

Ikkje berre eit spørsmål om helsa til pasienten

Kvifor varierer tilvisingspraksisen til fastlegane? Den viktigaste årsaka er at nokre legar har sjukare pasientar enn andre. Dersom ein tek omsyn til variasjonar i sjukdomstilhøve, viser det seg at pasientar med lågt utdanningsnivå klart sjeldnare blir viste til spesialist. Også eigenskapar ved legen verkar inn, kvinnelege legar tilviser oftare enn mannlege. Ei forventning om at høg arbeidsbyrde hos legen fører til fleire tilvisingar finn derimot ikkje støtte i undersøkinga, som er basert på levekårspanelet til Statistisk sentralbyrå.

Innleiing

Allmennlegen har rolla som portvaktar for trygdeytningar og sjukepengar, og skal sile ut dei pasientane som treng oppfølging av spesialist. Samla sett har desse avgjerdene store økonomiske konsekvensar, og påfører spesialisthelsetenesta og trygdebudsjettet betydelege utgifter. Dette handlar likevel ikkje berre om økonomi eller samla ressursbruk, men også om det er dei "riktige" pasientane som blir sende vidare. Tilvisingspraksisen til allmennlegane er avgjerande for om ressursane som spesialisthelsetenesta rår over blir effektivt utnytta. For pasienten kan tilvising bety at ein sjukdom blir mindre alvorleg fordi problemet blir oppdaga tidleg nok.

I samband med at fastlegeordninga blei innført i Noreg har det vore diskutert om reforma har ført til ein auke i tilvisingsraten. Det kan sjå ut til at det er slik (Finnvold, Paulsen og Svalund 2005). Det er likevel vanskeleg å avgjere om denne auken er ein konsekvens av reforma fordi det i same periode er blitt betre kapasitet i spesialisthelsetenesta, samtidig som ei lovendring har gjort det vanskelegare å gå direkte til spesialist utan å ta vegen om fastlege. Ei kvalitativ undersøking viser at mange allmennlegar meiner at dei er blitt mindre restriktive i handhevinga si av portvakterrolla. Legane forklarte denne endringa med meir synleg konkurranse om pasientane, høgare forventningar og auka ansvar (Carlsen og Norheim 2003).

Mange tidlegare undersøkingar har prøvd å finne svar på kvifor legar har ulik tilvisingspraksis. Desse forklaringane på variasjonen i tilvisingsrate kan delast inn i fire hovudgrupper:

1. Trekk ved pasientpopulasjon til den einskilde legen
2. Individuelle eigenskapar ved legen
3. Organisatoriske tilhøve
4. Geografiske tilhøve

Dei fleste av desse undersøkingane har hatt variasjonar i tilvisingspraksisen hos enkeltlegar som utgangspunkt. Eg vil undersøkje om dei forklaringsmåttane som er nytta i denne forskinga også kan nyttast til å forstå variasjonar i tilvisingar hos eit representativt utval av befolkninga. Analysen byggjer på eit underutval som hadde vore hos legen på grunn av eigen sjukdom i det siste året.

Jon Erik Finnvold

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



Er det helsa til pasienten som avgjer?

O'Donnell (2000) går gjennom forskingslitteraturen om tilvisingspraksisen hos legar, og finn at så mykje som 40 prosent av denne variasjonen kjem av at legane har ulik pasientsamansetjing. Nokre legar har rett og slett ein sju-kare pasientpopulasjon som oftare treng tilvising. Eit eksempel er kvinnelege legar. Dei tiltrekk seg oftare kvinnelege pasientar (Elstad 1992). Desse pasientane har gjennomgåande fleire sjukdommar og bruker helsetenester oftare. Samansetjinga av pasientar på lista til legen kan òg vere bestemt av aldersprofilen på den lokale befolkninga, eller dei sosioøkonomiske tilhøva i området der legen arbeider (Sturdy mfl. 1997). Det følgjer av dette at analysar av tilvisingar må ta omsyn til eigenskapar ved pasientane

som direkte eller indirekte kan knyttast til behov. Likevel finst det døme på at behov ikkje er avgjerande for tilvisingspraksis (Kerssens og Groenewegen 1990).

Arbeidsbyrde og listelengd

Motiva for å vise ein pasient til spesialist kan vere andre enn reine behovsvurderingar. Dersom legen opplever å ha for stor arbeidsbyrde, kan han eller ho vise pasienten vidare for å spare tid. Tilvisingar blir då ein strategi for å verne om sin eigen arbeidssituasjon. Dette er ein av dei minst ressurskrevjande måtane å yte tenester på (Lipsky 1980). Økonomiske motiv kan også verke inn på korleis legen praktiserer tilvising. Ei lang liste gir best økonomisk inn-tening. Ut frå slike omsyn gjeld det å ha ei lang liste, samtidig som tilvisingar blir brukte for å få ei handterbar arbeidsbyrde (Iversen og Lurås 2000).

Organisering av praksis

Legar som arbeider i solopraksis kan ha ein annan tilvisingspraksis enn legar som arbeider i gruppepraksis. I Eliot Freidsons (1970: 189) ordbruk er solopraksis "client-dependent practice", mens legar i gruppepraksis driv "colleague-dependent practice". I solopraksis er legen i større grad styrt av dei forventningane som pasienten har, og kan difor lettare avvike frå ein profesjonell standard: For å halde på pasientane, må legen "... give them what they want - whether tranquilizers, antibiotics or hysterectomies - or someone else will." (1970: 92). Denne versjonen av kvardagen til solopraktikaren ligg eit stykke unna førestillinga om ein yrkespraksis, der interaksjonen med pasientane utelukkande blir styrt av faglege kriterier. I gruppepraksis vil legen i større grad vere påverka av ein allmenn profesjonell standard. Implikasjonen for tilvisingar kan vere at legar i solopraksis tilviser oftare for å tekkjast pasienten. Dette er likevel ikkje Freidsons hypotese. Han trur solopraktikarar vil tilvise mindre av redsle for å miste pasienten.



Geografi

Geografiske tilhøve kan verke inn på tilvisingsraten på ulike måtar. Det mest vanlege er å undersøkje forskjellar langs ein urban-rural dimensjon. Resultat frå undersøkingar i land som England, USA og Finland (Iverson, Coleridge, Fulda og Licciardone 2005) finn ein høgare tilvisingsfrekvens i sentrale strok samanlikna med meir rurale område. Ofte blir desse funna sette i samband med kapasiteten i andrelinetenesta. For å få ei betre forståing av mekanismane som ligg bak skilnader mellom urbane og rurale område, har ei kanadisk

Datagrunnlag

Undersøkinga byggjer i hovudsak på Statistisk sentralbyrås Levekårspanel, som blei etablert 1. halvår 1997. Panelet omfattar eit utval på om lag 5 000 personar, der dei same personane blir kontakta år etter år. I 2003 var legetenester eit hovudtema. Svarprosenten for panelet er normalt på om lag 70. Nettoutvalet er på 3 036 personar. Analysen byggjer på koplingar av fleire årgangar. Det er òg fråfall på enkeltpørsmål, og registeropplysingar kan vere ufullstendige. Dette reduserer talet på svarpersonar, spesielt i analysar som inkluderer mange opplysningar. For meir detaljert informasjon om utval og fråfall, sjå Finnvold og Paulsen (2002) og Sundvoll (1999). Undersøkinga omfattar alle som hadde vore hos fastlegen i det siste året på grunn av eigen sjukdom, det vil seie svarte ja på spørsmålet "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." (N=1 476). Det var denne gruppa som blei stilt spørsmål om dei var blitt tilviste til spesialisthelsetenester i det siste året.

I 2003-versjonen av panelet blei opplysningar om fastlegen til deltakarane henta frå Rikstrygdeverkets register over fastlegar. Koplinga tek utgangspunkt i situasjonen ved utgangen av mars 2003, då intervjuinga til panelet var på sitt mest intense. Ettersom intervjuinga blei gjennomført i tida frå februar til juni, greier ein ikkje å få eit nøyaktig samsvar mellom situasjonen til den som blei intervjuet, og det som er oppgitt i fastlegeregisteret.

Definisjonar

Tabell 1 har ei oversikt over korleis dei ulike kjenneteikna ved lege og pasient er definerte. Differansen mellom den faktiske og ønskte listelengda til legen er brukt som mål for arbeidsbyrde. Dei 10 prosent av pasientane der fastlegen hadde det største "overskotet" på pasientar definerer legar med høg arbeidsbyrde, mens dei 10 prosent som har legar med det største "underskotet" på pasientar definerer legar med låg arbeidsbyrde. I kva grad dette dreier seg om "for låg" eller "for høg" arbeidsbyrde er ikkje vurdert. Det er eit pragmatisk val som er gjort for å slå fast om legar i kvar ende av skalaen skil seg frå legar med "normal" arbeidsbyrde. I tillegg er legar med over 1 800 pasientar på lista si definert som eigen kategori. Desse utgjer om lag 13 prosent av utvalet. Hasvold (2000) hevdar at dersom legen skal få tid nok, må ein listestorleik som svarar til eitt årsverk setjast lågare enn 1 500 pasientar.

Tabell 1. Del som var blitt vist til spesialist siste tolv måneder i alt og etter kjønne-merke ved pasient, behandlende lege og bustadkommune. 2003. Prosent (N)

	Pro- sent	(N)		Pro- sent	(N)
Alle	46	(1 476)	Spesialiteten til legen²		
Alder			Spesialist i allmennmedisin/ samfunnsmedisin	45	(838)
16-24 år	41	(177)	Utan spesialistgodkjenning	46	(638)
25-44 år	44	(588)	Manglar data/fråfall	-	(3)
45-66 år	48	(541)	Organisering av praksis²		
67-79 år	51	(138)	Solopraksis	44	(1 072)
80 år og eldre	41	(32)	To-lege-praksis	47	(294)
Manglar data/fråfall	-	(3)	Legesenter	56	(108)
Kjønn			Manglar data/fråfall	-	(5)
Kvinner	46	(867)	Arbeidsbyrde²		
Menn	44	(609)	< 377 færre pasienter på lista enn ønskt	46	(141)
Manglar data/fråfall	-	(3)	0-377 færre pasienter på lista enn ønskt	46	(987)
Utdanning			0-76 fleire pasienter på lista enn ønskt	46	(198)
Ungdomsskole eller kortare ..	40	(201)	> 76 fleire pasienter på lista enn ønskt	45	(150)
Vidaregåande skole	46	(856)	Manglar data/fråfall	-	(3)
Universitets- og høgskole- utdanning, lågare nivå	49	(333)	Listelengd²		
Universitets- og høgskole- utdanning, høgare nivå	46	(82)	> 1800 pasientar på lista	41	(208)
Manglar data/fråfall	-	(7)	< 1800 pasientar på lista	47	(1 266)
Eigenvurdert helse			Manglar data/fråfall	-	(5)
Svært god	36	(278)	Turnuskandidatar³		
God	43	(654)	> 20 prosent turnuskandi- datar i bustadkommunen	47	(115)
Verken god eller dårleg	50	(359)	< 20 prosent turnuskandi- datar i bustadkommunen	45	(1 359)
Dårleg/svært dårleg	61	(185)	Manglar data/fråfall	-	(5)
Manglar data/fråfall	-	(3)	Sentralitet⁴		
Kronisk sjukdom¹			0 Minst sentrale kommunar ..	46	(166)
Kronisk sjukdom i 1999	49	(795)	1 Mindre sentrale kommunar	43	(134)
Utan kronisk sjukdom i 1999 ..	42	(681)	2 Sentrale kommunar	42	(344)
Manglar data/fråfall	-	(3)	3 Mest sentrale kommunar ..	48	(832)
Alderen til legen²			Manglar data/fråfall	-	(3)
< 37 år	46	(184)			
37-60 år	44	(1 135)			
> 60 år	54	(157)			
Manglar data/fråfall	-	(3)			
Kjønn til legen²					
Kvinne	50	(358)			
Mann	44	(1088)			
Manglar data/fråfall	-	(33)			

¹Svar på spørsmålet "Har du noen sykdom eller lidelse av mer varig natur, noen medfødt sykdom eller virkning av skade? Med varig sykdom eller lidelse menes sykdom/lidelse som har vart i minst 6 måneder eller nyere sykdom/lidelse som en regner med vil bli varig". Henta frå panelundersøkinga i 1999.

²Kjelde: Rikstrygdeverkets register over fastlegar pr. 31.03. 2003. ³Kjelde: Kommunale helse- og omsorgstenester, Statistisk sentralbyrå. ⁴Sentralitetsinndelinga byggjer på Standard for kommune-klassifisering 1994, Statistisk sentralbyrå.

Kjelde: Statistisk sentralbyrås leveårspanel 2003.

undersøking sett på "mikromiljø" der konkrete vedtak om tilvising blir fatta (Langley, Minkin og Till 1997). Resultata viste at legar i mindre sentrale strok vurderte behovet for tilvising som mindre, og tilviste sjeldnare. Dels kjem dette av mangel på ressursar i spesialisthelsetenesta, men undersøkinga viste også at det hadde utvikla seg ein praksiskultur i desse områda der sjukdomstilfelle i større grad blei handterte med lokale ressursar.

Kjønn, alderen og erfaringa til legen

Tidlegare undersøkingar har vist at haldningar og ideologiske oppfatningar hos legen verkar inn på dei tilrådingane legen gjer som sakkunnig i trygdespørsmål (Terum og Nergård 1999). Tilsvarende har variasjonar i tilvisingsraten blitt forklarte med at toleransen for diagnostisk uvisse, viljen til å ta risiko og oppfatningar av frekvensen i førekomst av alvorleg sjukdom varierer frå lege til lege (sjå O'Donnell 2000 for oversikt). Slike tilnærmingar krev kjennskap til personlege karakteristika ved den enskildede lege som er vanskeleg å observere. Meir vanleg er det å bruke alder, erfaring og kjønn som forklaringsfaktorar. Fleire undersøkingar viser at relativt unge legar og turnuskandidatar oftare viser pasientar vidare til spesialist (Vehvilainen mfl. 1996). Mykje tyder på at kvinnelege legar har ei anna tilnærming til legeyrket enn mannlege legar (Arouni og Rich 2003). Det er likevel vanskeleg å trekkje eintydige konklusjonar om verknadene av kjønn til legen fordi kvinnelege og mannlege legar ofte trekkjer til seg pasientpopulasjonar som er ulike.

Empirisk analyse

Som det går fram av drøftinga over er tilvisingar eit samansett fenomen. Verknaden av ein faktor kan ikkje analyserast åleine. Eit eksempel på dette er alt nemnt: Skal ein sjå på korleis kjønn til legen verkar inn på tilvisingsraten må ein ta omsyn til at kvinnelege legar ofte har fleire kvinnelege pasientar med større behov (Elstad 1992) og oftare arbeider i gruppepraksis (Grytten, Skau og Sørensen 2005). Eit anna døme er analysar av sosioøkonomiske tilhøve. Da er det viktig å kontrollere for at omfanget av helseproblem

varierer systematisk mellom ulike sosiale grupper. Tek ein ikkje omsyn til dette, vil ein feiltolke forskjellar i bruken av helsetilbod mellom ulike sosiale grupper (Goddard og Smith 2001).

Med midlar frå Noregs forskingsråd har Statistisk sentralbyrå utarbeidd eit datasett i Levekårspanelet (sjå ramme) spesielt retta mot analysar av allmennlegetenesta (Sandvik 2005). Etter innføringa av fastlegereforma i 2001 er det etablert eit register over legane som er med i ordninga. Etter samtykke frå deltakarane i panelet er opplysingane om den einskilde lege kopla til datasettet frå Levekårspanelet. Resultatet er eit datasett som gjer det mogleg å analysere legerelasjonar hos eit representativt utval av befolkninga, og samtidig ha informasjon om til dømes arbeidsbyrda til fastlegen til deltakarane. Slike datasett er relativt unike, både i norsk og internasjonal samanheng.

Helsetilstand viktig

Jo dårlegare pasienten kjenner seg, jo oftare er han eller ho blitt vist til spesialist (tabellane 1 og 2). Kronikarar blir òg oftare tilviste. Dette er statistisk sikre samanhengar (tabell 2). Likevel er det 36 prosent av dei som rapporterer sin eigen helsetilstand til å vere "svært god" som er blitt tilviste. I alt 42 prosent av dei som var utan kronisk sjukdom i 1999 er tilviste, mens gjennomsnittet var 46 prosent. Dette viser at den eigenrapporterte sjukdommen hos pasienten berre eit stykke på veg kan gje ei forklaring på kvifor pasienten blei tilvist. Skal ein fastslå verknaden av helsetilstanden ytterlegare treng eit meir objektivt mål for sjukdom. Også familietilhøve slik som arv kan spele ei viktig rolle for avgjerda til legen.

Oftare tilvist dersom legen er kvinne

Det ser ut til at dei som brukar kvinnelege legar eller legar som er over 60 år noko oftare er blitt tilviste. Dersom ein tek omsyn til at pasientpopulasjonen til kvinnelege legar kan vere meir krevjande (multivariat analyse, tabell 2), blir verknaden av kjønnet til legen viktigare. Resultata tyder på at kvinnelege legar faktisk har ei anna tilnærming til legeyrket enn dei mannlege kollegane. Det finst eksempel på undersøkingar som viser at kvinnelege legar brukar lenger tid i konsultasjonane (Roter, Lipkin og Korsgaard 1991), og tek fleire prøver av pasientane (Cohen, Ferrier, Woodward og Goldsmith 1991). Sjølv om litteraturen om dette ikkje er eintydig, og at det er metodiske problem hefta ved tolking av kjønnsforskjellar, kan det sjå ut til toleransen for diagnostisk tvil hos kvinnelege legar er mindre enn tilfellet er for mannlege legar.

Populære legar tilviser ikkje oftare

Til ein viss grad blir busette i storbyregionar oftare tilviste. Elles er det ikkje noko som tyder på at arbeidsbyrda, praksisformen, listelengda eller spesialistkompetansen til fastlegen verkar inn på tilvisingsraten. Dei som budde i kommunar med høg del turnuskandidatar opplevde heller ikkje å bli tilviste oftare. For solopraksis versus gruppepraksis er det heller ingen skilnad. Diskusjonen over viste vel òg at det var vanskeleg å gi nokon eintydig hypotese om kva verknad organisering av praksis skulle ha for tilvisingar.

Resultata viser eintydig at legar med stor arbeidsbyrde og lange lister ikkje tilviser oftare enn andre. Kva kan årsaka vere til dette? Eit av svara på at dei ikkje har høgare tilvisingspraksis kan ein finne ved å sjå nærmare på kvifor desse legane har mange pasientar. Det viser seg at da fastlegerordninga blei innført var det mange som ønskte seg nettopp desse legane (Finnvold og Svalund 2005). Dei var i større grad enn andre gjenstand for bevisste val frå

Tabell 2. Sannsyn for å bli vist til spesialist siste tolv månader. Logistisk regresjonsanalyse. (N). 2003

Alder (25-44 år referanse-kategori)		
16-24 år	0,9	1,1
45-66 år	1,2	1,1
67-79 år	1,3	1,2
80 år og eldre	0,9	0,9
Kjønn		
Kvinner	1,1	1,0
Utdanning (Vidaregåande skole og universitets- og høgskoleutdanning, lågare nivå = referansekategori)		
Ungdomsskole eller kortare Universitets- og høgskoleutdanning, høgare nivå	0,8	0,6**
1,0	1,0	
Eigenvurdert helse		
God	1,3*	1,3
Verken god eller dårleg	1,8**	1,8**
Dårleg/svært dårleg	2,8**	2,8**
Kronisk sjukdom¹		
Kronisk sjukdom i 1999	1,4**	1,1
Alderen til legen² (38-59 år referansekategori)		
< 37 år	1,1	1,1
> 60	1,5*	1,6**
Kjønnet til legen²		
Kvinne	1,3	1,4*
Spesialiteten til legen²		
Spesialist i allmennmedisin/samfunnsmedisin	1,1	1,1
Organisering av praksis² (gruppepraksis = referanse-kategori)		
Solopraksis	1,0	1,0
To-lege-praksis	1,1	1,2
Arbeidsbyrde² (< 377 færre og > 76 flere pasienter på lista enn ønskt = referanse-kategori)		
> 377 færre pasientar på lista enn ønskt	1,0	1,0
< 76 flere pasientar på lista enn ønskt	1,0	0,9
Turnuskandidatar³		
> 20 prosent turnuskandidatar i bustadkommunen ...	1,1	1,1
Sentralitet⁴		
0 Minst sentrale kommunar	1,0	1,0
3 Mest sentrale kommunar	1,2*	1,3*
	(N=1 414)	

* For $p < 0,05$, ** For $p < 0,01$. For tolking av P-verdi og oddsrate, sjå Bild mfl. 1998. ¹Svar på spørsmålet "Har du noen sykdom eller lidelse av mer varig natur, noen medfødt sykdom eller virkning av skade? Med varig sykdom eller lidelse menes sykdom/lidelse som har vart i minst 6 måneder eller nyere sykdom/lidelse som en regner med vil bli varig". Henta frå panelundersøkinga i 1999. ²Kjelde: Rikstrygdeverkets register over fastlegar pr. 31.03.2003. ³Kjelde: Kommunale helse- og omsorgstenester, Statistisk sentralbyrå. ⁴Sentralitetsinndelinga byggjer på Standard for kommuneklassifisering 1994, Statistisk sentralbyrå. Kjelde: Statistisk sentralbyrås levekårspanel 2003.

Referansar

Arouni, A. J. og E. C. Rich (2003): Physician Gender and Patient Care. *Journal of Gender Specific Medicine* 6: 24-30.

Carlsen, B og O. F. Norheim (2003): Introduction of the patient-list system in general practice: Changes in Norwegian physicians' perception of their gatekeeper role. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 21(4): 209-13.

Cohen, M., B. M. Ferrier, C. A. Woodward og C. H. Goldsmith (1991): Gender differences in practice patterns of Ontario family physicians. *Journal of American Medical Womens Association*. 46: 49-54.

Elstad, J. I. (1992): Foretrekker kvinner kvinnelige leger? INAS NOTAT 1992:5.

Elstad, J. I. (1996): How large are the differences — really? Self-reported long-standing illness among working class and middle class men. *Sociology of Health and Illness* 1996 18:4 475-498.

Finnvold, J. E. og B. Paulsen (2002): Før innføring av fastlegeordning – brukervurderinger av allmennlegetjenesten i et veiskille, Rapport, NIS-SINTEF/ Statistisk sentralbyrå. Sintef-rapport STF78 A025008 .

Finnvold, J. E., J. Svalund og B. Paulsen (2005): Etter innføring av fastlegeordning – brukervurderinger av allmennlegetjenesten, Rapport 1/2005, Statistisk sentralbyrå.

Finnvold, J. E. og J. Svalund (2005): *Pasienterfaringer i allmennlegetjenesten før og etter fastlegeordningen. Del I Kronikerens erfaringer. Del II Kapasitetsforskjeller hos allmennlegene*. Rapport 34/2005, Statistisk sentralbyrå.

Finnvold, J. E (2006): Access to specialized health care for asthmatic children in Norway: the significance of parents' educational background and social network. Artikkel under publisering, *Social Science & Medicine*.

Freidson, E. (1970): *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd, Mead & Co., 1970.

Fylkesnes, K. R. Johnsen og O. H. Førde (1992): The Tromsø study: factors affecting patient-initiated and provider-initiated use of health care services. *Sociology of Health & Illness* 14: 275-292.

Gal, J. (1998): Formulating the Matthew Principle: on the role of the middle classes in the welfare state. *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 7: 42-55(14).

Goddard, M. og P. Smith (2001): Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine* 53 (9) 1149-1162.

Grytten, J., I. Skau, R. Sørensen og Asland (2004): Kjennetegn ved solo- og gruppepraksiser i norsk allmennmedisin. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 10, 125: 1357-60.

Grytten, J., I. Skau, R. Sørensen og O.G. Aasland (2005): Endringer i tjenesteproduksjon og tilgjengelighet under fastlegeordningen. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 124: 362-364.

Hart, J. T. (1971). The inverse care law. *The Lancet*, Saturday 27 February, 405-412.

Hasvold, T. (2000): Listestørrelse og kvalitet i fastlegeordningen. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 120:786 .



pasientar som såg det som viktig å få bruke nettopp denne legen. Hos legar med lange lister og høg arbeidsbyrde finn ein òg ein større grad av kontinuitet, det vil seie eit større innslag av pasientar som legen har hatt ein langvarig relasjon til. Slike relasjonar ville neppe ha utvikla seg dersom til dømes tilvisingspraksisen hos desse legane i stor grad skilde seg frå andre legar. I ei tidlegare undersøking er det vist at dersom legen har relativt mykje kunnskap om pasienten kan resultatet bli færre tilvisingar (Hjortdahl og Borchrevink 1991).

Eit fleirtal av legane har færre pasientar enn dei helst skulle hatt etter eige ønske. Det går fram av tabell 1. Dei har altså eit underskot av pasientar. Vil legar med underkapasitet velje å tilby fleire tenester (indusering) for å auke innteninga? Dette har vore mykje diskutert, også i norske fagmiljø (sjå Sandvik 2005). Resultatet frå panelundersøkinga tyder ikkje på at slike induseringsmekanismer er verksame. Legar som oppgjer at dei helst skulle hatt fleire pasientar tilviser ikkje sjeldnare enn andre. Dette er òg det resultatet som er det mest vanlege i seinare undersøkingar av indusering (Grytten, Skau, Sørensen og Aaslaand 2004).

Minst til dei som treng det mest

Ein noko lågare del av dei som hadde utdanning på grunnskulenivå eller mindre var blitt tilvist. Dersom ein ser bort frå andre kjenneteikn ved denne gruppa (tabell 1, tabell 2 bivariat analyse), er ikkje forskjellen stor nok til å vere statistisk sikker. I den multivariate analysen blir dette resultatet endra, svarpersonar med låg utdanning blir klart sjeldnare tilviste ($P = 0,0036$). Bakgrunnen er at svarpersonar med låg utdanning har klart dårlegare helse enn andre (resultat ikkje vist i tabell). Ein multivariat analyse tek omsyn til dette gjennom å berekne eit mål for tilvisingar som justerer for at svarperso-

nar med låg utdanning rapporterer om ei dårlegare helse. Desse resultatane er i samsvar med det ei tidlegare undersøking frå Tromsø har vist (Fylkesnes, Johnsen og Førde 1992).

Det er grunn til å tru at tilvisingsraten for personar utan utdanning utover grunnskule er endå lågare. Dels kjem dette av relativt låg svarprosent for paneldeltakarar i denne gruppa, og at behova for helsetenester truleg er større i fråfallsgruppa enn tilfellet er for dei som svarte. Dels er det eit problem at undersøkinga utelukkande er basera på pasienten si eiga rapportering av helsetilstand som behovsmål. Dette er eit generelt problem hos befolkningsundersøkingar som tek opp sambandet mellom bruk av helsetenester og sosial bakgrunn (Goddard & Smith 2001). Problemet ligg i at det kan reistas tvil om målet for sjølvrapportert helsetilstand faktisk greier å fange opp variasjonar i helsetilhøve mellom ulike sosiale grupper. Jon Ivar Elstad (1996) har funne at svarpersonar frå middelklassa er meir sensitive for sjukdomane sine, har lettare for å få dei diagnostiserte, og oppgjer eit breiare spekter av sjukdommar enn tilfellet er for arbeiderklassa.

Julian Tudor Hart introduserte i 1971 "Den inverse omsorgslova" (The inverse care law), der han slår fast at "the availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served" (1971: 7696). Hart sjølv vedgjekk at lova ikkje hadde noko vel fundert empirisk grunnlag. Likevel har mange seinare brukt Harts omgrep. Ofte kan dette vere misvisande, dei aller fleste avgjerder om tildeling av knappe medisinske gode er trass alt baserte på behov, slik dette blir vurdert av yrkesutøvarane (Lorentzen 1995). Det er likevel noko i Harts formuleringar som appellerer til kvardags erfaringar dei fleste har. Undersøkinga til Carlsen og Nordheim (2003) viser at mange legar også opplever eit press frå pasientar for å oppnå tilvising. Evna og viljen til å øve eit slikt press kan variere mellom ulike sosiale grupper, og det er lett å tenkje seg at utdanningslengd er ein god indikator for slike mekanismar. Velferdsstaten fungerer best for middelklassa, som er betre informert om funksjonsmåten til velferdsstaten og korleis det er mogleg å oppnå knappe gode (Gal 1998). Til dømes kan det å ha ein lege i nær familie og vennekrens ha konsekvensar for bruken av spesialiserte medisinske behandlingstilbod (Finnvold 2006).

I litteraturen er det semje om at ein relativt stor del av variasjonar i tilvisingsraten mellom legar ikkje er forklart. Likevel er ideen om at det ikkje berre er behovsvariablar som er relevante kjenneteikn ved pasientane forbausande lite reflektert i denne forskinga (sjå O'Donnell 2000). Resultata frå levekårspanelet viser at forskingsdesign som i større grad tematiserer pasienten som aktør kan gje ei breiare forståing av variasjonar i tilvisingar.

Hjordahl, P. og C. F. Borchrevink (1991): General Practice. Continuity of care: influence of general practitioners knowledge about their patients on use of resources in consultations. *British medical journal*, 1991 vol. 303 1181-1184.

Iversen, T. og H. Lurås (2000): The effect of capitation on GP's referral decisions. *Health Economics* 9: 199-210.

Iverson, G. D., S. T. Coleridge, K. G. Fulda og J. C. Liccirdone (2005): What factors influence a family physician's decision to refer a patient to a specialist? *Rural and remote health* 5: 415.

Kerssens, J. J. og P. P. Groenewegen (1990): Referrals to physiotherapy: the relation between number of referrals, the indication of referral and the inclination to refer. *Social Science and Medicine* 30: 797-804.

Langley, R., G. S. Minkin og J. E. Till (1997): Regional variation in nonmedical factors affecting family physicians' decision about referral for consultation. *Journal of Canadian Medical Association* 157:265-72.

Lipsky, M. (1980): *Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. Russell Sage Foundation, New York.

Lorentzen, H. (1995): *Når ikke alle kan få - om fordeling av knappe goder*. Rapport 95:13, Institutt for samfunnsforskning.

O'Donnell A. (2000): Variation in GP referral rates: What can be learnt from the literature? *Family Practice* 17:6 462-471.

Roter, D., M. Lipkin og A. Korsgaard (1991): Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care medical visits. *Medical Care* 11: 1083-93.

Sandvik, H. (2005): *Evaluering av fastlegereformen 2001-2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter*. Noregs forskningsråd.

Statistisk sentralbyrå (1984): *Standard for kommuneklassifisering 1994*. NOS C 192.

Terum, L. I. og T.B. Nergård (1999): Medisinsk skjønn og rettstryggleik. Legar som portvakter i fordelinga av offentlige goder. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* nr. 15;119: 2192-6.

Sturdy, P. F., S. Pereira, Y. Hull Carter, J. Naish og C. Harvey (1997): Effect of deprivation on general practitioners referral rates. Analyses should take age and sex into account. *British Medical Journal* 315: 883-884.

Sundvoll, A. (1999): *Panelundersøkelsen 1999, Dokumentasjonsrapport*.

Vehvilainen, A. T., E. A. Kumpusalo, S. O. Voutilainen og J. K. Takala (1996): Does the doctors' professional experience reduce referral rates? Evidence from the Finnish referral study. *Scandinavian Journal of primary health care* 14 (1): 13-20.