

Blanda resultat av fastlegereforma

Fleire enn tidlegare har fast lege. Ein har dermed nådd eit sentralt mål med innføringa av fastlegeordninga (FLO). Dei som før var utan fast lege, men som har fått det etter FLO, har mindre behov for legetenester ann andre. Særleg gjeld dette yngre menn med god helse. Det var òg ei klar målsetjing at behovet for legetenester i større grad skulle rettast mot fastlegen, og ein rekna òg med at bruken av legevakt skulle reduserast. Desse måla har ein i mindre grad nådd.

Kva ligg i omgrepet kontinuitet?

Kontinuitet er ikkje noko mål i seg sjølv, men eit verkemiddel for å oppnå god kvalitet i tilhøvet mellom lege og pasient. Med ei fast gruppe av pasientar vil legen få betre oversikt over sjukdomshistorie, levesett og familietilhøve til den enkelte. Denne kunnskapen kan vera eit godt utgangspunkt for å gjere ein god jobb som lege. Pasienten vil på si side få ei fast adresse for sine legebehov, det skal bli lettare å kome til lege når ein treng det. I denne artikkelen spør vi om målsetjinga med betra kontinuitet er nådd. For å svare på dette, må vi presisera kva ein legg i omgrepet kontinuitet. Sosial- og helsedepartementet har gjort greie for sitt syn på kva som skal vera tema for evalueringa, og vi nyttar desse formuleringane som eit utgangspunkt for ulike presiseringar av kontinuitet. I eit avsnitt som omhandlar kontinuitet heiter det blant anna at:

"Hovedfokus under dette området rettes mot i hvilken grad fastlegereforma 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 2001:10)

I framstillinga under har vi freista å konkretisera kva som ligg i dei tre ulike målsetjingane, og definera kva slags mål på kontinuitet som er brukt:

1. Omfang: Kor mange er utan ein fast lege på intervjutidspunktet? Har ein større del av befolkninga fått ein fast lege?
2. Varigheit: Datagrunnlaget gjer det mogleg å berekne kor lenge dei som er med i utvalet har brukt den faste legen dei hadde på intervjutidspunktet. Som alternativ er det stilt spørsmål om kor mange det er som opplever ufrivillige bytte av fast lege.
3. Innhold/bruk: To spørsmål tematiserer denne målsetjinga: Er det blitt færre som brukar fleire ulike allmennlegar? Og er det blitt mindre bruk av legevakt, kan dette eventuelt tyde på at fastlegen i større grad enn før løysar meir akutte behov for legehjelp?

*Jon Erik Finnvold og
Jørgen Svalund*

Noregs forskingsråd (NFR) har på oppdrag frå Sosial- og helsedepartementet organisert ein forskingsbasert evaluering av FLO. Avtalen blei skriven under i 2000 og skal halde fram til juni 2005. Statistisk sentralbyrå er ein av institusjonane som er med i denne evalueringa. Artikkelen og datagrunnlaget som denne byggjer på er finansiert av NFR, og er eit samarbeid mellom Statistisk sentralbyrå og Sintef/Unimed.

Jon Erik Finnvold er statistikkrådgjevar i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk (jon.erik.finnvold@ssb.no).

Jørgen Svalund er førstekonsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk (jorgen.svalund@ssb.no)

Levekårspanelet

Datagrunnlaget byggjer i hovudsak på levekårspanelet, som ble etablert 1. halvår 1997. Panelet omfattar eit utval på om lag 5 000 personar, der dei same personane kontaktast år etter år. Dei som er med blir intervjuet ved besøk, men det blir òg gjort telefonintervju. Spørjeskjemaet er organisert rundt faste sekvensar av spørsmål om helse, arbeid og bustadforhold. Første gangen det blei stilt spørsmål om legetenester, var i 2000. Dette temaet ble følgd opp i 2001 og 2002. I 2003 er spørsmål om legetenester eit hovudtema, slik at endringar i legebruk etter fastlegeordninga kan sporast. I tillegg til opplysningane som blir gitt gjennom intervju, blir informasjon om svarpersonanes bakgrunn gjort tilgjengeleg gjennom registerkoplingar. Dette gjeld dels individopplysingar, slik som utdanningslengd og inntekt. Dels gjeld det også ulike eigenskapar ved svarpersonanes bustadkommune, herunder trekk ved det lokale legetilbodet. Desse opplysningane er henta frå oversikten til Statistisk sentralbyrå over personell og verksemd i kommunehelsetenesta.

Svarprosenten for levekårspanelet er normalt på omtrent 70 prosent. For meir detaljerte opplysningar om utval og fråfall, sjå Finnvoll og Paulsen 2002. I den enkelte tabell i artikkelen vil talet på personar som svarte variere. Utover fråfallet er det fleire grunnar til dette. Den viktigaste er at mange av spørsmåla berre er stilte til personar som har hatt legekontakt det siste året. Det er også slik at utvalet kvart år blir redusert då fleire av ulike grunnar ikkje lenger kan eller vil delta. Dette blir kompensert gjennom nyrekruttering. Analyser som byggjer på koplingar av fleire årgangar, vil dermed få færre som svarar.

Fast lege er ikkje like viktig for alle

Utgangspunktet for analysen er ei undersøking der dei same personane er intervjuet før og etter reforma (sjå ramme om Levekårspanelet). Datagrunnlaget gjer det mogleg å sjå i kva grad målsetjinga om auka kontinuitet er nådd for grupper med ulike behov for legetenester. For eldre og sjuke menneske er det å ha ein stabil lege som er lett å få fatt i, særleg viktig. Høg alder og alvorlege helseproblem krev ofte kontakt, meir oppfølging på grunn av medisinbruk, og koordinering av spesialisert medisinsk behandling (Dahle og Skilbrei 2003). For unge menneske med god helse vil faste legerelasjonar bety mindre. Det er ikkje berre medisinske behov som bestemmer bruken av fastlege. Ofte er det slik at menn og kvinner bruker helsetenester på ulike måtar. Personlege preferansar kan òg ha innverknad på om folk faktisk har ein fast lege. Ikkje alle har eit ønske om å knytte seg til ein fast allmennlege. Dei vil helst bruke fleire ulike legar, og har eit legebruksmønster som relativt ofte inkluderer privatpraktiserande spesialistar. Dette er typisk for folk med høg utdanning, og som gjerne er busette i sentrale strok med eit mangfald av helsetilbod (Finnvoll 2000). Har denne gruppa endra åtferd etter innføringa av FLO?

Tabell 1. Årsverk av legar i kommunehelsetenesta. 2000 og 2002¹

	Prosent av legeårsverk utført av legar med fast løn/ turnus- kandidatar 2000	Prosent av legeårsverk utført av legar med fast løn/ turnus- kandidatar 2002	Vekst i lege- årsverk 2000- 2002	Vekst i lege- årsverk 2000- 2002. Prosent
Minst sentrale kommunar (nivå 0)	61	55	42	6
Mindre sentrale kommunar (nivå 1)	37	29	21	7
Sentrale kommunar (nivå 2)	19	17	57	7
Mest sentrale kommunar (nivå 3)	13	12	194	11

¹ Sentralitetsinndelinga byggjer på Statistisk sentralbyrås (1994) Standard for kommuneklassifisering. Kjelde: Kommunale helse- og omsorgstenester, Statistisk sentralbyrå.

Større utfordringar i mindre sentrale kommunar

Det har lenge vore kjent at busette i mindre sentrale kommunar har hatt særleg store problem med å få ein fast lege. Ikkje slik å forstå at alle mindre sentrale kommunar har hatt dette problemet, det finst òg område i rurale strok med stabil legedekning og velfungerande interkommunale samarbeidsordningar. Før reforma går det fram av figur 1, at busette i kommunar som baserar legetilbodet på kommunalt tilsette legar og turnuskandidatar hadde særleg store problem med å få ein fast lege. Ved utgangen av 2000 var 61 prosent av alle legar i dei minst sentrale kommunane turnuskandidatar eller kommunalt tilsette legar (tabell 1). Denne delen var blitt noko mindre (55 prosent) i 2002. Til samanlikning utgjorde slike legar 12-13 prosent av legetilbodet i dei mest sentrale kommunane, som i hovudsak baserar legetenesta på privatpraktiserande legar. Mønsteret som eksisterte før FLO, har dermed endra seg lite. Dette er føresetnader som FLO i mindre grad har endra, og som det er det viktig å ta omsyn til i analysar av erfaringane til folk.

Tabell 1 viser òg at det var ein klar vekst i ressursinnsats. Veksten var størst, både i absolutte og relative tal, i dei største og mest folkerike regionane. Derfor er det ikkje overraskande at legedekninga er eit område der folk er blitt meir positive i vurderinga si frå 2000 til 2003¹ (Grytten, Skau og Carlsen 2004).

Omfang: fleire har fast lege

Før innføringa av FLO (våren 2001) var det 66 prosent av utvalet som svar-te at dei hadde ein fast allmennlege. I tillegg var det 6 prosent som brukte spesialistar som sin faste lege. Dei resterande 28 prosent svarte altså at dei var utan fast lege. Mellom desse var det eit klart mønster (figur 1): Det var ein overrepresentasjon av relativt unge menneske med god helse. Dessutan var dei som var utan fast lege oftare menn. Busette i kommunar som baserte legetilbodet på turnuskandidatar og kommunalt tilsette legar, hadde klart større problem med å få ein fast lege. Det er sjølvstøtt at mange turnuskandidatar ikkje er positivt for stabiliteten i det lokale legetilbodet. Gjennomtrekken blant kommunalt tilsette legar kan òg sjå ut til å vera relativt høg. Analysen viser òg at dei som helst vil bruke fleire ulike legar, sjeldnare enn andre hadde ein fast allmennlege. Dette er alle statistisk sikre funn (sjå ssb.no på Internett for fleire opplysingar, modell 1, webtab2). Skal ein vurdere den relative vekta av det enkelte aspekt, viser analysen at kommunal organisering av legetenesta og preferansar kan vera viktigast.

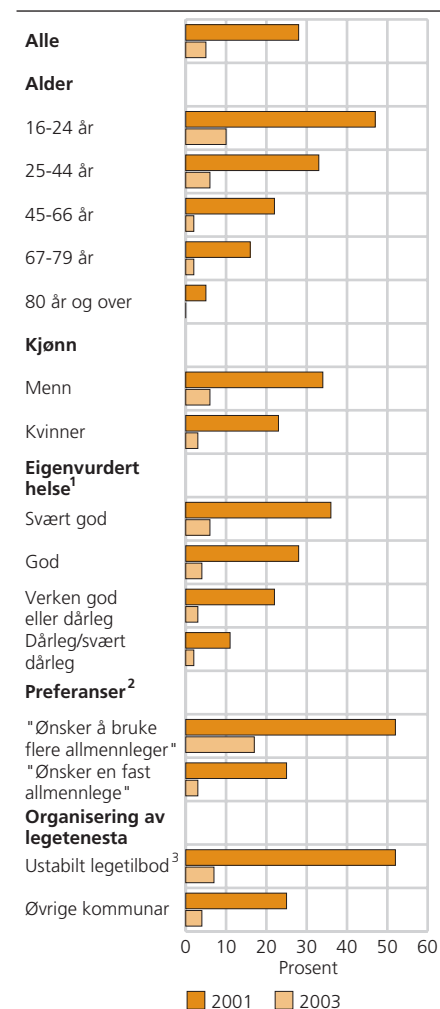
Spørsmålet om fastlegetilknytning blei teken opp att våren 2003, nesten to år etter at reforma vart innført. I spørsmålet som vart stilt, blei det presisert at dei som stod på lister som var utan fast lege, fellelister eller lister som var dekkja av langtidsvikarar, ikkje hadde fast lege. I underkant av 5 prosent hadde ikkje fast lege. Langt fleire har altså fått ei fast adresse å vende seg til når dei treng lege. Dette samsvarar med resultat frå ein tidlegare studie der det går fram at fleire rekna den legen dei var hos ved sitt siste legebesøk som sin faste lege etter reforma (Lian og Wilsgaard 2004). I denne undersøkinga vart det fokusert på pasientanes *oppleving* av den siste lege dei var hos, noko som ikkje heilt svarar til vår undersøking. Mønsteret for dei som mangla fast lege var stort sett det same som før reforma, men er ikkje så tydeleg lenger (modell 1 og 2, webtab2). For ei gruppe har det vore relativt lita endring: Dei som ønskjer å bruke fleire legar er endå klart overrepresenterte blant dei som ikkje har fast lege også etter reforma (modell 2, webtab2).

Resultata tydar samla sett på at FLO har auka kontinuiteten, i den forstand at ein større del av befolkninga no har ein fast allmennlege. Ser ein isolert på denne forma for kontinuitet, kan ein seie at reforma har lukkast.

Klar betring for busette i kommunar med ustabil legetilbod ...

Ein framgangsmåte for å finne ut kven som har fått betre kontinuitet, er å identifisera dei som ikkje hadde fast lege i 2001, men som i 2003 seier at dei har fast lege. Ein slik framgangsmåte er mogleg dersom ein har paneldata (sjå ramme om Levekårspanelet). Denne gruppa utgjorde ein fjerdedel av utvalet i undersøkinga. Analysen viser at dei som bur i kommunar der legetenesta er basert på turnuskandidatar og kommunalt tilsette legar, er klart overrepresenterte i den gruppa som ikkje hadde fast lege før reforma, men som hadde fast lege då dei vart spurte om dette i 2003. Dette er det viktigaste statistiske resultatet i denne analysen (sjå modell 3, webtab2).

Figur 1. Talet på personar som var utan fast lege, etter alder, kjønn, eigenvurdert helsetilstand, preferansar og lokal organisering av legetenesta. 2001 og 2003. Prosent



¹ Svar på spørsmålet "Hvordan vurderer du din egen helse sånn i sin alminnelighet?"

² Svar på spørsmålet "Ønsker du å ha en fast allmennlege å forholde deg til, eller ønsker du å bruke flere leger?"

³ Busette i kommunar med meir enn 20 prosent turnuskandidatar og/eller meir enn 50 prosent fastlønna legar.

Kjelde: Samordna levekårsundersøking, panelundersøkinga 2001 og 2003.

Web-tabellar

Modellar og webtabellar som blir nevnte i teksten, ligg på Internettssidene til Statistisk sentralbyrå, ssb.no.

Tabell 2. Respons på spørsmålet "Omtrent hvor lenge har du hatt denne faste legen?" Gjennomsnitt for underutval som hadde fast allmennlege. 2000 og 2003. (95 prosent konfidensintervall) (N)

	Gjennomsnitt, år	(N)
2000	9,7 [10,1-9,4]	(2 645)
2003	7,7 [8,0-7,4]	(2 645)

Kjelde: Samordna levekårsundersøking, panelundersøkinga.

Tabell 3. Respons på spørsmålet¹ "Hva var årsaken til legebyttet?" Prosent (N=192)

I alt	100
"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

¹ Spørsmålet blei stilt til dei som hadde hatt fast lege i eit år eller mindre, og som hadde bytt fast lege i løpet av det siste året.

Kjelde: Samordna levekårsundersøking, panelundersøkinga.

... og for unge menn med god helse

Analysen viser òg at menn er klart overrepresenterte blant dei som etter reforma har fått fast lege. Det same gjeld den yngste aldersgruppa. Desse resultatane må tolkast på bakgrunn av at heile befolkninga gjennom ein administrativt initiert prosess fekk tilbod om ein fast lege. Ikkje alle deltok i dette legevalet, og deltakinga var mindre for nett dei gruppene som er overrepresenterte blant dei som no har fått fast lege (Finnvold, Lurås og Paulsen 2003). For dei som sjeldan er hos lege, vil det å ha fast lege i første rekkje ha ei formell tyding. I praksis betyr denne endringa likevel lite for relasjonen til lege, då dei sjeldan er hos lege.

Kor lenge varer ein legerelasjon?

Før reforma varte ein gjennomsnittleg legerelasjon nesten 10 år (tabell 2). Etter reforma er gjennomsnittet nesten åtte år. Dei som hadde fast lege vart spurte om kor mange år dei hadde hatt denne legen. I tabellen er resultatet vist for dei som hadde ein fast allmennlege. Det er viktig å vera merksam på at talet på personar som svarte på dei to tidspunkta, er endra. I 2000 er opplysninga om lengda av relasjonen opplyst for 1 788 personar. I 2003 var det 2 645 personar som svarte. Bakgrunnen er sjølvstakt at fleire no har fast lege. Dette betyr at reforma har verka for kort tid til at det er meningsfullt å trekke nokon konklusjon om verknaden av FLO på lengda av legerelasjonen. Som vi har sett, har reforma nådd grupper som tidlegare ikkje hadde fast lege. Samstundes var det enkelte som hadde fast lege tidlegare, som ikkje fekk behalde denne etter legevalsprosessen. Lian og Wilsgaard (2004:-565) fann i si undersøking at 9 prosent hadde mista eit stabilt legeførhold som dei ønskte å behalde ved innføringa av FLO. Den gjennomsnittlege lengda på legerelasjonane vil difor på kort sikt gå ned. Når vi ser nærmare på frekvensfordelinga som ligg bak gjennomsnittsmålet i tabell 2, kjem det fram at det i 2003 er blitt særleg mange som har hatt ein fast lege i to år, som altså fekk ny lege under legetildelingsprosessen sommaren 2001.

Bytte av fast lege - frivillig eller tvungen?

Kor vanleg er det å bytte fast lege, og kvifor skjer dette? Er bytte av fast lege eit fenomen som er blitt meir utbreidd no etter FLO? I ei anna undersøking svarte 18 prosent i 2003 at dei hadde bytt fastlege etter at FLO blei innført. I alt 63 prosent av desse legebytta var eit resultat av eigen flytting eller at legen flytta, mens 31 prosent svarte at dei hadde bytt fordi dei ikkje var nøgde med legen (Lian og Wilsgaard 2004:656). Dette gjev ein indikasjon på kor mange som har bytt lege etter at FLO vart innført, og kvifor, men det seier ikkje noko om utviklinga over tid.

I vår panelstudie blei dei som var med både før og etter reforma spurte om dei hadde bytt fast lege i løpet av det siste året. I 2001 var det berre 3 prosent som hadde bytt mens i 2003 var det over 6 prosent som hadde bytt fast lege i løpet av det siste året.² Dei som hadde bytt fast lege fekk spørsmål om kvifor dette hadde skjedd. Relativt få svarte at misnøye med telefontilgjenge, ventetider eller andre aspekt ved legerelasjonen var årsaka (tabell 3). Den mest vanlege årsaka var at den tidlegare legen hadde slutta.

Auken i ufrivillige bytte av fast lege er ikkje uventa, sidan forbetringa av kontinuitet i form av å ha ein fast lege først og fremst er skjedd i regionar og grupper i befolkninga som tidlegare hadde mindre stabile legerelasjonar. Fører ein analysen vidare og leiter etter kjenneteikn ved dei som har bytt

fast lege, finn ein ikkje uventa at dette er blitt meir vanleg blant busette i kommunar som baserer legetilbodet på turnuskandidatar og kommunalt tilsette legar. Ein slik samanheng kunne ein ikkje observera før reforma. Sjølv om FLO har ført til at langt fleire i slike kommunar har fått ein fast lege, vil dei samstundes oppleve fleire ufrivillige bytte av fast lege enn andre. I alt 11 prosent av dei som budde i kommunar med meir enn 20 prosent turnuskandidatar og/eller 50 prosent legar med fast lønn, hadde bytt fast lege i løpet av det siste året.

Desse resultatane samsvarar i hovudsak med undersøkinga til Lian og Wilsgaard (2004), som har peika på den store variasjonen i legestabilitet mellom ulike område og kommunar i dagens allmennlegeteneste, samstundes som stabiliteten i stort kan sjå ut til å ha blitt noko betra.

Bruk av fleire allmennlegar

Ein tidlegare analyse av paneldeltakarane sine erfaringar frå innføringa av reforma, viste at mange tok aktivt del i sjølve legevalprosessen (Finnvold, Lurås og Paulsen 2003). Mange hadde meiningar om kva slags lege dei ville ha, og ofte vurderte dei fleire aktuelle legar. Mykje av litteraturen om dette emnet har konkludert med at folk i liten grad gjer sjølvstendige val av lege. Dei fleste er ikkje bevisste konsumentar av legetenester, oftast er det slump som avgjer. Eit spørsmål er kva folk gjer når dei blir oppfordra til å finne seg ein lege, slik reforma la opp til. Eit anna spørsmål er kva som skjer under meir normale tilhøve. Vi har sett at relativt få bytter fast lege, og i den grad det skjer, er det oftast som eit resultat av spesielle tilhøve i det lokale legetilbodet.

Kva så med dei som har fast lege, i kva grad er det denne legen som nyttast? Dei som hadde hatt kontakt med allmennlege siste året på grunn av eigen sjukdom, blei spurte om kor mange ulike legar dei hadde hatt kontakt med. Det blei presisert at kontaktar med legevakt ikkje skulle reknast med. Dette betyr at omtrent halvparten av dei som blei intervjua fekk dette spørsmålet. Resultatet er presentert i tabell 4, og byggjer på ei undergruppe som hadde hatt to eller fleire kontaktar med allmennlege på grunn av eigen sjukdom. Denne gruppa utgjorde 1 298 svarpersonar i 2000, og 1 043 i 2003³. I tabell 4 går det fram at lite har endra seg. Fordelinga er den same før og etter innføringa av FLO. Dette resultatet skil seg frå ei anna undersøking, som fann at det var blitt fleire som nytta den same legen etter innføringa av FLO (Grytten, Skau og Carlsen 2004).

Tabell 4. Respons på spørsmålet "Omtrent hvor mange ulike allmennleger har du hatt kontakt med siste 12 måneder? Regn ikke med legevakslege". 2000 og 2003

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

Kjelde: Samordna levekårsundersøking, panelundersøkinga.

Tabell 5. 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 ...". 2000 og 2003. 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

Kjelde: Samordna levekårsundersøking, panelundersøkinga.

Tabell 6. Bruk av legevakt. 2000 og 2003

	2000	2003
Andel som hadde hatt kontakt med legevakt siste 12 månader ¹	27	22
Gjennomsnittleg tal på kontaktar siste 12 månader ² ..	0,54	0,48
Legevakt som prosent av alle legekonsultasjonar ³	17	15

¹ Endringa er statistisk signifikant på 1 prosentnivå. ² Endringa er ikkje signifikant på 5 prosentnivå. ³ Talet på legekonsultasjonar inkluderer allmennlege, polikliniske konsultasjonar på sjukehus, kontaktar med spesialist utanfor sjukehus og legevaktkonsultasjonar inkl. telefonkontaktar. Kjelde: Samordna levekårsundersøking, panelundersøkinga.

¹ Deira undersøking var basert på to tverrsnitt, gjennomført ved bruk av postale spørreskjema. Desse hadde ein svært låg svarprosent. 43 prosent svarte i 2000, medan 41 prosent svarte i 2003. I tillegg til at aldersgruppa frå 16 til 34 år er underrepresentert i undersøkinga, er usikkerheita rundt resultatata noko større enn vanleg då vi ikkje kan vere sikre på om fråfallet ikkje har samanheng med dei som skulle svare om si helse, deira bruk av legetenestar eller andre forhold som kan vere vesentlege for resultatata.

² Spørsmålet blei stilt til dei som hadde hatt fast lege i eit år eller mindre. I alt 202 personar fekk spørsmålet i 2000, og 328 personar i 2003 (av nettoutval på 2 982). Av desse var det 82 som hadde bytt fast lege i 2000, og 192 i 2003. Berekning av konfidensintervall viser at denne forskjellen er signifikant på 5 prosentnivå.

³ Årsaka til at fleire hadde hatt legekontakt i 2000 er at telefonkontaktar også blei inkludert dette året. I den grad dette kan påverke resultatet, er det i retning av større stabilitet i 2000, ettersom dei som berre har hatt telefonkontakt truleg har mindre behov for lege, og dermed mindre sannsyn for å bruke fleire ulike legar. Dersom vi ser på korleis dei to gruppene vurderer si eiga helse, var det 66 prosent som vurderte denne som "meget god" eller "god" i 2000, mot 56 prosent i 2003.

I nokre av signala frå dei sentrale helsepolitiske styresmaktene kan det sjå ut til at det å oppsøke fleire ulike legar er negativt. Det vert hevda at pasientane går frå den eine legen til den andre til dei får den resepten dei ønsker, eller den sjukemeldinga dei ikkje fekk av legen dei nyttar til vanleg (Sosialdepartementet 1990:74). Ei slik åtferd vert ofte kalla "doktor-shopping". Det ligg i formuleringane til departementet at dette er noko som ein helst ikkje vil ha. Sjølv om det vert presisert at det er mogleg å bytte fast lege, er det ikkje rimeleg at FLO legg opp til ein større grad av valfridom, slik trenden er for mange andre velferds-tenester (Perri 6 2003). "Doktor-shopping" er eit omgrep som ikkje har nokon eintydig definisjon (Elstad 1992). Omgrepet viser til pasientar som på eige initiativ bytter fast lege, eller oppsøker fleire ulike legar. Dette kan òg vera et uttrykk for at folk stiller krav til legane, gjer sjølvstendige vurderingar, og vel den legen dei trur er best.

Svarpersonar som hadde brukt fleire ulike legar blei spurte om kva som var bakgrunnen for dette. Spørsmåla som blei stilte er retta mot å avdekke kvifor andre legar enn den faste blir brukt. I tabellen er svara frå dei som hadde fast lege tatt med (N=332 i 2003, N=217 i 2000). Talet på svarpersonar er høgare i 2003, av di fleire faktisk hadde fast lege, jf. figur 1. Resultata viser at det i mindre grad er "doktor-shopping" som ligg bak. Relativt få rapporterte misnøye eller ønske om å få ny vurdering frå ein annan lege som grunnen til at dei hadde brukt fleire legar. Av dei som hadde hatt kontakt med lege på grunn av eigen sjukdom, var det berre rundt 1 prosent i 2003 som hadde hatt kontakt med fleire legar fordi dei var misnøgdde med den faste legen. Denne andelen var om lag den same i 2001. Dei mest vanlege årsakene til at folk hadde hatt kontakt med fleire ulike legar, var at den faste legen hadde slutta, var på ferie, eller at dei hadde fått ein annan lege på legesenteret. Ein analyse av kjenneteikn ved dei som hadde brukt fleire legar viser at dette var mindre vanleg blant dei eldste. Folk som oppfatta helsa si som relativt dårleg hadde oftare hatt kontakt med fleire ulike legar, det same hadde dei som budde i kommunar basert på legar med fast lønn og turnuskandidatar. I slike kommunar var det nesten 40 prosent som hadde hatt kontakt med fleire ulike legar det siste året.

Legevakt: små endringar

FLO gjer relasjonen mellom lege og pasient meir forpliktande. Dermed kan det ha blitt vanskelegare for legen å avvise pasientar som står på lista. Dette er ein av grunnane til at ein forventar ein reduksjon i bruken av legevakt. Erfaringar frå fastlegeforsøket i Tromsø og Trondheim viste at talet på legevaktkonsultasjonar gjekk ned med 10-15 prosent. Ein reknar med at fleire no vil få hjelp av lege på dagtid for plager som tidlegare enda med legevaktbesøk. I Levekårspanelet 2000 og 2003 blei det registrert kor ofte folk hadde nytta legevakt det siste året. Det var presisert at alle kontaktar skulle reknast med, både besøk og telefon. Som det går fram av tabell 1 har det vore ein liten reduksjon i bruk av legevakt. Endringane pekar i same retning for dei ulike måla.

Avsluttande drøfting

Det har vore ein klar auke i talet på personar som har fast lege. Det har med andre ord vore stor oppslutning om den tildelingsprosessen som blei sett i verk sommaren 2001. Sjølv om mange deltok aktivt i denne prosessen (Finnvold, Lurås og Paulsen 2003), er det lite som tyder på at folk er blitt meir aktive i søking etter lege. Fenomenet "doktor-shopping" var ikkje stort før reforma, og har heller ikkje fått eit større omfang. Reforma har formalisert det som tidlegare var praksis for eit fleirtal i befolkninga. I tillegg har FLO fanga opp grupper som tidlegare var prega av lite kontinuitet, det vil seie menn, personar som opplever si eiga helse som god og dei yngste aldersgruppene. Fleire av desse står no på lista til ein fastlege.

Fleire er ennå utan fast lege i kommunar som baserer legetenesta på fastlønnslegar og turnuskandidatar. Sjølv om situasjonen i desse kommunane er klart betra på den måten at dei no veit kven som er deira faste lege, må dei likevel oftare rekne med ufrivillige bytte av fast lege. Samtidig er ein større del av kontaktane med ein lege som ikkje er den faste.

Omgrepet kontinuitet har fleire dimensjonar. Resultata som kjem fram tydar på at reforma ikkje evnar å oppnå dei ulike målsetjingane på ein gong. Samstundes som kontinuiteten er auka når det gjeld *kor mange* som har ein fast lege, tyder tala på at styresmaktenes målsetnad om å auke *varigheita* på lege-pasientforholdet vert vanskeleg å oppnå utan større strukturelle endringar. Så lenge stabiliteten i legedekninga ikkje blir betra i dei minst sentrale kommunane, vil den siste målsetnaden vere vanskeleg å oppnå.

Vi har ikkje funne nokon reduksjonen i bruk av andre legar enn den faste. Reduksjonen i bruk av legevakt er relativt liten. Ein grunn til dette kan vera at det er grupper med små legebehov som i størst grad er påverka av reforma. Desse gruppene vil i mindre grad enn andre ha behov for legevakt, og har sjeldnare samansette helseproblem som krev kontakt med fleire ulike legar.

Tabell 7. Kontinuitet i forholdet mellom lege og pasient før og etter fastlegeordninga

Aspekt ved lege-pasient kontinuitet	Endring i retning måloppnåing?	Hovudforklaring på resultat
<i>Omfang</i> , talet på lege-pasientforhold som varer over tid	Relativt stor endring i retning måla for reforma	Vellukka fastlegetildeling og oppslutning om FLO. Auke i allmennlegeårverk
<i>Varighet</i> på lege-pasientforholdet - Lengde på forholdet - Ufrivillig bytte	Reduksjon i lengda på relasjonen. Fleire ufrivillige bytte av fast lege.	Desse resultat kjem i hovudsak av ein målkonflikt mellom aspekt ein og to. Vidare kjem auken i ufrivillige bytte av at legetilbodet i dei minst sentrale kommunane ennå er relativt ustabil.
<i>Innhaldet</i> , faktisk bruk av fast lege i befolkninga: - Bruk av fast lege - Bruk av legevakt	Bruken av fast lege og legevakt er relativt stabil.	Forbetring i kontinuitet for grupper med mindre behov for legetenester

Kjelde: Samordna levekårsundersøking, panelundersøkinga.

Referanser

- 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*, Rapport 98/11, Statistisk sentralbyrå.
- Dahle, Rannveig og May-Len Skilbri (2003): *Fastlegeordningen og pasienter med store legebehov*. NOVA Rapport 3/03.
- Elstad, Jon Ivar (1992): Om "Doktor-shopping" blant kvinner. Paper presentert på "Forum for helse-tjenesteforskning", Bergen, 27.-29. september 1992.
- Finnvold, Jon Erik (2000): Bestemmer behovene bruken av legespesialistene? Kapittel 4 i *Statistiske analyser 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.
- Finnvold, Jon Erik, Hilde Lurås og Bård Paulsen (2003): *Fastlegeordningen: De fleste fikk den de ville ha, Samfunnspeilet*, 2, 2003, Statistisk sentralbyrå.
- Grytten, Jostein, Irene Skau, og Fredrik Carlsen (2004): "Brukertilfredshet i allmennlegetjenesten før og etter fastlegereformen", *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 124: 652-654.
- Lian, Olaug S. og Tom Wilsgaard (2004): "Pasienterfaringer i primærlegetjenesten før og etter fastlegeordningen", *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 124: 655-658.
- 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.
- Sosialdepartementet 1990:
- Sosial- og helsedepartementet (2001): Mål og rammedokument for evaluering av fastlegereformen.
- Statistisk sentralbyrå (1994): *Standard for kommuneklassifisering*. NOS C 192.