

*Jon Erik Finnvold og Jørgen Svalund*

**Pasienterfaringer i  
allmennlegetjenesten før og  
etter fastlegeordningen**

Del I Kronikeres erfaringer

Del II Kapasitetsforskjeller hos  
allmennlegene

## Rapporter

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

## Reports

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

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

ISBN 82-537-6882-6 Trykt versjon  
ISBN 82-537-6883-4 Elektronisk versjon  
ISSN 0806-2056

**Emnegruppe**  
03.02

Design: Enzo Finger Design  
Trykk: Statistisk sentralbyrå/228

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Tall kan ikke offentliggjøres	Not for publication	: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

# Sammendrag

*Jon Erik Finnvold og Jørgen Svalund*

## **Pasienterfaringer i allmennlegetjenesten før og etter fastlegeordningen**

Del I Kronikeres erfaringer

Del II Kapasitetsforskjeller hos allmennlegene

### **Rapporter 2005/34 • Statistisk sentralbyrå 2005**

Fastlegeordningen var spesielt rettet mot mennesker med kronisk sykdom. Vi har undersøkt hvordan personer med varige kroniske helseplager har opplevd ulike sider ved allmennlegetjenesten før og etter reformen. Kapittel 1-5 sammenligner fire ulike kronikergrupper, nemlig personer med

- sykdom i skjelett og muskelssystemet
- hjerte og karsykdommer
- sykdom i åndedretsorganene
- psykiske plager

I valg av diagnosegrupper har medisinsk prestisje vært et viktig moment. Undersøkelser viser at legeprofesjonen knytter høy prestisje til sykdommer som er lokalisert til hjerteregionen, er lette å diagnostisere og har klare kriterier for behandling. Hjerte og karsykdommer er altså en gruppe med høy prestisje i det medisinske hierarkiet, mens de øvrige sykdomsgruppene vi har undersøkt er lavt rangert. Er det slik at mennesker med prestisjesykdommer (hjerte karsykdom) har andre erfaringer enn mennesker med sykdommer rangert lavt i prestisjehierarkiet?

Bedret tilgjengelighet var en viktig målsetting ved innføringen av reformen. Median ventetid på legetime var uendret før og etter reformen for de som hadde skjelett eller muskelsykdom, mens ventetiden gikk noe ned for de øvrige kronikergruppene. Når det gjaldt tilfredshet med ventetiden, var det små forskjeller mellom diagnosegruppene før reformen. Etter reformen er det blitt en klar bedring for de som hadde hjerte-karsykdom. Personer med hyppige symptomer på lettere psykiske plager er signifikant mer misfornøyd med tiden det tar å få legetime sammenlignet med hjerte-karsykdommer og de som ikke har kronisk sykdom.

Legeinitierte forebyggende kontakter gir legen en mulighet til å komme i inngrep med pasienter med særlig behov for oppfølging, eller pasienter legen er spesielt interessert i. Omfanget av denne typen kontakter har hatt en klar økning for personer med hjerte og karsykdommer etter reformen. Flere i gruppen med hjerte og karsykdommer har fått tilbud om slike kontroller, samtidig som legen velger å kalle inn den enkelte til flere konsultasjoner enn tidligere. Økningen har ført til at forskjellen mellom denne gruppen og de andre kronikergruppene er blitt større. Samtidig har det vært en nedgang i denne typen kontakter blant de som ikke har kronisk sykdom. Resultatene tyder på at et mer definert populasjonsansvar har gitt legene bedre oversikt, og dermed bedre muligheter til å prioritere mellom ulike pasientgrupper.

Gjennom henvisninger kan legen i prinsippet velge å skyve fra seg pasientgrupper som av ulike grunner betraktes som mindre interessante. Det er ikke noe i vår undersøkelse som tyder på at det er forskjeller i henvisningsfrekvensen mellom diagnosegruppene. Derimot kan det se ut til at henvisningsfrekvensen er blitt lavere for samtlige diagnosegrupper. Økt fokus på kontinuitet gir altså en lavere henvisningsfrekvens for kronikere, mens henvisningsfrekvensen for de som er uten kronisk sykdom øker.

Hvordan opplever de ulike diagnosegruppene møtet med legen? Resultatene viser at mennesker med symptomer på lettere psykiske plager oftere enn andre opplever at legen ikke gir dem nok tid under konsultasjonen. På dette punkt er det skjedd en forbedring for de øvrige gruppene som ikke har kommet personer med psykiske plager til del, slik at forskjellene er blitt større etter reformen.

En forventning om at kronikeres erfaringene med innføringen av fastlegeordningen er bestemt av hvilken plassering den kroniske lidelsen har i det medisinske prestisjehierarkiet slår delvis til. De som har hjerte-karsykdommer har på flere punkter opplevd en forbedring, mens mennesker med hyppige symptomer på lettere psykiske plager ikke har fått tatt del i den forbedringen som er dokumentert når det gjelder tilgjengelighet og opplevelse av at legen bruker nok tid under konsultasjonen. Gjennom å spørre folk om de foretrekker å bruke en fast lege, eller om de helst vil bruke flere ulike allmennleger, har vi forsøkt å fastslå den generelle oppslutningen om fastlegeordningen. Igjen viser resultatet en økende forskjell mellom de som har symptomer på psykiske plager og andre kronikergrupper. I denne gruppen er andelen som ønsker å bruke flere allmennleger økende.

Etableringen av fastlegeregisteret har gjort det mulig å identifisere personer som står på listen til leger som har flere pasienter enn de ønsker, eller færre pasienter enn de ønsker. Noen leger oppgir å ha et for stort arbeidspress, mens andre skulle gjerne hatt flere pasienter. Hvilken betydning har variasjoner i legens listekapasitet for pasientenes opplevelse? Gjennom å henvise pasienter videre kan leger med stort arbeidspress bli kvitt noe av arbeidsbyrden, en annen mulighet er å være mer restriktiv med innkalling til forebyggende kontakter. Tilsvarende kan vi forvente at leger som har for få pasienter oftere vil kalle inn til forebyggende kontakter, og forsøke å gjøre mer for pasientene sine i stedet for å henvise. Det er ikke noe i våre analyser som tyder på at slike mekanismer er virksomme. Variasjoner i kapasitet/listelengde påvirker ikke omfanget av tjenester, målt som henvisninger til spesialisthelsetjenesten eller forebyggende kontakter initiert av legen. I den grad det er noen tendens, er det slik at de som er på listen til leger med stort arbeidspress får flere forebyggende kontakter.

Mens variasjoner i kapasitet ikke har følger for omfanget av tjenestene vi har undersøkt, er det klare konsekvenser når det gjelder tilgjengelighet. De som står på listen til leger med stort arbeidspress må vente lenger for å få time, og er mer misfornøyd med tiden det tar å få legetime. Det er likevel ikke noe som tyder på at variasjoner i kapasitet hos den enkelte lege har følger for hvordan innholdet i legekonsultasjonen oppleves.

Følgene av kapasitetsvariasjoner kan settes i sammenheng med selve legvalgsprosessen: Leger med stor arbeidsmengde har en pasientpopulasjon som på flere punkter skiller seg fra populasjonen til andre leger. De hadde flere på listen som hadde gjort et bevisst valg av lege, hadde oftere pasienter som var opptatt av å beholde legen de hadde før reformen, og hadde også flere som var opptatt av legens faglige kvalifikasjoner enn andre. Relativt dårlig tilgjengelighet er et forhold som trolig aksepteres og ikke fører til bytte av lege. Mange velger bevisst å fortsette relasjonen til en lege som over tid har vist seg å tilfredstille pasientens forventninger. Dels er det også en kjønnsdimensjon involvert. Leger med lange lister er oftere kvinner, og vi finner flere lister med relativt høy kvinneandel. I noen grad oppleves derfor tilgjengelighet og ventetid som mer problematisk for pasienter som er på listen til kvinnelige leger. Dette er momenter som tyder på at kvinnelige leger er under et større press enn mannlige leger.

Vel halvparten av intervjupersonene brukte en fastlege som var spesialist, som regel i allmennmedisin eller samfunnsmedisin. Spesialistbakgrunn hadde imidlertid ingen betydning for hvor tilfreds pasientene var med legen, eller omfanget av forebyggende kontakter eller henvisninger.

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

# Innhold

<b>1. Fastlegereformen og kroniske sykdommer .....</b>	<b>9</b>
1.1. Innledning .....	9
1.2. Prioritering og rangering av sykdom i allmennlegetjenesten .....	10
1.3. Valg av sykdomsgrupper og FLO.....	11
<b>2. Kontinuitet, fleksibilitet og legevalg .....</b>	<b>13</b>
2.1. Innledning .....	13
2.2. Legevalgsprosess og preferanser.....	14
2.3. Fleksibilitet .....	14
2.4. Oppsummering .....	14
<b>3. Tilgjengelighet og ventetid.....</b>	<b>16</b>
3.1. Innledning .....	16
3.2. Ventetid og kronikere.....	16
3.3. Ventetid på time hos allmennlege .....	16
3.4. Er ventetiden for lang for kronikergruppene? .....	17
3.5. Oppsummering .....	18
<b>4. Forebyggende kontakter og henvisninger til spesialist .....</b>	<b>19</b>
4.1. Innledning .....	19
4.2. Forebyggende kontakter .....	19
4.3. Henvisninger til spesialist.....	20
4.4. Oppsummering .....	20
<b>5. Opplevelse av allmennlegen .....</b>	<b>21</b>
5.1. Innledning .....	21
5.2. Får personer med kroniske sykdommer nok tid hos legen?.....	21
<b>6. Hvordan opplever pasientene variasjoner i kapasitet og andre legekarakteristika under FLO? .....</b>	<b>23</b>
6.1. Innledning .....	23
6.2. Empirisk analysemodell.....	23
6.3. Resultater .....	24
6.4. Variasjoner i listelengde og legevalgsprosess .....	26
6.5- Oppsummering .....	27
<b>Litteraturliste .....</b>	<b>28</b>
<b>Vedlegg</b>	
A. ICD-9 klassifiseringen - Innsamling og klassifisering av sykdom.....	30
B. Psykiske plager .....	32
C. Sykdomsgruppene og sammensatte lidelser. Antall sykdomstilfeller.....	33
<b>Tidligere utgitt på emneområdet .....</b>	<b>34</b>
<b>De sist utgitte publikasjonene i serien Rapporter .....</b>	<b>35</b>

# Figgurregister

## Fastlegereformen og kroniske sykdommer

1.1. Utbredelse av sykdomsgruppene. Etter alder, kjønn, utdanning og egenvurdert helse. Prosent..... 11

## 2. Kontinuitet, fleksibilitet og legevalg

2.1. Andel som var uten fast lege. Etter sykdomsgruppe. 2001 og 2003. Prosent..... 13

# Tabellregister

## 2. Kontinuitet, fleksibilitet og legevalg

- 2.1. Respons på spørsmålet "Omtrent hvor lenge har du hatt denne faste legen?" Gjennomsnitt for underutvalg som hadde fast allmennlege. 2000 og 2003. (N)..... 14
- 2.2. Fastlegetildeling ved innføringen av reformen. Etter sykdomsgruppe. Andel som mente at det var svært viktig eller nokså viktig å få legen som ble satt opp som 1. valg. Prosent. (N) ..... 14
- 2.3. Fastlegetildeling ved innføringen av reformen. Etter sykdomsgruppe. Andel som fikk den legen de helst ønsket/førstevalget. Prosent. (N)..... 14
- 2.4. Kontinuitet. Andel som foretrekker å bruke flere allmennleger. Etter sykdomsgruppe. Prosent. 2001 og 2003. (N) ..... 14

## 3. Tilgjengelighet og ventetid

- 3.1. Ventetid i dager for de som bestilte time hos lege. Etter sykdomsgruppe. 2001 og 2003. Median. N..... 16
- 3.2. Sannsynlighet for 4 dagers ventetid eller mer ved bestilling av vanlig time. 2001 og 2003. Multivariat logistisk regresjon ..... 17
- 3.3. Misfornøyd med ventetid hos lege. Etter sykdomsgruppe. 2000 og 2003. Prosent. (N) ..... 18
- 3.4. Sannsynlighet for å være misfornøyd med ventetid hos lege. 2000 og 2003. Multivariat logistisk regresjon.... 18

## 4. Forebyggende kontakter og henvisninger til spesialist

- 4.1. Andel som hadde hatt forebyggende kontroller. Etter sykdomsgruppe. Prosent. 2001 og 2003. (N) ..... 19
- 4.2. Forebyggende kontakter siste 12 måneder etter sykdomsgruppe. Gjennomsnitt og antall. 2001 og 2003. (N) 19
- 4.3. Sannsynlighet for å ha hatt minst 1 forebyggende kontakt/kontroll. Etter diagnose, kjønn, alder, utdanningslengde og egenvurdert helsetilstand. Odds-rate ..... 20
- 4.4. Andel som var blitt henvist til spesialist av allmennlege. Etter sykdomsgruppe. Prosent. 2001 og 2003. (N)..... 20
- 4.5. Antall henvisninger siste 12 måneder etter sykdomsgruppe. Gjennomsnitt og antall. 2001 og 2003..... 20

## 5. Opplevelse av allmennlegen

- 5.1. Andel misfornøyd med tiden de fikk hos legen. 2000 og 2003. Prosent. Underutvalg blant de som har vært hos legen på grunn av egen sykdom siste 12 måneder. (N) ..... 21
- 5.2. Sannsynlighet for å være misfornøyd med tiden de fikk hos legen. 2000 og 2003. Multivariat logistisk regresjon..... 22
- 5.3. Opplevde at legen ikke tok dem og deres problemer på alvor. 2000 og 2003. Prosent. Underutvalg blant de som har vært hos legen på grunn av egen sykdom siste 12 måneder. (N)..... 22

## 6. Hvordan opplever pasientene variasjoner i kapasitet og andre legekarakteristika under FLO?

- 6.1. Andel som hadde hatt forebyggende kontroller. Etter listekapasitet, legens kjønn og kvinneandel på legens liste. Prosent. 2003. (N) ..... 24
- 6.2. Andel som hadde hatt forebyggende kontroller. Etter listekapasitet. Gjennomsnitt og antall. 2003. (N) ..... 25
- 6.3. Andel som var blitt henvist. Etter listekapasitet, legens kjønn og kvinneandel på legens liste. Prosent. 2003. (N) ..... 25
- 6.4. Andel som var blitt henvist til spesialist. Etter listekapasitet. Gjennomsnitt og antall. 2003. (N) ..... 25

6.5.	Andel som ventet i 4 dager eller mer for å få time hos legen. Etter listekapasitet, legens kjønn og kvinneandel på legens liste. Prosent. 2003 (N) .....	25
6.6.	Andel som var misfornøyd <sup>1</sup> med tiden det tok å få time hos legen. Etter listekapasitet, legens kjønn og kvinneandel på legens liste. Prosent. 2003. (N) .....	26
6.7.	Legevalgsprosessen. Respons på spørsmålet om hvor viktig det var å få legen som var satt opp som førstevalg. Etter listekapasitet. Prosent. 2003. (N) .....	26
6.8.	Legevalgsprosessen. Respons på spørsmålet "Var den legen du fikk.." Etter listekapasitet. Prosent. 2003. (N) .....	27
6.9.	Legevalgsprosessen. Kriterier for valg av lege." Etter listekapasitet. Prosent. 2003. (N).....	27
6.10.	Legevalgsprosessen. Andel som hadde fått tildelt den legen som var fastlege før fastlegeordningen ble innført. Etter listekapasitet. Prosent. 2003. (N) .....	27

---

### Vedlegg

A1.	Varige sykdommer. Omfang i levekårspanelutvalget. 1999 .....	30
B1.	Fordeling på indeks over symptomer på lettere psykiske plager. Kumulativ prosent .....	32
C1.	Gjennomsnittlig antall sykdomstilfeller. Blant alle med varig sykdom og etter sykdomsgruppe. 1999 .....	33

# Forord

Denne rapporten er en oppfølging av publikasjonen "Etter innføring av fastlegeordning - brukervurderinger av allmennlegetjenesten" (Finnvold, Svalund og Paulsen 2005). Publikasjonen hadde som formål å belyse publikums erfaringer med fastlegereformen før og etter innføringen av reformen. I videreføringen av prosjektet er data om pasientenes diagnose tilrettelagt. Dette er temaet i kapittel 1-5. I tillegg er opplysninger fra Rikstrygdeverkets register over fastlegene koblet til utvalget i levekårspanelet. Dette muliggjør analyser som blant annet kan belyse hvordan publikum opplever møtet med leger som har for få eller for mange pasienter. Forhold rundt allmennlegenes listelengde og andre legekarakteristika tar vi for oss i rapportens siste kapittel, kapittel 6.

Datagrunnlaget bygger i hovedsak på Statistisk sentralbyrås levekårspanel. Utfyllende dokumentasjon av denne undersøkelsen finnes i tidligere publikasjon fra prosjektet (Finnvold, Svalund og Paulsen 2005) Datagrunnlaget er tilrettelagt for analyse av Knut Strøm.



# 1. Fastlegereformen og kroniske sykdommer

## 1.1. Innledning

Fastlegeordningen (FLO) hadde mennesker med kroniske sykdommer og særlig store behov for legetjenester som en spesiell målgruppe. I stortingsmelding 23 (1996-1997) er det bemerket at det er spesielle utfordringer knyttet til prioriteringer mellom ulike pasientgrupper, og at man har et særlig ansvar for å ivareta grupper med spesielt store og sammensatte behov, for eksempel pasienter med kroniske sykdommer og psykiske lidelser. Det pekes også på at det kan være forskjeller mellom ulike sykdomsgrupper: "Psykiatriske pasienter får dårligere tilbud enn somatiske; akutt syke får bedre hjelp enn pasienter med kroniske sykdommer; fagfelt med høy status har god personelldekning, lavstatusfelt dårlig" (St. meld 23 1996-1997: 6).

I følge stortingsmeldingen finner mennesker med uklare, sammensatte plager det ofte vanskelig å nå frem til legen med hvordan de selv oppfatter sin helsesituasjon. Det pekes på at

"Pasienter som har stort behov for legetjenester, men som legene oppfatter som problematiske synes det er spesielt vanskelig å slippe til i dagens system. Det er også disse gruppene som ofte opplever mangelen på en fast legekontakt som en belastning. For disse er det slitsomt stadig å måtte gjenta sin sykehistorie - særlig for dem som i utgangspunktet kvier seg for å presentere sine problemer for legen. Derfor kan problemer som oppleves som ømtålelige og personlig vanskelige, kanskje forbli usagte når pasienten ikke har fast lege som han eller hun er blitt fortrolig med." (St meld 23 (1996-1997): 17).

Gjennom FLO skal hver lege ha en fast pasientpopulasjon som de har ansvar for, og pasientene skal dermed ha en klar formening om hvem som har ansvaret for dem. I følge stortingsmeldingen vil kronisk syke og personer med psykiske lidelser høste store fordeler ved økt kontinuitet i møte med allmennlegetjenesten. Med økt kontinuitet vil pasientene kunne unngå å gjenta sin historie for hver kontakt, og legen vil kunne vite hvordan tilstanden har utviklet seg fra gang til gang (St meld 23 (1996-1997): 7-8). Resultatene fra fastlegeforsøket viste at de som

fikk god kontakt med legen, var mest fornøyd med ordningen. Pasienter med psykiske lidelser og lidelser som kan være vanskelige å diagnostisere tilkjennega størst uro over å bli bundet til en fast lege (St. meld. 23 (1996-1997): 24). Samtidig ble det pekt på at personer med kroniske og/eller uklare og sammensatte lidelser som oppnådde "et godt forhold til sin lege var svært godt fornøyd med å ha en fast legekontakt." (St meld 23 (1996-1997): 26). Stortingsmeldingen la særlig vekt på tiltak og virkemidler i forhold til mennesker med psykiske lidelser. Det antas at en fast lege som kjenner sine pasienter og kan følge dem over tid, vil ha bedre muligheter for å fange opp signaler om at en krise er i utvikling og bidra til å hindre eller redusere skadevirkningene. En fast lege vil også bety et fast holdepunkt og en samarbeidspartner for de pårørende. I rapportens kapittel 2 vil vi følge opp spørsmålet om kontinuitet, og undersøke om den er bedret for disse gruppene. Som nevnt uttrykte pasienter med psykiske lidelser og lidelser som kan være vanskelige å diagnostisere uro over å bli bundet til en fast lege. Av den grunn vil vi gå nærmere inn på dette spørsmålet, og undersøke om disse pasientgruppene ønsker en fast allmennlege, eller om de foretrekker å bruke flere allmennleger før og etter FLO.

I tillegg ble det i stortingsmeldingen pekt på at en del pasienter med kroniske eller psykiske lidelser synes det er for vanskelig å nå fram til legen før FLO. Telefonen var ofte opptatt, telefontiden for kort og ventetiden for timeavtale for lang. Noen leger tok ikke imot nye pasienter, heller ikke de som trengte øyeblikkelig hjelp. Spesielt ble det vektlagt at de "som trenger legehjelp ofte - fordi de har mange og sammensatte sykdommer har større vansker med å slippe til enn andre. Til tross for at deres behov sannsynligvis er større enn andres" (St. meld. 23 (1996-1997): 15). Derfor ble det i FLO stilt krav om at legene skal sørge for tilfredsstillende telefontilgjengelighet, rimelig ventetid, at praksisstedet er lett tilgjengelig for funksjonshemmede og at allmennlegene skal være særlig oppmerksom på grupper med sammensatte og store behov for helsetjenester. (St. meld. 23 (1996-1997): 30). I rapportens tredje kapittel fokuserer vi særlig på spørsmål rundt tilgjengelighet og ventetid.

Gjennom FLO får allmennlegene ansvar for en fast pasientpopulasjon. Den økte kontakten og kontinuiteten kan tenkes å gi fordeler ved at allmennlegen i større grad får oversikt over den enkeltes sykdomshistorie og således kan sette inn mer målrettede i forhold til pasientene. I kapittel 4 kommer vi nærmere inn på bruk av forebyggende kontakter og henvisninger i forhold til pasientgruppene vi tar for oss.

I følge stortingsmeldingen hadde allmennlegene for dårlig tid før FLO, slik at konsultasjonene ble kortere enn pasientene hadde behov for. Fastlegeordningen skulle ifølge stortingsmeldingen (st meld 23 1996-1997: 28) blant annet:

- Gi befolkningen større trygghet og tilfredshet med allmennlegetjenesten.
- Forbedre kvaliteten i allmennlegetjenesten

I kapittel 5 undersøker vi om disse målene har blitt nådd for personer med kroniske og psykiske lidelser, med et spesielt fokus på om den enkelte opplever å bli tatt på alvor og få nok tid i konsultasjonen.

## 1.2. Prioritering og rangering av sykdom i allmennlegetjenesten

Menneskelig handling er fylt med vurderinger, evalueringer og følelser. Alle handlinger bygger på kunnskap om hvordan noe er eller bør være (Barnes 1995). Som et resultat har noen forhold, handlinger og sosiale roller høyere prestisje enn andre. Slike innlærte intersubjektive kunnskapsdannende prosesser kan delvis foregår på et bevist diskursivt nivå, og delvis på et mer ubevisst, uerkjent erkjennelsesnivå (Giddens 1984). Det er kjent at enkelte former for legespesialiteter har høyere prestisje enn andre (Schwartzbaum, McGrath og Rotman 1973; Shortell 1974; Album 1991). I artikkelen *sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje* (1991) viste Dag Album hvilke medisinske spesialiteter som har høy, og hvilke som har lav prestisje blant leger, annet helsepersonell og legestudenter i Norge. Samtidig som han viste at de ulike spesialitetene har ulike prestisje blant praktiserende leger og legestudenter, viste han at det samme også gjelder sykdommer.<sup>1</sup> På samme måte som legespesialiteter knyttet til hjerte og hjerne har høy prestisje blant leger, har også sykdommene knyttet til hjerte og hjerne i seg selv høy prestisje blant leger.

Et utvalg erfarne leger, medisinstudenter på to ulike nivåer, og annet helsepersonell ble bedt om å rangere 38 sykdommer etter prestisje i Albums (1991) undersøkelse. Forskjellene i prestisje mellom sykdommene var klare. Hjerterinfarkt, leukemi og hjernesvulst var rangert på toppen, og fibromyalgi, leddgikt og depressive nevroser lå på bunnen. Sykdommer som leder til

rask død, som krever rask behandling eller hvor behandlingen fører til klare resultater har høy prestisje. Kroniske sykdommer og sykdom som er vanskelig å definere og diagnostisere har lavere prestisje.

Studien indikerer samtidig at sykdommers prestisje kan ha en kjønnsdimensjon. Det er nemlig slik at typiske "kvinnesykdommer" i liten grad er preget av muligheter for rask bedring, eller av å være lokalisert i hjerte-regionen eller hjernen. Isteden preges kvinners generelle sykdomsbilde av kroniske plager, gjerne knyttet til leddsmarter, eller stressrelaterte forhold, som er vanskelig å diagnostisere og som krever langvarig behandling.

Dersom sykdommer er lokalisert i et organ er det av betydning hvor i kroppen organet er lokalisert. Sykdommer i organer lokalisert høyt opp i kroppen har høy prestisje, høyest prestisje har sykdommer i hjerte eller hjernen. Mer enn andre er disse organene bærerne av selvet (Album 1991). Armer og bein har ikke samme prestisje som brystet og hodet. Sykdommer som ikke kan plasseres i et organ, slik som sykdommer knyttet til funksjon eller psykologi har lavere prestisje. Dette gjelder uavhengig av om sykdommene har kroppslige symptomer som fibromyalgi eller anoreksi, eller psykiske symptomer slik som schizofreni eller depressive nevroser. På samme måte som Albums undersøkelse fant Rannveig Dahle og May-Len Skjelbrei (2003: 13) at personer med fibromyalgi føler seg utsatt i møtet med allmennlegen. Kvinner med fibromyalgi beskriver i kvalitative studier at de ikke blir tatt på alvor som syke, og at deres somatiske sykdom blir avvist ved hjelp av psykologiserende termer (Wærner 2001). Samtidig antyder Dahle og Skjelbrei at kvinner og menn med samme lidelse og symptomer kan få ulike diagnoser, på grunn av kjønn og allmennlegenes ulike forventninger til kvinner og menn.

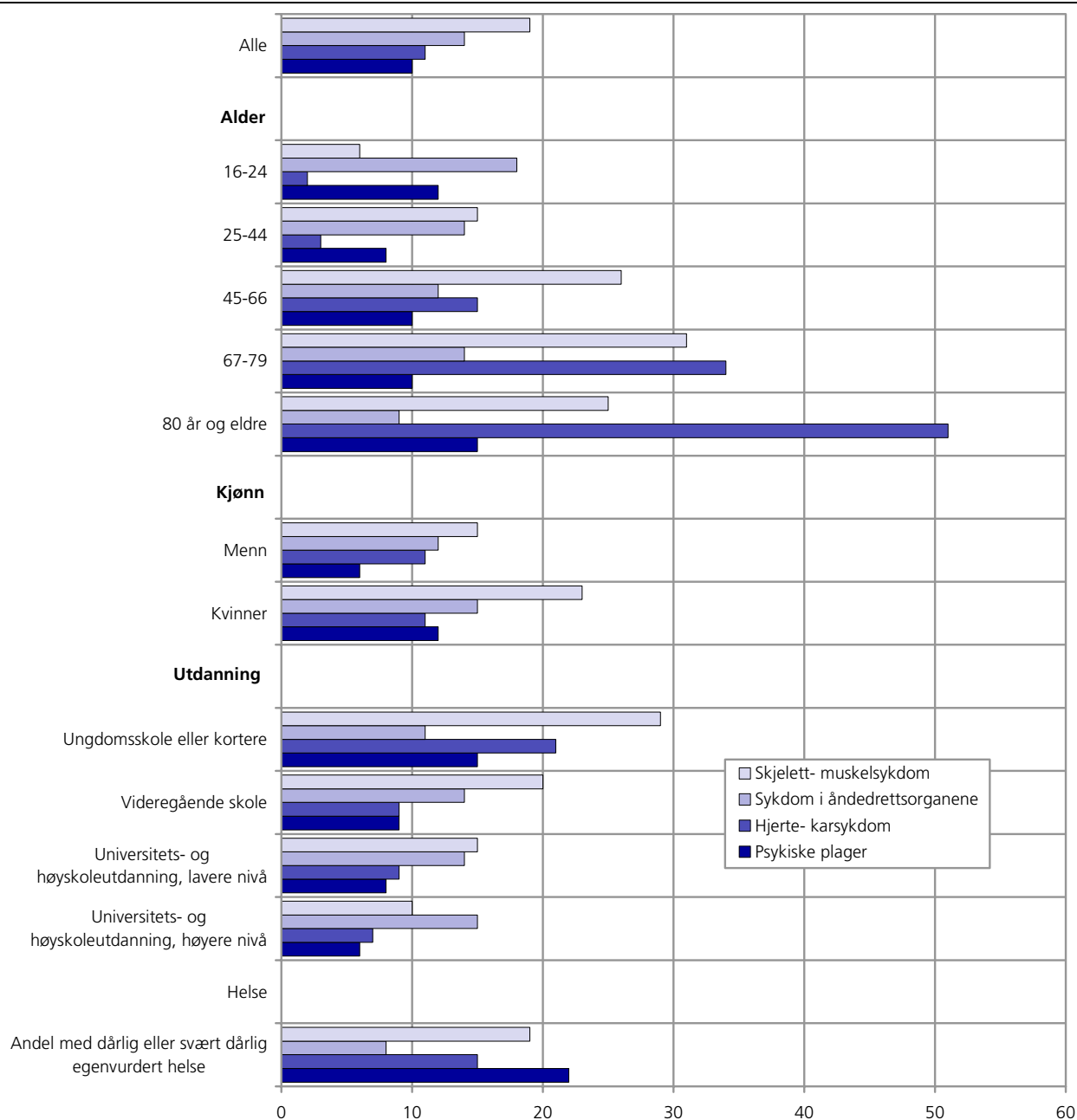
På bakgrunn av disse resultatene kan det stilles spørsmål ved om personer som har kroniske sykdommer med lav prestisje opplever at allmennlegetjenesten er dårligere enn de som har sykdommer med høy prestisje, og eventuelt om det er slik at kvinner med typiske kvinnesykdommer kommer uheldig ut som en følge av FLO? Som nevnt var en av formålene med reformen at pasientene skulle få mer innflytelse, med et særlig fokus på pasienter med sammensatte og diffuse (Malterud 2001) lidelser. Har disse fått et bedre tilbud?

Fire diagnosegrupper antas å ha et visst omfang, og blir nærmere belyst:

- Sykdommer med høy medisinsk prestisje:
  - hjerte og karsykdommer
- Sykdommer med lav medisinsk prestisje:
  - sykdom i skjelett og muskelssystemet
  - sykdom i åndedretsorganene
  - lettere psykiske plager

<sup>1</sup> I 2002 presenterte han nye resultater på en internasjonal legekonferanse i Oslo. Ut over dette er resultatene fra denne undersøkelsen ikke offentliggjort. Resultatene i 2002 var imidlertid i stor grad i samsvar med resultatene fra 1991.

Figur 1.1. Utbredelse av sykdomsgruppene. Etter alder, kjønn, utdanning og egenvurdert helse. Prosent



Note: Aldersgruppen 80 år og eldre består av et lite antall personer, tallene er derfor usikre for denne gruppen.

### 1.3. Valg av sykdomsgrupper og FLO

Gjennom IDC-9 klassifiseringen kan de varige sykdommene deles opp i en rekke ulike grupper (se vedlegg 1 for mer om ICD-9 og spørsmålene om varige sykdommer). Vi konsentrerer oss i rapporten om personer som har hjerte- og karsykdommer, skjelett - og muskelsykdommer, sykdommer i åndedretsorganene og de som opplever symptomer på lettere psykiske plager. Sykdomsgruppen *skjelett og muskellidelser* omfatter rygglidelser, leddbetennelser, stivhet i ledd, beinskjørhet med videre. *Sykdom i åndedretsorganene* består av ulike infeksjoner i luftveiene, sykdommer i de øvre luftveier, ulike former for lungesykdommer og allergi - astmalidelser. *Hjerte- karsykdommer* er en gruppe

lidelser som omfatter hypertensjon (høyt blodtrykk), ischemisk hjertesykdom som angina og hjerteinfarkt, samt andre karsykdommer i hjerne, arterier eller vener. Gruppen av personer som opplever symptomer på lettere psykiske plager er ikke hentet inn via ICD-9. Isteden har vi valgt en fremgangsmåte som tar utgangspunkt i et mye brukt internasjonalt måleinstrument bestående av 25 spørsmål. Disse inngår som en fast del av panelundersøkelsen, og er brukt i analysene som et alternativ til ICD-9 (se vedlegg 2 for mer om dette).

Tidligere (Finnvold, Lurås og Paulsen 2003, Finnvold, Svalund og Paulsen 2005) har det kommet frem at

allmennlegetilknytning, tilgjengelighet og behandlingstilbud blant annet henger sammen med pasientenes alder, kjønn, utdanning og egenvurderte helse. Av den grunn er det viktig å ha en viss kjennskap til trekk ved personene i de ulike sykdomsgruppene (figur 1.1). Hjerter- karsykdom er sykdomsgruppen med størst utbredelse. Mens 22 prosent av utvalget oppgir at de har enn eller flere hjerter- karlidelser, har 10 prosent symptomer på lettere psykiske plager. Mens det er like mange menn som kvinner som har hjerter- karsykdommer i utvalget, er det en større andel kvinner enn menn i de andre sykdomsgruppene. Størst forskjell er det i forhold til skjelett- muskellidelser. Mens 15 prosent av mennene har en slik lidelse, gjelder det 23 prosent av kvinnene. Samtidig henger forekomsten i sykdomsgruppene sammen med alder. Andelen med hjerter-karsykdom og skjelett- muskelsykdom øker med alder. Andelen med åndedrettssykdommer er størst blant de yngste og andelen med symptomer på lettere psykiske plager omtrent like stor blant unge som blant eldre.<sup>2</sup>

Det eksisterer sosiale ulikheter i helse. Personer med kort utdanning og dårligere generelle levekår har ofte dårligere helse (Elstad 2003). Figur 1 viser at klart flere med kort utdanning opplever symptomer på psykiske plager, hjerter- karsykdom eller skjelett- muskelsykdom, sammenlignet med de som har lang utdanning. Utdanning har imidlertid liten og motsatt betydning for utbredelsen av åndedrettssykdommer. Mens 15 prosent av de som har universitets- og høyskoleutdanning på høyere nivå har en eller flere slike sykdommer, gjelder det 11 prosent blant de med ungdomskole eller kortere som høyere utdanning.

De som intervjues i levekårspanelet blir bedt om å vurdere sin egen helse sånn i sin alminnelighet. En stor andel personer med symptomer på lettere psykiske plager opplever sin helsetilstand som dårlig eller svært dårlig. En stor andel av disse vurderer sin egenvurderte helsetilstand som klart dårligere enn befolkningen totalt, og dårligere enn de andre kroniske sykdomsgruppene. Motsatte opplever personer som har sykdom i åndedretsorganene i liten grad at de har dårlig eller svært dårlig helse. 8 prosent av disse oppgir at helsen i sin alminnelighet er dårlig eller svært dårlig (se vedlegg 3 for mer rundt sammensatte lidelser og sykdomsgruppene).

---

<sup>2</sup> Det er viktig å være klar over at levekårspanelet dekker den hjemmeboende befolkningen. Blant de eldste eldre (80 år og eldre) bor en del, gjerne de sykeste, på institusjon. Disse er ikke med i denne undersøkelsen. De hjemmeboende eldre er med stor sannsynlighet de friskeste i sin aldersgruppe. Samtidig er utvalget personer i denne aldersgruppen lite, og resultatene usikre.

## 2. Kontinuitet, fleksibilitet og legevalg

### 2.1. Innledning

I departementets arbeid med å forberede reformen ble det blant annet pekt på at kontinuitet er særlig viktig for kronikere. Ved å ha faste pasienter skal allmennlegene i større grad få oversikt over sykdomshistorie og det totale sykdomsbildet til den enkelte pasient:

"- Samme helsepersonell fra gang til gang. Kontinuitet er viktig, ikke bare for at resultatet skal bli godt, men også for at tid og krefter skal kunne brukes fornuftig. Pasienten må slippe å gjenta sin historie for hver kontakt, og legen må vite hvordan tilstanden har utviklet seg fra gang til gang. Dette gjelder særlig kronisk syke og andre som trenger helsehjelp ofte." (St meld 23: 7-8).

#### Spørsmål om fast lege i Levekårspanelet

2001:

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

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

2003:

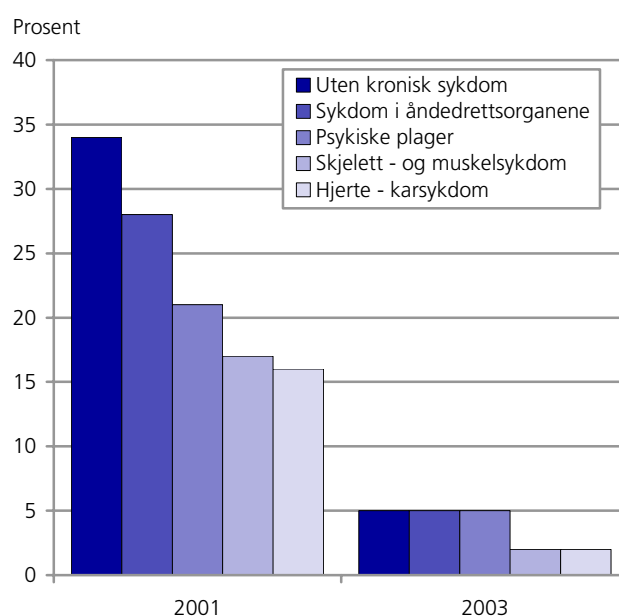
SPØRSMÅL OM LEGETJENESTER GÅR BARE TIL IO SOM HAR VÆRT MED TIDLIGERE.

Leg1

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

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

Figur 2.1. Andel som var uten fast lege. Etter sykdomsgruppe. 2001 og 2003. Prosent



Graden av kontinuitet henger ofte sammen med sykdomsbildet til den enkelte. Personer med langvarige og kroniske sykdommer vil oftere enn andre ha en fast lege. Dermed kan man si at reformen i mindre grad har konsekvenser for kronikere. Dette poenget illustreres i figur 2.1, som viser at andelen uten fast lege var mindre for kronikergruppene før reformen. Likevel er det også for kronikergruppene en klar reduksjon i andelen som nå er uten fast lege.

At kronikere i mindre grad er berørt av reformen kan også illustreres i tabell 2.1, som viser at kronikere har fått en mindre reduksjon i varigheten av legerelasjonen sammenlignet med gjennomsnittet. Reduksjonen i den gjennomsnittlige varigheten av en legerelasjon er en følge av selve reformen, som introduserte nye faste legerelasjoner som trakk gjennomsnittet ned.

**Tabell 2.1. Respons på spørsmålet "Omtrent hvor lenge har du hatt denne faste legen?" Gjennomsnitt for underutvalg som hadde fast allmennlege. 2000 og 2003. (N)**

	2000	konfidensintervall	(N)	2003	konfidensintervall	(N)
Skjelett/muskelsykdom	10,5	9,9-11,2	(525)	9,3	8,6-10,0	(545)
Hjerte - kar	10,4	9,5-11,3	(297)	8,4	8,7-10,7	(304)
Sykdom i åndedretsorganene	10,1	9,5-10,6	(309)	8,4	7,6-9,3	(382)
Psykiske plager	9,3	8,4-10,3	(215)	8,3	7,3-9,3	(228)
Uten kronisk sykdom	9,4	8,9-9,9	(1018)	6,8	6,4-7,2	(1385)

## 2.2. Legevalgsprosess og preferanser

Tabell 2.2 understreker kontinuitetens betydning for kronikergruppene. Et halvår etter innføringen av reformen ble panelet spurt om hvordan de opplevde legevalgsprosessen. I overkant av 80 prosent av kronikerne, med unntak av de som hadde sykdom i åndedretsorganene (70 prosent) mente at det var viktig eller svært viktig å få førstevalget. Blant de som ikke hadde kronisk sykdom var andelen 60 prosent.

Tabell 2.3 viser utfallet av legevalgsprosessen. Kronikere fikk oftere gjennom sitt førstevalg enn svarpersoner som ikke hadde oppgitt noen kronisk sykdom. Dette er konsistent med resultatene i tabell 2.1.

**Tabell 2.2. Fastlegetildeling ved innføringen av reformen. Etter sykdomsgruppe. Andel som mente at det var svært viktig eller nokså viktig å få legen som ble satt opp som 1. valg. Prosent. (N)**

Sykdomsgruppe	Prosent	(N)
Uten kronisk sykdom	61	(1200)
Psykiske plager	79	(220)
Hjerte/karsykdommer	80	(299)
Sykdom i åndedretsorganene	70	(372)
Skjelett og muskelsykdom	82	(539)

**Tabell 2.3. Fastlegetildeling ved innføringen av reformen. Etter sykdomsgruppe. Andel som fikk den legen de helst ønsket/førstevalget. Prosent. (N)**

Sykdomsgruppe	Prosent	(N)
Uten kronisk sykdom	74	(1356)
Psykiske plager	83	(239)
Hjerte/karsykdommer	86	(311)
Sykdom i åndedretsorganene	82	(372)
Skjelett og muskelsykdom	84	(539)

## 2.3. Fleksibilitet

Fastlegerformen innskrenker, uten å utelukke, bruk av andre leger enn den faste. Fleksibilitet utelukker ikke kontinuitet. Mange kan ha behov for å konsultere flere ulike leger samtidig som man beholder en fast lege. Denne tilpasningen kan være særlig aktuell for kronikere med omfattende eller sammensatte helseproblemer. Denne avveiningen mellom kontinuitet og fleksibilitet er ikke like reell over alt, ettersom det lokale legemarkedet er begrenset mange steder. Mange pasienter med fibromyalgi opplever i følge Rannveig

Dahle og May-Len Skjelbrei (2003: 15) at de må overbevise legen om at de er troverdig syke. Ettersom fibromyalgi er en "diffus" lidelse som mange skjelett- og muskellidelser, kan det tenkes at mange med slike sykdommer møter denne typen utfordringer. Av den grunn kan mange i denne pasientgruppen være på søken etter allmennleger som ikke psykologiserer deres lidelse, men som griper fatt i de somatiske problemene pasientene opplever å ha. Slike søkeprosesser, og søken etter en lege som forstår, kan bety at ikke alle ønsker en fast lege. Motsatt kan en tenke seg at personer med hjerte - karsykdommer i større grad møter forståelse og tillit i sitt møte med allmennlegen. I hvilken grad gir personer i de ulike sykdomsgruppene uttrykk for tilfredshet med å bruke den samme legen? Svarpersoner med hyppige symptomer på lettere psykiske plager utmerker seg med en økning i andelen som sier at de ønsker å bruke flere ulike allmennleger (tabell 2.4). Denne gruppen er liten, og forskjellen er ikke signifikant. Også mennesker med skjelett og muskelsykdom oppgir oftere etter reformen at de foretrekker å bruke flere allmennleger. Denne økningen er ikke stor, men statistisk signifikant. Tabellen viser at klart flere personer med symptomer på psykiske plager foretrekker å bruke flere allmennleger i 2003, sammenlignet med personer med hjerte- karsykdommer.

**Tabell 2.4. Kontinuitet.1 Andel som foretrekker å bruke flere allmennleger. Etter sykdomsgruppe. Prosent. 2001 og 2003. (N)**

	2001		2003	
	Prosent	(N)	Prosent	(N)
Uten kronisk sykdom	11	(1382)	12	(1403)
Psykiske plager	11	(253)	16	(256)
Hjerte/karsykdommer	7	(327)	8	(327)
Sykdom i åndedretsorganene	9	(388)	11	(393)
Skjelett og muskelsykdom	7	(553)	11	(559)

<sup>1</sup> Formulering som ble brukt i levekårspanelet: "Ønsker du å ha en fast allmennlege å forholde deg til, eller ønsker du å bruke flere leger?"

1. ØNSKER EN FAST **ALLMENNLEGE**
2. ØNSKER Å BRUKE FLERE **ALLMENNLEGER**<sup>2</sup>

## 2.4. Oppsummering

FLO kan sies å ha spesiell betydning for kronikerne på den måten at de uttrykker et sterkere behov for å knytte seg en bestemt lege. Det var også flere kronikere som fikk tildelt den legen de helst ville ha. Ettersom kronikere oftere enn andre hadde en fast lege før innføringen av FLO, kan man si at ordningen

innebærer en mindre overgang for denne gruppen sammenlignet med personer uten kronisk sykdom. Mindre fleksibilitet synes ikke å ha blitt et problem for de som har hjerte- karsykdom eller sykdom i åndedretsorganene. Mennesker med hyppige symptomer på psykiske plager eller skjelett-muskelsykdom ønsker derimot i større grad enn før å forholde seg til flere ulike allmennleger. Dette er ikke nødvendigvis et resultat av en mer innskrenket fleksibilitet. Det kan også være en følge av at disse gruppene i mindre grad får sine behov ivaretatt etter innføringen av FLO.

## 3. Tilgjengelighet og ventetid

### 3.1. Innledning

Hvordan opplever personer med varige sykdommer allmennlegenes *tilgjengelighet* og ventetiden på time hos lege etter innføringen av fastlegeordningen? Før innføringen av FLO opplevde en del pasienter at det var vanskelig å nå frem til allmennlegen, fordi ventetiden på time var for lang. Med FLO får pasienten en fast adresse for sitt medisinske problem, og legen en plikt til å gi pasienten en medisinsk vurdering og eventuell behandling av det helserelaterte problemet. Samtidig begrenses pasientenes valg av lege til fastlegen. Dersom tilgjengeligheten hos denne er begrenset, kan pasientene i utgangspunktet gjøre lite annet enn å vente, eller oppsøke legevakt etter fastlegens arbeidstid.

### 3.2. Ventetid og kronikere

Fastlegene må prioritere mellom pasienter som i større eller mindre grad kan ha nytte av behandling og oppfølging. Dersom pågangen på legekantoret er stor kan oppmerksomhet derfor være et begrenset gode legen deler ut. I følge Michael Lipsky (1980) vil fastlegene, som enhver byråkrat med mindre ressurser enn etterspørsel, velge de pasientene som allmennlegen mener hun eller han har størst sjanse til å lykkes med. Allmennlegene vil kunne oppfatte dette som en optimalisering av deres ressurser, selv om prioriteringspraksisen ikke nødvendigvis er i henhold til offisielle mål eller retningslinjer. I storingsmelding nr 23 (1996-1997) ble det påpekt at en del pasienter opplever at det er vanskelig å nå frem til sin lege. Videre står det at *"De som trenger legehjelp ofte - fordi de har mange og sammensatte sykdommer har større vansker med å slippe til enn andre. Til tross for at deres behov sannsynligvis er større enn andres"* (stortingsmeld. nr 23 (1996-1997): 15). En tidligere analyse av levekårspanelet (Finnvold, Svalund og Paulsen 2005) viste at det har skjedd en klar forbedring i ventetiden for å få time hos allmennlegen i perioden 2001 til 2003. Forbedringene har vært mest markerte for de eldste aldersgruppene. Samtidig ble tradisjonelle ventetidsforskjeller mellom høy- og lavforbruksgrupper opprettholdt. Kvinner venter lengre på vanlig time enn menn, og eldre venter lengre enn yngre. Ventetidsforbedringene har imidlertid vært sterke for aldersgruppen 67 år og eldre. Analyser av

pasientenes *opplevelse* av ventetiden viste samtidig at brukerne i mindre grad enn før FLO er misfornøyd med tiden det tar å få time. Det er særlig blant eldre mennesker at flere opplever at ventetiden ikke er for lang. Disse mer generelle resultatene peker mot at tyngre brukergrupper, som ofte er i kontakt med allmennlegen, er de som venter lengst på time hos legen. Hvordan slår dette ut for kronikerne? I hvilken grad har faktisk og opplevd ventetid endret seg for pasienter med ulike varige, gjerne sammensatte sykdommer?

### 3.3. Ventetid på time hos allmennlege

I 2001 og 2003 ble de som svarte ja på følgende spørsmål "Har du de siste 12 månedene bestilt time hos allmennlege eller fastlege på grunn av egen sykdom? Ikke regn med situasjoner der du trengte øyeblikkelig hjelp" bedt om å oppgi hvor mange dager de måtte vente på å få time sist gang de bestilte. Dette er et retrospektivt spørsmål, hvor de som svarte måtte tenkte tilbake til sist de bestilte time. Av den grunn blir svarene noe omtrentlige. Det viser seg ved at svarvingen hopper seg noe opp ved hele uker (7, 14 og 21 dager), både i 2001 og 2003. Ventetiden for å få time hos legen har holdt seg stabil, ca. 9 dager i 2001 og 7 dager i 2003 (se også Finnvold, Svalund og Paulsen 2005: kapittel 3 og 8). En liten del av utvalget venter på time svært lenge begge årene, mens flertallet får time raskere enn gjennomsnittsmålet kan gi inntrykk av. I slike situasjoner er median et mer robust mål for sentraltendens (Hellevik 1991: 197).

**Tabell 3.1. Ventetid i dager for de som bestilte time hos lege. Etter sykdomsgruppe. 2001 og 2003. Median. N**

	2001	N	2003	N
Uten kronisk sykdom	3 dager	465	3 dager	527
Sykdom i åndedretsorganene	4 dager	196	3 dager	194
Psykiske plager	4 dager	163	3 dager	132
Skjelett - muskelsykdom	5 dager	296	5 dager	281
Hjerte- karsykdom	6 dager	136	5 dager	111



**Tabell 3.2. Sannsynlighet for 4 dagers ventetid eller mer ved bestilling av vanlig time. 2001 og 2003. Multivariat logistisk regresjon**

	2001	2003
	Odds ratio	Odds ratio
(Sammenlignet med personer uten kronisk sykdom)		
Hjerte- karsykdom	1,5	1,5
Andre varige sykdommer	1,5**	1,2
Alder		
(Sammenlignet med personer mellom 25-44 år)		
16-24 år	0,8	0,9
45-66	1,4**	1,6***
67-79	2,2***	1,
80 år og eldre	1,7	0,9
Kjønn		
Kvinner	1,7***	1,5***
Antall observasjoner	1133	1170

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

Blant personer uten varige sykdommer ventet halvparten 3 dager eller kortere på å få time hos allmennlegen, både før og etter reformen. Personer i sykdomsgruppene vi tar for oss ventet alle lenger på å få time i 2001. Samtidig er median ventetid gått ned for disse gruppene, med unntak av gruppen med skjelett-muskelsykdommer. I 2001 måtte pasienter med hjertekarsykdom vente lengst på time, dobbelt så lenge som personer uten kroniske sykdommer. I 2003 venter personer med skjelett- muskelsykdom like lenge som de som har hjerte- kar sykdommer. Tallene er imidlertid små, og resultatene blir dermed noe usikre.

Det er imidlertid mulig at de som har hjerte - karsykdom og som venter lengre enn personer med andre sykdommer eller symptomer på psykiske plager gjør det av andre grunner enn hjerte- karsykdommen. Kanskje henger den faktiske ventetiden til personer i disse gruppene sammen med andre trekk ved disse gruppene, som forskjeller i alders og kjønnsammensetning?

En multivariat logistisk regresjonsanalyse hvor det kontrolleres for kjønn og alder tyder på at de som har en varig hjerte- karsykdom ikke venter i fire dager i større grad enn de som ikke har en varig sykdom i 2001. Det kan dermed se ut til at det er alders og kjønnsammensetningen blant personer med hjertekarsykdom som forklarer hvorfor mange i denne gruppen venter lenge på å få time. Mange personer med hjerte- karsykdommer er middelaldrende og eldre, og det er de middelaldrende og eldre som først og fremst venter lenge. Imidlertid venter de som har andre varige sykdommer enn hjerte- karsykdom i større grad enn personer uten varige sykdommer fire dager eller mer på time i 2001. Dette er ikke tilfelle i 2003. Etter innføringen av FLO er det ingen signifikant forskjell i faktisk ventetid mellom de som har hjertekarsykdom, andre varige sykdommer og de som ikke har noen varige sykdommer. Isteden er det først og fremst kvinner og middelaldrende personer som venter 4 dager eller mer på time hos legen.

### 3.4. Er ventetiden for lang for kronikergruppene?

Enkelte ganger vil et besøk hos allmennlegen bære preg av å være akutt. Et sykdomstilfelle kan føre til et umiddelbart behov for å besøke legen. Andre ganger, som ved oppfølging av behandling, er det ikke nødvendigvis avgjørende å komme til allmennlegen straks. Pasientene vil dermed i varierende grad *vente* på å komme inn til legen. Noen, som venter to uker, vil kunne oppleve at dette er rimelig, ettersom behovet for å komme inn raskt er fraværende. Andre, som venter i fire dager, vil kunne oppleve dette som urimelig lenge, dersom behovet for legekonsultasjon oppleves som akutt. Pasienter med ulik helsetilstand, utdanning og alder kan derfor tenkes å ha ulike forventninger og behov når det gjelder å få time hos allmennlege. Å kun fokusere på den faktiske ventetiden, og endringer i denne, kan derfor føre på ville veier. Time hos lege er ofte i seg selv en knapp ressurs. Det er legens oppgave å vurdere og fordele legetimer etter behov. At det er et mål at alle skal være fornøyd med tiden det tar å få time hos legen er derfor ikke selvsagt. Allmennlegene har i legekonsultasjonen og legegjerningen en kontrollfunksjon i forhold til sine pasienter. De skal utøve sitt fag og sin profesjonskunnskap, og basere sin behandling på dette skjønnet. Legene skal gi den behandlingen de opplever er korrekt, ikke nødvendigvis den behandlingen pasientene ønsker (Finnvold, Svalund og Paulsen 2005:47).

I tillegg til å spørre om den faktiske ventetiden ble de som deltok i levekårspanelet også bedt om å ta stilling til et utsagn om ventetid som lød "Det tok alt for lang tid å få time hos legen". De som ble intervjuet ble bedt om å relatere spørsmålet til den siste legen de var hos, eventuelt dersom de hadde en fast lege, deres faste lege. Den enkelte kunne si seg "Enig", "Litt enig", "Litt uenig" eller "Helt uenig" i utsagnet. Opplevelsen av ventetiden for å få time hos legen, om den er for lang, eller rimelig, settes her i sentrum. I tillegg til å fokusere på opplevelse av ventetiden, fanger spørsmålet også opp dem som i mindre grad bestiller time fordi de opplever at ventetiden i utgangspunktet er for lang. Opplevelsen av ventetiden, og om den er *rimelig*, kan grunnleggende sett endres på to måter. For det første kan den enkelte endre sine *forventninger*. Fastlegereformen er en reform som har vært relativt mye omtalt i offentligheten. At stortingsmeldingen oppgir at fastlegereformen skal endre på en rekke problemer med allmennlegetjenesten, kan ha ført til økte forventninger fra 2000 til 2003 (Finnvold, Svalund og Paulsen 2005: kap. 8). Videre har vi sett at ventetiden *faktisk* har blitt endret.

Pasienter med hjerte- karsykdom og skjelett- muskelsykdom venter lenger på time hos allmennlege en befolkningen generelt. Opplever de at ventetiden er for lang, eller er det mindre viktig for dem å få time raskt? I tabell 3.3 karakteriseres de som er helt enig eller enig i overnevnte utsagn som misfornøyde med ventetiden hos lege.

**Tabell 3.3. Misfornøyd med ventetid hos lege. Etter sykdomsgruppe. 2000 og 2003. Prosent. (N)**

	2000	(N)	2003	(N)
Uten kronisk sykdom	28	(1128)	26	(1386)
Sykdom i åndedretsorganene	31	(384)	28	(269)
Skjelett - muskelsykdom	32	(603)	30	(402)
Hjerte- karsykdom	32	(362)	21	(205)
Psykiske plager	33	(258)	35	(184)

Tabellen viser at personer uten kroniske, sammensatte lidelser i mindre grad var misfornøyd med ventetiden for å få time hos allmennlegen, både før og etter FLO. Samtidig ble det med reformen satt søkelys på at personer med kroniske lidelser skulle få en bedret tilgjengelighet til allmennlegetjenesten. Tabellen viser at andelen som er misfornøyd ser ut til å ha gått ned for de fleste av sykdomsgruppene. Utvalget er imidlertid lite, og endringene små og ikke signifikante, med et unntak. Personer med hjerte- karsykdom opplever i klart mindre grad at ventetiden er for lang i 2003. I 2003 er ventetiden for personer med hjerte- karsykdommer blitt kortere enn for personer med skjelett- muskelsykdom og personer med symptomer på psykiske plager. Personer med symptomer på lettere psykiske plager var misfornøyd med ventetiden før FLO. Etter FLO er enkelte i de andre kronikergruppene, blant annet personer med hjerte- karsykdom, i mindre grad enn før misfornøyd med ventetiden. Derfor skiller personer med lettere psykiske plager seg signifikant både fra personer uten varige sykdommer og personer med hjerte- karsykdom etter FLO. Dette kan enten skyldes at legene i mindre grad lykkes med å prioritere mellom det pasienter med lettere psykiske plager opplever som akutt og det som ikke haster fullt så mye. Eller det kan ha sammenheng med at disse pasientenes forventninger har økt, samtidig som de økte forventningene ikke er innfridd.

Det er kjent at brukere av allmennlegetjenesten stiller ulike krav og har ulike forventninger til allmennlegen. Mens noen er fornøyd med et lege - pasientforhold, vil andre kunne stille seg negative til det samme forholdet. For eksempel uttrykker folk oftere at de er tilfreds med en tjeneste jo eldre de er (Pettersen og Veenstra 1999; Johansen og Andreassen 2003). Det er viktig å ta hensyn til dette i fortolkning av resultatene. Sykdomsgruppen hjerte- kar består av en del eldre personer. Kanskje er det alders - og kjønnsfordelingen i disse sykdomsgruppene, og ikke lidelsene i seg selv, som bidrar til forskjellene som kommer frem i tabell 3.3?

Analysen i tabell 3.4 bekrefter i stor grad resultatene i tabell 3.3. Mens personer med hjerte- karsykdom og andre varige sykdommer i større grad enn personer uten kronisk sykdom opplevde at det tok for lang tid å få time hos legen i 2000, er dette ikke tilfelle i 2003. Isteden er det en større sjanse for at personer med symptomer på lettere psykiske plager opplever at

ventetiden er for lang, sammenlignet med personer som ikke har slike symptomer. Det er derfor grunn til å konkludere med at reformen har ført til at personer med psykiske plager kommer relativt sett dårligere ut enn før. Ikke nødvendigvis fordi de i større grad enn før opplever at ventetiden er for lang, men fordi andre i mindre grad enn før opplever at ventetiden er for lang.

**Tabell 3.4. Sannsynlighet for å være misfornøyd med ventetid hos lege. 2000 og 2003. Multivariat logistisk regresjon**

	2000 Odds ratio	2003 Odds ratio
<b>Psykiske plager</b>		
Personer med symptomer på psykiske plager	1,1	1,6**
<b>Varig sykdom</b> (Sammenlignet med personer uten kronisk sykdom)		
Hjerte- karsykdom	1,4*	0,9
Andre varige sykdommer	1,2*	1,2
<b>Alder</b> (Sammenlignet med personer mellom 25-44 år)		
16-24 år	1,1	1,3
45-66	0,8	0,9
67-79	0,9	0,8
80 år og eldre	0,7	0,4
<b>Kjønn</b>		
Kvinner	1,3**	1,2
Antall observasjoner	2278	1590

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

### 3.5. Oppsummering

Kapitlet har vist at ventetiden i dager har gått ned mest blant de friskeste. De som ikke har varige sykdommer ventet kortest på time hos legen før reformen, og gjør det fortsatt. På samme måte ventet de som har åndedrettssykdommer, en gruppe som i mindre grad vurderer sin egen helse som dårlig eller svært dårlig, kortere enn personer i de andre sykdomsgruppene. Analysene viser at det først og fremst er alder og kjønn som avgjør hvem som venter lengst på å få time. Samtidig har pasienter ulike behov når de bestiller time. Ikke alle har behov for time raskt. Før FLO var det små forskjeller i andelen som var misfornøyd med ventetiden mellom personer i de ulike sykdomsgruppene, og mellom disse og personer uten varige sykdommer. Etter FLO er klart færre personer med hjerte- karsykdom misfornøyd med ventetiden. Samtidig opplever de andre sykdomsgruppene mindre forbedringer. Blant personer med symptomer på lettere psykiske plager uttrykker en større andel enn før at de er misfornøyd med ventetiden. Reformen har dermed ikke jevnet ut forskjellene mellom pasientgruppene, snarere tvert i mot.

## 4. Forebyggende kontakter og henvisninger til spesialist

### 4.1. Innledning

Forebyggende kontakter og henvisninger til spesialist er i hovedsak en følge av legens initiativ. Selvsagt kan pasienten øve et press, men *beslutningen* ligger hos legen. Gjennom legeinitierte forebyggende kontakter har fastlegen en mulighet til å komme i inngrep med pasienter som framstår som særlig interessante. Henvisningsordningen gir den motsatte muligheten, nemlig å overføre pasienter som legen ikke kan eller ønsker å bruke mye tid på til andre instanser. Henvisninger er en av de minst ressurskrevende måter å yte tjenester på. Henvisninger blir da en strategi som allmennlegen, som en gatebyråkrat, kan beskytte seg med gjennom å yte en symbolsk tjeneste (Lipsky 1980: 132). Dette er mål som gir et bedre utgangspunkt for å belyse endringer og variasjoner i legens prioriteringsmønster, sammenlignet med mer generelle mål på bruksfrekvens som f.eks antall kontakter med lege.

### 4.2. Forebyggende kontakter

I tidligere rapportering fra prosjektet (Finnvold, Svalund og Paulsen 2005) har vi vist at forebyggende kontakter er blitt mer målrettet, at innkallinger i større grad er blitt rettet mot eldre og mennesker som opplever sin egen helsetilstand som relativt dårlig. Spørsmålene som ble brukt for å fange opp forebyggende kontakter var følgende:

Har du i dag faste avtaler med allmennlege eller fastlege om legesjekk eller legekontroller av egen helse, avtaler som gjelder uavhengig av om du er syk eller ikke?

1. JA
2. NEI

*Hvis Ja*

Hvor mange kontroller har du vært på de siste 12 månedene?

Tabell 4.1 gir en oversikt over andelen i den enkelte gruppe som hadde hatt forebyggende helsekontroll eller oppfølging. Svarpersoner med hjerte- karsykdommer utmerker seg med en høy og økende andel som hadde hatt forebyggende kontakter. I 2003 hadde halvparten i denne sykdomsgruppen hatt minst en forebyggende kontakt. I de andre kronikergruppene

hadde omtrent hver fjerde hatt slik kontakt. Det er ikke noen økning å observere for andre enn de som hadde hjerte- og karsykdommer. De som ikke hadde oppgitt noen kronisk sykdom fikk redusert andelen som hadde hatt forebyggende kontakter.

**Tabell 4.1. Andel som hadde hatt forebyggende kontroller. Etter sykdomsgruppe. Prosent. 2001 og 2003. (N)**

	2001		2003	
	Prosent	(N)	Prosent	(N)
Uten kronisk sykdom	20	(1435)	15	(1434)
Psykiske plager	29	(258)	28	(260)
Hjerte/karsykdommer	45	(329)	50	(329)
Sykdom i åndedretsorganene	26	(400)	23	(400)
Skjelett og muskelsykdom	30	(563)	27	(563)

**Tabell 4.2. Forebyggende kontakter siste 12 måneder etter sykdomsgruppe. Gjennomsnitt og antall. 2001 og 2003. (N)**

	2001	2003	2001	2003	(N)
Uten kronisk sykdom	0.5	0.4	651	618	(1436)
Psykiske plager	1.5	1.7	382	450	(259)
Hjerte/karsykdommer	1.8	2.2	580	725	(328)
Sykdom i åndedretsorganene	0.9	0.9	346	345	(399)
Skjelett og muskelsykdom	1.2	1.3	664	739	(556)

Ser vi på antallet konsultasjoner i tabell 4.2, viser denne en nedgang for de som ikke hadde noen kronisk sykdom, mens det for hjerte-karsykdommer kan observeres en vekst. Omfanget av kontakter rapportert av mennesker med sykdom i åndedretsorganene eller skjelett- muskelsykdom var omtrent uendret. Kontaktfrekvensen for disse to gruppene var klart lavere enn tilfellet var for hjerte-karsykdom og psykiske plager.

Tabell 4.1 og 4.2 viser at hjerte- karsykdommer peker seg ut med et spesielt mønster. I tabellene under er det gjort en egen analyse som sammenligner mennesker med hjerte-karsykdommer/andre kroniske sykdommer med de som ikke oppgav noen kronisk sykdom. Den bivariate sammenhengen for hjerte karsykdommer er klart sterkere i 2003 enn den var i 2000 (modell 1,

tabell 4.3). I modell 2 er kjønn, alder, utdanningslengde og egenvurdert helsetilstand inkludert. Det er slik at alder, og særlig egenvurdert helsetilstand, er av større betydning i 2003. Hjerter-karsykdommer er signifikant også når det er justert for disse faktorene. I 2001 var det også slik at lav utdanning var knyttet til en mindre sannsynlighet for å ha hatt forebyggende kontakter. Denne sammenhengen er ikke lenger signifikant i 2003.

**Tabell 4.3. Sannsynlighet for å ha hatt minst 1 forebyggende kontakt/kontroll. Etter diagnose, kjønn, alder, utdanningslengde og egenvurdert helsetilstand. Odds-rate**

	2001		2003	
	Modell 1	Modell 2	Modell 1	Modell 2
<b>Diagnose (ingen kronisk sykdom = referansekategori)</b>				
Hjerter-karsykdom	3.4**	2.0**	5.4**	2.6**
Andre kroniske sykdommer	1.5**	1.3*	1.7**	1.2*
<b>Kjønn (mann = 1)</b>		0.8		0.8
<b>Alder (25-44 år = referansekategori)</b>				
16-24 år		0.3*		0.4**
45-66 år		1.5**		2.0**
67-79 år		1.8**		3.3**
80 og eldre		2.1*		2.4**
<b>Utdanningslengde (10-17 år = referansekategori)</b>				
Grunnskole (< 10 år)		0.7**		0.8
Høyere utdanning (> 17 år)		0.8		0.7
<b>Egenvurdert helsetilstand ("svært god" = referansekategori)</b>				
God		1.3		1.3*
Verken god eller dårlig		1.6**		1.9**
Dårlig/svært dårlig		1.3		2.5**
(N)				

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

### 4.3. Henvisninger til spesialist

I en tidligere undersøkelse er det vist at kontinuitet kan føre til færre henvisninger (Hjortdahl 1992). Det kan være at legen opplever en større grad av usikkerhet rundt helsetilstanden til pasienter han eller hun kjenner lite, og dermed henviser oftere. I tidligere analyse av samme materiale ble det blant annet konkludert at en svak økning i henvisningene kunne føres tilbake til de som ikke hadde fast lege før reformen, og som hadde fått tildelt fastlege etter reformen. Dette resultatet støtter en hypotese om at pasienter som er relativt "nye" for legen blir hyppigere henvist. I tabell 4.4 går det fram at flere i gruppen uten kronisk sykdom har blitt henvist, mens det er små endringer i de ulike kronikergruppene. Det er små forskjeller mellom de ulike kronikergruppene, og det er ikke noe som tyder på at prestisjeforskjeller mellom sykdomsgruppene fører til systematiske forskjeller i andelen som blir henvist.

**Tabell 4.4. Andel som var blitt henvist til spesialist av allmennlege. Etter sykdomsgruppe. Prosent. 2001 og 2003. (N)**

	2001		2003	
Uten kronisk sykdom	34	(612)	41	(626)
Psykiske plager	52	(176)	52	(161)
Hjerter/karsykdommer	46	(188)	48	(162)
Sykdom i åndedretsorganene	45	(236)	47	(227)
Skjelett og muskelsykdom	49	(343)	51	(330)

**Tabell 4.5. Antall henvisninger siste 12 måneder etter sykdomsgruppe. Gjennomsnitt og antall. 2001 og 2003**

	Gjennomsnitt		Antall		(N)
	2001	2003	2001	2003	
Uten kronisk sykdom	0,2	0,3	321	443	(1436)
Psykiske plager	0,7	0,5	187	137	(259)
Hjerter/karsykdommer	0,5	0,4	148	128	(328)
Sykdom i åndedretsorganene	0,5	0,4	191	159	(399)
Skjelett og muskelsykdom	0,5	0,5	300	276	(563)

Det som på aggregert nivå fremstår som stabilitet når det gjelder henvisninger skjuler et mønster som viser nedgang i henvisningsfrekvensen for samtlige kronikergrupper, mens det er en økning for de som ikke hadde kronisk sykdom. Tabellen støtter ikke noen hypotese om at prestisjeforskjeller ved sykdommen har noen følger for henvisningsfrekvensen.

### 4.4. Oppsummering

Når det gjelder andelen i den enkelte gruppe som hatt forebyggende kontakter, har vi observert en økende forskjell mellom personer med hjerter-karsykdommer og kronikergrupper med lav medisinsk prestisje. Dette kan settes i sammenheng med at legen etter innføringen av FLO har fått en bedre oversikt over sin egen pasientpopulasjon, og dermed lettere kan prioritere mellom ulike pasientgrupper. Svarpersoner uten kronisk sykdom har fått færre forebyggende kontakter etter innføringen av FLO, men flere henvisninger. Det er rimelig å anta at innføringen av FLO har hatt betydning for begge disse resultatene: Legene prioriterer ned de som har færre helsemessige problemer gjennom færre innkallinger til forebyggende kontakter, og henviser oftere de som er nye på listen, som oftere har en relativt god helsetilstand.

Det er ikke noe i vårt materiale som tyder på at legen "skyver fra seg" pasientgrupper med lav medisinsk prestisje gjennom å henvise oftere.

## 5. Opplevelse av allmennlegen

### 5.1. Innledning

Som vi har sett har flere enn før en formelt sett fast lege. Samtidig har tilgjengeligheten, og ventetiden på å få time hos allmennlege gått ned. En intensjon med FLO var at pasienter med store behov for legetjenester i større grad skal få slippe til enn det som var vanlig før FLO (se kapittel 1). Pasientene skal slippe å gjenta sin historie, og den økte kontinuiteten skal potensielt bidra til å øke fortroligheten mellom pasient og lege. I hvilken grad opplever den enkelte bruker av allmennlegetjenesten at lege-pasientforholdet, og innholdet i legekonsultasjonen, er endret som en følge av FLO? I kapitlet tar vi for oss kronikernes opplevelse av legekonsultasjonen, og om de opplever å få nok tid hos legen. Videre undersøker vi om de har tillit til legen, om den enkelte i større grad opplever å bli tatt på alvor.

Å måle brukeres tilfredshet med allmennlegetjenesten kan være vanskelig. For eksempel har brukere av allmennlegene ofte ikke noen formening om hva de kan forvente av hjelp. En studie av hjemmeboende pasienter med psykiske lidelser i England viste at pasientene var svært fornøyd med tjenestetilbudet selv om mange av pasientene ikke hadde fått en behandling de opplevde hjalp dem. At de allikevel var fornøyde skyltes at pasientene ikke trodde det fantes behandling som kunne hjelpe dem (Williams mfl 1998). Disse resultatene viser for det første at pasientenes *forventninger* har stor betydning, og at tilfredshet ikke alltid henger sammen med om pasientene faktisk blir hjulpet. Dette er et særlig problem ved profesjonelle tjenester, som legetjenester. Slike tjenester særpreges av store forskjeller mellom pasient og lege når det gjelder evne til å innhente og utnytte ulike former for informasjon (Finnvold, Svalund og Paulsen 2005: kap. 8). For pasienter flest er det vanskelig, i mange tilfeller umulig, å få innsikt i kvaliteten på det allmennlegen foretar seg. Av den grunn må undersøkelsen i stor grad legge vekt på *serviceaspektet* ved tjenesten, fremfor innholdet i *selve behandlingen* (Rolland mfl. 2004: 34).

At pasientene er misfornøyd betyr derfor ikke nødvendigvis at legene har gjort en dårlig jobb. Allmennlegen må prioritere og dele sin tid på linje med andre

knappe goder. Dersom flere enn før er misfornøyd, betyr det at legene enten har mer å gjøre eller at de bruker mindre tid på pasientene. Videre viser det at legenes fremferd i konsultasjonen er endret for flertallet. Endelig kan det bety at pasientenes forventninger i stort er endret. Det er mulig at det gjennom fastlegereformen har blitt skapt økte forventninger blant enkelte med store legebehov, noe som kan bidra til økte krav til tjenestene som leveres etter innføringen av FLO.

### 5.2. Får personer med kroniske sykdommer nok tid hos legen?

I 2000 og 2003 ble den enkelte bedt om å ta stilling til et utsagn som lød "Legen gav meg ikke nok tid". Svaralternativene var "Helt enig", "Litt enig", "Litt uenig" og "Helt uenig". De som sa seg helt enig eller enig i utsagnet karakteriseres her som misfornøyd med tiden de fikk i legekonsultasjonen.

**Tabell 5.1. Andel misfornøyd med tiden de fikk hos legen. 2000 og 2003. Prosent. Underutvalg blant de som har vært hos legen på grunn av egen sykdom siste 12 måneder. (N)**

	2000	(N)	2003	(N)
Uten kronisk sykdom	26	(1127)	15	(772)
Skjelett - muskelsykdom	26	(604)	21	(402)
Sykdom i åndedretsorganene	28	(383)	18	(269)
Hjerte- karsykdom	25	(362)	22	(206)
Psykiske plager	34	(258)	30	(183)

Det er klart færre personer uten varige kroniske sykdommer som er misfornøyd med tiden de fikk hos legen etter FLO, enn det var i 2000. Det samme gjelder blant personer med sykdom i åndedretsorganene. Vi finner dermed størst endring blant personer hvor mange i utgangspunktet har god eller nokså god egenvurdert helse, og relativt få helseplager. Stortingsmeldingen peker på at personer med psykiske lidelser ikke fikk et godt nok tilbud før FLO. Det viser også tabellen. Personer med symptomer på lettere psykiske plager var i klart større grad enn personer med skjelett-muskelsykdom, hjerte- karsykdom og personer uten

kroniske sykdommer misfornøyd med tiden de fikk hos allmennlegen i 2000. Disse forskjellene er ikke forandret etter FLO. Klart flere personer med symptomer på lettere psykiske plager, sammenlignet med personer med åndedrettssykdom, skjelett- muskelsykdom og personer uten kroniske sykdommer, er misfornøyd med tiden de får hos allmennlegen i 2003.

Som nevnt er forventninger og krav viktige i forhold til måling av tilfredshet. Andre undersøkelser har funnet at eldre er mer fornøyd med helsetjenester enn yngre personer (Johansen og Andreassen 2003). På samme måte er det mulig at de som har hjerte - karsykdom og som i mindre grad enn personer med varige sykdommer eller symptomer på lettere psykiske plager er misfornøyd, er fornøyd med bakgrunn i alders - eller kjønnsammensetningen i gruppen, og ikke på grunn av hjerte- karsykdommen i seg selv.

En multivariat logistisk regresjonsanalyse (tabell 5.2) hvor det kontrolleres for kjønn og alder viser at det er større sannsynlighet for at personer med symptomer på lettere psykiske plager var misfornøyd med tiden de fikk hos legen, både i 2000 og etter reformen, i 2003. Faktisk har sjansen for at de er misfornøyd, sammenlignet med personer uten symptomer på psykiske plager gått opp fra 2000 til 2003. Videre viser tabellen at personer med hjerte- karsykdom, og personer med andre varige sykdommer ikke har en større sannsynlighet for å være misfornøyd, verken i 2000 eller i 2003. Dette tyder på at den lave andelen med hjerte- karsykdom som var misfornøyd med tiden de fikk hos legen først og fremst henger sammen med disse pasientenes alder, og ikke den varige hjerte- karsykdommen. Det ser dermed ut til at det fortsatt er slik at personer med symptomer på psykiske plager er misfornøyd, mens de som ikke har varige, kroniske sykdommer er klart mer fornøyd. En konsekvens av reformen er at de fleste er mer fornøyd med tiden de får hos legen (Finnvold, Svalund og Paulsen 2005: kapittel 9). Dette gjelder ikke de som har symptomer på lettere psykiske plager, og dermed kommer disse relativt sett enda dårligere ut en de gjorde før FLO.

I tillegg til å fokusere på om den enkelte opplever å få nok tid i legekonsultasjonen ble det også stilt et spørsmål knyttet til om den enkeltes mer generelle relasjon og tillit til allmennlegen. De som ble intervjuet ble bedt om å ta stilling til et utsagn som lød "Legen tar meg på alvor" i 2000 og 2003. Svaralternativene var også her "Helt enig", "Litt enig", "Litt uenig" og "Helt uenig". I denne sammenhengen sier vi at de som var helt eller delvis uenig i dette utsagnet ikke opplevde at legen tok dem og deres problemer på alvor.

**Tabell 5.2. Sannsynlighet for å være misfornøyd med tiden de fikk hos legen. 2000 og 2003. Multivariat logistisk regresjon**

	2000	2003
	Odds ratio	Odds ratio
<b>Psykiske plager</b>		
Personer med symptomer på psykiske plager	1,6***	2,1***
<b>Varig sykdom</b> (Sammenlignet med personer uten varig sykdom)		
Hjerte- karsykdom	1,0	1,5
Andre varige sykdommer	1,0	1,3
<b>Alder</b> (Sammenlignet med personer mellom 25-44 år)		
16-24 år	1,0	1,3
45-66	1,0	1,0
67-79	2,2***	1,2
80 år og eldre	0,9	1,0
<b>Kjønn</b>		
Kvinner	1,1	0,9
<b>Antall observasjoner</b>	2278	1589

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

**Tabell 5.3. Opplevde at legen ikke tok dem og deres problemer på alvor. 2000 og 2003. Prosent. Underutvalg blant de som har vært hos legen på grunn av egen sykdom siste 12 måneder. (N)**

	2000	(N)	2003	(N)
Uten kronisk sykdom	6	(1128)	3	(772)
Skjelett - muskelsykdom	6	(604)	5	(402)
Sykdom i åndedretsorganene	7	(384)	6	(269)
Hjerte- karsykdom	6	(363)	5	(205)
Psykiske plager	9	(258)	6	(183)

De fleste opplevde å bli tatt på alvor, både før og etter reformen (tabell 5.3). Imidlertid er det klart færre uten kroniske sykdommer som opplevde at legen ikke tok dem og deres problemer på alvor etter FLO.

## 6. Hvordan opplever pasientene variasjoner i kapasitet og andre legekarakteristika under FLO?

### 6.1. Innledning

Pasienter med omtrent samme helseproblemer forventes å få den samme behandlingen, uansett hvilken lege de velger å oppsøke. I rapportens andre del undersøker vi om egenskaper ved legen og måten praksisen organiseres har konsekvenser for hvordan pasientene opplever legetilbudet. I hvilken grad er legestandens profesjonalisering en garanti for at like pasienter behandles likt? Eliot Freidson har påpekt at det finnes eksempler som viser at legens profesjonelle sosialisering ... *"does not explain some important elements of professional performance half so well as does the organization of the immediate work environment"* (1970: 89). Freidson antar en relativt radikal posisjon, i det han hevder at profesjonalisering faktisk er en mindre viktig variabel enn arbeidsmiljø. For eksempel vil en solopraktiker i større grad etterkomme forventninger og ønsker fra pasientene ("client-dependent practice"), mens leger som opererer innenfor et kollegialt fellesskap i større grad forventes å forholde seg til en profesjonell standard ("colleague-dependent practice").

Variasjoner i legetjenestens kapasitet er et annet trekk ved den lokale kontekst som legene opererer innenfor, som også kan representere en kilde til variasjon i pasientbehandling. God legedekning vil legge grunnlaget for en bredere kontaktflate mellom allmennlegetjenesten og befolkningen, og bedre tid i den enkelte konsultasjon. Noe treffsikkert empirisk mål for lokale variasjoner i allmennlegetjenestens kapasitet finnes imidlertid ikke. Ofte brukes årsverk pr. innbygger som indikator, selv om dette er et mål med grunnleggende svakheter i en slik sammenheng (Finnvold 1996). Fastlegeregisteret gir oss muligheter til å si noe om hvordan den enkelte lege opplever omfanget av sin egen pasientpopulasjon. Om legen har for få eller for mange pasienter kan igjen påvirke pasientenes erfaringer. Relativ pasientknapphet er heller ikke noen treffsikker indikator på lokale variasjoner i kapasitet. I samme kommune kan noen leger være populære og oppleve stor etterspørsel etter sine tjenester, mens andre får færre pasienter på sin liste enn de kunne ønske. Fastlegeregisteret har også andre opplysninger om legen og dennes pasientpopulasjon som gir

mulighet til å reise problemstillinger som tidligere har vært lite undersøkt.

Individkarakteristika ved legen kan også påvirke pasientbehandlingen. Variasjoner i for eksempel tildeling av uføretrygd er i enkelte studier blitt ført tilbake til variasjoner i legenes personlige verdi- og moralsyn, og ulikheter i oppfatninger av trygd som livs- og forsørgelsesform (Terum og Nergård 1999). Legens kjønn kan også ha betydning, kvinnelige og mannlige leger kan ha ulike tilnærminger til sin pasientpopulasjon. I rapporten belyses også betydningen av andre egenskaper ved legen, slik som alder og spesialisering.

Resultater som viser betydningen av legekarakteristika vil være med beheftet med en viktig feilkilde, nemlig at det er ulikheter i pasientpopulasjonen som reflekteres. Den enkelte leges pasientpopulasjon vil variere betydelig, og denne variasjonen er ikke nødvendigvis tilfeldig. Et eksempel er spørsmålet om hvorvidt kvinner foretrekker kvinnelige leger (Elstad 1992). Man kan tenke seg at det foregår en utvelgning der leger med bestemte egenskaper tiltrekker seg pasienter med bestemte preferanser. Slike forhold vil vi forsøke å kontrollere for i analysene gjennom å inkludere relevante pasientopplysninger.

I og med at registeret ble etablert ved innføringen av reformen, har vi ikke mulighet til å gjøre noen før/etter analyse. Utgangspunktet er leveårspanelet for 2003. Datainnsamlingen foregikk over en periode på våren og forsommeren, og var på sitt mest intense i slutten av april. Dette tidspunktet er derfor brukt ved koblingen mot Rikstrykdeverkets register over fastleger. Imidlertid foregikk intervjuingen over en periode på flere måneder, fra februar til juni. Dette betyr at det ikke alltid er mulig å få et nøyaktig samsvar mellom den situasjonen den intervjuede befinner seg i, og det som er oppgitt i fastlegeregisteret.

### 6.2. Empirisk analysemodell

Med utgangspunkt i fastlegeregisteret og intervjuundersøkelsen har vi definert variabler som fanger opp trekk ved legen og den kontekst legen arbeider innen-

for. I en multivariat analysemodell anslås betydningen av disse faktorene i forhold til legeinitierte kontakter, henvisninger til spesialisthelsetjenesten, ulike mål for tilfredshet med legetilbudet, og ventetider. I neste trinn utvides modellen til å inkludere mål som uttrykker behov hos pasienten. Er det slik at de sammenhenger man eventuelt finner når det gjelder legekarakteristika, kan føres tilbake til systematiske forskjeller mellom legene når det gjelder behov hos pasientene? Resultatene fra regresjonsanalysene er ikke vist, men kun kommentert i teksten. Viktige sammenhenger er derimot dokumentert i tabeller.

### Kapasitet og listelengde

Vi har sett på forholdet mellom ønsket listelengde og faktisk listelengde for paneldeltagernes fastleger. Det er betydelig spredning dersom vi ser på avviket mellom faktisk og ønsket listelengde. Det gjennomsnittlige avviket mellom faktisk og ønsket listelengde er 92 personer, det betyr at et flertall av paneldeltakerne står på listen til leger som har færre pasienter enn de egentlig ønsker. I alt 10 prosent står på listen til leger som har mer enn 377 pasienter færre enn de ønsker, mens 10 prosent står på listen til leger som har over 76 pasienter flere enn de egentlig ønsker. I analysene er disse to kategoriene inkludert, mens residualet er referansekategori.

### Spesialitet

I alt 45 prosent bruker en allmennlege som ikke har noen spesialitet. Nesten 6 prosent har en lege som både er spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin. 48 prosent har spesialitet i enten allmennmedisin eller samfunnsmedisin, mens 2 prosent av legene som er representert har en annen spesialitet. I analysene er det skilt mellom de som har en lege med spesialitet, og de som ikke har det.

### Legens alder

I analysene defineres to kategorier, nemlig leger over 60 år og leger under 37 år. Hver av gruppene representerer 10 prosent av intervjupopulasjonen. Residualet er referansekategori.

### Kjønn og organisering av praksis

Til sammen 23 prosent bruker kvinnelige leger, mens 16 prosent er tilknyttet leger i solopraksis. Begge disse kategoriene er inkludert i analysene.

### Pasientkarakteristika og listesammensetning

I analysene skilles det mellom leger som har en relativ dominans av kvinner på sin liste, og leger som har mange eller få pasienter over 80 år. Vi har definert leger med over 65 prosent kvinner på sin liste, og leger med under 40 prosent kvinner. Begge kategoriene utgjør hver 10 prosent av undersøkelsespopulasjonen. Tilsvarende er det definert leger med over 9 prosent eldre over 80, og 2 prosent andel eldre over 80 år. I tillegg er pasientenes alder, kjønn og egenvurderte

helsetilstand med i analysene. Inndelingene følger det som er anvendt i tidligere analyser (Finnvold, Svalund og Paulsen 2005).

## 6.3. Resultater

### Forebyggende legekontakter

Hva påvirker sannsynligheten for å ha hatt en eller flere kontakter av forebyggende eller oppfølgende karakter? Formuleringen som ble brukt, var *Har du i dag faste avtaler med allmennlege om kontroller av egen helse, avtaler som gjelder uavhengig av om du er syk eller ikke?* I de fleste tilfellene dreier det seg om legeinitierte kontakter. Det kan derfor være en forventning om at kapasitet påvirker omfanget av denne type kontakter: Leger med for få pasienter kompenserer gjennom å innkalle flere til forebyggende kontakter, mens leger med for mange pasienter regulerer arbeidsbyrden gjennom ikke å ta initiativ til forebyggende kontakter. Denne forventningen innfris imidlertid ikke. Det første trinnet i den multivariate logistiske regresjonsanalysen finner ingen forskjell mellom leger med overskudd eller underskudd på pasienter sammenlignet med referansekategori. Av signifikante funn er det derimot slik at yngre leger (under 37) og kvinnelige leger sjeldnere enn øvrige leger innkaller til forebyggende kontakter. Disse funnene forblir signifikante når variable knyttet til pasientkarakteristika og listesammensetning inkluderes i analysen. Som vist tidligere (Finnvold, Svalund og Paulsen 2005) er det sykkelighet og alder som er de statistisk viktige variable. Det kan se ut som om tendensen er motsatt av det som ble forventet, nemlig at en større gruppe får forebyggende kontakter blant de som har flere pasienter på listen enn de ønsker. Dette er imidlertid ikke en signifikant sammenheng.

De som hadde hatt forebyggende kontakter ble spurt hvor mange slike de hadde hatt i løpet av de siste 12 måneder. I tabell 6.2 har vi beregnet gjennomsnittlig antall kontakter i grupper med ulike kapasitet. Heller ikke i denne tabellen er det noe som tyder på at leger med for få pasienter på listen sin innkaller oftere. Heller synes det motsatte å være tilfelle, nemlig at leger som har for mange pasienter, innkaller oftere.

**Tabell 6.1. Andel som hadde hatt forebyggende kontroller. Etter listekapasitet, legens kjønn og kvinneandel på legens liste. Prosent. 2003. (N)**

	Prosent	(N)
<b>Listekapasitet</b>		
Ønsker betydelig flere pasienter (> 377 færre pasienter på listen enn ønsket)	22	(287)
Ønsker flere pasienter (0 - 377 færre pasienter på listen enn ønsket)	21	(1889)
Ønsker færre pasienter (0 - 76 flere pasienter på listen enn ønsket)	25	(391)
Ønsker betydelig færre pasienter (> 76 flere pasienter på listen enn ønsket)	27	(293)



**Tabell 6.2. Omfang av forebyggende kontroller. Etter listekapasitet. Gjennomsnitt og antall. 2003. (N)**

	Gjennomsnittlig antall kontroller siste 12 mnd.	Antall	(N)
<b>Listekapasitet</b>			
Ønsker betydelig flere pasienter (> 377 færre pasienter på listen enn ønsket)	0,8	230	(287)
Ønsker flere pasienter (0 - 377 færre pasienter på listen enn ønsket)	0,7	1406	(1892)
Ønsker færre pasienter (0 - 76 flere pasienter på listen enn ønsket)	0,9	345	(391)
Ønsker betydelig færre pasienter (> 76 flere pasienter på listen enn ønsket)	1,1	334	(293)

### Henvisninger til spesialist

For mange pasienter på listen kan gi seg utslag i at legen håndterer en for stor arbeidsbyrde gjennom å henvise oftere. Vi finner ingen tegn til at dette skjer, eller at leger med færre pasienter enn de ønsker henviser sjeldnere. I noen grad er det slik at eldre leger (over 60) henviser oftere, mens kvinnelige leger henviser oftere enn mannlige leger. Disse resultatene er signifikante også i den større modellen. Den statistiske forklaringskraften til legens kjønn og alder er imidlertid begrenset sammenlignet med egenvurdert sykkelighet. Henvisningspraksis for leger med ulik listekapasitet er vist i tabell 6.3 og 6.4.

**Tabell 6.3. Andel som var blitt henvist. Etter listekapasitet, legens kjønn og kvinneandel på legens liste. Prosent. 2003. (N)**

	Prosent	(N)
<b>Listekapasitet</b>		
Ønsker betydelig flere pasienter (> 377 færre pasienter på listen enn ønsket)	45	(132)
Ønsker flere pasienter (0 - 377 færre pasienter på listen enn ønsket)	45	(933)
Ønsker færre pasienter (0 - 76 flere pasienter på listen enn ønsket)	45	(189)
Ønsker betydelig færre pasienter (> 76 flere pasienter på listen enn ønsket)	44	(142)

**Tabell 6.4. Andel som var blitt henvist til spesialist. Etter listekapasitet. Gjennomsnitt og antall. 2003. (N)**

	Gjennomsnittlig antall henvisninger siste 12 mnd.	Antall	(N)
<b>Listekapasitet</b>			
Ønsker betydelig flere pasienter (> 377 færre pasienter på listen enn ønsket)	0,3	89	(287)
Ønsker flere pasienter (0 - 377 færre pasienter på listen enn ønsket)	0,4	710	(1892)
Ønsker færre pasienter (0-76 flere pasienter på listen enn ønsket)	0,3	128	(391)
Ønsker betydelig færre pasienter (> 76 flere pasienter på listen enn ønsket)	0,3	86	(293)

### Antall dager ventetid for å få legetime

Det er kortere ventetid for pasienter som står på listen til leger som har for få pasienter. Resultatet er fortsatt signifikant når variable som kjønn alder og sykkelighet trekkes med i analysene. Tendensen til at kvinner, eldre og personer med dårlig egenvurdert helse venter lenger er mer statistisk sikre enn betydningen av legens kjønn og alder. Tabell 6.5 illustrerer sammenhengen mellom listekapasitet og ventetid. I alt 35 prosent av pasientene på listen til leger med det største under-skuddet av pasienter måtte vente i 4 dager eller mer for å få time, mens denne andelen var omtrent 57 prosent for pasienter som stod på listen til leger med overskudd av pasienter. Tabellen illustrerer også at kvinnelige leger har lenger ventetid, det samme gjelder ventetiden for personer på lister med høy kvinneandel.

**Tabell 6.5. Andel som ventet i 4 dager eller mer for å få time hos legen. Etter listekapasitet, legens kjønn og kvinneandel på legens liste. Prosent. 2003 (N)**

	Prosent	(N)
<b>Listekapasitet</b>		
Ønsker betydelig flere pasienter (> 377 færre pasienter på listen enn ønsket)	35	(106)
Ønsker flere pasienter (0 - 377 færre pasienter på listen enn ønsket)	46	(755)
Ønsker færre pasienter (0 - 76 flere pasienter på listen enn ønsket)	58	(154)
Ønsker betydelig færre pasienter (> 76 flere pasienter på listen enn ønsket)	57	(118)
<b>Legens kjønn</b>		
Mannlige leger	46	(830)
Kvinnelige leger	53	(278)
<b>Kvinneandel på legens liste</b>		
Mer enn 65 prosent	57	(119)
Mindre enn 65 prosent	47	(1014)

### Pasienttilfredshet, legens innlevelse

Det store flertall av de som er spurt oppfatter at de blir tatt på alvor av legen. Dette gjelder særlig de som bruker kvinnelige leger (signifikant på 6 % nivå). Denne sammenhengen eksisterer ikke lenger når pasientkarakteristika inkluderes i analysen. Derimot er det slik at pasienter som tilhører leger med særlig mange menn på listen oftere er misfornøyd.

### Pasienttilfredshet, opplevelse av nok tid i konsultasjonen

En gruppe skiller seg ut i denne analysen, nemlig pasienter som er på listen til en solopraktiker. Ellers er det ingen påviste sammenhenger, bortsett fra tendensen til at pasienter med relativt dårlig egenvurdert helse oftere enn andre ikke opplever at legen har nok tid. Det er ingen forskjell på pasienter som tilhører legelister med for få eller for mange leger.

### Pasienttilfredshet, ventetid for bestilling av legetime

I denne analysen spiller kapasitet en klar statistisk rolle. Pasienter til leger med lister som er for lange opplever at det er lengre ventetider, mens pasienter på listen til leger med korte lister opplever kortere ventetid. Klart viktigere statistisk betydning har legens kjønn, pasienter til kvinnelige leger opplever at de må vente lenger. Sammenhengene er signifikante også når trekk ved pasientene og listekarakteristika inkluderes. Betydningen av legens kjønn svekkes, mens det viser seg at lister med høy andel kvinner medfører større misnøye med ventetid for bestilling av legetime. Resultatene samsvarer i stor grad med det som var tilfelle når det gjaldt faktisk ventetid. Andelen som var misfornøyd var dobbelt så høy for de som stod på listen til leger med den største underkapasiteten, sammenlignet med de som stod på listen til leger med den største overkapasiteten (Tabell 6.6).

**Tabell 6.6. Andel som var misfornøyd<sup>1</sup> med tiden det tok å få time hos legen. Etter listekapasitet, legens kjønn og kvinneandel på legens liste. Prosent. 2003. (N)**

	Prosent	(N)
<b>Listekapasitet</b>		
Ønsker betydelig flere pasienter (> 377 færre pasienter på listen enn ønsket)	17	(265)
Ønsker flere pasienter (0 - 377 færre pasienter på listen enn ønsket)	26	(1783)
Ønsker færre pasienter (0 - 76 flere pasienter på listen enn ønsket)	29	(365)
Ønsker betydelig færre pasienter (> 76 flere pasienter på listen enn ønsket)	34	(279)
<b>Legens kjønn</b>		
Mannlige leger	24	(2421)
Kvinnelige leger	32	(674)
<b>Kvinneandel på legens liste</b>		
Mer enn 65 prosent	37	(271)
Mindre enn 65 prosent	25	(2421)

<sup>1</sup>Respons på utsagnet "Det tok alt for lang tid å få time hos legen". Andel som svarte "Enig" eller "Litt enig".

### 6.4. Variasjoner i listelengde og legevalgsprosess

Vi har sett at variasjoner i listelengde og kapasitet har negative konsekvenser for tilgjengelighet, målt som ventetid for legetime og subjektiv vurdering av tiden det tar å få time hos legen. Likevel er pasienter som står på listen til leger som oppgir at de har for mange pasienter like fornøyd med hvordan de blir møtt av legen, og tiden de blir tildelt under konsultasjonen. Våre analyser tyder også på at omfanget av tjenester som pasientene blir tildelt ikke er påvirket av kapasiteten på legens liste. En sammenligning av pasientpopulasjonen til leger som synes de har for få eller for mange pasienter kan si noe om bakgrunnen for disse resultatene. I tabell 6.7 til 6.10 har vi sett på hvordan personlige preferanser og deltakelse i selve legevalgsprosessen har ført til en rekke forskjeller i sammenstillingen av pasientpopulasjonen til leger som har "for mye" eller "for lite" å gjøre:

Leger som har "for mye å gjøre":

- Har flere pasienter som mente at det var viktig å få legen som ble satt opp som førstevalg
- Har en relativt høy andel som faktisk fikk innfridd sitt førstevalg
- Har en relativt høy andel pasienter som fortsatte å bruke den samme legen de hadde hatt før innføringen av FLO
- Flere som mente at legens faglig dyktighet var viktig for legevalget

Leger med lange lister står altså overfor en pasientpopulasjon som oppfatter legevalg som relativt viktig, og som har hatt en relativt langvarig relasjon til en bestemt lege. Dersom de ikke hadde vært fornøyd med tjenestene til denne legen, ville de benyttet anledningen til å bytte til en annen. Vi kan si at det dreier seg som spesielt "populære" leger. Disse legene ville kanskje ikke vært førstevalget hos så mange dersom de i mindre grad enn andre hadde drevet forebyggende aktivitet i form av innkallinger til forebyggende kontroller, eller skjøvet pasienter fra seg gjennom henvisninger.

**Tabell 6.7. Legevalgsprosessen. Respons på spørsmål om hvor viktig det var å få legen som var satt opp som førstevalget. Etter listekapasitet. Prosent. 2003. (N)**

	I alt	Svært /nokså viktig	Verken viktig eller uviktig	Nokså/helt uviktig	(N)
<b>Listekapasitet</b>					
Ønsker betydelig flere pasienter (> 377 færre pasienter på listen enn ønsket)	100	55	15	29	(224)
Ønsker flere pasienter (0 - 377 færre pasienter på listen enn ønsket)	100	65	11	24	(1635)
Ønsker færre pasienter (0 - 76 flere pasienter på listen enn ønsket)	100	80	7	12	(358)
Ønsker betydelig færre pasienter (> 76 flere pasienter på listen enn ønsket)	100	82	6	12	(266)

**Tabell 6.8. Legevalgsprosessen. Respons på spørsmålet "Var den legen du fikk.." Etter listekapasitet. Prosent. 2003. (N)**

	1. valg	2. eller 3. valg	Ingen av delene/ husker ikke	Sendte ikke inn skjema	(N)
<b>Listekapasitet</b>					
Ønsker betydelig flere pasienter (> 377 færre pasienter på listen enn ønsket)	100	62	4	21	12 (266)
Ønsker flere pasienter (0 - 377 færre pasienter på listen enn ønsket)	100	76	5	14	5 (1769)
Ønsker færre pasienter (0 - 76 flere pasienter på listen enn ønsket)	100	88	4	5	3 (375)
Ønsker betydelig færre pasienter (> 76 flere pasienter på listen enn ønsket)	100	87	2	7	3 (278)

**Tabell 6.9. Legevalgsprosessen. Kriterier for valg av lege." Etter listekapasitet. Prosent. 2003. (N)**

	"At legen var ansett for å være dyktig"	"Praktiske hensyn" <sup>1</sup>	"at jeg fikk beholde den legen jeg kjente fra før"	"ingen av disse/ kan ikke velge"	(N)
<b>Listekapasitet</b>					
Ønsker betydelig flere pasienter (> 377 færre pasienter på listen enn ønsket)	100	13	29	46	12 (224)
Ønsker flere pasienter (0 - 377 færre pasienter på listen enn ønsket)	100	19	21	53	7 (1635)
Ønsker færre pasienter (0 - 76 flere pasienter på listen enn ønsket)	100	20	14	61	4 (358)
Ønsker betydelig færre pasienter (> 76 flere pasienter på listen enn ønsket)	100	21	10	66	3 (266)

<sup>1</sup>Presisert som "hvor lang reisevei det er til legen, hvor lett det er å få time, og om åpningstidene er fleksible"

**Tabell 6.10. Legevalgsprosessen. Andel som hadde fått tildelt den legen som var fastlege før fastlegeordningen ble innført. Etter listekapasitet. Prosent. 2003. (N)**

Listekapasitet		
Ønsker betydelig flere pasienter (> 377 færre pasienter på listen enn ønsket)	59	(224)
Ønsker flere pasienter (0 - 377 færre pasienter på listen enn ønsket)	65	(1635)
Ønsker færre pasienter (0 - 76 flere pasienter på listen enn ønsket)	78	(358)
Ønsker betydelig færre pasienter (> 76 flere pasienter på listen enn ønsket)	82	(266)

### 6.5- Oppsummering

Ikke i noen av analysene er det noe som tyder på at legens spesialitet har noe å si på hvordan pasientene opplever å bli møtt, eller omfanget av forebyggende kontakter eller henvisninger. Kapasitet/listelengde påvirker ikke omfanget av tjenester som blir tildelt, målt som henvisninger eller forebyggende kontakter. Når det gjelder tilgjengelighet har kapasitet betydning, for lange lister slår negativt ut, korte lister har positiv innvirkning for ventetid og subjektiv tilgjengelighet.

Kvinnelige leger henviser oftere, og innkaller sjeldnere til forebyggende kontakter. I noen grad oppleves tilgjengelighet og ventetid som mer problematisk for pasienter som er på listen til kvinnelige leger. Dette er momenter som tyder på at kvinnelige leger er under et større press enn mannlige leger, uten at det er noe som tyder på at pasienter med kvinnelige leger opplever mindre innlevelse eller dårlig tid i selve konsultasjonen. Kvinnelige leger har en høy andel kvinnelige pasienter. Av de kvinnelige legene har nesten 40 prosent en andel kvinnelige pasienter på 65 prosent eller mer. Til sammenligning er det bare 1 prosent av de mannlige legene som har en tilsvarende høy kvinnelig pasientandel.

Solopraktikere skiller seg stort sett ikke fra andre typer praksis, men med et unntak: Flere opplever at solopraktikere har god tid i konsultasjonen.

# Litteraturliste

Album (1991): Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 111:2127-33.

Barnes, Barry (1995), *The elements of social theory*. London: UCL Press.

Dahle, Rannveig og May-Len Skilbrei (2003), *Fastlegeordningen og pasienter med store legebehov*. Nova-rapport; 3/2003. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).

Elstad, Jon Ivar (1992), *Foretrekker kvinner kvinnelige leger?* INAS-NOTAT 1992:5

Elstad, Jon Ivar (2003), "Helse i Norge ved årtusenskiftet" i Frønes, Ivar og Kjølørød, Lise (red) *Det Norske samfunn*. 4. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Finnvold, Jon Erik og Jørgen Svalund (2004), "Kontinuitet mellom lege og pasient: Blanda resultat av fastlegereforma". *Samfunnsspeilet*, 18, 1: 27-34.

Finnvold, Jon Erik (1996): *Kommunale helsetilbud: Organisering, ulikhet og kontinuitet*, Rapporter 99/6, Statistisk sentralbyrå.

Finnvold, Jon Erik, Hilde Lurås og Bård Paulsen (2003), "Fastlegeordningen: De fleste fikk den de ville ha", *Samfunnsspeilet*, 17, 5: 2-12.

Finnvold, Jon Erik, Jørgen Svalund og Bård Paulsen (2005): *Etter innføring av fastlegeordning – brukervurderinger av allmennlegetjenesten*, Rapporter 1/2005, Statistisk sentralbyrå.

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

Giddens, Anthony (1984), *The constitution of society*. Cambridge: Polity press.

Hellevik, Ottar (1991), *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. 5. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Hjortdahl, Per (1992), *Continuity of care in general practice: a study related to ideology and reality of continuity of care in Norwegian general practice*. Oslo: Universitetet i Oslo.

Johansen, Monica Skjöld og Irene Andreassen (2003), "Møtet med helsevesenet: Er det ulik for gamle og unge?" i Daatland, Svein Olav, Berglund, Frode, Andreassen, Irene og Monica Skjöld Johansen: *Eldre og helse først. Alder, makt og ressurser*. Makt- og demokratiutredningens rapportserie, Rapport 74: 2003

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

Pettersen, Kjell I. og Marijke Veenstra (1999), *Pasienterfaringer og helserelatert livskvalitet ved norske sykehus: resultater fra en tverrsnittundersøkelse ved 14 sykehus høsten 1996*. Heltef forskningsrapport 3-1999.

Rolland, Asle (2003) "Brukernes tilfredshet eller tjenestenes kvalitet?" *Tidsskrift for velferdsforskning*, 6, 1: 56-60.

Rolland, Asle, Øyvind Brekke, Bendik Meling Samuelsen og Pål Rasmus Silseth (2004), *Evaluering av kommunale brukerundersøkelser: prosjekt utført for Kommunal- og regionaldepartementet av Statistisk sentralbyrå og Handelshøyskolen BI*. Rapporter / Statistisk sentralbyrå ; 2004/7. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Schwartzbaum AM, McGrath JH, Rotman, RA "The perception of prestige differences among medical subspecialties". *Soc Sci Med* 1973; 7: 365-71.

Shortell SM "Occupational prestige differences within the medical and allied health professions. *Soc Sci Med* 1974; 8: 1-9.

Stortingsmelding 23 (1996-1997), *Trygghet og ansvarlighet: Om legetjenesten kommunene og fastlegeordningen*. Sosial- og helsedepartementet. Oslo. Departementet.

Storvik, Aagoth (2004), "Bruken av brukerundersøkelser". *Søkelys på arbeidsmarkedet*, 21, : 122-133.

Tambs, K, Moum T.(1983): How well can a few questionnaire items indicate anxiety and depression? *Acta Psychiatr Scand* 1993: 87 364-367

Terum, Lars Inge og Trude 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

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

Wærner, Anne (2001), "Kvinner med kroniske muskelsmerter '(u)seriøse' pasienter?". I Kirsti Malterud (red): *Kvinnens ubestemte helseplager*. Oslo: Pax.

## ICD-9 klassifiseringen - Innsamling og klassifisering av sykdom

Gjennom statistisk sentralbyrås levekårspanel ble respondentene stilt en rekke spørsmål om helse og helseforhold. I 1999 dreide to spørsmål seg om varige sykdommer. Først ble alle spurt "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". De som svarte ja på spørsmålet ble videre bedt om å fortelle hva slags sykdom, skade eller lidelse de hadde. Respondentene kunne oppgi opp til ti ulike sykdommer/lidelser. Når respondentene ikke oppga flere sykdommer på egen hånd, viste intervjueren i de personlige intervjuene frem et kort med 58 ulike sykdommer eller grupper av sykdommer og spurte om de hadde en eller flere av disse sykdommene. De som hadde blitt intervjuet i panelet tidligere ble intervjuet over telefon. Før intervjuet mottok respondentene kortet med sykdommene i posten, og respondentene ble bedt over telefonen om å se på kortet og oppgi om de hadde noen av sykdommene opplistet på kortet.

Sykdommene eller lidelsene som den enkelte oppga ble kodet i samsvar med den niende revisjonen av den internasjonale sykdomsklassifiseringen (ICD-9) til verdenshelseorganisasjon (WHO). Klassifiseringen består av i alt 17 kapitler. Ikke alle sykdommene er varige, noe som betyr at det er mulig å bruke 10 kapitler fra ICD-9 til å trekke ut 10 grupper med varige sykdommer. Disse sykdomsgruppene er

1. Nervøse lidelser (kode 290-315, 780, 784, 799)
2. Sykdommer i nervesystemet (kode 320-359, 740-742)
3. Øye-/øresykdommer (kode 360-389, 743-744)
4. Hjerte-/karsykdommer (kode 390-519, 745-747)
5. Sykdom i åndedrettsorganene (kode 460-519, 748)
6. Magesår, magekatar og lignende, og andre sykdommer i fordøyelsessystemet (kode 531-576, 750-751)<sup>3</sup>
7. Sykdommer i urin og kjønnsorganene (kode 580-629, 752-753)
8. Sykdom i hud og underhud (kode 228,757, 680-709)
9. Sykdom i skjelett- muskelsystemet (kode 710-739, 754-756)
10. Skader (800-999)

I tillegg gjenstår det en restkategori kalt "andre sykdommer" (kode 1-227, 229-289, 316-319, 520-530, 577-579, 630-676, 765-774, 781-783, 785-798, 749, 759, 779).

<sup>3</sup> I levekårsundersøkelsene om helse, tverrsnittundersøkelsen, er det vanlig at gruppe 6 er delt i to: Magesår, magekatar og lignende, og andre sykdommer i fordøyelsessystemet.

Tabellen under gir en beskrivelse av omfanget av de ulike sykdomsgruppene. Det dreier seg ikke om en gjensidig utelukkende kategorisering, i det flere enn en kronisk sykdom kan oppgis.

**Tabell A1. Varige sykdommer. Omfang i levekårspanelutvalget. 1999**

	Antall	Andel av totalt antall personer
Alle	2 930	
Varig sykdom	1 515	52
Nervøse lidelser	103	4
Sykdommer i nervesystemet	135	5
Øye/ øresykdommer	151	5
Hjerte/karsykdommer	352	12
Sykdommer i åndedrettsorganene	424	14
Magesår, magekatar og lignende, og andre sykdommer i fordøyelsessystemet	81	3
Sykdommer i urin og kjønnsorganene	32	1
Sykdommer i hud og underhud	214	7
Sykdommer i skjelett og muskelsystem	606	21
Andre sykdommer og uklassifisert	271	9
Skader	145	5

Gjennom ICD-9 klassifiseringen kan de ulike varige sykdommene deles opp i en rekke ulike grupper. Enkelte av disse sykdommene er det få som har, slik at utvalget i levekårspanelet blir for lite til at det er mulig å gjennomføre særskilte analyser på dem. Andre er ikke sentrale i forhold til FLO og kronikergruppene som nevnes spesielt i stortingsmeldingen. Av den grunn konsentrerer vi oss i denne rapporten om personer som har hjerte- og karsykdommer, skjelett- og muskelsykdommer, sykdommer i åndedrettsorganene og de som opplever symptomer på lettere psykiske plager (se vedlegg 2 om psykiske plager).

Sykdomsgruppen skjelett og muskellidelser (ICD-9 kodene 710-739 og 754-756) omfatter ryggglidelser, leddbetennelser, stivhet i ledd, beinskjørhet med videre. Av de mest vanlige sykdommene innenfor sykdomsgruppen i utvalget kan nevnes artrose og lignende sykdommer (ICD-9 kode 715), andre og uspesifiserte leddsykdommer (ICD-9 kode 719), sykdommer i mellomvirvelskivene (ICD-9 kode 722), spinalstenose, men ikke cervikal (ICD-9 kode 724), og andre sykdommer i bløtdelene (blant annet fibromyalgi) (ICD-9 kode 729).

Sykdom i åndedrettsorganene (ICD-9 kode 460-519 og 748) består av ulike infeksjoner i luftveiene, sykdommer i de øvre luftveier, ulike former for lungesykdommer og allergi - astmalidelser. Av de mest vanlige

lidelsene i sykdomsgruppen kan nevnes allergisk rhinitt (ICD-9 kode 477) og bronkial astma (ICD-9 kode 493).

Hjerte- karsykdommer (ICD-9 kode 390-459 og 745-747) er en stor gruppe lidelser som omfatter hypertensjon (høyt blodtrykk), ischemisk hjertesykdom som angina og hjerteinfarkt, samt andre karsykdommer i hjerne, arterier eller vener. Av de mest vanlige lidelsene i sykdomsgruppen kan nevnes primær hypertensjon (ICD-9 kode 401), gammelt hjerteinfarkt (ICD-9 kode 412), dårlig definerte diagnoser og komplikasjoner ved hjertesykdom (ICD-9 kode 429) og akutt, men ubestemt karlesjon i sentralnervesystemet (ICD-9 kode 436).

## Psykiske plager

Generelt vil befolkningsbaserte utvalgsundersøkelser ha begrensede muligheter til å fange opp pasientgrupper med psykiske plager av en mer alvorlig karakter. Utvalget omfatter for eksempel ikke institusjonsbeboere. Og det er usikkert hvordan mennesker med mer alvorlige psykiske plager vil forholde seg til en intervju situasjon. Det er likevel mulig å fange opp symptomer på lettere psykiske plager i spørreundersøkelser. Gjennom å stille spørsmål om temaer som for eksempel manglende framtidstro, ensomhet og livsglede, er det mulig å skille ut grupper av personer som ut fra en helsemessig vurdering har hyppige symptomer på angst og nervøsitet. En slik fremgangsmåte er dokumentert av Moum og Tambs (1983), som har tatt utgangspunkt i et mye brukt internasjonalt måleinstrument bestående av 25 spørsmål (Hopkins Symptom Check List). Deres analyser viste at 5 spørsmål var spesielt godt egnet til å identifisere personer med hyppige symptomer på angst og nervøsitet. Disse inngår som en fast del av panelundersøkelsen, og er brukt i analysene som et alternativ til ICD-9. Ved å sette sammen svaralternativene på fem spørsmål som handler om angst og nervøsitet kan konstruere et relativt treffsikkert mål på graden av psykisk betingede helseproblemer (Tambs og Moum 1993). De samme spørsmålene ble brukt i Levekårspanelet. De som deltok i undersøkelsen ble bedt om å angi hvor mye hvert enkelt problem de hadde vært plaget av, eller som hadde vært til besvær siste 14 dager. Problemene var

- Nervøsitet, indre uro?
- Stadig redd eller engstelig?
- Følelse av håpløshet med tanke på fremtiden
- Nedtrykt, tungsindig?
- Mye bekymret eller urolig?

Svarpersonene ble gitt fire svaralternativer, *Veldig mye plaget*, *Ganske mye plaget*, *Litt plaget* og *Ikke plaget*. Svaralternativene ble så tildelt en tallverdi fra 1 til 4. Verdien på hvert enkelt spørsmål ble summert til en skala, eller indeks, et mer sammensatt mål på psykiske plager. Den minste verdien som kunne oppnås var 5, dette er de som var veldig mye plaget av samtlige problemer. Maksimumsverdien var 20, og omfattet de som oppgav at de ikke var plaget av noen av problemene nevnt i spørsmålene.

**Tabell B1. Fordeling på indeks over symptomer på lettere psykiske plager. Kumulativ prosent**

Indeksverdi	Kumulativ prosent
5	0,2
6	0,3
7	0,4
8	0,6
9	0,8
10	1,1
11	1,6
12	2,3
13	3,3
14	4,0
15	6,6
16	9,6
17	13,8
18	19,3
19	27,7
20	100,0

Utbredelsen av denne type problemer i befolkningen er slik at det store flertall ikke har noen, eller svært få problemer av denne typen: Hele 72 prosent fikk verdien 20. Omtrent 10 prosent hadde fått verdien 16 eller lavere, og omtales i rapporten som personer med relativt hyppige symptomer på psykiske plager.



## Sykdomsgruppene og sammensatte lidelser

### Antall sykdomstilfeller

Stortingsmelding nr 23 (1996-1997) legger vekt på at allmennlegetjenesten skal ta særskilte hensyn til pasienter med sammensatte lidelser. Mange som opplever varig sykdom, har flere sykdommer samtidig. Noen har for eksempel flere ulike hjerte- karsykdommer, mens andre kan ha en diagnose som faller innenfor sykdomsgruppen hjerte - kar, og en annen diagnose som faller innenfor en annen sykdomsgruppe.

**TabellC1. Gjennomsnittlig antall sykdomstilfeller. Blant alle med varig sykdom og etter sykdomsgruppe. 1999**

	Gjennom- snitt	Konfidens- intervall	N
Varig sykdom	1,8	1,7-1,9	(1762)
Sykdom i åndedretsorganene	2,1	2,0-2,2	(484)
Skjelett-/muskelsykdom	2,3	2,2-2,4	(691)
Hjerte-karsykdom	2,6	2,4-2,7	(393)
Psykiske plager	1,4	1,2-1,6	(298)

I gjennomsnitt oppgir de som har en eller flere varige sykdommer til sammen 1, 8 ulike sykdomstilfeller. Som vedleggstabell 3 viser opplever personer med hjerte-karsykdom flest ulike sykdomstilfeller, mens de som har sykdom i åndedretsorganene i gjennomsnitt opplever færrest. Mens 31 prosent av personene i hjerte - kar gruppen kun oppgir et sykdomstilfelle, gjelder dette 40 prosent blant personer med skjelett - og muskelsykdom og 44 prosent blant personer som har sykdom i åndedretsorganene. Mens personer i de andre sykdomsgruppene har minst et varig sykdomstilfelle, er ikke symptomer på psykiske plager et varig sykdomstilfelle. Gjennomsnittet blir derfor tilsvarende lavere.

## Tidligere utgitt på emneområdet

*Previously issued on the subject*

### Norges offisielle statistikk (NOS)

- C 697: Kommunehelsetjenesta 1990-2000: Førebyggjande tenester, lege- og fysioterapitenester
- C 699: Spesialisthelsetjenesten 1990-2000: Somatiske sykehus, psykiatriske institusjoner m.m.
- C 706: Pasientstatistikk 1998-2000

### Notater

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

### Rapporter (RAPP)

- 2001/4: Ann Lisbet Brathaug, Helge Brunborg, Elin Lunde Skretting, Elisabeth Nørgaard og Åsne Vigran: Utviklingen av aldersrelaterte helse-, pleie- og omsorgsutgifter.
- 2002/13: Anne Sundvoll og Inge Kvalstad: SEDA - sentrale data fra allmennlegetjenesten: sluttrapport fra pilotprosjektet.
- 2002/18 Nils Martin Stølen, Tonje Köber, Dag Rønningen og Inger Texmon: Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2020 : modelldokumentasjon og beregninger med HELSEMOD.
- 2005/1: Jon Erik Finnvold, Jørgen Svalund og Bård Paulsen: Etter innføring av fastlegeordning - brukervurderinger av allmennlegetjenesten.

### Statistiske analyser (SA)

- 56: Helse- og omsorgstjenester. Sosialt utsyn 2002

### Samfunnsspeilet (SSP)

- 2/2003: Finnvold, Jon Erik , Hilde Lurås og Bård Paulsen: Fastlegeordningen: De fleste fikk den de ville ha.
- 2/2003: Elisabeth Nørgaard: Høy vekst i utgifter til helseinstitusjoner - men fylkesvise variasjoner.
- 2/2004: Jon Erik Finnvold og Jørgen Svalund: Kontinuitet mellom lege og pasient: Blanda resultat av fastlegereforma.
- 2/2004: Julie Kjelvik: Små kommuner har høyest utgifter til primærlegetjenesten.
- 3/2005: Jørgen Svalund: Velferdsstatens siste hull?
- 5/2005: Ingunn Hegstad Ottersen: Syv år med Opptrappingsplanen for psykisk helse – hvor står vi?

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

- 2005/3 E. Eng Eibak: Konsumprisindeks for Svalbard 2004. 2005 37s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-6722-6
- 2005/4 B. Olsen: Flyktninger og arbeidsmarkedet 4. kvartal 2003. 2005. 30s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-6724-2
- 2005/5 T.P. Bø. Ulike arbeidskontrakter og arbeidstidsordninger. Rapport fra tileggsundersøkelse til Arbeidskraftundersøkelse (AKU). 2. kvartal 2004. 2005. 33s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-6735-8
- 2005/6 G. Berge, T. Kirkemo, R. Straumann og J.K. Undelstvedt: Ressursinnsats, utslipp og rensing i den kommunale avløpssektoren 2003. 2005. 82s. 180 kr inkl. mva. ISBN 82-537-6737-4
- 2005/7 E. Ugreniov: Levekår blant alenemødre. 2005. 37s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-6745-5
- 2005/8 B. Halvorsen, B.M. Larsen og R. Nesbakken: pris- og inntektsfølsomhet i ulike husholdningers etterspørsel etter elektrisitet, fyringsoljer og ved. 2005. 38s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-6752-8
- 2005/9 T. Skardhamar: Lovbruddskarrierer og levekår. En analyse av fødselskullet 1977. 2005. 47s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-6760-9
- 2005/10 R.H. Kitterød: Hun jobber, de jobber. Arbeidstid blant par av småbarnsforeldre. 2005. 60s. 180 kr inkl.mva. ISBN 82-537-6775-7
- 2005/11 M. Mogstad: Fattigdom i Stor-Osloregionen. 2005. 47s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-6777-3
- 2005/12 Å. Cappelen, F. Foyn, T. Hægeland, K.A. Kjesbu, J. Møen, G. Petterson og A. Raknerud: Årsrapport for skatteFUNN-evalueringen - 2004. 2005. 40s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-6780-3
- 2005/13 M. Greaker, P. Løkkevik og M. Aasgaard Walle: Utviklingen i den norske nasjonalformuen fra 1985- til 2004. Et eksempel på bærekraftig utvikling? 2005 44s. 155 kr inkl.mva. ISBN 82-537-6789-7
- 2005/14 D. Ellingsen og V. Sky: Virksomheter som ofre for økonomisk kriminalitet. 2005. 33s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-6805-2
- 2005/15 O.F. Vaage: Tid til arbeid. Arbeidstid blant ulike grupper og i ulike tidsperioder, belyst gjennom tidsbruksundersøkelsene 1971-2000. 2005. 33s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-6807-9
- 2005/16 J. Epland: Veier inn i og ut av fattigdom: Inntektsmobilitet blant lavinntektshushold. 2005. 36s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-6812-5
- 2005/17 A. Thomassen: Byggekostnadsindeks for veganlegg. Kostnadsundersøkelsen. Vekter og representantvarer 2004. 2005. 45s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-6813-3
- 2005/18 B.M. Larsen og R. Nesbakken: Formålsfordeling av husholdningenes elektrisitetsforbruk i 2001. Sammenligning av formålsfordelingen i 1990 og 2001. 41s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-6816-8
- 2005/19 B.Olsen og M. Thi Van: Funksjonshemmede på arbeidsmarkedet. Rapport fra tilleggsundersøkelse til Arbeidskraftundersøkelsen (AKU) 4. kvartal 2004. 2005. 71s. 180 kt inkl. mva. ISBN 82-537-6818-4
- 2005/20 F.R. Aune, T. Bye og P. V Hansen: Et felles norsk-svensk elsertifikatmarked. 2005. 36s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-6828-1
- 2005/21 J. Lyngstad, R. Kjeldstad og E. Nymoen: Foreldreøkonomi etter brudd. Omsorgsforeldres og samværsforeldres økonomiske situasjon 2002. 2005. 164s. 260 kr inkl.mva. ISBN 82-537-6834-6
- 2005/22 R.H. Kitterød: Når mor og far bor hver for seg. Ansvar og omsorg for barna før og etter bidragsreformen. 2005. 104s. 210 kr inkl. mva. ISBN 82-537-6836-2
- 2005/23 M. Rønsen: Kontantstøttens langsiktige effekter på mødres og fedres arbeidstilbud. 2005. 39s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-6838-9