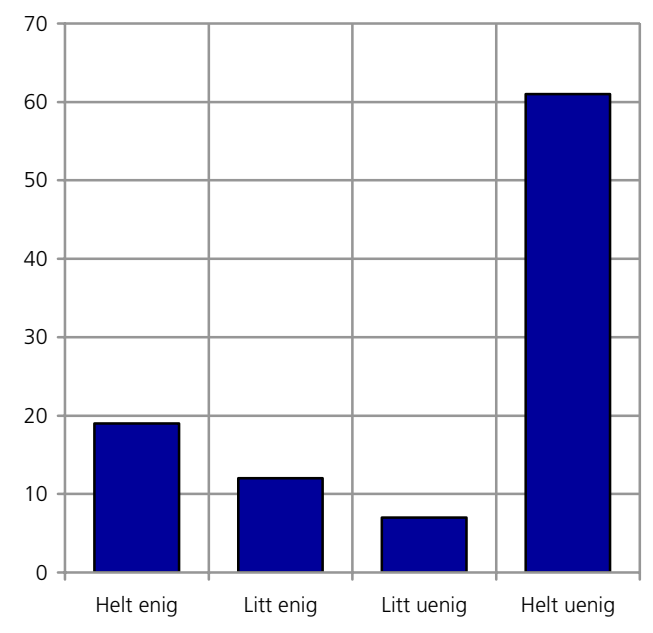
Fordeling og frafall 2000

I det følgende kommer vi nærmere inn på det partielle frafallet, samt fordeling og dikotomisering av de tre variablene.

Det tok for lang tid å få time hos legen

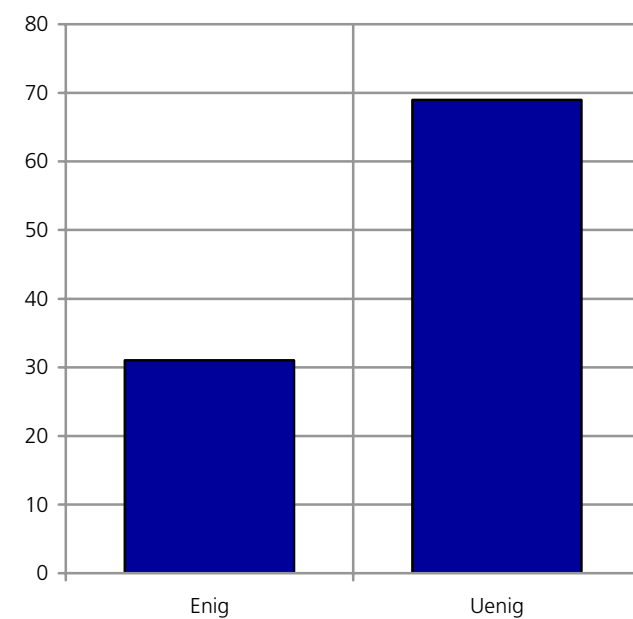
Det viser seg at tre respondenter ikke har svart på utsagnet, mens fire stykker har verdien 9 (uoppgitt). Ut over den rene frekvenstabellen er disse fjernet i analysene, slik at 1525 respondenter danner utgangspunkt for analyser av denne variabelen.

Figur A1. Det tok for lang tid å få time hos legen. 2000



69 prosent av respondentene svarte at de var litt uenig eller helt uenig i påstanden. Respondentenes tilfredshet med tiden det tar å få time studeres i kapittel 8 bla ved hjelp av logistisk regresjon. I disse analysene delte vi den avhengige variabelen i 2000 i to. Helt enig og delvis enig ble slått sammen til "Enig"(0), mens delvis uenig og helt uenig ble slått sammen til "Uenig". Den avhengige, dikotome variabelen fikk dermed denne fordelingen i utgangspunktet.

Figur A2. Det tok for lang tid å få time hos legen. 2000. Etter dikotomisering

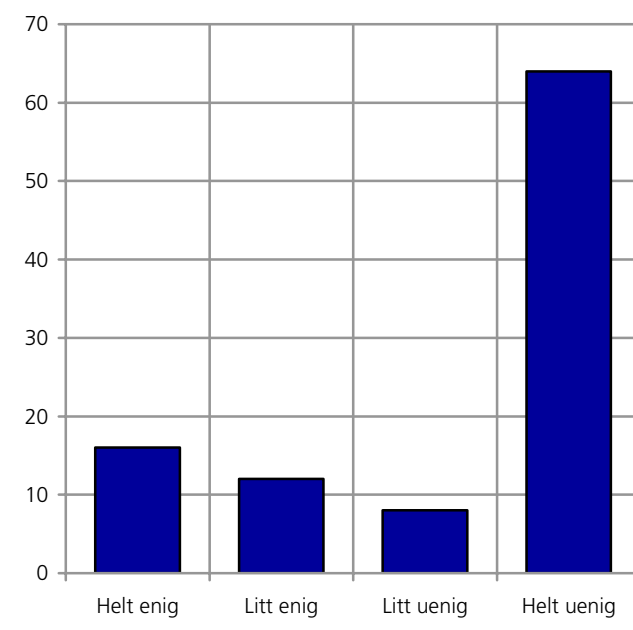


31 prosent er enig i at ventetiden er for lang.

Legen gav meg ikke nok tid

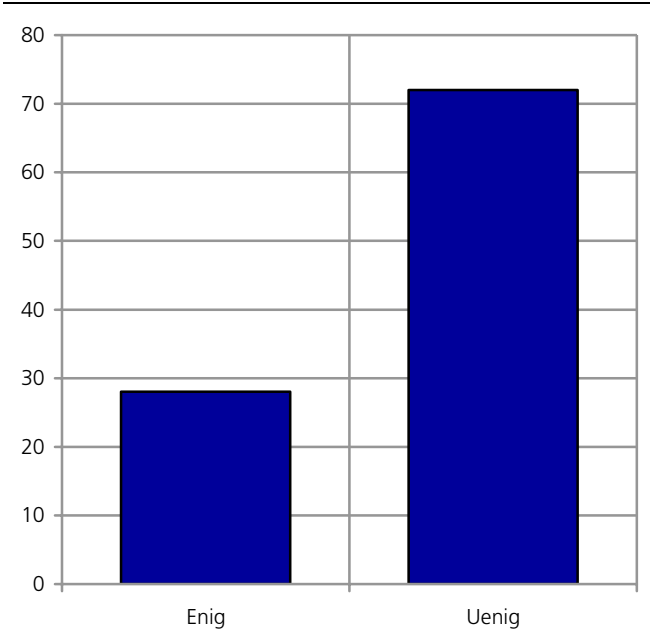
Når det gjelder utsagnet legen gav meg ikke nok tid kommer det frem at tre respondenter ikke har svart på spørsmålet, mens en har svart 8 (vet ikke/vil ikke svare) og tre 9 (uoppgitt). Det var derfor 1 525 respondenter som har svart direkte på om de er tilfredse med tiden de får hos legen eller ikke. Variabelen er svært høyreskjev, i det 72 prosent av respondentene svarer at de var litt uenig eller helt uenig i påstanden.

Figur A3. Legen gav meg ikke nok tid. 2000



Også denne variabelen ble dikotomisert og brukt i logistisk regresjon. Også her ble helt enig og delvis enig slått sammen til "Enig"(0), mens delvis uenig og helt uenig ble slått sammen til "Uenig".

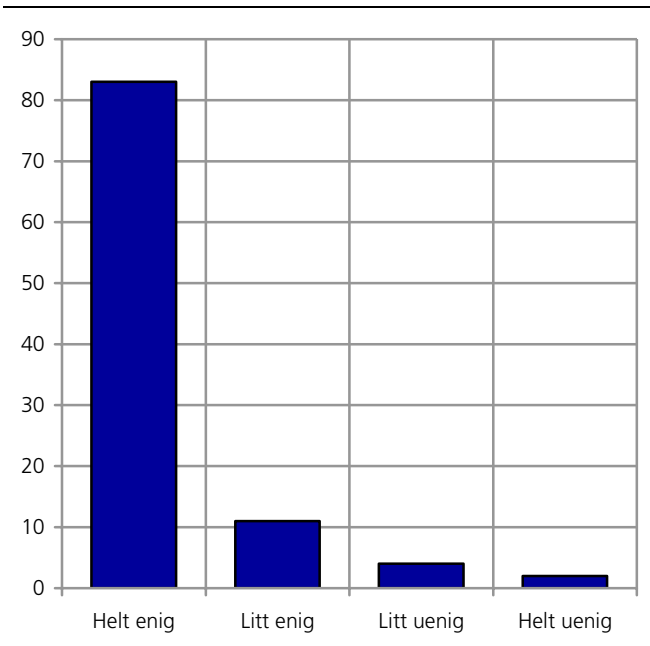
Figur A4. Legen gav meg ikke nok tid. 2000. Etter dikotomisering



Legen tok meg og mine problemer på alvor

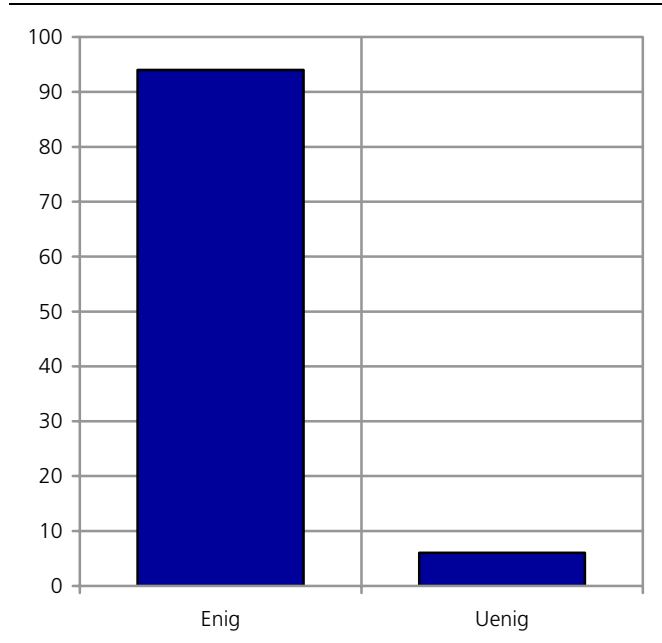
Også her er det tre respondenter som ikke har svart på utsagnet, mens 2 har verdien 9 (uoppgitt). Det er derfor 1527 respondenter som har tatt stilling til utsagnet. Som nevnt stilles respondentene overfor et positivt utsagn som de skal ta stilling til.

Figur A5. Legen tok meg og mine problemer på alvor. 2000



Fordelingen er svært høyreskjev. 94 prosent svarer at de er helt enig eller litt enig i påstanden. Variabelen ble dikotomisert for bruk i regresjonsanalyser. Også her ble helt uenig og delvis uenig slått sammen til "Enig"(0), mens delvis enig og helt enig ble slått sammen til "enig".

Figur A6. Legen tok meg og mine problemer på alvor. 2000. Etter dikotomisering



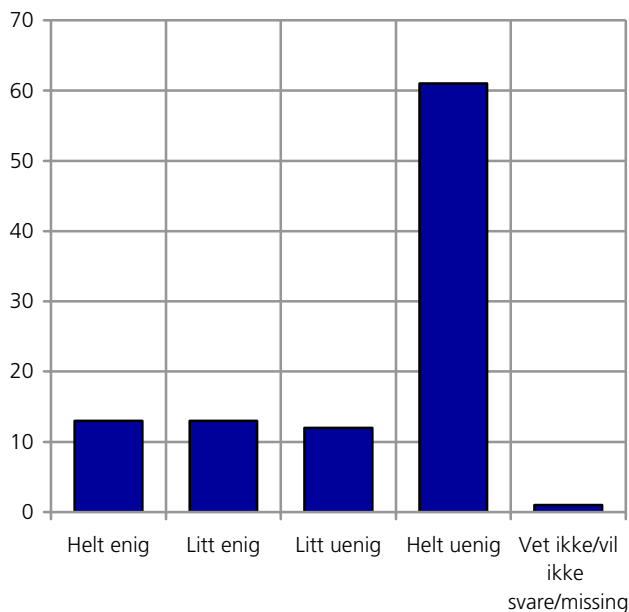
Fordeling og frafall 2003

Etter at de to spørsmålene ble koblet sammen i 2003 viste det seg at det ikke var partielt frafall i 2003. Imidlertid hadde tre respondenter verdien 8 (vet ikke) og 16 hadde verdien 9 (uoppgitt) på alle de tre utsagnene.

Det tok for lang tid å få time hos legen

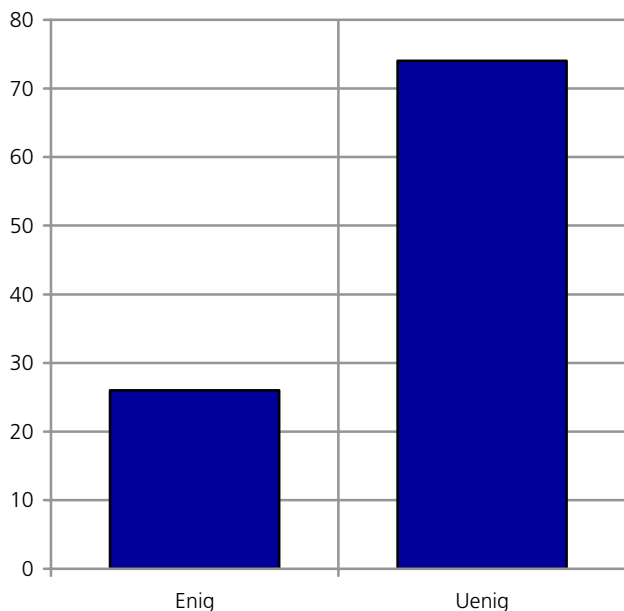
Etter at de som svarte 8 eller 9 på spørsmålet ble fjernet danner 1513 respondenter utgangspunkt for analyser av variabelen.

Figur A7. Det tok for lang tid å få time hos legen. 2003



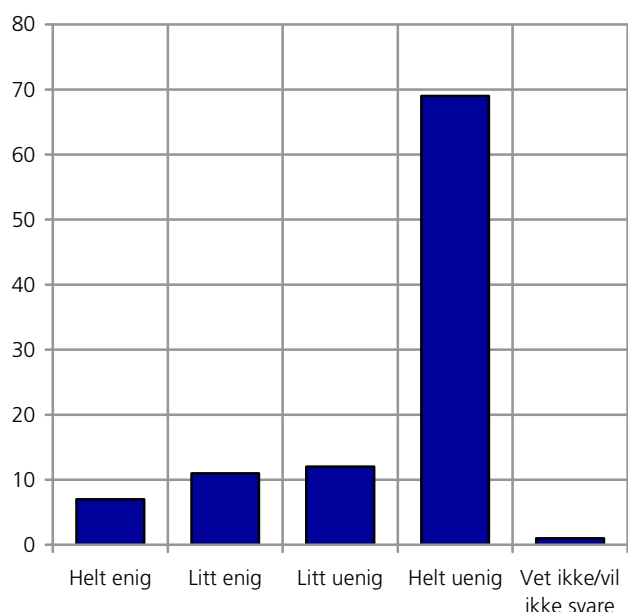
Variabelen er relativt høyreskjev, i det 74 prosent av respondentene svarte at de var litt uenig eller helt uenig i påstanden. Vi delte den avhengige variabelen i to for analyser med logistisk regresjon. Helt enig) og delvis enig ble slått sammen til "Enig"(0), mens delvis uenig og helt uenig ble slått sammen til "Uenig".

Figur A8. Det tok for lang tid å få time hos legen. 2003. Etter dikotomisering



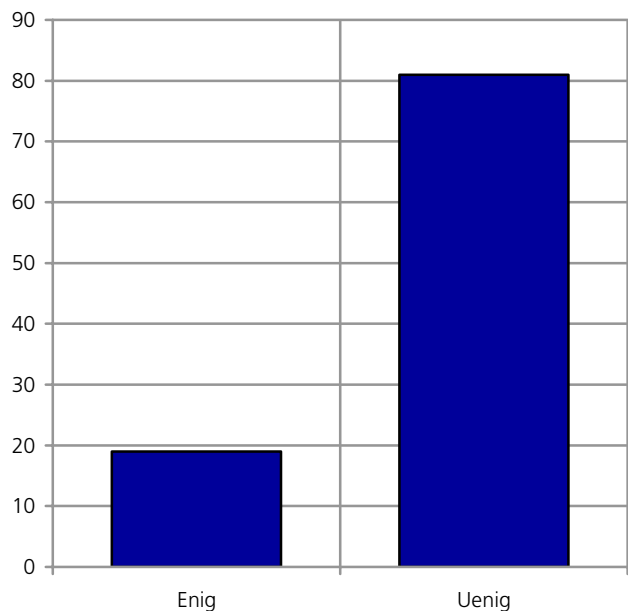
Legen gav meg ikke nok tid
De samme 1513 respondentene som svarte på utsagnet om ventetid har også svart på utsagnet knyttet til om legen gir nok tid i 2003. Variabelen gir det samme, høyreskjeve bildet som de tidligere omtalte variablene. 81 prosent av respondentene svarte at de var litt uenig eller helt uenig i påstanden.

Figur A9. Legen gav meg ikke nok tid. 2003



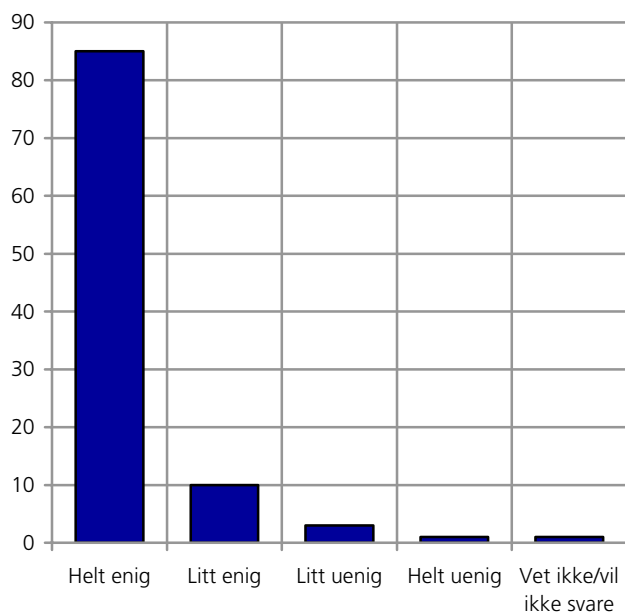
Også denne variabelen blir dikotomisert for bruk i regresjonsanalyser. Helt enig og delvis enig ble slått sammen til "Enig"(0), mens delvis uenig og helt uenig ble slått sammen til "Uenig"(1).

Figur A10. Legen gav meg ikke nok tid. 2003. Etter dikotomisering



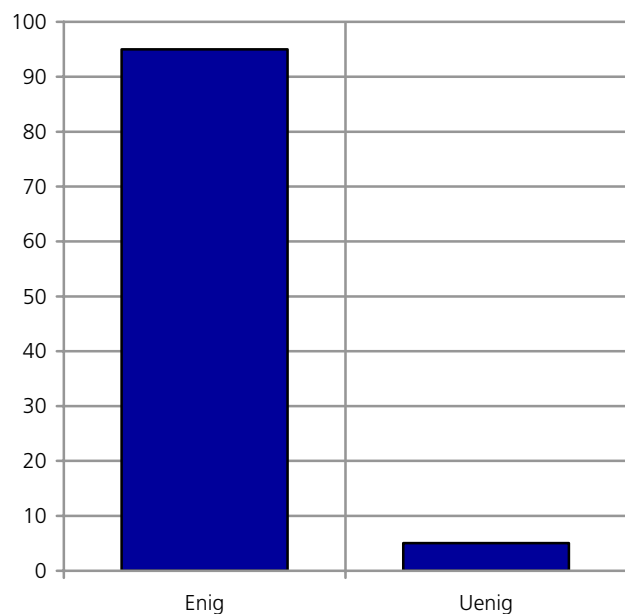
Legen tok meg og mine problemer på alvor
På dette utsagnet viste det seg at tre hadde verdien 8 (vet ikke) og 17 hadde verdien 9 (uoppgitt). 1512 respondentene danner dermed utgangspunkt for analyser av denne variabelen.

Figur A11. Legen tok meg og mine problemer på alvor. 2003



Fordelingen er høyreskjev, hvor 95 prosent er helt eller delvis enig i denne påstanden i 2003. Variabelen ble dikotomisert for bruk i regresjonsanalyser. Helt uenig og delvis uenig ble slått sammen til "Enig"(0), mens delvis enig og helt enig ble slått sammen til "enig".

Figur A12. Legen tok meg og mine problemer på alvor. 2003. Etter dikotomisering



Dokumentasjon av levekårspanelet

Samordnede levekårsundersøkelser fra 1996

I 1996 innførte Statistisk sentralbyrå et nytt system for utvalgsbaserte levekårsundersøkelser. Alle tidligere levekårsrelaterte undersøkelser ble samlet i ett felles system. Fordelene ved denne samordningen var mange. Blant annet kunne man følge utviklingen i folks levekår tettere, og utnytte kombinasjonen av register- og intervjudata bedre. En del av begrunnelsen var dessuten å skape et mer oversiktlig system, og dermed bedret ressursbruk.

Som følge av omleggingen har Statistisk sentralbyrå siden 1996 gjennomført en tverrsnitts-undersøkelse på høsten, og en panelundersøkelse i første halvår.

Undersøkelsene gjennomføres årlig med fast rotasjon av hovedtema. Temaene

- arbeid, utdanning og økonomi
 - boforhold, nærmiljø og fritid
 - helse, omsorg og sosial kontakt
- dekker dermed opp for de tidligere periodiske undersøkelsene med levekårsrelaterte tema.

Undersøkelsene om tidsbruk unntas dette mønsteret, og skal etter planen gjennomføres hvert tidende år. Siden oppstarten i 1996 har det vært gjennomført fire tverrsnittsundersøkelser (den femte gjennomføres høsten 2001) og fem datainnsamlinger i panelet.

Etablering av levekårspanelet

Levekårspanelet ble etablert 1. halvår 1997. Det finnes flere designmuligheter innen genren, men felles for alle panelundersøkelser er at det samles informasjon fra *samme* objekt (person, foretak o.l.) ved minst to anledninger. Statistisk sentralbyrå valgte et design med etablering av *ett fast panel* som i første omgang skulle løpe i fem år. Det ble gjort et grundig forarbeid, blant annet gjennomføring av en serie fokusgrupper, for å kartlegge forhold av betydning for deltakelse i undersøkelsen. Paneler av denne typen er stilt overfor flere typer frafallsproblem, noe vi vil drøfte nærmere.

Paneldesignets grunnprinsipp; at de *samme* personene kontaktes år etter år, innebærer at vi er i stand til å følge individer over en lengre periode av livsløpet. Statistisk sentralbyrås levekårspanel skal gi grunnlag for en bedre forståelse av de prosesser som styrer utviklingen på de ulike levekårsområdene. For å beskrive slike dynamiske prosesser, er det tilstrekkelig å kjenne status ved starttidspunktet, og deretter kartlegge endringene fra år til år.

Intervjuprogrammet er utformet slik at svarene som blir avgitt, hentes opp igjen og brukes som intervju-grunnlag året etter. Intervjuobjektene blir hvert år påminnet om status året før, og deretter spurt om det

har skjedd noen endring i løpet av året som har gått. På denne måten får man enkelt og effektivt undersøkt status på de ulike levekårsområdene.

For å kunne følge utviklingen over tid, er det lagt stor vekt på stabilitet i metodene og bruk av indikatorer. Spørreskjemaet er bygd opp rundt faste spørsmålsblokker innenfor arbeid, bolig og helse.

Noen av variablene hører til den årlige spørsmålskjernen, mens andre variable er funnet tilstrekkelige å undersøke med noe sjeldnere mellomrom. Rotasjonen i forhold til tema er ordnet slik at hver enkelt årgang av panelet betoner noe sterkere hovedtemaet i den forutgående tverrsnittsundersøkelsen.

To intervjusituasjoner – to metoder

Undersøkelsen gir altså to typer intervjusituasjoner; et "førstegangsintervju" for å kartlegge viktige levekårsområder for personer som oppas i panelet, deretter årlige "oppfølgingsintervju" for å undersøke status på disse områdene.

I førstegangsintervjuet gjøres først en omfattende kartlegging av personens husholdning, forhold ved boligen og husholdningens økonomi. Deretter følger en mer personlig del rettet mot helsetilstand og sosial kontakt. Kartlegging av arbeidstilknytning, arbeidsmiljø og yrkeshistorie avslutter intervjuet.

Personer som deltar for første gang blir fortrinnsvis intervjuet ved besøk. I Norge er vi heldig stilt hva telefondekningen i befolkningen angår, men i noen tilfeller er besøk faktisk avgjørende for å oppspore personer uten telefon.

Det er flere andre forhold som taler for besøk som valg av metode for et slikt type intervju. For det første er det svært viktig at respondenten forstår spørsmålene og får tid på seg til å formulere et svar, slik at intervjueren får registrert et mest mulig komplett og korrekt bilde av situasjonen for den enkelte ved starttidspunktet. Dette er særlig viktig med tanke på at svarene brukes som referanse i neste intervju. Besøksintervju gir normalt lavere frafall og bedre kvalitet enn både telefonintervju og selvadministrert spørreskjema, fordi intervjueren ved sin tilstedeværelse både kan motivere og veilede respondenten underveis i intervjuet.

For det andre er et langt intervju, der kartleggingen både er tidkrevende og kompleks, best egnet som besøk. En samtale ansikt-til-ansikt tillater mer omstendelighet og ettertenksomhet enn et intervju over telefon. Førstegangsintervjuet tar omtrent tre kvarter å gjennomføre. Det er lagt opp til at spørsmålene tilknyttet bolig og husholdning om nødvendig kan

besvares av en annen person i respondentens husholdning. I tilfeller der man har trukket en hjemmeboende ungdom, løses dette praktisk ved at en av foreldrene er tilstede og svarer, eller kan bidra til svar på husholdningsspørsmålene.

For det tredje er besøket i seg selv et godt utgangspunkt for å skape en god relasjon mellom intervjuer og respondent. Et godt førsteinntrykk av undersøkelsen vil være avgjørende for den enkeltes tilbøyelighet til å delta på nytt. Som vi har påpekt, er paneldesignet sårbart for frafall, og panelets forutsetning for å løpe over et lengre tidsrom, vil være svært avhengig av god oppslutning i første runde.

I alle paneler vil man før eller siden oppleve innslag av slitasje. Det er derfor viktig at oppgavebyrden i oppfølgingsintervjuene er liten, men at man likevel har rom variasjon i forhold til *hvilke* spørsmål som stilles. Dersom de samme spørsmålene repeteres år etter år, løper man både en risiko for at respondenter stivner i tidligere svar, og at andre går lei og hopper av.

Statistisk sentralbyrå har iverksatt flere tiltak for å vedlikeholde levekårspanelet. Gevinster i form av gavekort, gjør det mer attraktivt å delta. I tillegg forsøker man å holde interessen oppe ved å sende en årlig julehilsen med resultater fra siste års datainnsamling. Et effektivt sporingssystem er også viktig. Utsending av adresseendringskort er en av strategiene for å unngå at flytting tapper panelet.

Det er ulike hensyn å ivareta i de ulike fasene i datainnsamlingen til et løpende panel. Dette innebærer at det er relativt vanlig å kombinere flere metoder. CAPI (Computer-Assisted Personal Interviewing) er ressurskrevende, men samtidig den metoden med størst iboende potensial både med hensyn til svarprosent og kvalitet. En avveining mellom kostnads- og kvalitets-hensynet fører gjerne til at man velger besøksintervju i første runde for å holde frafallet nede, og deretter effektiviserer innsamlingen ved bruk av telefon eller postenquette. For drift av levekårspanelet har Statistisk sentralbyrå valgt å kombinere intervju metodene CAPI og CATI (Computer-Assisted Telephone Interviewing).

Oppfølgingsintervjuene er i underkant av en halv time, og med det innenfor rammene av intervjutid anbefalt for telefon. Forskning som sammenligner telefon og besøk med tanke på mulige metodeeffekter, finner små utslag (De Leeuw, 1993). Dette skulle tilsi at man løper en beskjeden risiko ved å kombinere telefon og besøk, dersom spørsmålsstillingen ikke forandres og intervjueren er den samme.

I Statistisk sentralbyrå har man ulike kriterier for tildeling av potensielle intervjuobjekter for besøks- og telefonintervju. Dette medfører i praksis at når metoden skifter (mellom første og andre runde med

datainnsamling), har man også byttet ut intervjueren. Unntaket er når intervjueren gir beskjed om at han selv må stå for oppfølgingen, for å unngå frafall. Når flere elementer i innsamlingsprosedyren skifter samtidig, er det vanskelig å tilskrive eventuelle forskjeller som rene metodeeffekter.

Krav til måleinstrumentet - spørreskjemaet - i et kombinert undersøkelsesopplegg

Innsamlingsmetoden er bare en del av den *totale administrasjonen* i en datainnsamlingsprosess, men kan isolert sett ha viktige konsekvenser for kvaliteten. Når man velger å kombinere flere innsamlingsmetoder, er det viktig at selve måleinstrumentet - spørreskjemaet - er utformet med tanke på å fungere like godt i de ulike situasjonene. I tillegg er det en fordel med godt trentede intervjuere, som behersker en slik overgang uten å måtte ty til formuleringer som avviker fra den angitte spørsmålsteksten.

Selv om spørsmål og spørsmålssekvenser ser tilsynelatende "riktige" ut på papiret, er det ikke alltid de fungerer i en gitt kontekst. Når spørsmål designes med tanke på besøk, er det vanlig å ta i bruk visuelle hjelpemidler, som for eksempel svarkort. Når respondenten har listen med svaralternativer foran seg, stilles ikke de samme kravene til god hukommelse. Dette er særlig gunstig i tilfeller der svaralternativene både er mange og lange.

I Statistisk sentralbyrå er det blitt relativt vanlig å supplere med telefonintervju i undersøkelser der spørreskjemaet opprinnelig er designet for besøk. Intervjuerne i det lokale intervjuerkorpset er rekruttert i samsvar med befolkningen i utvalgsområdene. Sykdom eller udekkede utvalgsområder fører til at personer som skal intervjues overføres til en intervjuer med ledig kapasitet. Overføring gir ofte lang geografisk avstand mellom intervjuer og den som skal intervjues, og konsekvensen blir at intervjuet tas pr. telefon.

For spørreskjema som baserer seg på visuelle hjelpemidler møter man dermed et problem. En løsning som ofte praktiseres ved overgang til telefonintervju, er å sende svarkort og andre hjelpemidler i posten slik at respondenten har dem foran seg når intervjuet tas. Dette krever imidlertid at intervjuet avtales noen dager fram i tid. Hvis ikke dette er mulig, leses svaralternativene opp i telefonintervjuet. Dette gjelder blant annet for spørsmålene om flyttegrunner og om arbeidstidsordninger.

Spørsmål som krever en oppgave av personen som blir intervjuet, for eksempel en rekonstruksjon av hendelser i tid, egner seg normalt dårligere over telefon enn ansikt-til-ansikt. Et eksempel fra levekårspanelet er spørsmål av typen: Hvor mange ganger i løpet av siste 12 måneder har du vært hos eller hatt besøk av allmennpraktiserende lege?

Spørsmål som introduserer et resonnement og dermed en lengre tenkepause, faller ikke alltid like heldig ut når konteksten for oppfattelse og kommunikasjon kun er lyd-kasset. Av samme grunn bør spørsmål som stilles over telefon være korte og ikke inneholde for mange informasjonsmomenter. Dersom man ikke tar hensyn til dette, utfordrer man i realiteten korttidsminnet til respondenten, og man vet da heller ikke hvordan spørsmålet er blitt oppfattet eller hva svaret gjelder. Et eksempel fra levekårspanelet i denne forbindelse er spørsmålene som gjelder vurdering av egen lege siste 12 måneder ved bruk av en 5-trinns skala. Resultatene viser at en liten gruppe ikke har klart å ta stilling til dette. En mulig årsak til dette er at oppgavebyrden har vært for stor.

Testing av spørreskjemaet

I en intervjusituasjon er naturlig nok intervjueren en svært viktig aktør. For å kunne gjennomføre standardiserte intervju av høy kvalitet, er det avgjørende å teste og verifisere at manuset til intervjueren fungerer. Manuset består av et spørreskjema skrevet i dataprogrammet Blasse, og en instruks til intervjueren, dels på skjerm, dels på papir.

I Statistisk sentralbyrå gjennomføres alltid en testsekvens der erfarne intervjuere blir innkalt til å saumfare spørreskjema og instruks, og teste ulike ruter i spørreskjemaet. Slike tester avdekker normalt språklige feil eller uklarheter i spørsmålsutformingen, og eventuelle feil eller mangler i prosedyrene rundt spørsmålene (instruks til intervjuerne).

En viktig del av testingen er å avdekke mulige feil i programmeringsarbeidet, for eksempel betingelser for seleksjoner (hopp i skjemaet). Konsekvenser av såkalte "hopp-feil" er enten at respondenten får spørsmål han ikke skulle ha, eller at programmet hopper forbi spørsmål som skulle vært stilt. Hopp-feil er med på å undergrave logikken i spørreskjemaet, og faller derfor veldig uheldig ut.

Vi har i denne undersøkelsen ingen indikasjoner på at det har forekommet "hopp-feil" i det programmerte skjemaet, som ikke ble avdekket under testingen.

Helserelaterte spørsmål i intervjuform - Hvor sensitive er de?

Med sensitive spørsmål forstås spørsmål som respondenten anser så nærgående, fortrolige eller uberettigede at de er ubehagelige å svare på. Sensitive spørsmål egner seg ofte best (dvs. målefeilene er minst) i en situasjon *uten* intervjuer til stede. Årsaken til dette er at selvadministrerte undersøkelser oppfattes som mer anonymt enn et intervju. Utslagene øker i takt med grad av sensitivitet. Slike metodeutslag gjør seg særlig gjeldene for rapportering av atferd på tvers av sosiale normer.

Hva som oppfattes som sensitivt, er kulturbetinget og vil variere. Helserelaterte tema kan være sensitive, men graden av sensitivitet må i hvert tilfelle vurderes ut fra *hva* det konkret spørres om.

I utformingen av intervju-skjema som omhandler helse, oppstår et dobbelt problem. Et aspekt er å *måle* helse og finne gode operasjonaliseringer innefor temaene man vil undersøke. Et annet er at personene som utformer spørsmålene stilles overfor avveininger i forhold til hvor nærgående man kan være uten å drive respondenten til å nekte å avgi svar. Et vanlig tegn på at et spørsmål oppfattes som sensitivt, og dermed ubehagelig å svare på, er at det resulterer i partielt frafall.

I den CAI-baserte Helseundersøkelsen 1995, løste man problemet med sensitivitet ved å legge igjen et spørreskjema for de mest nærgående spørsmålene. Bakgrunnen for dette var at man blant annet gikk svært langt i å kartlegge psykiske helseproblemer, som depresjoner og selvmordstanker.

I det nye samordnede levekårsystemet stilles helse-relaterte spørsmål hovedsakelig i intervjuform (CAPI/CATI). I levekårsundersøkelsen 1998, der helse var hovedtema, ble det i tillegg brukt selvadministrert spørreskjema, blant annet for å ivareta sammenlignbarheten med helseundersøkelsen i 1995.

Det er fullt mulig å omgå problemet med sensitivitet i undersøkelser som baserer seg på bruk av moderne teknologi. CASI (Computer Assisted Self Interviewing) har vist seg å være en lovende metode for spørsmålsstilling som berører sensitive emner. Teknisk sett er det ikke noe problem å kombinere CAPI og CASI i ett og samme intervju-program. En mulig konstruksjon kan være at intervjueren først gjør seg ferdig med intervju-spørsmålene. Når intervjudelen er avsluttet, kan PC'en snus mot respondenten slik at personen selv kan taste seg gjennom de resterende spørsmålene.

Administrasjonen bak Statistisk sentralbyrås levekårspanel har til nå utelukket andre metoder enn intervju, til tross for at helsetema har fått en sentral plass i intervjuet. Denne spørsmålssekvensen er imidlertid strategisk plassert først en godt stykke ut i skjemaet, for å få intervjuet i gang før man introduserer de mest sensitive spørsmålene.

I tillegg skal intervjuerne forsøke å omgå problemet med sensitivitet ved å tilkjennegi at det finnes en mulighet for å la være å svare, men samtidig unngå å oppmuntre til partielt frafall. Intervjueren leser i innledningen alltid opp en del betingelser som skal gjelde for intervjuet. Der heter det blant annet: "*Selv om det skulle være spørsmål som ikke passer så godt for deg, ber vi deg svare så godt du kan.*" Tendensen for de

mest sensitive spørsmålene i levekårpanelet er gjennomgående lavt partielt frafall.

Helserelaterte spørsmål og intervjuereffekt

Ved å velge intervju som metode, introduseres en større eller mindre grad av intervjuereffekt. I en besøkssituasjon forsterkes intervjuereffekten, på grunn av intervjuens fysiske nærvær.

Egenskaper ved intervjueren (kjønn, alder,) og intervjuerens framtoning (utseende) og framferd (kroppsspråk) vil alltid påvirke respondenten i prosessen med å editere og formulere et svar.

Rapportering av egen helsetilstand, særlig psykiske helse (spørsmålene som inngår i Hopkins-indeksen), kan være emner der respondenten vil forsøke å justere svarene sine. Intervjuereffekt introduseres når respondenten som følge av at en intervjuer er til stede, bevisst veier eller tilpasser svaret sitt for å få det i overensstemmelse med det "normale", eller det han tror høres "akseptabelt" ut.

For enkle fakta- og adferdsspørsmål regner man ikke med at et slikt kombinert undersøkelsesopplegg har effekt på svarene som avgis. Spørsmål av mer sensitiv karakter - deriblant spørsmål om egen helse - er trolig også mer sensible i forhold til metoden som benyttes. Forskjellene som oppstår når man sammenligner rapportering av sensitive forhold i selvadministrerte skjema og intervju er veldokumentert. Det er mye som tyder på at respondenten er mer ærlig i en situasjon uten andre til stede. Det er en del større usikkerhet i hva som skjer i overgangen mellom telefon- og besøksintervju.

Roll-Hansen (2001) finner i en analyse av Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse 1998 at rapporteringen av helseproblemer er størst for andelen av utvalget som besøkes. Det er imidlertid uklart om årsaken er kan tilskrives effekten av en intervjuer tilstede, eller at respondenten rett og slett får bedre tid til å tenke seg om.

Datamaterialet som presenteres i det følgende er i all hovedsak innsamlet pr. telefon. Utnyttet som tverrsnitt har vi derfor ikke å gjøre med nevneverdige måleproblemer tilknyttet metodene i bruk. Tidsserieanalyse vil gi et bedre grunnlag for å undersøke mulige metodeeffekter.

Nøkkeltall - datainnsamlingen våren 2001

Datamaterialet som presenteres i det følgende er hentet fra panelundersøkelsen 2001, der hovedtemaet var arbeidsmiljø. Undersøkelsen ble gjennomført av Statistisk sentralbyrås intervjuere våren 2001. Etterarbeidet tilknyttet filetableringen er ikke pr. d.d. avsluttet, men foreløpige tall viser følgende:

Av 5129 personer aktuelle for intervju, ble 4412 personer forsøkt kontaktet. Det ble i alt gjennomført intervju med 3533 personer. 89 personer ble intervjuet ved besøk mens 3444 intervju ble tatt over telefon. 87 personer deltok for første gang mens 3446 av respondentene allerede var etablert i panelet. 2735 personer hadde etter endt datainnsamling full 5-årig tidsserie (dvs. intervjuet alle år siden oppstarten i 1997).

Tabell B1. Nøkkeltall for panelundersøkelsen, datainnsamling 2001

Nøkkeltall	Personer	Prosent
Personer trukket ut for intervju totalt	5 420	100,0
Nye personer trukket ut for intervju i 2001	107	1,9
Nye avganger 2001 (dødsfall, permanente flyttinger til utlandet)	47	0,9
Bruttoutvalg 2001 (Personer trukket - akkumulerte avganger)	5 082	100,0
Nettoutvalg	3 533	69,5
Frafall	1 549	30,5

Utvalg: kjønns- og alderssammensetning 2001 og 2003.

Tabell B2 viser kjønns- og alderssammensetningen blant de som har svart henholdsvis 2001 og 2003. Tabellen viser at bortfall pga manglende svar ikke endrer utvalgssammensetningen fra 2001 til 2003..

Tabell B2. Kjønns- og aldersfordeling blant svargivere 2001 (N=3370) og 2003 (N=3627). Prosentvis

	2001			2003		
	Menn	Kvinner	Totalt	Menn	Kvinner	Totalt
Under 25	5 (180)	5 (169)	10 (349)	5 (179)	5 (183)	10 (362)
25 – 44 år	19 (628)	20 (686)	39 (1314)	19 (697)	20 (727)	39 (1424)
45 – 66 år	17 (584)	19 (645)	37 (1229)	17 (618)	19 (680)	36 (1298)
67 år og eldre	6 (208)	8 (270)	14 (478)	7 (238)	8 (305)	15 (543)
Sum.	48 (1600)	53 (1770)	100 (3370)	48 (1732)	52 (1895)	100 (3627)

Utvalg

Bruttoutvalget bygger på et representativt utvalg av befolkningen i Norge i alderen 16-79 år, som ble trukket i 1997 med utgangspunkt i Statistisk sentralbyrås utvalgsplan. Det ble initielt trukket 5000 personer. Hvert år siden 1997 er utvalget supplert med 16-åringer og personer innvandret til Norge siste år, slik at panelet til en hver tid reflekterer den voksne befolkningen i landet. Følgelig kan hver årgang av panelet isolert sett utnyttes som representativt tverrsnitt av befolkningen.

Hittil er det supplert med 420 personer, slik at det nå inngår totalt 5420 personer i beregningene.

Personer som dør eller flytter permanent til utlandet, håndteres som naturlige avganger fra panelet, men blir supplert for som beskrevet overfor. Før datainnsamlingen i 2001 var det til sammen registrert 291 avganger, mens 47 nye ble bokført i løpet av intervjuperioden. Dermed utgjorde bruttoutvalget (personer aktuelle for intervju) 5082 personer.

Feltarbeid og oppnådd svarprosent

Datainnsamlingen ble foretatt i perioden 3. mars til 23. juni 2001 av Statistisk sentralbyrås intervjuere. Mange av intervjuerne er godt trent i intervjuingen i forbindelse med levekårspanelet, dessuten har de fleste av respondentene deltatt ved minst én anledning tidligere. Det ble ikke rapportert om spesielle problemer under feltarbeidet. Det ble gjennomført intervju med 3533 personer, noe som tilsvarer en svarprosent på 69,5.

Frafall

Frafallet er en fellesbetegnelse på personer som man ikke oppnår kontakt med, som ikke ønsker å delta eller på annen måte er forhindret fra å delta i undersøkelsen. Erfaringer med drift av denne typen undersøkelser viser at i panel som har forutsetning for å overleve, stabiliseres frafallet etter de to - tre første rundene med datainnsamling. En slik stabiliseringstendens så man også i levekårspanelet. Det totale frafallet økte fra 1021 i 1997 til 1081 i 1998 og til 1118 i 1999.

Våre egne erfaringer viser dessuten at intervjufrafallet ikke bare består av en hard kjerne med permanente nektere. Hvem som nekter varierer fra år til år. På denne måten oppstår "huller" i panelet, at personer kan delta noen år, falle ut, for så å delta på nytt. Å definere og beregne frafallet blir dermed en mer komplisert oppgave år for år.

Hvert år før utsending av potensielle intervjuobjekter til intervjuerne, gjøres en gjennomgang av tidligere frafall, sentralt ved seksjon for intervjuundersøkelser. På bakgrunn av opplysninger om tidligere frafallsårsaker, vurderer man i hvert enkelt tilfelle om en person skal forsøkes kontaktes av en intervjuer eller ikke. Forut for datainnsamlingen i 2001 ble 717 personer vurdert som såpass sannsynlige frafall at de ikke skulle kontaktes. Den gruppen av "harde nektere" får påført frafallskoden "ønsker ikke å delta" sentralt, og inngår sammen med det innsendte frafallet i frafallsberegningene.

I løpet av feltperioden ble ytterligere 832 personer registrert med frafallskode. Det totale frafallet utgjør nå dermed 1549 personer. Den vanligste frafallsårsaken som oppgis er at vedkommende ikke ønsker å delta.

Frafallsproblematikk, skjevheter i levekårspanelet

Selv om man i utgangspunktet trekker et utvalg som er representativt i forhold til den populasjonen man vil undersøke, kan slitasje over tid skape skjevheter fordi nekting og utilgjengelighet kan risikere å tømme utvalget for respondenter som ligner hverandre. Hovedbekymringen med hensyn til frafallet når panelet har løpt over noen år, er at kjennemerker ved personer som inngår i frafallet varierer systematisk med kjennemerker for personer etablert i panelet.

Etter hvert som panelet løper vil både dødsfall og flyttinger, samt frafallet påvirke sammensetningen av utvalget, og må følgelig være med i betraktningen når man ser på representativitet over tid.

Tabell B3 sammenligner fordelingen i nettoutvalget med fordelingen i populasjonen for kjennemerkene kjønn, alder og landsdel. Personer 80 år og eldre er utelatt fra tabellen, da denne gruppen foreløpig utgjør en marginal del av panelet.

Det er en overrepresentasjon av kvinner i nettoutvalget. Aldersmessig har vi fått en underrepresentasjon i den yngste og eldste aldersgruppen. Skjevheten i nettoutvalget er likevel så liten at vi ikke har funnet grunn til å vekte resultatene.

Tabell B3. Fordeling i populasjon og nettoutvalg for kjennemerkene kjønn, aldersgruppe og landsdel. Prosent

	Populasjon (pr.1.1.01)	Nettutvalg
I alt	100,0	100,0
Kjønn:		
Menn	50,0	47,7
Kvinner	50,0	52,3
Aldersgrupper:		
16 - 24 år	14,6	13,2
25 - 44 år	39,7	40,9
45 - 66 år	33,3	35,3
67 - 79 år	12,4	10,6
Landsdel:		
Oslo og Akershus	22,2	22,4
Hedmark og Oppland	8,4	8,2
Østlandet ellers	19,5	19,6
Agder og Rogaland	13,8	14,1
Vestlandet	17,2	17,1
Trøndelag	8,7	9,1
Nord-Norge	10,3	9,6
Tallet på personer	3 350 818	3429

Intervjuet - frafall på enkeltspørsmål tilknyttet spørsmålssekvensen om legetjenester

Alle spørsmål leses opp av intervjueren, og svarene registreres fortløpende. Intervjueren har alltid mulighet til å registrere "vet ikke" eller "neker å svare" dersom respondenten ikke *kan* eller *ønsker* å avgi svar på enkeltspørsmål. Disse to kategoriene introduseres imidlertid ikke når svaralternativene leses opp (unntaket er når "vet ikke" inngår som gyldig svar). Hensikten er å forhindre å lede respondenten til å avgi slike svar.

Temaene helse og sosial kontakt, herunder legetjenester, er som tidligere nevnt lagt til midten av intervjuet. Vurdering av egen helsetilstand er et subjektivt mål på helse, og helsebegrepet kan tolkes og forstås ulikt. Slik som spørsmålene er formulert, er det opp til hver enkelt å avgjøre om ens egen helse oppleves som god eller dårlig, eller om man er *svært* plaget eller *ganske* plaget av noe.

Spørsmålene om bruk av legetjenester har som hovedformål kartlegge situasjonen før fastlegeordningen en trådte i kraft, og er av den grunn i hovedsak fakta- og adferdsorienterte. I tillegg har personlig intervju den fordel at man kan studere bakenforliggende mekanismer, i dette tilfellet danne seg et bilde av *preferansene* til brukerne.

Frafall oppstår som følge av flere årsaker. De vanligste årsakene er at respondenten er ikke klarer å ta stilling til spørsmålet, slik at intervjueren er tvunget til å registrere "vet ikke", eller at respondenten neker å svare (- som fører til "ønsker ikke").

Mer sjelden forekommer det at intervjueren hopper over et spørsmål, eller ikke registrerer svaret som blir avgitt. I de aller fleste tilfeller har man lagt inn en betingelse i programmeringen som sier at tomt svarfelt skal tolkes som ugyldig verdi. Intervjueren *må* derfor taste inn noe for å komme videre i intervjuet. En slik programstruktur fungerer med andre ord som en sjekk for intervjueren. Derfor oppstår sjelden tilfeller der intervjueren *glemmer* å lese opp et spørsmål eller registrere et svar.

Frekvensfordelingene viser at spørsmålsbolken om bruk av legetjenester ikke har fått betydelige innsalg av partielt frafall. "Frafallet" skyldes hovedsakelig at personene ikke er blitt stilt spørsmålet, som følge av en programmert seleksjon.

På spørsmålet om vedkommende ønsker én fast lege er vet ikke/vil ikke svare-kategorien i underkant av 100 personer (3 % av de spurte). Det er overveiende yngre menn som rapporterer god helse dette gjelder. Frafall illustrerer trolig at personer med god helse som sjelden eller aldri trenger lege rett og slett har hatt vansker

med å ta stilling til om én eller flere leger er best for dem.

De aller fleste som har oppgitt at de har vært hos eller har hatt besøk av allmennlege siste 12 måneder klarer å tallfeste antall kontakter. Rundt 20 personer har likevel hatt problemer med dette.

De aller fleste klarer også å tallfeste antall dagers ventetid hos allmennlege ved siste besøk. Halvparten av de spurte har mindre enn fem dagers ventetid. Bare tre prosent av de spurte har hatt lengre ventetid enn 30 dager.

På spørsmålet om siste lege var mann eller kvinne svarer 2 % vet ikke. En like stor andel ikke klart å ta stilling til om siste lege arbeidet alene eller i gruppepraksis. Dette må tilskrives problemer med å huske som følge av lite legebruk. Majoriteten i vet-ikke-gruppen har ikke vært hos allmennlege siste 12 måneder.

Litteratur

- American Statistical Association (ASA) (1998): What is a survey? Judging the Quality of a Survey. ASA Series 10/1998
- Andersen, Arne (1996): Mot et nytt system for undersøkelser av levekår. Innstilling fra en prosjektgruppe, Notater 1996/4.
- Andersen, Arne (1998): Levekårsundersøkelsene i ny drakt, Samfunnsspeilet 2/1998
- De Leeuw (1993): Mode Effects in Survey Research.; A Comparison of Mail, Telephone, and Face to Face Surveys.
- De Leeuw/Collins (1995): Data collection methods and survey quality: An overview.
- Groves, Robert M (1989): Survey Errors and Survey Costs.
- Hill, Martha S. (1995): Design Issues in Panel Studies, University of Michigan.
- Japac et al (1997): Minska bortfallet. Statistiska centralbyråen.
- Kalton, Graham et al (xxxx): Non-sampling Errors in Panel Surveys.
- Lyberg et al (1997): Survey Measurement and Process Quality.
- Roll-Hansen (2001): Blir du sykere hvis du får tenkt deg om? Samfunnsspeilet 2/2001.
- Statistiska centralbyråen (2001): Fråga ratt!
- Sundvoll, Anne (1999): Panelundersøkelsen 1999, Dokumentasjonsrapport.

Tabeller

Vedlegg: Tallgrunnlag for figurer (5a og b). Antall kontakter med lege siste 12 måneder. Ulike typer legekontakter. 2003 . (N=2837)

	Gjennom-snitt		Prosent andel som ikke hadde hatt kontakt		Sum		Prosent av alle kontakter	
	2000	2003	2000	2003	2000	2003	2000	2003
Kontakter i alt	3,8	3,9	24	29	10916	11127	100	100
Kontakter med legevakt	0,5	0,5	73	78	1514	1317	14	12
Kurative kontakter, allmennlege	1,8	1,7	51	51	4991	4798	46	43
Forebyggende kontakter, allmennlege	0,8	0,8	76	79	2171	2299	20	21
Kontakter med spesialist utenfor sykehus	0,4	0,5	83	81	1028	1317	9	12
Polikliniske kontakter med sykehuslege	0,4	0,5	81	78	1215	1406	11	13

Kun svarpersoner som var med i undersøkelsen 2001, 2002 og 2003 er tatt med i oversikten.

Kapitel 8

Vedleggstabell, figur 8.1. Det tok for lang tid å få time hos legen. 2000 og 2003. Prosent. (N).

	2000		2003	
Helt enig	19	(290)	13	(205)
Litt enig	12	(185)	13	(195)
Litt uenig	7	(111)	12	(185)
Helt uenig	61	(939)	61	(928)
Vet ikke/vil ikke svare/missing	0	(7)	1	(19)
Totalt	100	(1532)	100	(1532)

Vedleggstabell, figur 8.2. Andel som var enig i utsagnet "Det tok alt for lang tid å få time hos legen". 2000 og 2003. Etter alder, kjønn, egenvurdert helse og utdanning.

	Andel som er enige i utsagnet i 2000		Andel som er enige i utsagnet i 2003	
		(N)		(N)
Alle	31	(1525)	26	(1513)
Alder		(1519)		(1513)
16-24 år	33	(148)	34	(110)
25-44	32	(561)	30	(547)
45-66	28	(599)	25	(617)
67-79	32	(189)	23	(191)
80 år og eldre	23	(22)	8	(48)
Kjønn		(1513)		(1513)
Kvinner	32	(945)	28	(945)
Menn	30	(568)	24	(568)
Egenvurdert helse		(1519)		(1513)
Svært god	28	(294)	26	(223)
God	30	(754)	26	(653)
Verken god eller dårlig	33	(311)	28	(413)
Dårlig/svært dårlig	33	(160)	27	(224)
Utdanning		(1509)		(1393)
Ungdomsskole eller kortere	35	(251)	27	(216)
Videregående skole	31	(862)	27	(806)
Universitets- og høyskoleutdanning, lavere nivå	27	(325)	25	(304)
Universitets- og høyskoleutdanning, høyere nivå	31	(71)	19	(67)

Vedleggstabell, figur 8.3. Andel som var enig i utsagnet "Det tok alt for lang tid å få time hos legen". 2000 og 2003. Etter fastlegetilknytning, legens praksisform og geografi.

	Andel som er enige i utsagnet i 2000	(N)	Andel som er enige i utsagnet i 2003	(N)
Alle	31	(1525)	26	(1513)
Fastlege		(1375)		
Har fast lege	30	(1162)	26	(1485)
Har ikke fast lege	34	(346)	26	(39)
Geografi		(1495)		(1485)
Bosatte i kommuner med > 20 prosent turnuskandidater og/eller > 50 prosent fastlønnede leger	39	(188)	28	(161)
Bosatte i kommuner med < 20 prosent turnuskandidater og < 50 prosent fastlønnede leger	30	(1307)	26	(1324)
Legepraksis				(1485)
Solopraksis			21	(229)
To-lege praksis			22	(150)
Legesenter			28	(1106)

Vedleggstabell, figur 8.4. Andel som var enig i utsagnet "Det tok alt for lang tid å få time hos legen". Etter prioritet i legevalg og preferanse i forhold til fast lege. 2003.

	Andel som er enige i utsagnet i 2003	(N)
Alle	26	1513
Prioritet		1390
Fikk førstevalg i legevalget	26	1152
Fikk ikke førstevalg i legevalget	24	238
Preferanse		1485
Ønsker å bruke flere ulike allmennleger	34	154
Ønsker ikke å bruke flere ulike allmennleger	26	1331

Vedleggstabell, figur 8.5. Endringer i opplevelse av tiden det tar å få time hos legen fra 2000 til 2003. Prosent.

	Prosent	(N)
Var misfornøyd og har blitt fornøyd	18	(276)
Fornøyd hele perioden	55	(831)
Var fornøyd og har blitt misfornøyd	14	(207)
Misfornøyd i hele perioden	13	(192)
Totalt (N)	100	(1506)

Kapitel 9

Vedleggstabell, figur 9.1. Legen gav meg ikke nok tid. 2000 og 2003. Prosent. (N).

	2000		2003	
Helt enig	16	(242)	7	(113)
Litt enig	12	(181)	11	(167)
Litt uenig	8	(129)	12	(177)
Helt uenig	64	(973)	69	(1056)
Vet ikke/vil ikke svare	0	(7)	1	(19)
Totalt	99	(1532)	100	(1532)

Vedleggstabell, figur 9.1. Legen tok meg og mine problemer på alvor. 2000 og 2003. Prosent. (N).

	2000		2003	
Helt enig	83	(1262)	85	(1295)
Litt enig	11	(166)	10	(148)
Litt uenig	4	(62)	3	(47)
Helt uenig	2	(37)	1	(22)
Vet ikke/vil ikke svare	0	(5)	1	(20)
Totalt	100	(1532)	100	(1532)

Vedleggstabell, figur 9.2. Andel enig i utsagnet "Legen gav meg ikke nok tid". 2000 og 2003. Etter alder, kjønn, egenvurdert helse og utdanning.

	Andel enige i utsagnet i 2000	N	Andel enige i utsagnet i 2003	N
Alle	28	(1525)	19	(1513)
Alder		(1519)		(1513)
16-24 år	26	(148)	19	(110)
25-44	27	(561)	17	(547)
45-66	27	(599)	18	(615)
67-79	29	(189)	22	(191)
80 år og eldre	41	(22)	22	(50)
Kjønn		(1525)		(1513)
Kvinner	28	(954)	19	(945)
Menn	27	(571)	18	(568)
Egenvurdert helse		(1519)		(1513)
Svært god	23	(296)	13	(223)
God	27	(753)	15	(652)
Verken god eller dårlig	29	(310)	23	(411)
Dårlig/svært dårlig	36	(160)	24	(227)
Utdanning		(1521)		(1392)
Ungdomsskole eller kortere	30	(250)	23	(217)
Videregående skole	28	(863)	17	(803)
Universitets- og høyskoleutdanning, lavere nivå	24	(325)	16	(305)
Universitets- og høyskoleutdanning, høyere nivå	24	(71)	21	(67)

Vedleggstabell, figur 9.2. Andel uenig i utsagnet "Legen tok meg og mine problemer på alvor ". 2000 og 2003. Etter alder, kjønn, egenvurdert helse og utdanning.

	Andel uenige i utsagnet i 2000	N	Andel uenige i utsagnet i 2003	N
Alle	6	(1527)	5	(1512)
Alder		(1521)		(1512)
16-24 år	9	(148)	7	(110)
25-44	6	(562)	5	(547)
45-66	7	(600)	3	(614)
67-79	4	(189)	5	(191)
80 år og eldre	14	(22)	8	(50)
Kjønn		(1527)		(1512)
Kvinner	7	(954)	5	(945)
Menn	5	(573)	4	(567)
Egenvurdert helse		(1521)		(1512)
Svært god	6	(296)	2	(223)
God	5	(754)	4	(651)
Verken god eller dårlig	7	(311)	3	(411)
Dårlig/svært dårlig	12	(160)	10	(227)
Utdanning		(1523)		(1391)
Ungdomsskole eller kortere	8	(251)	5	(217)
Videregående skole	6	(864)	5	(802)
Universitets- og høyskoleutdanning, lavere nivå	5	(325)	3	(305)
Universitets- og høyskoleutdanning, høyere nivå	3	(71)	3	(67)

Vedleggstabell, figur 9.3. Andel enig i utsagnet "Legen gav meg ikke nok tid". 2000 og 2003. Etter fastlegetilknytning, legens praksisform og geografi.

	Andel som er enige i utsagnet i 2000	N	Andel som er enige i utsagnet i 2003	N
Alle	28	(1525)	19	(1513)
Fastlege		(1348)		(1486)
Har fast lege	27	(1105)	19	(1447)
Har ikke fast lege	33	(336)	8	(39)
Geografi		(1494)		(1486)
Bosatte i kommuner med > 20 prosent turnuskandidater eller > 50 prosent fastlønnede leger	26	(187)	20	(159)
Bosatte i kommuner med < 20 prosent turnuskandidater og < 50 prosent fastlønnede leger	29	(1307)	19	(1327)
Legepraksis				(1486)
Solopraksis			15	(229)
To-lege praksis			23	(150)
Legesenter			19	(1107)
Endring i legeårsverk i kommunen fra 2000 til 2003				(1372)
Samme eller færre antall årsverk			24	(349)
Mindre enn 10 prosent økning			19	(373)
Mellom 10 og 20 prosents økning			17	(426)
Over 20 prosents økning			15	(224)

Vedleggstabell, figur 9.3. Andel uenig i utsagnet "Legen tok meg og mine problemer på alvor". 2000 og 2003. Etter fastlegetilknytning, legens praksisform og geografi.

	Andel som er uenige i utsagnet i 2000	N	Andel som er uenige i utsagnet i 2003	N
Alle	6	(1527)	5	(1512)
Fastlege		(1350)		(1485)
Har fast lege	6	(1105)	5	(1446)
Har ikke fast lege	10	(245)	8	(39)
Geografi		(1496)		(1485)
Bosatte i kommuner med > 20 prosent turnuskandidater eller > 50 prosent fastlønnede leger	10	(188)	5	(159)
Bosatte i kommuner med < 20 prosent turnuskandidater og < 50 prosent fastlønnede leger	7	(1308)	5	(1326)
Legepraksis				(1485)
Solopraksis			4	(229)
To-lege praksis			4	(150)
Legesenter			5	(1106)
Endring i legeårsverk i kommunen				(1372)
Samme eller færre antall årsverk			5	(349)
Mindre enn 10 prosent økning			4	(373)
Mellom 10 og 20 prosents økning			6	(426)
Over 20 prosents økning			4	(224)

Vedleggstabell, figur 9.4. Andel enig i utsagnet "Legen gav meg ikke nok tid". I alt, og etter prioritet i legevalg, preferanse i forhold til fast lege, samt om man foretrekker lege med et annet kjønn enn den man har. 2003.

	Andel som er enige i utsagnet i 2003	(N)
Alle	19	1512
Prioritet		1392
Fikk førstevalg	19	1153
Fikk ikke førstevalg	16	239
Preferanse		1486
Ønsker å bruke flere ulike allmennleger	32	153
Ønsker ikke å bruke flere ulike allmennleger	17	1333
Kjønn på lege		1486
Foretrekker lege med annet kjønn	32	44
Er fornøyd med legens kjønn	18	1442

Vedleggstabell, figur 9.4. Andel uenig i utsagnet "Legen tok meg og mine problemer på alvor". I alt og etter prioritet i legevalg, preferanse i forhold til fast lege, samt om man foretrekker lege med et annet kjønn enn den man har. 2003.

	Andel som er uenige i utsagnet i 2003 (N)	
Alle	5	1512
Prioritet		1391
Fikk førstevalg	4	1152
Fikk ikke førstevalg	6	239
Preferanse		1485
Ønsker å bruke flere ulike allmennleger	12	153
Ønsker ikke å bruke flere ulike allmennleger	4	1332
Kjønn på lege		1485
Foretrekker lege med annet kjønn	11	44
Er fornøyd med legens kjønn	4	1441

Vedleggstabell, figur 9.5. Endringer i opplevelse av om legen gav nok tid i legekonsultasjonen fra 2000 til 2003. Prosent.

	Prosent	(N)
Var misfornøyd og har blitt fornøyd	21	(312)
Fornøyd hele perioden	61	(914)
Var fornøyd og har blitt misfornøyd	11	(172)
Misfornøyd i hele perioden	7	(108)
Totalt (N)	100	(1506)

Vedleggstabell, figur 9.5. Endringer i opplevelse av om legen tar den enkelte og hans problemer på alvor i legekonsultasjonen fra 2000 til 2003. Prosent.

	Prosent	(N)
Var misfornøyd og har blitt fornøyd	6	(86)
Fornøyd hele perioden	90	(1352)
Var fornøyd og har blitt misfornøyd	1	(11)
Misfornøyd i hele perioden	4	(58)
Totalt (N)	101	(1507)

Tidligere utgitt på emneområdet*Previously issued on the subject***Norges offisielle statistikk (NOS)**

- C 697: Kommunehelsetenesta 1990-2000: Førebbyggjande tenester, lege- og fysioterapi-tenester
- C 699: Spesialisthelsetjenesten 1990-2000: Somatiske sykehus, psykiatriske institusjoner m.m.
- C 706: Pasientstatistikk 1998-2000

Notater

- 2001/36: Bente Astad og Ann Lisbet Brathaug, Kommunenes utgifter til primærlegetjenesten 1999: evaluering av fastlegeordningen - førd data om kommunenes utgifter.
- 2003/16: Inge Kvalstad, SEDA - sentrale data fra allmennlegetjenesten: teknisk dokumentasjon.
- 2003/67: Harald Tønseth, Kommunale helseforskjeller - de finnes, men kan de måles?
- 2004/6: Julie Kjelvik, Del 1: Kommunenes utgifter til primærlegetjenesten 2002 ; Del 2: Organisering av legevaktjenesten.
- 2004/2: Tonje M. Köber, Registerbasert sysselsettingsstatistikk for helse- og sosialpersonell.

Rapporter (RAPP)

- 2001/4: Ann Lisbet Brathaug, Helge Brunborg, Elin Lunde Skretting, Elisabeth Nørgaard og Åsne Vigran, Utviklingen av aldersrelaterede helse-, pleie- og omsorgsutgifter.
- 2002/13: Anne Sundvoll og Inge Kvalstad, SEDA - sentrale data fra allmennlegetjenesten: sluttrapport fra pilotprosjektet.
- 2002/18: Nils Martin Stølen, Tonje Köber, Dag Rønningen og Inger Texmon, Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2020 : modelldokumentasjon og beregninger med HELSEMOD.

Sosiale og økonomiske studier (SØS)

- 56: Helse- og omsorgstjenester. Sosialt utsyn.

Samfunnsspeilet (SSP)

- 2/2003: Jon Erik Finnvd, Hilde Lurås og Bård Paulsen, Fastlegeordningen: De fleste fikk den de ville ha.
- 2/2003: Elisabeth Nørgaard, Høy vekst i utgifter til helseinstitusjoner - men fylkesvise variasjoner.
- 2/2004: Jon Erik Finnvd og Jørgen Svalund, Kontinuitet mellom lege og pasient: Blanda resultat av fastlegereforma.
- 2/2004: Julie Kjelvik, Små kommuner har høyst utgifter til primærlegetjenesten.

De sist utgitte publikasjonene i serien Rapporter*Recent publications in the series Reports*

- 2004/8 T.E. Haug: Eierkonsentrasjon og markeds-
makt i det norske kraftmarkedet. 2004. 39s.
155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-6597-5
- 2004/9 M. Kalvaraskaia og A. Langørgen: Capital costs
in municipal school buildings. 29s. 150 kr
inkl.mva. ISBN 82-537-6591-6
- 2004/10 Utslipp og ensing i den kommunale
avløpssektoren 2002. 69s. 180 kr inkl.mva.
ISBN 82-537-6602-5
- 2004/11 T. Hægeland, L.J. Kirkebøen, O. Raaum and
K.G. Salvanes: Marks across lower secondary
schools in Norway. What can be explained by
the composition of pupils and school
resources? 2004. 54s. 180 kr inkl.mva.
ISBN 82-537-6608-8
- 2004/12 E. Engelién og M. Steinnes: Utpøving av
nordisk tettstedsdefinisjon i Norge Metode og
resultater. 2004. 59s. 180 kr inkl.mva.
ISBN 82-537-6608
- 2004/13 O.F. Vaage: Trening, mosjon og friluftsliv.
Resultater fra Levekårsundersøkelsen 2001
og Tidsbruksundersøkelsen 2000. 2004. 63s.
180 kr inkl. mva. ISBN 82-537-6611-4
- 2004/14 B. Lie: Fakta om ti innvandrergupper i
Norge. 2004. 90s. 180 kr inkl. mva.
ISBN 82-537-6631-9
- 2004/16 T. Lappegård: Valg av livsløp i det fler-
kulturelle Norge: Forløpsanalyse av giftermål
og barnefødsler blant kvinner med inn-
vandrerbakgrunn. 2004. 34s. 155 kr inkl.
mva. ISBN 82-537-6644-0
- 2004/17 B. Olsen: Flyktninger og arbeidsmarkedet 4.
kvartal 2002. 2004. 29s. 155 kr inkl. mva.
ISBN 82-537-6601-7
- 2004/18 K.M. Heide, E. Holmøy, L. Lerskau og
I. Foldøy Solli: Macroeconomic Properties of
the Norwegian Applied General Equilibrium
Model MSG6. 2004. 55s. 180 kr inkl. mva.
ISBN 82-537-6650-5
- 2004/19 D. Ellingsen: Krigsbarns levekår. En
registerbasert undersøkelse. 2004. 51s. 180
kr inkl. mva. ISBN 82-537-6655-6
- 2004/20 B.K. Wold, S. Opdahl, E. Rauan,
R. Johannessen og I. T. Olsen: Tracking
Resource and Policy Impact Incorporating
Millennium Development Goals & Indicators
and Poverty Reduction Strategy Paper
monitoring across sectors. 2004. 129s. 210 kr
inkl. mva. ISBN 82-537-6657-2
- 2004/21 G.I. Gundersen: Bruk av plantevernmidler i
jordbruket i 2003. 2004. 97s. 180 kr inkl.
mva. ISBN 82-537-6663-7
- 2004/22 A. Snellingen Bye, G.I. Gundersen,
T. Sandmo og G. Berge: Jordbruk og miljø.
Resultatkontroll i jordbruk 2004. 2004. 210
kr inkl. mva. ISBN 82-537-6677-7
- 2004/23 H. Nome Næsheim og T. Pedersen:
Permittering og sykefravær. 2004. 95s. 180 kr
inkl.mva. ISBN 82-537-6690-4
- 2004/24 J.I. Hamre: Sesongjustering av hovedsreiene i
AKU . Dokumnetasjon av ny metode og
resultater. 2004. 53s. 180 kr inkl. mva.
ISBN 82-537-6692-0
- 2004/25 T.P. Bøe: Funksjonshemmede på arbeids-
markedet. Rapport fra tilleggsundersøkesle til
Arbeidskraftundersøkelsen (AKU) 2. kvartal
2004. 2004. 29s. 155 kr inkl. mva
ISBN 82-537-6694-7
- 2004/26 M. Bråthen og K. Vetvik: Sykefravær og
uførepensjon blant innvandrere ansatt i
storbykommuner. 2004. 29s. 155kr inkl.mva.
ISBN 82-537-6696-3
- 2004/27 K. Flugsrud, G. Haakonsen og K.
Aasestad: Vedforbruk, og fyringsvaner i
Trondheim og 2003 Bergen. 2004. 100s. 210
kr inkl.mva. ISBN 82-537-6699-8
- 2004/28 M.I. Kirkeberg og J. Epland: Økonomi og
levetår for ulike grupper, 2004. 2004 99s.
180 kr inkl. mva. ISBN 82-537-6708-0
- 2004/29 R. Kjeldstad og E.H. Nymoen: Kvinner og
menn i deltidsarbeid. Fordeling og
forklaringer. 2004. 126s. 210 kr inkl. mva.
ISBN 82-537-6710-2