

De fleste fikk den de ville ha

De fleste var svært bevisste da de valgte fastlege; de vurderte flere leger og de hadde klare ønsker både med hensyn til praktiske forhold og egenskaper og kjennetegn ved legen. Majoriteten fikk også tildelt legen de hadde som sitt førstevalg. Det var likevel enkelte grupper som i mindre grad enn andre fikk innfridd sine ønsker. Særlig gjaldt dette personer som før fastlegeordningen (FLO) manglet en fast lege. Personer som tidligere manglet en fast lege, eller ikke fikk den legen som var førstevalget, var mindre fornøyd med legetilbudet etter innføringen av FLO. Kvinner var gjennomgående mer misfornøyd med legetilbudet enn menn. Dette skyldes først og fremst den skjeve kjønnsfordelingen mellom mannlige og kvinnelige fastleger.

Jon Erik Finnvoll, Hilde Lurås og Bård Paulsen

Hvor viktig er legevalget?

Hva betyr det for folk å finne en lege som svarer til deres ønsker og forventninger? En forsker har antydnet at folk er forbausende lite bevisste når de velger lege (Salisbury 1989). Det kan med andre ord synes som om tilfældigheter og innfall avgjør hvilket legekantor eller hvilken lege folk benytter. Før innføringen av FLO måtte i prinsippet hele den norske befolkningen forholde seg til en situasjon der de ble oppfordret til å velge lege. Analyser av denne valgprosessen har gitt oss en del kunnskap om hva folk legger vekt på når de velger lege, dette er det første temaet som tas opp i artikkelen.

Det andre temaet tar utgangspunkt i det faktiske resultatet av tildelingsprosessen. Hvordan ble oppslutningen om ordningen? Fikk folk sine ønsker og preferanser oppfylt? Hva kjennetegner dem som ikke fikk det som de ville?

Det tredje temaet i artikkelen er mulige konsekvenser av det faktiske utfallet av legevalgsprosessen. Hvilke følger har denne prosessen hatt for folks opplevelser av møtet med legen i tiden etter innføringen av FLO? Har utfallet av valgprosessen hatt konsekvenser for pasientenes tillit til legen, og har det påvirket deres opplevelse av at legen er tilgjengelig og har tid til å snakke med dem?

I drøftingen av disse temaene er det viktig å være klar over at allmennlegetjenesten har ulik betydning for ulike befolkningsgrupper. For eldre mennesker, og mennesker med relativt alvorlige helseproblemer, vil legevalgsprosessen være særlig viktig. Mye tyder også på at kvinner og menn har ulike ønsker og behov for legekontakt. Et hovedmål med FLO har vært å øke kontinuiteten i forholdet mellom allmennlegetjenesten og befolkningen; at den enkelte benytter den samme legen over en lengre tidsperiode. Et flertall av befolkningen hadde en fast lege før reformen, og de fortsatte dette forholdet også etter innføringen av FLO. Reformen har dermed hatt relativt liten praktisk betydning for dette flertallet. Derimot vil reformen ha en særlig relevans for dem som manglet en fast lege i tiden før den nye organiseringen.

Jon Erik Finnvoll er rådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk (jon.erik.finnvoll@ssb.no).

Hilde Lurås er forsker ved Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, (hilde.luras@samfunnsmed.uio.no).

Bård Paulsen er seniorforsker ved SINTEF Unimed (bard.paulsen@sintef.no).

Fra en tidligere analyse vet vi at personer som ikke hadde fast lege besto av to nokså forskjellige grupper: En gruppe hadde ikke noen fast lege fordi de ikke ønsket det. En annen og noe større gruppe hadde ikke klart å etablere en fast legekontakt. Dette skyldtes i hovedsak ustabilitet i det lokale lege-markedet. Disse to gruppene er av særlig interesse å følge gjennom legevalgsprosessen. Den første gruppen var ikke egentlig interessert i en fastlegeordning. Vi har derfor undersøkt i hvilken grad de valgte å stå utenfor ordningen. Eventuelt om de valgte å delta, men overlot legevalget til de som administrerte ordningen. Den andre gruppen hadde tidligere, på grunn av manglende stabilitet i det lokale legemarkedet, ikke fast lege. Vi ser også nærmere på hva som ble utfallet for denne gruppen.

Halvparten ønsket en fastlege de kjente fra før

Vi vet at den enkeltes valg av allmennlege særlig avhenger av to faktorer (Scott 2000):

- Kjennetegn ved legepraksisen som fysisk tilgjengelighet og ventetid på time.
- Kjennetegn ved legen som alder og kjønn.

Vi vet også at aspekter ved lege-pasient-relasjonen er viktige når folk skal begrunne hvorvidt de er fornøyde med sin lege (Vick og Scott 1998 og Veale mfl. 1995). Før innføringen av FLO ble hele den norske befolkningen bedt om å fylle ut et skjema for legevalg (se ramme om Fastlegereformen). Den enkelte måtte i denne prosessen ta stilling til hva vedkommende opplever som viktige egenskaper og kjennetegn ved en lege og hans eller hennes legepraksis. Dette har gitt oss mulighet til å få kunnskap om hva folk synes er viktig når de velger lege.

I motsetning til hva Salisburys (1989) resultater tyder på, viser analyser av legevalgskjemaene at folk var svært bevisste da de valgte fastlege: Den enkelte ønsket en lege med samme alder og kjønn som seg selv, en lege med lang erfaring og en lege vedkommende kjente fra før (Lurås 2003). For å få ytterligere kunnskap om folks legevalg, stilte vi SSBs levekårspanel (se ramme om Forskningsbasert evaluering av fastlegereformen og ramme om Levekårsundersøkelsen/levkårspanelet) spørsmål om hvilke forhold de anså som viktige for sine valg. Svarkategoriene ivaretar fire forhold som vi tror vil være viktige for den enkeltes beslutninger om legevalg.

- Legens medisinske kvalifikasjoner.
- Praktiske hensyn som avstand og tilgjengelighet.
- At legen var kjent fra før (kontinuitet).
- At vedkommende opplevde å stå overfor en reell valgssituasjon, det vil si at det var flere leger å velge mellom på hjemstedet.

Forskningsbasert evaluering av fastlegereformen

Norges forskningsråd (NFR) har på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet igangsatt en forskningsbasert evaluering av fastlegeordningen. Avtalen ble undertegnet i 2000 og skal pågå frem til juni 2005. Den økonomiske rammen for evalueringen er 3-5 millioner kroner per år. Senter for helseadministrasjon (SHA) ved Universitetet i Oslo, Statistisk sentralbyrå (SSB) og Sintef-Unimed er tre av institusjonene som deltar i denne evalueringen. Den delen av evalueringen som er knyttet til analyser av befolkningens valg og tildeling av fastlege er dels samarbeidsprosjekt mellom disse tre institusjonene. Basisen for disse prosjektene er empiriske analyser både med utgangspunkt i SSBs levekårsdata om befolkningen, og data om leger og befolkning fra registre i SSB og Rikstrygdeverket (RTV). Foruten analysen av befolkningens erfaringer fra innføringen av FLO – som denne artikkelen bygger på – vil Samfunnsspeilet i 2004 presentere hovedresultatene fra analyser av situasjonen før og etter reformen. Spørsmål som belyses er blant andre; i hvilken grad reformen førte til en bedring av kontinuiteten i lege-pasientforholdet, om tilgjengeligheten til legetjenesten er blitt bedre, og hvilke konsekvenser reformen har hatt når det gjelder forbruket av legetjenester.

Fastlegereformen

I 1997 vedtok Stortinget å innføre en landsomfattende fastlegeordning (FLO). Ordningen ble innført 1. juni 2001. FLO innebærer at alle med folker registrert adresse i Norge gis rett til å være registrert på en liste hos en fast allmennlege. Fastlegen mottar en økonomisk kompensasjon per pasient på lista (per capita tilskuddet). Dette utgjør 299 kroner per år (sats gjeldende fra 1.7.2003). I tillegg mottar legen stykkprisbetaling, dels fra pasientenes egenandeler og dels fra Folketrygden. Stykkpris-komponenten utbetales på grunnlag av et takstsystem. I gjennomsnitt kommer 30 prosent av fastlegens inntekt fra per capita komponenten og 70 prosent fra stykkpris-komponenten. Tidligere var allmennlegetjenesten organisert ved at legene enten var kommunalt ansatte på fast lønn, eller var privatpraktiserende med kommunal driftsavtale og refusjonsrett overfor Folketrygden. Før FLO ble innført fikk hele befolkningen tilsendt et skjema for legevalg. På skjemaet hadde den enkelte mulighet til å fylle inn en prioritert liste på inntil tre leger, samt å angi hvor mange år vedkommende eventuelt hadde benyttet førstevalget sitt som fast allmennlege. Ansiennitet hos legen på førstevalg var det viktigste kriterium for legetildeling i den administrative fordelingsrutinen som Rikstrygdeverket benyttet til å fordele den norske befolkningen på fastlegenes lister.

Levekårsundersøkelsen/levetårspanelet

Datagrunnlaget bygger i hovedsak på levetårspanelet, som ble etablert 1. halvår 1997. Panelet omfatter et utvalg på omtrent 5 000 personer, og innebærer at de samme personer kontaktes år etter år. Personene som deltar blir fortrinnsvis intervjuet ved besøk, men også telefonintervju anvendes. Datagrunnlaget er nærmere dokumentert i Finnvoll og Paulsen 2002. Spørreskjemaet er organisert rundt faste sekvenser av spørsmål om helse, arbeid og bolig. Første gangen det ble stilt spørsmål om legetjenester, var i 2000. Dette temaet ble fulgt opp i 2001 og 2002. I 2003 utgjør spørsmål om legetjenester et hovedtema, slik at det blir mulig å spore eventuelle endringer etter at fastlegeordningen er innført.

I tillegg til opplysningene som blir gitt gjennom intervjuer, blir informasjon om svarpersonenes bakgrunn gjort tilgjengelig gjennom registerkoblinger. Dette gjelder dels individopplysninger, slik som utdanningslengde og inntekt. Dels gjelder det også ulike kjennetegn ved svarpersonenes bostedskommune, herunder trekk ved det lokale legetilbudet. Disse opplysningene er hentet fra Statistisk sentralbyrås oversikt over personell og virksomhet i kommunehelsetjenesten.

Svarprosenten for levetårspanelet er normalt på omtrent 70 prosent. For mer detaljerte opplysninger om utvalg og frafall, se Finnvoll og Paulsen 2002. I den enkelte tabell i artikkelen vil tallet på personer som svarte variere. Utover frafallet er det flere grunner til dette. Den viktigste er at mange av spørsmålene kun er stilt til personer som har hatt legekontakt siste år. I tillegg skjer det hvert år et frafall i panelet. Det kompenseres for dette gjennom nyrekruttering. Analysene som bygger på koblinger av flere år-ganger, vil dermed få færre som svarer.

Mer enn halvparten av utvalget (53 prosent) svarte at det viktigste for dem da de valgte lege, var at de fikk beholde en lege de kjente fra før, mens i overkant av 20 prosent svarte praktiske hensyn som ventetid og tilgjengelighet (figur 1). Nesten 20 prosent av utvalget svarte at det som hadde størst betydning for legevalget, var at legen var ansett for å være dyktig. Det er imidlertid viktig å huske på at det for de fleste vil være mange årsaker til et bestemt legevalg, og at det å skulle angi det forholdet som betyr mest, er vanskelig. Årsaksforholdene er som regel kompliserte og de ulike grunnene henger sammen. For eksempel er det grunn til å tro at viktige årsaker til at du velger en lege du kjenner fra før, er at vedkommende er dyktig og/eller at det er praktisk for deg å benytte akkurat denne legen. Hvis vi ser nærmere på svarfordelingene innenfor ulike grupper av befolkningen, finner vi at:

- kontinuitet er viktigere for de eldre enn for de yngre, og viktigere for de med dårlig enn for de med god egenvurdert helse.
- praktiske hensyn er viktigere for unge enn for eldre, og viktigere for dem som bor mest tettbygd enn dem som bor spredtbygd.
- bortsett fra de eldste som ikke er opptatt av medisinske kvalifikasjoner, betyr dette omtrent det samme for de ulike gruppene.
- praktiske hensyn er viktigst for menn og kontinuitet viktigst for kvinner, men dette er ikke statistisk sikre resultat.

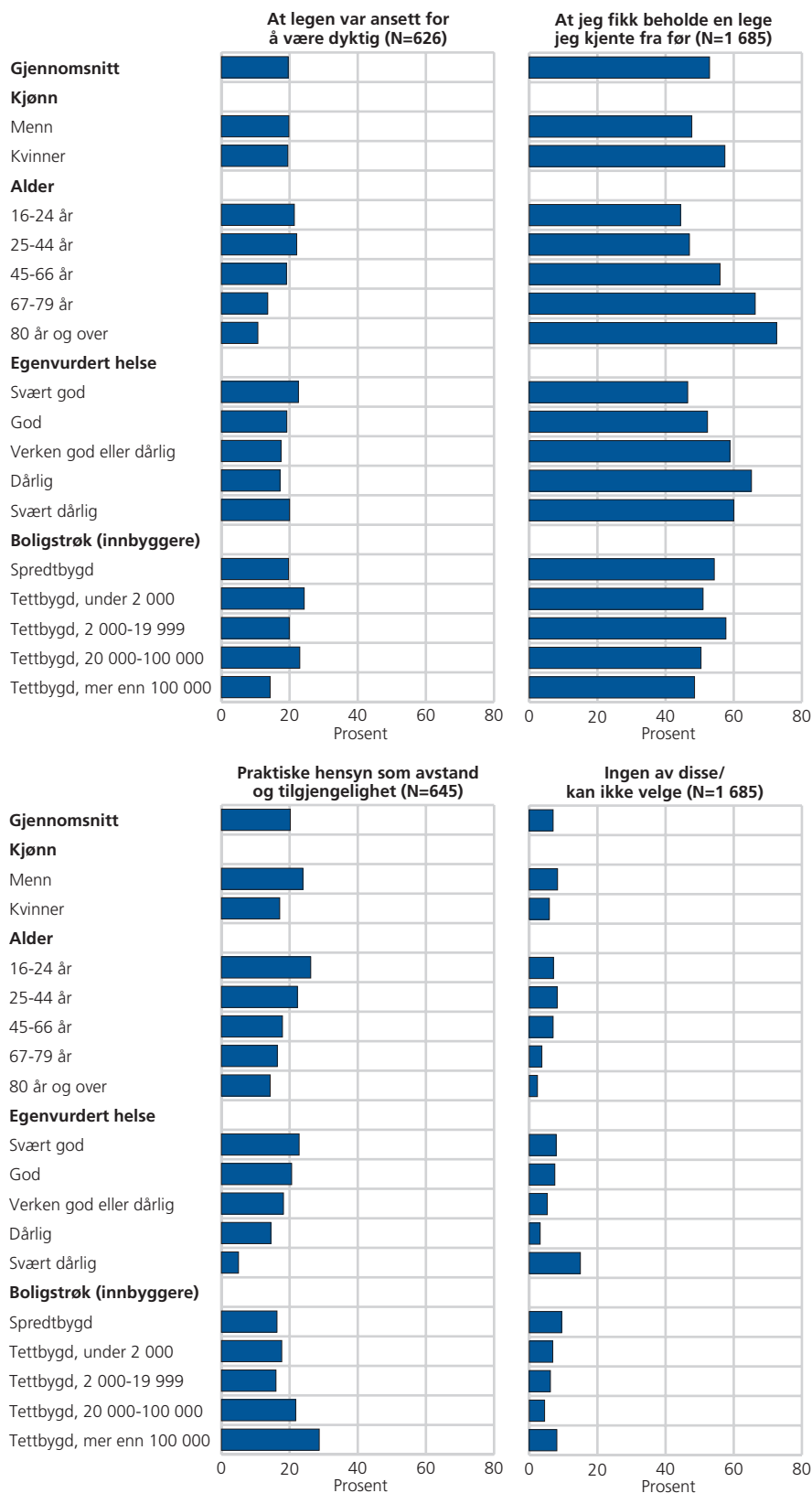
Innfrivelse av førstevalg viktig for mange

For å få et inntrykk av hvor viktig det var for folk å få innfridd sitt førstevalg, stilte vi utvalget spørsmålet "hvor viktig var det for deg å få den legen du satte opp som ditt førstevalg?". Svaret på dette spørsmålet er gradert på en femdelte skala fra svært viktig til helt uviktig. Nesten 70 prosent av utvalget mente at det var nokså eller svært viktig å få tildelt legen de hadde ført opp som sitt førstevalg, og av disse mente mer enn halvparten at det var svært viktig å få tildelt førstevalget. Vi finner imidlertid at det er store forskjeller blant ulike grupper av befolkningen. Blant annet syntes kvinner det var viktigere å få innfridd sitt førstevalg enn menn, mens eldre syntes det var viktigere enn yngre. I figur 2 ser vi på den delen av utvalget som syntes det var svært viktig å få innfridd førstevalg. Oppsummert kan det synes som om eldre kvinner med dårlig helse syntes det var viktigst at førstevalget ble innfridd. Vi vet at dette er grupper som bruker legetjenesten oftere enn andre. Svarfordelingen tyder altså på at grupper med stort behov for legetjenester, som kvinner og eldre, hadde sterkere preferanser for legetildelingen enn resten av befolkningen.

Få vurderte mange leger

På legevalgskjemaene ble den enkelte bedt om å rangere tre leger. Vi spurte derfor levetårspanelet om de kjente til noen av de aktuelle legene fra før og eventuelt hvor mange av disse de vurderte før de valgte lege (figur 3). Vi ser at svært få vurderte flere enn tre leger. Av de som kjente til noen leger fra før, vurderte de som fikk tildelt sin faste lege færre alternativer enn de som ikke fikk tildelt legen de tidligere hadde benyttet som sin faste lege. Det kan altså virke som om de fleste har gjort vurderinger om legetildelingen og ikke bare fylt inn sin faste lege uten å tenke på andre alternativer.

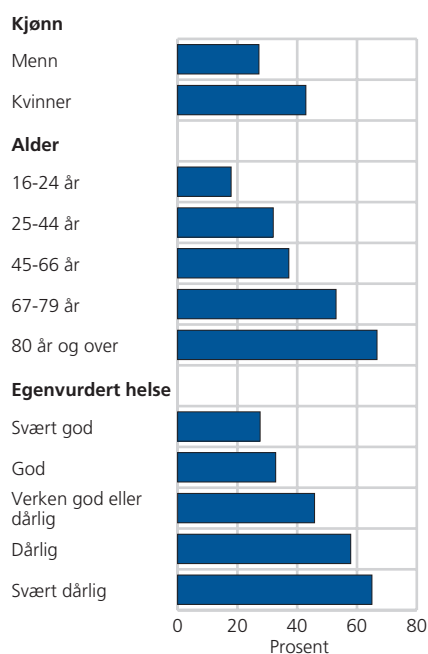
Figur 1. Hvilke forhold var viktig for deg da du skulle velge lege?



Kilde: Levekårsundersøkelsene 2001 og 2002.

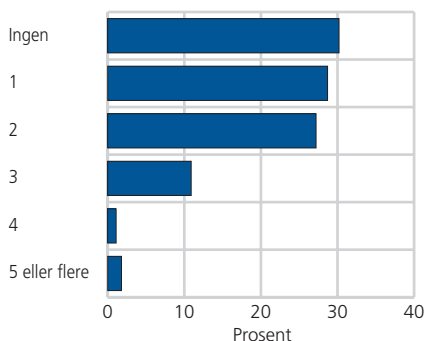


Figur 2. Andel i de ulike utvalg som mente det var svært viktig å bli tildelt førstevalg. (N=3 187)



Kilde: Levekårsundersøkelsene 2001 og 2002.

Figur 3: Hvor mange leger vurderte du? (N=1824)?



Kilde: Levekårsundersøkelsene 2001 og 2002.

Hvor stor er oppslutningen om fastlegeordningen?

Av utvalget i Statistisk sentralbyrås levekårspanel svarte 2,8 prosent at de står utenfor FLO. En nærmere analyse viste at det ikke var tilfeldig hvem som oppfattet at de ikke var med. I gruppen som svarte at de ikke deltok var det en overrepresentasjon av:

- personer som ikke ønsket å bruke en fast lege,
- personer som før innføringen av FLO ikke hadde en fast lege, og
- bosatte i kommuner med ustabil legetilbud (Finnvold og Paulsen 2002).

Blant personer som ikke ønsket å bruke en fast allmennlege, og for de som var bosatt i kommuner med ustabil legetilbud, var andelen som oppga at de ikke var med i FLO 7 til 8 prosent. Er dette personer som ikke vet hvem de har som fastlege, eller ikke vet hvor de skal henvende seg ved behov for legehjelp? Mange av de som før FLO oppga at de ikke ønsket å bruke en fast allmennlege, har trolig funnet alternative måter å dekke sine behov for legekontakt på. Et annet viktig moment er at ikke alle har oppfattet at de aktivt måtte reservere seg dersom de ikke ønsket å delta i FLO. De kan dermed ha blitt registrert på en liste hos en lege de ikke bruker. Typisk for denne gruppen er at de bor sentralt, har relativt høy utdanning, og bruker privatpraktiserende spesialister mer enn andre (Finnvold og Paulsen 2002). De andre gruppene bor på mindre sentrale steder, steder som før innføringen av FLO baserte legetilbudet på fastlønnede kommuneleger og turnuskandidater. Selv om mange i slike kommuner ikke hadde fast lege, var det vanlig å være knyttet til et fast legesenter (Finnvold 1997). Når relativt mange i slike kommuner ikke oppfatter at de er med i ordningen, kan dette skyldes at flere leger deler på en felles pasientliste, eller at det finnes lister som i perioder ikke har tilknyttet en fast lege.

De fleste fikk legen de tidligere hadde brukt som fastlege

Av alle som ble spurt, var det 77 prosent som fikk den legen de hadde ført opp som sitt førstevalg (tabell 1). Typisk for disse var at de hadde en fast lege før innføringen av FLO. De som ikke hadde fast lege før reformen, hadde følgelig større problemer enn andre med å få innfridd førstevalg. Videre var det mer vanlig å få innvilget førstevalg jo eldre man var. Relativt mange av de som før FLO oppga at de prinsipielt ikke ønsket en fast lege, svarte at de ikke hadde fått innvilget førstevalg sitt.

Har fått tildelt fastlege, men opplever ikke selv at de deltok i valgprosessen

I levekårsanalysen svarte 7 prosent av utvalget at de "ikke kan velge" lege (figur 1). Det vi ønsker å kartlegge ved å åpne opp for denne svarkategorien, er hvorvidt folk opplevde at de ikke hadde noen reelle valgmuligheter da de skulle velge lege. Det vi vet fra tidligere analyser, er at dette spesielt gjelder befolkningen i kommuner med ustabil legedekning (Finnvold 1998). Indikatorer på en ustabil legedekning er en høy andel fastlønnede leger og høy andel turnuskandidater, mens en høy andel privatpraktiserende leger er en indikator på stabilitet. Fra panelundersøkelsen i 2001 var det mulig å identifisere dem som ikke hadde fast lege. I legetildelingen har denne gruppen i mindre grad enn resten av befolkningen fått sine ønsker ivaretatt (tabell 1). Tabell 1 viser at 57 prosent fikk innfridd førstevalg, mot 81 prosent av dem som hadde fast lege før reformen. Blant dem som ikke hadde fast lege tidligere, var det dessuten 18 prosent som ikke hadde fått innfridd noen av valgene, mens den tilsvarende andelen blant dem som hadde fast lege et år før reformen, var 10 prosent.

Tabell 1. Respons på spørsmålet "Var den legen du fikk...", etter kjønn, alder, egenvurdert helse, kontinuitet og preferanser

	Svarkategorier							(N)
	I alt	"1. valg"	"2. valg"	"3. valg"	"Ingen av delene"	"Husker ikke"	"Sendte ikke inn skjema"	
I alt	100	77	3	1	11	2	6	3 480
Kjønn								
Mann	100	73	3	1	13	3	8	1 669
Kvinne	100	80	3	1	10	1	4	1 811
Alder								
16 - 24	100	67	2	1	15	4	11	413
25 - 44	100	70	4	1	15	2	8	1 358
45 - 66	100	84	3	1	7	2	4	1 251
67 - 79	100	86	3	1	6	1	3	369
80 år og over	100	82	3	0	9	5	1	89
Egenvurdert helse								
Svært god	100	73	3	1	12	3	8	923
God	100	77	3	1	11	2	6	1 718
Verken god eller dårlig	100	81	2	1	9	1	5	587
Dårlig	100	86	4	0	8	0	2	226
Svært dårlig	100	65	4	0	17	13	0	23
Kontinuitet og preferanser								
Hadde ikke fast lege før innføringen av FLO	100	60	6	1	19	4	10	673
Ønsket ikke å bruke en fast allmennlege før innføringen av FLO	100	53	3	1	18	5	20	267

Ønsket ikke fast lege og deltok ikke i valgprosessen

I alt var det 6 prosent (tabell 1) av utvalget som ikke sendte inn legevalgskjema. Det følger av analysene over at vi blant disse finner en statistisk sikker overrepresentasjon både av de som ikke ønsket å bruke en fast lege, og av de som ikke hadde noen fast lege før innføringen av FLO. Sannsynligheten for ikke å fylle inn noe legevalg, er videre høyere for unge enn for eldre og høyere for menn enn for kvinner, disse sammenhengene er statistisk sikre. Dette er trolig personer som bruker legetjenesten sjeldnere enn andre, og som derfor ikke er så opptatt av hvilken lege de får tildelt. Det tyder altså på at personer som ikke har så sterke preferanser for lege og legetildeling, ikke sendte inn legevalgskjemaet.

Legevalgsprosessen og tilfredshet med legen

Alle som etter tildelingen har vært i kontakt med sin fastlege, har fått tildelt et skjema med noen påstander om legen. Ved å ta stilling til i hvilken grad påstandene stemmer med deres oppfatning av legen, får vi et bilde av hvor fornøyd befolkningen er med sin lege. Et gjennomgående trekk ved denne typen målinger av subjektiv tilfredshet, er at få gir uttrykk for misnøye (Finnvold 1997). Dette kan blant annet skyldes at det er vanskelig å uttrykke misnøye med et tilbud man er avhengig av. I undersøkelsen forsøkte vi å få et inntrykk av om erfaringene fra legevalgsprosessen fikk konsekvenser for hvordan folk opplevde kontakten med legen i perioden umiddelbart etter innføringen av FLO. Analysene bygger på svar fra de som hadde hatt kontakt med lege på grunn av egen sykdom.



Tabell 2. Fornøydhet med legen				
	Alle N = 2 326	Fikk sin fastlege N = 1 639	Fikk 1. valg, men legen er "ny" N = 370	Fikk ingen av valgene N = 178
A. Legen tar meg og mine problemer på alvor				
Helt enig	83,8	86,5	85,7	66,3
Litt enig	10,6	9,8	8,1	18,5
Verken enig eller uenig	2,2	1,3	3,2	6,7
Litt uenig	2,0	1,6	1,4	4,5
Helt uenig	0,9	0,6	0,5	2,2
Vet ikke	0,5	0,2	0,5	1,7
B. Jeg har full tillit til den behandlingen legen gir meg				
Helt enig	78,8	81,9	75,9	64,0
Litt enig	13,8	12,7	15,1	16,3
Verken enig eller uenig	2,8	1,8	4,3	6,7
Litt uenig	3,3	2,7	3,2	8,4
Helt uenig	1,1	0,8	0,8	3,4
Vet ikke	0,3	0,2	0,5	1,1
C. Legen gir meg ikke nok tid				
Helt enig	11,1	10,7	12,2	16,3
Litt enig	12,9	12,9	12,4	12,9
Verken enig eller uenig	2,6	1,8	3,0	5,6
Litt uenig	14,3	13,2	17,6	18,0
Helt uenig	58,5	61,2	54,1	44,9
Vet ikke	0,5	0,2	0,8	2,2
D. Jeg blir henvist videre hvis jeg har behov for det				
Helt enig	76,8	82,5	70,8	53,4
Litt enig	7,3	6,1	8,1	16,9
Verken enig eller uenig	8,1	5,8	11,9	15,2
Litt uenig	1,2	1,0	0,8	2,2
Helt uenig	2,0	1,6	2,4	2,2
Vet ikke	4,7	2,9	5,9	9,6
E. Det tar alt for lang tid å få time hos legen				
Helt enig	22,2	21,7	23,5	20,8
Litt enig	16,9	17,4	15,7	18,0
Verken enig eller uenig	4,5	4,0	6,8	5,6
Litt uenig	12,1	10,9	14,9	13,5
Helt uenig	43,6	45,9	37,6	39,9
Vet ikke	0,7	0,2	1,6	2,2

Kilde: Levekårsundersøkelsene 2001 og 2002.

		Svarkategorier						(N)
		Helt enig	Litt enig	Verken enig eller uenig	Litt uenig	Helt uenig	Vet ikke	
Tabell 3. Respons på utsagnet " Det tar alt for lang tid å få time hos legen"								
I alt	100	22	17	5	12	44	1	2 326
Kjønn								
Mann	100	18	15	5	14	46	1	975
Kvinne	100	25	18	4	11	42	0	1 351
Preferanser for legens kjønn								
Respons på spørsmålet "Ønsker du å bruke mannlig eller kvinnelig lege?"								
Ønsker å bruke kvinnelig lege	100	32	22	3	8	34	0	217
Ønsker å bruke mannlig lege	100	17	17	3	11	53	0	151
Spiller ingen rolle	100	21	16	5	13	44	1	1 717
Kilde: Levekårsundersøkelsene 2001 og 2002.								

Vurdering av legens evne til å behandle og vise empati

De fem påstandene vi har bedt utvalget ta stilling til, ivaretar ulike sider av befolkningens forhold til sin fastlege (tabell 2). Utsagnet "legen tar meg og mine problemer på alvor" (A) er ment å fange opp relasjonen til legen, mens "jeg har full tillit til den behandlingen legen gir" (B) sier oss noe om hvordan den enkelte opplever legens medisinske kvalifikasjoner. Det handler om en "teknisk" og en "personlig" side av legens arbeid (Rutle 1986). Den tekniske delen består av legens evne til å finne ut hva som feiler pasienten, og foreslå en adekvat behandling. Den personlige delen går på mer mellommenneskelige kvaliteter. Legen må ha evne til å lytte til pasienten, og kunne formidle trygghet og kunnskap. Dette er avgjørende både for den tekniske delen, og for pasientenes motivasjon til å følge legens råd og anbefalinger.



Vi har analysert hvilke egenskaper ved pasientene som påvirker i hvilken grad de uttrykte tilfredshet med disse to aspektene ved legekontakten i perioden etter legevalgsprosessen. En rekke bakgrunnsegenskaper ved pasientene ble vurdert, blant annet kjønn, alder, egenvurdert sykkelighet, tidligere kontinuitet og preferanser for bruk av fast lege. Resultatene av analysen viste at de som hadde fått innvilget førstevalget, og beholdt sin gamle lege, også var de som var mest fornøyd med legens "tekniske" og "personlige egenskaper". Et annet resultat er at mange kvinner som foretrekker kvinnelige leger, i mindre grad enn andre opplever at legen tar deres problemer på alvor. Dette kan ha bakgrunn i at denne gruppen har hatt større problemer enn andre med å få tilfredsstilt sine behov og forventninger på grunn av manglende kapasitet hos kvinnelige fastleger (Ifølge Lurås og Iversen 2002 er 30 prosent av alle norske fastleger kvinner).

Kvinner opplever oftere at det er vanskelig å få time

Legens tilgjengelighet under konsultasjonen er kartlagt ved utsagnet "legen gir meg ikke nok tid" (C). Typisk for dem som opplevde at legen ikke hadde nok tid, var at de opplevde sine egne sykdommer som relativt alvorlige. Ellers var det små forskjeller mellom gruppene som ble analysert. Legevalgsprosessen og tidligere opplevd kontinuitet har ingen innflytelse på

om pasienten opplever at legen er tilgjengelig under konsultasjonen. Den generelle tilgjengeligheten eller legens kapasitet, er kartlagt ved spørsmålet "det tar alt for lang tid å få time hos legen" (E). Svarkategoriene er på en femdelte skala fra "helt enig" til "helt uenig". Resultatene viser at utvalget uttrykker mest misnøye med tilgjengeligheten når dette måles som ventetid på time (tabell 2).

Unge er mer misfornøyd med ventetiden enn eldre, og kvinner er mer misfornøyd enn menn. Det er imidlertid viktig å huske på at dette er subjektivt oppfattet ventetid. Vi vet altså ikke om de ulike gruppene har ventet like lenge, og at det vi måler er at folk har forskjellige tidskostnader knyttet til å vente, med andre ord at de har forskjellig grad av utålmodighet. Den gruppen som mest tydelig opplevde at det var vanskelig å få time, var de som ga uttrykk for at de ønsket en kvinnelig lege. Mange kvinner ønsker en kvinnelig lege. Siden forbruket av legetjenester er høyere for kvinner enn for menn, og det er betydelig færre kvinnelige enn mannlige leger her i landet, vil kvinnelige leger trolig oppleve et større press på sine tjenester enn sine mannlige kolleger. Dette problemet ble synliggjort i forbindelse med utprøving av fastlegeordningen i fire forsøkskommuner (Fjermestad og Paulsen 1996). Resultatene fra våre undersøkelser bekrefter dette. Pasienter som foretrekker å bruke en kvinnelig lege, opplevde at det var vanskelig å få time. Imidlertid er det ikke noe som tyder på at denne gruppen hadde problemer med andre aspekter ved legetilbudet (tabell 3).



Legen som portvakt

Vi har også tatt med en påstand om den enkeltes oppfatning av legens rolle som advokat eller portvakt for pasienten, denne påstanden er "jeg blir henviset videre hvis jeg har behov for det" (D). Tidligere undersøkelser viser at kontinuitet er viktig for legens håndtering av denne rollen (Hjortdal 1992). Vår analyse viser at de som fikk beholde sin tidligere lege, sjeldnere enn andre opplevde at de ikke fikk henvisning hvis det var behov. Personer som ikke hadde noen fast legekontakt før reformen, opplevde på den annen side at de oftere enn andre ikke fikk den henvisningen de mente de hadde behov for. Analysen viser også at menn oftere enn kvinner ikke synes de fikk nødvendige henvisninger.

Oppsummering

Nærmere 3 prosent av befolkningen svarer at de ikke deltar i FLO. Oppslutningen om ordningen er derfor trolig noe lavere enn de 99 prosent som ifølge offisielle registre deltar i ordningen. Majoriteten (77 prosent) fikk tildelt førstevalget sitt som fastlege. Det er særlig de som manglet en fast lege før reformen som ikke fikk ivarett sine ønsker. Den viktigste årsaken til at denne gruppen ikke hadde klart å etablere en fast legekontakt tidligere, var ustabilitet i det lokale legemarkedet. Vi ser derfor at problemet med manglende kontinuitet i forholdet mellom lege og pasient, kom til uttrykk på ny i legevalgsprosessen. Organisatoriske trekk ved legetilbudet og dermed geografi, påvirket derfor befolkningens muligheter til å få innfridd sine legevalg.

Om lag 6 prosent av befolkningen deltok ikke i valgprosessen. Dette er dels personer som ikke er så opptatt av hvilken lege de ville få tildelt, men også personer som prinsipielt foretrekker å bruke flere leger framfor å være bundet til å benytte en fast lege. Svarfordelingen tyder også på at grupper med stort behov for legetjenester, som kvinner og eldre, hadde sterkere preferanser for legetildelingen enn resten av befolkningen. Halvparten av befolkningen ønsket seg en fastlege de kjente fra før. Trolig er derfor kontinuitet et viktig element i befolkningens preferanser. Et annet viktig element er praktiske hensyn som ventetid og tilgjengelighet. Kvinner generelt, og spesielt kvinner som ønsket å bruke en kvinnelig lege, hadde i større grad opplevd at det tok lang tid å få legetime. Bakgrunnen for dette er dels at det er betydelig færre kvinnelige enn mannlige fastleger, og dels at forbruket av legetjenester er høyere for kvinner enn for menn.

Referanser

- Finnvold, Jon Erik og Bård Paulsen (2002): *Før innføring av fastlegeordning – brukervurderinger av allmennlegetjenesten i et veiskille*. NIS-SINTEF/ Statistisk sentralbyrå.
- Finnvold, Jon Erik (1996): *Kommunale helsetilbud: Organisering, ulikhet og kontinuitet*. Rapport 96/6, Statistisk sentralbyrå.
- Finnvold, Jon Erik (1997): Fastlegetilknytning blant kronisk syke: Legene flytter fra pasientene. *Samfunnsspeilet*, 2, 1997, Statistisk sentralbyrå.
- Finnvold, Jon Erik (1998): Kan misfornøyde pasienter gi oss bedre helsetjenester? *Samfunnsspeilet* 3, 1998, Statistisk sentralbyrå.
- Fjermestad T., Paulsen B. (1996): Populasjonsansvar i allmennpraksis. Tre års erfaring med fastlegeordning i Norge. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 116 2573 - 6
- Hjordahl, Per (1992): Continuity of care: General practitioners knowledge about, and sense of responsibility toward their patients. *Family practice* vol. 9 no.1, 1992.
- Lurås, H. (2003): *Individuals' Preferences for GPs. Choice Analysis from the Establishment of a List Patient System*, Working Paper 2003:5, Health Economic Research Programme (HERO), University of Oslo.
- Lurås H. og T. Iversen (2002): Legemangelen som ble til pasientmangel: Variasjoner i listeønsker og pasientknapphet ved innføring av fastlegeordning, *Økonomisk Forum*, nr. 8, November 2002.
- Rutle, Olav (1986): Kvalitet i allmennpraksis. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 23, 1986.
- Salisbury, C. J. (1989): How do people choose their doctor? *British medical journal* vol. 299.
- Scott, A. (2000): Economics of General Practice, in A.J. Culyer and J.P. Newhouse *Handbook of Health Economics*, Volume 1, Elsevier Science B.V.
- Veale mfl. (1995): Consumer Use of Multiple General Practitioners: An Australian epidemiological study, *Family Practice*, 12: 303-308.
- Vick, S. og A. Scott (1998): Agency in Health Care. Examining Patients' Preferences for Attributes of the Doctor-patient Relationship, *Journal of Health Economics*, 17: 511-644.