

Jon Erik Finnvold

Bestemmer behovene bruken av legespesialistene?

Behovene, målt som egenvurdert helsetilstand, er den faktoren som i hovedsak styrer befolkningens bruk av helsetjenester. De som har svakest helse, har den klart høyeste frekvensen av legekonsultasjoner. Helsetilstand er også den egenskap som i størst grad bestemmer hvor spesialiserte helsetilbud som blir brukt.

Akademikere har færre kontakter med legetjenestene enn befolkningen for øvrig, og vurderer sin egen helsetilstand som relativt god. Likevel utgjør privatpraktiserende spesialister en større andel av konsultasjonene for akademikere enn tilfellet er for den øvrige befolkningen. To grunner til dette er den høye konsentrasjonen av private helsetilbud i den sentrale østlandsregionen, og at akademikere i mindre grad enn andre ønsker å bruke en fast allmennlege.

Det medisinske behandlingshierarkiet

Befolkningens helseproblemer krever hjelp på svært ulike nivåer av kompetanse og ekspertise. Tiltak i allmennpraksis utgjør det laveste nivået i det vi kan kalle et *medisinsk behandlingshierarki*. På neste nivå har vi privatpraktiserende spesialister. Videre finnes det poliklinikker, avdelinger med fylkesfunksjoner og avdelinger med regionfunksjoner innenfor sykehussektoren. Den mest spesialiserte funksjonen ivaretas av sentre med landsfunksjon, som utgjør toppen av behandlingshierarkiet. Dette hierarkiet kan se forskjellig ut for ulike sykdomsgrupper. For noen sykdomsgrupper vil regionsykehuset representere det øverste trinnet i behandlingshierarkiet. Andre diagnoser vil ha egne sentre eller institusjoner som tar imot pasienter fra hele landet. Enkelte regionsykehus vil også ha landsfunksjo-

ner, slik som transplantasjonsvirksomhet ved Rikshospitalet, eller avansert brannskadebehandling ved Haukeland sykehus. Eksempler på diagnosegrupper med egne landsdekkende institusjoner er epileptikere og astmatikere.

Det medisinske behandlingshierarkiet:

Kommunehelsetjenesten/1.linjetjenesten:

1. Allmennpraksis

Fylkeshelsetjenesten/2.linjetjenesten:

2. Privatpraktiserende spesialister
3. Fylkessykehus
4. Regionsykehus
5. Senter med landsfunksjon

Et viktig prinsipp i norsk helsevesen er det såkalte NEO-prinsippet (Nærmeste effektive omsorgsnivå), som sier at "*Hver pasient/familie må gjøre bruk av den kompetanse og ekspertise som tilstanden krever, ikke mindre og ikke mer*"

(Helsedirektoratet 1991). Pasienter med enkle eller lett diagnostiserbare sykdommer beholdes hos allmennlegen, mens vanskeligere kasus filtreres videre til forskjellige spesialistnivå med økende grad av servicetilbud. Sykdommens alvorlighetsgrad bestemmer altså hvor spesialisert behandlingen skal være. Dette prinsippet er viktig for å oppnå en rasjonell bruk av ressursene. Pasienter som kunne vært behandlet av allmennlegetjenesten på en god måte, bør ikke oppta kapasiteten til mer spesialiserte helsetilbud. Dette vil i så fall legge begrensninger på spesialisthelsetjenestens muligheter til å bruke sin kompetanse på de pasientgrupper den har best forutsetninger for å hjelpe. Også ut fra en rettferdighetstankegang er det viktig at den begrensede ressursen som spesialiserte behandlingstilbud representerer, er like tilgjengelig for alle, uansett bosted eller sosial bakgrunn.

Spørsmålet som blir belyst i dette kapitlet, er hva som bestemmer pasienters bruk av ulike nivåer i det medisinske behandlingshierarkiet. Gjennom levekårsundersøkelsene har vi kartlagt et representativt utvalg av befolkningen, og sett på bruksfrekvensen for hhv. allmennlegetjenester, privatpraktiserende spesialister utenfor sykehus og polikliniske konsultasjoner ved sykehus. Er det slik at det er sykdom som bestemmer hvor ofte de ulike delene av hierarkiet benyttes? I hvilken grad bruker befolkningsgrupper med en velfungerende helse i hovedsak primærhelsetjenesten? Og er det de som har dårligst helse, som i hovedsak bruker spesialisthelsetjenesten? Helsetilstand er det kriterium som ut fra en normativ og profesjonsetisk betraktning er det som skal bestemme bruken av spesialiserte helsetilbud.

En rasjonell ressursutnyttelse, i betydningen at de som har størst behov, også er de som får tilgang, kan forstyrres av ulike faktorer som avstand og skjevheter i geografiske fordelingsmønstre. I tillegg til helsetilstand, analyseres også bosted og sosial bakgrunn som forklaringer på variasjoner i bruken av de ulike legetilbudene. I framstillingen legges det særlig vekt på hvem som bruker privatpraktiserende spesialister.

Levekårsundersøkelsen som datakilde

I materialet som legges fram under, er bruken av legetjenestene tematisert gjennom å gå direkte til de som bruker legetjenestene, og stille spørsmål om blant annet helsetilstand og bruken av ulike legetilbud. Disse og andre spørsmål vil bli belyst med utgangspunkt i en undersøkelse blant et utvalg på 5 000 personer som ble intervjuet ved årsskiftet 1999/2000 (se boks).

Hvem er ofte hos legen?

I gjennomsnitt har en person over 16 år 3,8 kontakter med legen i året for egen sykdom. I tabell 1 ser vi at tallet på kontakter naturlig nok øker med alder, og ikke minst med egenvurdert sykdom. Mens personer som vurderer sin egen helse som svært god eller god har 2 til 3 kontakter i året, har personer som vurderer sin egen helse som dårlig eller svært dårlig 11 til 16 kontakter i året i gjennomsnitt. Det er altså behovene, målt som egenvurdert helse, som bestemmer frekvensen av legebesøk. Tabellen viser at svarpersoner med grunnskoleutdanning hadde 4,6 kontakter i året i gjennomsnitt. For personer med akademisk utdanning (universitet og høgskoleutdanning over 18 år) var denne frekvensen nesten halvert, til 2,4 kontakter i gjennomsnitt per år. En nærmere analyse viste imidlertid at

Informasjon om legetjenestene i Panel 2000

Informasjonsgrunnlaget om befolkningens samlede bruk av legetjenester i Statistisk sentralbyrås utvalgsundersøkelser er relativt begrenset. I panel 2000 har vi forsøkt å samle inn informasjon om et representativt utvalg av befolkningens bruksfrekvens og kontinuitet med ulike legetilbud. Hovedformålene med dette er et ønske om å følge med på utviklingen over tid når det gjelder ulike aspekter ved bruken av legetjenestene. Det er to hovedgrunner til dette. For det første hevdes det at befolkningens bruk av legetjenester har vært økende. Man har konstatert en vekst i folketrygdens utbetalinger til refusjoner, men dokumentasjon på individnivå har vært begrenset. For det andre er det planlagt en ordning som innebærer at hele befolkningen i utgangspunktet skal ha sin egen faste lege. Dette er en betydelig helsepolitisk reform, og det vil være av stor interesse å forsøke å spore

endringer i befolkningens relasjon til legen i tiden før, under og etter reformen.

Panelet besto i utgangspunktet av et brutto-utvalg på 4 475 personer. Det var til sammen 734 personer som intervjuerne av ulike grunner ikke fikk stilt noen spørsmål. Mange av disse ønsket rett og slett ikke å delta. Andre var midlertidig fraværende på grunn av ferie, skolegang eller arbeid. Vi forutsetter at de som deltok i undersøkelsen er representative for befolkningen for øvrig. Av spesiell interesse er frafall på grunn av helsemessige årsaker. Undersøkelsen ga opplysninger om frafallsårsak, og viste at 31 personer ikke deltok på grunn av langvarig sykdom eller svekkelse. Det er dermed ikke grunn til å tro at vi har med et utvalg å gjøre som skiller seg vesentlig fra befolkningen for øvrig når det gjelder helse og behov for helsetjenester. For nærmere dokumentasjon av utvalget, se Sundvoll 1999.

Spørsmål om legetjenester i Panel 2000:

- Omtrent hvor mange kontakter hadde du på grunn av egen sykdom med legevaktslege siste 12 måneder? (ALLE LEGEKONTAKTER, BÅDE TELEFON- OG BESØKSKONTAKTER REGNES MED)
ANTALL KONTAKTER MED LEGEVAKTSLEGE
- Omtrent hvor mange ganger har du i løpet av de siste 12 måneder vært i kontakt med allmennpraktiserende lege på grunn av egen sykdom. Regn med allmennpraktiserende lege på legesenter, studenthelsetjeneste, bedriftslege, skolelege o.l. (ALLE LEGEKONTAKTER, BÅDE TELEFON- OG BESØKSKONTAKTER REGNES MED)
ANTALL KONTAKTER MED ALLMENNLEGE O.L.
- Har du på grunn av egen sykdom vært hos legespesialist utenfor sykehus i løpet av de siste 12 måneder?
 - JÅ
 - NEI
- Hvor mange ganger i løpet av de siste 12 måneder har du vært hos legespesialist utenfor sykehus?
- Har du på grunn av egen sykdom vært hos legespesialist på sykehus for poliklinisk konsultasjon i løpet av de siste 12 måneder? Regn ikke med innleggelse.
 - JÅ
 - NEI
- Hvor mange ganger i løpet av de siste 12 måneder har du vært hos legespesialist på sykehus for poliklinisk konsultasjon?
ANTALL

Oversikten over det totale antallet kontakter tar utgangspunkt i summen av spørsmålene 1, 2, 4 og 6. Under er den enkelte type av legekontakt analysert enkeltvis, med en analysemodell som inkluderer alder, egenvurdert helse, sentralitet, fylkestilknytning og utdanningslengde. Først er det undersøkt hva som kjennetegner ikke-brukerne av de ulike legetypene (Oppgav 0 på spørsmål 1 eller 2, eller "Nei" på spørsmål 3 og 5).

Tabell 1. Gjennomsnittlig antall kontakter med lege siste 12 måneder for egen sykdom, etter alder, egenvurdert helse, utdanningslengde, fylke og sentralitet. Prosent

Alle	3,8	(3 729)
Alder		
16-24 år	3,3	(501)
25-44 år	3,7	(1 517)
45-66 år	4,0	(1 244)
67-79 år	4,8	(408)
80- år	6,3	(59)
Egenvurdert helse		
Svært god	2,0	(1 042)
God	3,4	(1 871)
Verken god eller dårlig	5,9	(578)
Dårlig	11,0	(202)
Svært dårlig	16,3	(36)
Utdanningslengde		
Ungdomsskole el. lavere	4,6	(642)
Videregående utdanning	3,9	(2 143)
Universitet/høgskole 14-17 år ...	3,3	(732)
Universitet/høgskole over 18 år ...	2,4	(195)
Uoppjutt utdanning (N=64)
Fylke		
Bosatte i Oslo/Akershus	3,8	(829)
Bosatte i øvrige fylker	3,8	(2 912)
Sentralitet¹		
Minst sentrale kommuner (0) ...	4,0	(446)
Mindre sentrale kommuner (1) .	3,4	(332)
Sentrale kommuner (2)	3,7	(819)
Mest sentrale kommuner (3)	3,9	(2 103)

¹ Sentralitetsinndelingen bygger på Statistisk sentralbyrås standard for kommuneklassifisering.

Kilde: Levekårspanelet, Statistisk sentralbyrå.

dette ikke var en statistisk sikker sammenheng, når det ble tatt hensyn til faktorer som alder og egenvurdert sykkelighet. Kun egenvurdert helse ble funnet å være statistisk signifikant.¹

En av tre uten legekontakt

I alt 33 prosent av de spurte oppga at de ikke hadde hatt noen kontakt med legetjenesten det siste året. I denne gruppen var det igjen en klar overrepresentasjon av personer som har en positiv opplevelse av sin egen helse. Det var også flere med lav alder i denne gruppen.²

Både for selve frekvensen av legekontakter – men også for fravær av legekontakt – var det behovene, målt som egenvurdert sykkelighet, som var utslagsgivende. Bosted eller utdanningslengde hadde ingen statistisk sikker innflytelse på sannsynligheten for å ha vært hos lege siste år, eller for å ha hatt mange legekontakter.

I tallet på legekontakter inngår kontakter med legevakt, allmennlege, privatpraktiserende spesialister og polikliniske kontakter på sykehus. Spørsmålet er om vi finner igjen det samme mønsteret dersom vi betrakter de ulike legetilbudene hver for seg? Typisk for ikke-brukere av legevakt var først og fremst at de vurderte sin egen helsetilstand som god eller meget god. Det samme gjaldt for samtlige av de øvrige legetilbudene. Egenvurdert helse er den egenskapen som klart skiller mellom de som har hatt kontakt med lege, og de som ikke har hatt det. I tillegg var det slik at lav alder økte sannsynligheten for å være blant ikke-brukerne. Så langt er resultatene som forventet. Analysen viste også at det var flere som hadde hatt kontakt med legevakt i de minst sentrale kommunene. Dette kan skyldes at små kommuner med få leger i større grad baserer seg på legevaksordninger for å få turnusen til å gå rundt.

¹ (P < 0,0001, lineær multivariat regresjonsanalyse).

² (multivariat logistisk regresjonsanalyse).

Tabell 2. Andel som hadde hatt kontakt med privatpraktiserende spesialist for egen sykdom siste 12 måneder, etter alder, egenvurdert helse, utdanningslengde, fylke og sentralitet. Prosent

Alle	17	(3 701)
Alder		
16-24 år	12	(439)
25-44 år	15	(1 489)
45-66 år	19	(1 280)
67-79 år	19	(409)
80- år	20	(84)
Egenvurdert helse		
Svært god	12	(1 044)
God	16	(1 873)
Verken god eller dårlig	20	(580)
Dårlig	33	(205)
Svært dårlig	39	(36)
Utdanningslengde		
Ungdomsskole el. lavere	14	(642)
Videregående utdanning	17	(2 143)
Universitet/høgskole 14-17 år ...	17	(732)
Universitet/høgskole over 18 år	23	(195)
Uoppgjitt utdanning (N=64)
Fylke		
Bosatte i Oslo/Akershus	21	(829)
Bosatte i øvrige fylker	16	(2 912)
Sentralitet¹		
Minst sentrale kommuner (0) ...	14	(446)
Mindre sentrale kommuner (1) ..	10	(332)
Sentrale kommuner (2)	17	(819)
Mest sentrale kommuner (3)	19	(2 103)

¹ Sentralitetsinndelingen bygger på Statistisk sentralbyrås standard for kommunklassifisering.

Kilde: Levekårspanelet, Statistisk sentralbyrå.

Hvem bruker privatpraktiserende spesialister?

I tabell 2 ser vi at det var 12 prosent av de som vurderte sin egen helsetilstand som meget god, som hadde hatt kontakt med privatpraktiserende spesialist siste år. Denne andelen var høyere jo dårligere svarpersonene vurderte sin egen helsetilstand. Blant de som vurderte sin egen helse som meget dårlig, var det 39 prosent som hadde hatt kontakt med privat-

praktiserende spesialist. Ikke-brukerne av spesialister skiller seg imidlertid fra ikke-brukerne av de øvrige legetilbudene: Blant disse finner vi en statistisk sikker overrepresentasjon av bosatte i Oslo og Akershus, av bosatte i sentrale strøk generelt, og av personer med høyere universitets- og høgskoleutdanning (tabell 2).

I tabell 3 er det beregnet hvor stor andel de ulike legekontaktene utgjør for de ulike grupper. For de som hadde utdanning på universitets-/høgskolenivå (over 18 års utdanning) utgjorde privatpraktiserende spesialister 17 prosent av kontaktene, mens tilsvarende andel var mellom 8 og 10 prosent for de andre utdanningskategoriene.

Oversikten synes å antyde et underforbruk av polikliniske legekonsultasjoner blant akademikere. Mens andelen polikliniske kontakter lå på mellom 10 og 14 prosent for de øvrige utdanningskategoriene, var 7 prosent av akademikernes kontakter polikliniske konsultasjoner. En multivariat analyse viste imidlertid at dette ikke var noen statistisk sikker sammenheng, den lave andelen polikliniske kontakter i denne gruppen hadde sin bakgrunn i en mer positiv vurdering av egen helsetilstand.

Den samlede bruken av spesialisthelsetjenester synes også å ha en skjev geografisk fordeling. Bosatte i mindre sentrale strøk er mindre hos spesialist, og det er kontakten med privatpraktiserende spesialister som er særlig lav.

Hva er så bakgrunnen for de observerte skjevhetene når det gjelder bruken av spesialisthelsetjenesten? Viktige momenter i en drøfting av disse funnene er lokaliseringsmønsteret i helsetjenesten,

Tabell 3. Legetilbudsprofiler. Antall kontakter med ulike typer leger, etter alder, kjønn, utdanningslengde, egenvurdert helse, fylke og sentralitet. Prosent

	I alt	Legevakt	Allmenn- lege	Spesialist utenfor sykehus	Poliklinisk kontakt ved sykehus
Hele utvalget	100	15	64	10	12
Preferanser for fast lege¹					
Ønsker å bruke en fast allmennlege	100	14	65	9	12
Ønsker å bruke flere leger	100	18	53	16	13
Alder					
16-24 år	100	20	58	13	9
25-44 år	100	17	62	10	11
45-66 år	100	12	65	10	13
67-79 år	100	13	68	8	12
80- år	100	13	63	12	12
Kjønn					
Mann	100	17	64	8	11
Kvinne	100	14	64	11	11
Utdanningslengde					
Ungdomsskole el. lavere	100	15	66	8	11
Videregående utdanning	100	15	63	10	14
Universitet/høgskole 14-17 år	100	13	64	10	14
Universitet/høgskole over 18 år	100	18	58	17	7
Uoppgitt utdanning (N=64)
Egenvurdert helse					
Svært god	100	20	58	11	11
God	100	15	64	10	11
Verken god eller dårlig	100	12	67	9	13
Dårlig/svært dårlig	100	12	65	10	12
Fylke					
Bosatte i Oslo/Akershus	100	13	61	14	11
Bosatte i øvrige fylker	100	15	64	9	11
Sentralitet¹					
Minst sentrale kommuner (0)	100	22	61	7	10
Mindre sentrale kommuner (1)	100	16	67	5	12
Sentrale kommuner (2)	100	12	64	9	14
Mest sentrale kommuner (3)	100	14	63	12	11

¹ Sentralitetsinndelingen bygger på Statistisk sentralbyrås standard for kommunklassifisering.

Kilde: Levekårspanelet, Statistisk sentralbyrå.

og variasjoner i ulike sosiale gruppers måte å forholde seg til sykdom og helse-tjeneste på. Under knyttes noen kommentarer til disse momentene. Det må likevel bemerkes at disse avvikene er små, og at det tross alt er behovene som i hovedsak

styrer bruken av legetjenestene. Slik har det ikke alltid vært, hvorfor er det slik?

Behov som fordelingsmekanisme

Hvorfor er det så få som betrakter markedet som et legitimt fordelingsprinsipp når

det gjelder helse? Michael Walzer (1983) tar som utgangspunkt at fordelingsprosesser i velferdsstaten skjer innenfor relativt klart avgrensede "sfærer". Eksempler på slike sfærer er arbeidsmarkedet, helsesektoren og utdanningssektoren. De fordelingsprinsipper som gjelder innenfor den enkelte sfære er relativt autonome, og i begrenset grad overførbare. Walzers analyse av helsesektoren gir en konkretisering:

Han begynner historisk, og konstaterer at helsetjenester i tidligere tider stort sett var et anliggende for det frie marked, der leger ytte sine tjenester mot betaling. Walzer konstaterer at førmoderne medisin var marginal, legenes muligheter til å avhjelpe sykdom var begrensede. Sykdom ble oppfattet som noe skjebnebestemt. Det eneste man kunne gjøre var å møte det som måtte komme av sykdom og helsemessige problemer med stoisk fatalisme. Historisk har fordelingen av helsetjenester hvilt i hendene på legeprofesjonen. Walzer karakteriserer legeprofesjonen som et laug, hvis historie har sine aner helt tilbake til Hippokrates i det femte århundre f.Kr. Dette lauset hadde to oppgaver eller funksjoner, nemlig å ekskludere ukonvensjonelle yrkesutøvere, og regulere antallet yrkesutøvere. Noe genuint fritt marked har neppe eksistert, og har heller aldri vært i medlemmenes interesse. Legene var i hovedsak knyttet til de mer velstående samfunnslag, ofte ansatt i adelige kretser. Walzer konstaterer likevel at medisinenes fordelingsmessige prinsipp, dens "*distributive logic*", synes å være at helsetilbudet skulle stå i forhold til pasientens sykdom, og ikke økonomiske evne eller samfunnsmessige status. Som følge av dette har legeprofesjonen ifølge Walzer alltid hatt en kollektivt dårlig samvittighet. Allerede i antikkens Hellas var det slik at legene tjente de

fattige i tillegg til betalende pasienter. Men etterspørselen etter legenes tjenester var likevel begrenset, rett og slett fordi det var liten tiltro til nytteverdien av medisinsk behandling. Derfor fant ikke legeprofesjonens dårlige samvittighet sitt motstykke i politiske krav om å erstatte legenes frie rolle med et offentlig ansvar. Walzer trekker en parallell til kirkens rolle når han skal beskrive hvordan helsetjenesten endrer karakter ved overgangen til moderne samfunn: I middelalderens Europa var sjelens frelse et offentlig anliggende, mens legemets tilstand derimot ble betraktet som et privat spørsmål. Evigheten var et sosialt anerkjent behov, og man måtte se til at alle hadde muligheter til å oppnå frelse og evig liv. Dermed institusjonaliseres behovet for frelse, med kirke i hvert sogn, og obligatoriske konfirmasjons- og dåpsritualer. I dag er situasjonen i de fleste europeiske land reversert. Man har mistet troen på sjelens frelse, og man har fått stadig større tiltro til den moderne medisinen.

For moderne mennesker er det lang levetid og fravær av kroppslige plager som er det grunnleggende behov. Anerkjennelsen av disse behovene medfører tiltak for å gjøre legetjenester tilgjengelig for alle, og innføring av helsekontroller, helseopplæring for unge, vaksinasjonsprogrammer og lignende. Over tid har det skjedd en gradvis overgang, en opptrapping av det offentliges ansvar for helse, og en langsom forvitring av interessen for religiøse tjenester. I takt med opptrappingen av det offentliges ansvar for helse, fulgte det også en begrensning av legenes laug. Et av de første områdene som ble gjenstand for offentlig engasjement, var forebyggende aktiviteter. Dette var ikke tilfeldig, hevder Walzer, fordi tiltakene krevde relativt lite inngripen i legenes laug. Etter hvert innebar

imidlertid omfanget av det offentlige ansvaret at et betydelig antall av legene måtte bli offentlige tilsatte, og at markedet for legenes tjenester måtte opphøre, eller i hvert fall begrenses. En økende erkjennelse av mulighetene til å kurere og forebygge sykdom hos allmennheten medfører et allment krav om at det offentlige påtar seg et betydelig ansvar: *People will not endure what they no longer believe they have to endure* (s. 88). Store samfunnsmessige utfordringer som epidemiske sykdommer, kroniske behandlingsskrevende helseproblemer som hjerte-/karsykdommer og kreft, kostbar medisinsk forskning, utdanning av helsepersonell og bygging av helseinstitusjoner befinner seg langt utenfor rekkevidden til den enkelte borger. Og i de fleste moderne samfunn har vi sett et betydelig engasjement på det helsepolitiske området, modifisert av ulike demokratiske og politiske prosesser. Det offentlige ansvar blir en følge av at det har utviklet seg et behov som er så dypfølt at det ikke kan sies å uttrykke den eller den person alene, men samfunnet som helhet.

Men, hevder Walzer, i det øyeblikk et offentlig engasjement starter, må ressursene anvendes slik at alle får tilgang. Tilbudet må avstemmes med den enkeltes behov. Dette normative utgangspunktet er imidlertid i varierende grad realisert hevder Walzer, fordi det ikke er tatt noe initiativ til å utfordre legeprofesjonen og det markedsbaserte medisinske området. Walzer har spesielt det amerikanske helsevesenet i tankene. Og så lenge det finnes en markedsbasert sfære innenfor helsetjenesten, vil økonomisk evne, og ikke behov, være dominerende: *Individuals will be cared for in proportion to their ability to pay, and not to their need for care...* (s. 89).

Den amerikanske helsetjenesten fungerer, ifølge Walzer, slik at middel- og overklassen anvender relativt omfattende private legetjenester, mens situasjonen for de lavere sosiale skikt oftere er alvorlig sykdom og hospitalisering. Ut fra et normativt synspunkt kunne dette vært akseptert. Men så lenge det gjelder sosialt anerkjente behov – med betydelige kollektive ressurser involvert – bør man begrense eller blokkere helsegodenes frie utveksling. Et fullt utviklet medisinsk system forutsetter at legenes laug oppløses: *"Needed goods cannot be left to the whim, or distributed in the interest, of some powerful group of owners or practitioners... I see no reason to respect the doctor's marked freedom. Needed goods are not commodities* (s. 89-90). Walzer utelukker ikke markedsbaserte løsninger på fordeling av helsegoder. Man kan gjennom politiske prosesser velge et begrenset offentlig helsevesen, og overlate resten til markedet. Han fremholder imidlertid at dette ikke er situasjonen i dagens USA, der offentlige midler i stort omfang anvendes til finansiering av forskning, bygging av sykehus og tilskudd til privatpraktiserende leger. Når det er slik, må de tjenester som følger av denne innsatsen være tilgjengelige for alle på likeverdig basis. På tross av sin kritikk av det amerikanske helsevesenet, understreker han at det ikke er mulig å ha noen forutbestemt oppfatning om hvor omfattende helsetjenesten bør være. Våre holdninger til helsetjenester har en historie, og som eksempelet over viser, har holdningen endret seg relativt radikalt gjennom historien, og vil endre seg igjen.

Lokaliseringsmønster og geografi

Dels kan det oppstå eller utvikle seg systematiske forskjeller mellom ulike administrative regioner når det gjelder helsetjenesters omfang og karakter. Slike

forskjeller kan igjen reflekteres i profilen på det tilbud befolkningen i disse områdene får og faktisk anvender. Eksempler på dette finnes både i England og USA (Mohan 1995a, McLafferty 1986). Disse studiene viser hvordan strukturen i helse-sektoren endrer seg i retning av en større etablering i geografiske områder der befolkningen har en kjøpekraft over gjennomsnittet. Den geografiske fordelingen av privatpraktiserende spesialister med avtale viser at denne ressursen har en skjev fordeling (Statistisk sentralbyrå 2001). Fylker som Sogn og Fjordane og Finnmark ligger lavest, med under 3 årsverk per 10 000 innbyggere. Oslo og Akershus ligger på topp, med hhv. 36 og 22 årsverk per 10 000 innbyggere. Igjen må det presiseres at det mangler en oversikt over leger uten avtale. Det er ikke urimelig å anta at en oversikt med disse inkludert, ville forsterke skjevhetene. Slike skjevheter *kan* avstedkomme ulikheter i bruken av spesialisthelsetjenestene, men ikke nødvendigvis. Sykehusene og de private kan utgjøre komplementære tilbud, dessuten er det mulig å henvise på tvers av fylkesgrenser.

Mange, og spesielt geografiske studier, har vært opptatt av avstand til behandlingstilbud som barriere mot bruken av helsetilbud (Meade og Earickson 2000, Pinch 1985, Joseph og Phillips 1984). Ideen er at geografisk avstand representerer en kostnad som ofte fører til mindre bruk av tjenester. Norges spesielle bosettingsmønster og kommunestruktur gjør denne faktoren særlig relevant.

Lokaliseringsmønsteret når det gjelder leger har alltid vært et helsepolitisk problem. Privatpraktiserende spesialister er leger med spesialistgodkjenning fra legeforeningen, som driver sin egen praksis utenfor sykehusene. Slike praksiser drives

privat, men kan likevel betraktes som en integrert del av det samlede offentlige tilbud av spesialisthelsetjenester. Dette fordi et flertall av disse legene har en avtale med fylkeskommunale helsemyndigheter om omfanget av praksisen. I tillegg mottar legene et driftstilskudd, samtidig som pasientene kun betaler en egenandel for konsultasjonen. Det resterende beløp dekkes over trygdebudsjettet. Vi kan følgelig si at privat spesialistpraksis i hovedsak er finansiert av det offentlige, og dels også integrert i et offentlig helsetilbud. Å integrere privat avtalepraksis og offentlig spesialisthelsetjeneste innebærer at sykehusene kan gjennomføre behandlinger på grunnlag av forundersøkelser gjort av spesialist utenfor sykehuset, og at sykehuset kan sende pasienter til kontroll hos den samme spesialisten.

Det finnes privatpraktiserende spesialister som driver sin praksis uten noen form for avtale med det offentlige. Konsultasjon av denne type praksiser vil innebære en større kostnad for pasienten, idet den ikke gir rett til refusjon fra trygden. Bruken av privatpraktiserende leger med avtale krever etter dagens regelverk henvisning fra annen lege, selv om noen unntak finnes. Velger man derimot å oppsøke en spesialist uten avtale, kan dette skje uten henvisning, men altså til en høyere pris.

Datagrunnlaget som er anvendt i denne analysen, gir ikke grunnlag for å skille mellom de to formene for spesialistpraksis. Vi vet også lite om omfanget av privat praksis som ikke er avtalebasert. Tallet på privatpraktiserende spesialister med avtale utgjorde i 2000 1 056 årsverk (Statistisk sentralbyrå 2002). Det er liten tvil om at det private legetilbudet er blitt mer synlig de siste årene. I 1990 utgjorde

annonsene til privatpraktiserende leger under 10 sider i Telenors gule sider for Oslo. I 2002-utgaven opptok annonsene til privatpraktiserende leger over 40 sider. Det synes følgelig å foregå en omsetning av private helsetilbud i et marked, og at dette er en delforklaring på de skjevheter som er påvist i profilen på bruken (tabell 3).

Selve begrepet "privat" i helsetjenestesammenheng påkaller assosiasjoner i retning av profitt, og at bare den som har penger, kan få hjelp. Markedet som fordelingsprinsipp er ikke allment akseptert når det gjelder helse. Man kan i alle fall si at det er tverrpolitisk enighet om at den alt vesentlige delen av helsegodene skal fordeles etter behov, og at markedet skal spille en underordnet rolle. I den grad privat helsetjeneste bør spille en rolle, er det, ifølge legeforeningens representant, kun i en "symbiotisk" relasjon til det offentlige. Den samlede legeressursen hevdes å bli best utnyttet dersom det også finnes et privat tilbud (Aarseth 2000).

Kan pasienten påvirke sin plassering i hierarkiet?

På samme måte som hensynet til legeprofesjonens autonomi kan skape skjevheter i fordelingsmønsteret av privatpraktiserende spesialister, kan pasienters behov for autonomi og medinnflytelse lett komme i konflikt med idealet om den rasjonelle ressursutnyttelse.

Joan Busfield (1990) argumenterer for at det er vanskelig å trekke noe klart skille mellom brukere av private og offentlige helsetilbud. Det er, med utgangspunkt i britisk kontekst, minst tre grunner til dette: For det første er det få private ordninger som er spesielt rettet mot kronikere eller personer med behov for

særlig hyppige konsultasjoner. Videre finnes det en offentlig fastlegeordning som omfatter praktisk talt hele befolkningen. Og i et livsløpsperspektiv er det få private tilbud som inkluderer eldreomsorg. De fleste vil derfor ha en relasjon til et offentlig helsevesen, i alle fall om en betrakter livsløpet under ett. Men selv om det ikke er mulig å trekke et klart skille, er ikke det viktige om det finnes undergrupper med lett tilgang på private tilbud, og da særlig private spesialister. Hun stiller spørsmålsteget ved nytten av spesialiserte tilbud, og er usikker på om bruken av disse egentlig representerer en helsegevinst for pasientene. Et moment i denne sammenhengen er at det ofte dreier seg om de samme legene, som driver privat praksis på siden av faste stillinger innenfor et offentlig helsevesen.

Man kan lett få inntrykk av at det helse-tilbud som den enkelte ender med å bruke, er bestemt av en relativt mekanisk utvelgelsesprosess, der særlig allmennlegene spiller en viktig rolle når det gjelder henvisning til mer spesialiserte behandlingstilbud. Pasientene synes å være overlatt et begrenset rom for medbestemmelse og innflytelse. Riktignok har pasienten rett til å velge ved hvilket offentlig sykehus en eventuell behandling skal foretas. Pasientrettighetsloven presiserer likevel at pasienten ikke kan velge behandlingsnivå. Den enkelte kan også selv velge hvilken allmennlege som foretrekkes, men disse mulighetene er begrenset etter innføring av fastlegeordningen. Denne modellen er et resultat av det norske politiske systemets balanse mellom behovet for valg og medbestemmelse på den ene siden, og på den andre siden behovet for offentlig kontroll med en sektor som i hovedsak finansieres av offentlige midler. Det ligger altså i lovverket nedfelt visse muligheter for personlig

valgfrihet. Mye tyder på at en slik valgfrihet kan ha fått økende betydning. Ved innføring av fastlegeordningen i Norge, oppgir en av ti personer at de ikke ønsker en fast lege, men vil ha muligheten til å bruke flere leger (Finnvold og Paulsen 2002). I andre land ser man en endring av innretningen på offentlig sektor. Viktige deler av dette bildet er privatisering og delprivatisering av offentlig virksomhet, økt bruk av konkurranseutsetting, og organisatoriske løsninger der både private, offentlige og frivillige organisasjoner løser lokale velferdsoppgaver, såkalte "local mixed economies of care" (Charlesworth, Clarke & Cochrane 1995). Vi står med andre ord overfor en lokal velferdsstat med økende diversitet. Storskala, byråkratiske og hierarkiske måter å formidle velferdsgoder på er i ferd med å erstattes med noe nytt, som i større grad vektlegger autonomi til de som etterspør og formidler tjenester lokalt (Mohan 1995b). Denne utviklingen er imidlertid ikke entydig. Selv om den nye pasientrettighetsloven betoner fritt sykehusvalg, er den statlige overtakelsen av sykehusene et varsel om behov for større statlig styring. Og selv om helsemyndighetene ved innføringen av fastlegeordningen legger vekt på den enkeltes rett til selv å velge lege, er det klart at også denne reformen springer ut av et ønske om større offentlig kontroll.

Flere har argumentert for at konsumsfæren får en stadig viktigere rolle i moderne samfunn. Det ligger i dette perspektivet en oppfatning om at det finnes et skille mellom bruk av private og offentlige velferdstjenester, og at dette er et skille som kan bli mer viktig ettersom privatisering av helsetjenesten får et større omfang. Spørsmålet er om det eksisterer et slikt skille innenfor helsetjenesten. Og i så fall, hvilken betydning har et slikt

skille, representerer det "an important axis of social polarisation"? (Busfield 1990). Studien dokumenterer at det finnes grupper med mer bruk av private helsetilbud, men disse skillene følger dels en klassesdimensjon: Bruken av private helsetilbud er mer utbredt blant funksjonærer og høyere funksjonærer, og mindre blant ufaglærte arbeidere.

Spørsmålet om det finnes systematiske forskjeller mellom ulike pasientgrupper når det gjelder bruken av ulike helsetilbud er også reist av andre. En mulighet er at variasjoner i preferanser og vilje til å opptre som rasjonell forbruker av helsetjenester, fører til at noen befolkningsgrupper som i større grad enn andre, utvikler en rasjonalitet i forhold til det å vurdere nytten av ulike tilbud (Calnan, Cant og Gabe 1993). For i større grad å kunne velge mellom ulike tilbud, trengs det også kunnskap om hvilke alternativer som er tilgjengelige. Denne kunnskapen kan variere systematisk mellom ulike befolkningsgrupper, og være betinget av forhold som sosiale nettverk, utdanningsbakgrunn og lignende.

Det ikke tilfeldig at den begrensede empirien som finnes på dette er hentet fra Storbritannia som har hatt en sterkt politisert diskusjon rundt reformer i velferdsstaten. *Does the UK have a private welfare class?* spør Burchardt og Propper (1999), og svarer bekreftende. Det finnes en distinkt gruppe brukere av private velferdstilbud med høyere inntekt og utdanning.

Erfaringene fra britisk helsetjeneste synes å ha en viss relevans for de mønstre som er observert med utgangspunkt i levekårsundersøkelsene. Men frekvensen av bruken av et tilbud sier ikke noe om hvorvidt bruken av helsetilbudene faktisk

resulterer i velferdsvirkninger for dem det gjelder. Akademikerens noe hyppigere bruk av privatpraktiserende spesialister innebærer ikke nødvendigvis at de har et kvalitativt bedre helsetilbud.

Referanser

Burchardt og Propper (1999): Does the UK have a private welfare class? *Journal of social policy*, vol. 28, no. 4.

Busfield, Joan (1990): Sectoral divisions in consumption; the case of medical care, *Sociology*, **24**, 77-96.

Calnan, Michael, Cant og Gabe (1993): Going private. Why people pay for their care, Open university press.

Charlesworth, Clarke og Cochrane (1995): Managing local mixed economies of care. *Environment and planning, A* **27** 1419-1435.

Finnvold, J. E. og B. Paulsen (2002): Før innføring av fastlegeordning – brukervurderinger av allmennlegetjenesten i et veiskille, NIS-SINTEF/Statistisk sentralbyrå.

Helsedirektoratet (1991): Handlingsplan for barn og unge med allergi/overfølsomhet, astma og andre kroniske lungesykdommer. Helsedirektoratets utredningsserie 2-91.

Joseph og Phillips (1984): Accessibility and Utilization: Geographical Perspectives on Health Care Delivery.

Meade, S. Melinda and Robert J. Earickson (2000): *Medical Geography*, 2nd Edition, Guilford Press, New York og London.

McLafferty, Sara (1986): The geographical restructuring of urban hospitals: Spatial dimensions of corporate strategy, *Social science and medicine*, Vol 23, no. 10, 1079-1086.

Mohan, John (1995a): *A National Health Service? The restructuring of Health Care in Britain since 1979*.

Mohan, John (1995b): PostFordism and welfare: an analysis of change in the British health sector, *Environment and planning, A* **27** 1555-1576.

Pinch, Steven (1985): *Cities and services. The geography of collective consumption*, London, Routledge og Kegan Paul.

Statistisk sentralbyrå (2001): Spesialisthelsetjenesten 1990-2000. Somatiske sykehus, psykiatriske institusjoner m.m. NOS C 699.

Statistisk sentralbyrå (2002): www.ssb.no/speshelsesom.

Sundvoll, Anne (1999): Samordnet levekårsundersøkelse 1999: panelundersøkelsen: dokumentasjonsrapport. Notater, Statistisk sentralbyrå; 1999/66.

Walzer, Michael (1981): Philosophy and democracy, *Political theory*, vol. 9 no. 3, 379-399.

Walzer, Michael (1983): *Spheres of justice. A defence of pluralism & equality*. Blackwell.

Aarseth, Hans Petter (1998): Hva er fremtiden for privat spesialistpraksis? *Tidsskrift for den norske lægeförening*, nr. 25.