

ISM skriftserie

Nr. 70



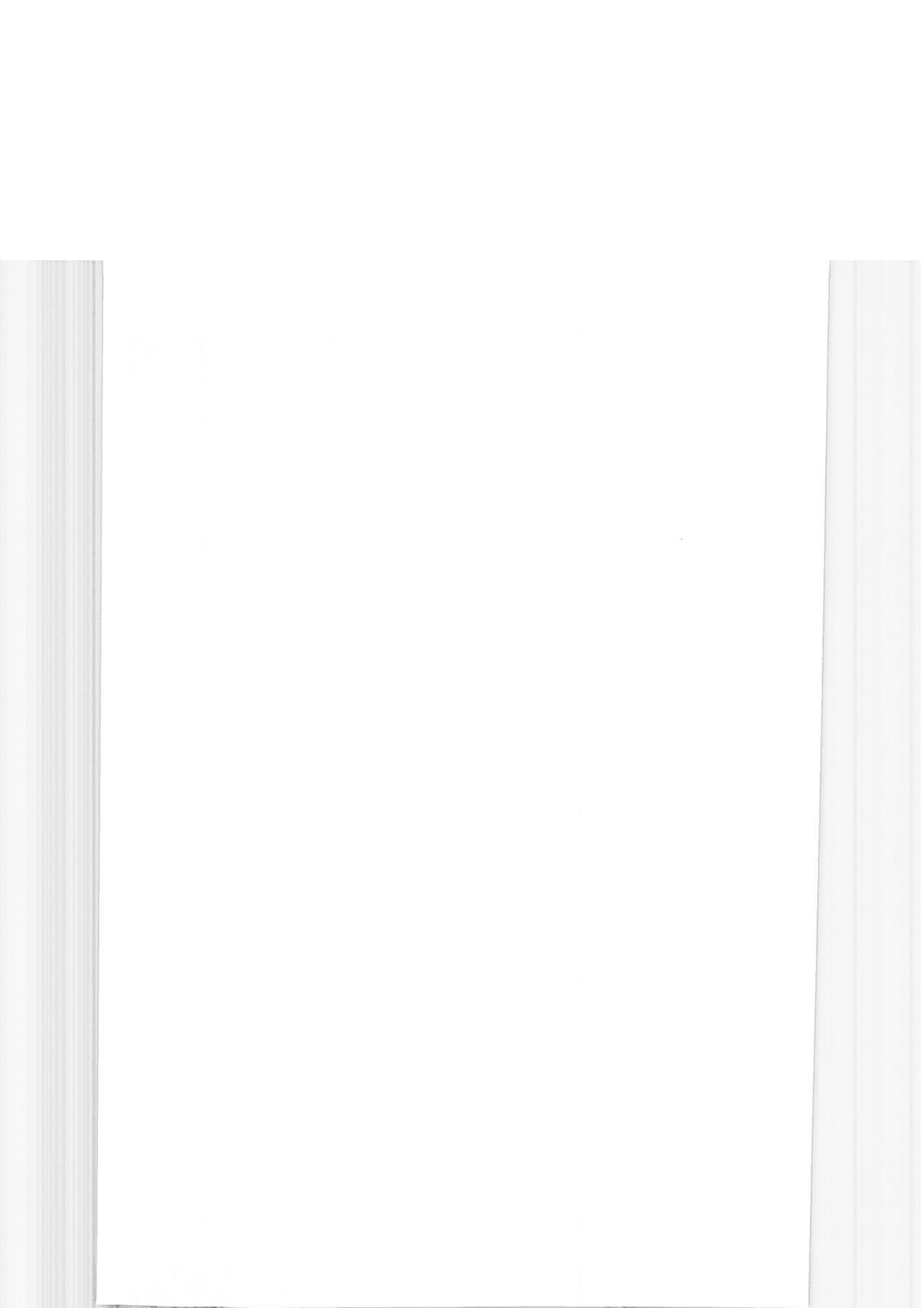
**PASIENTERFARINGER I PRIMÆR-
LEGETJENESTEN FØR OG ETTER
FASTLEGEREFORMEN**

Olaug S. Lian

Tromsø 2003



Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø



*ISM skriftserie
blir utgitt av Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø.*

*Forfatterne er selv ansvarlige for sine funn og
konklusjoner. Innholdet er derfor ikke uttrykk
for ISM's syn.*

*The opinions expressed in this publication are those
of the authors and do not necessarily reflect the
official policy of the institutions supporting this research.*

ISBN 82 - 90262 - 79 - 5
2003



Pasienterfaringer i primærlegetjenesten før og etter fastlegereformen

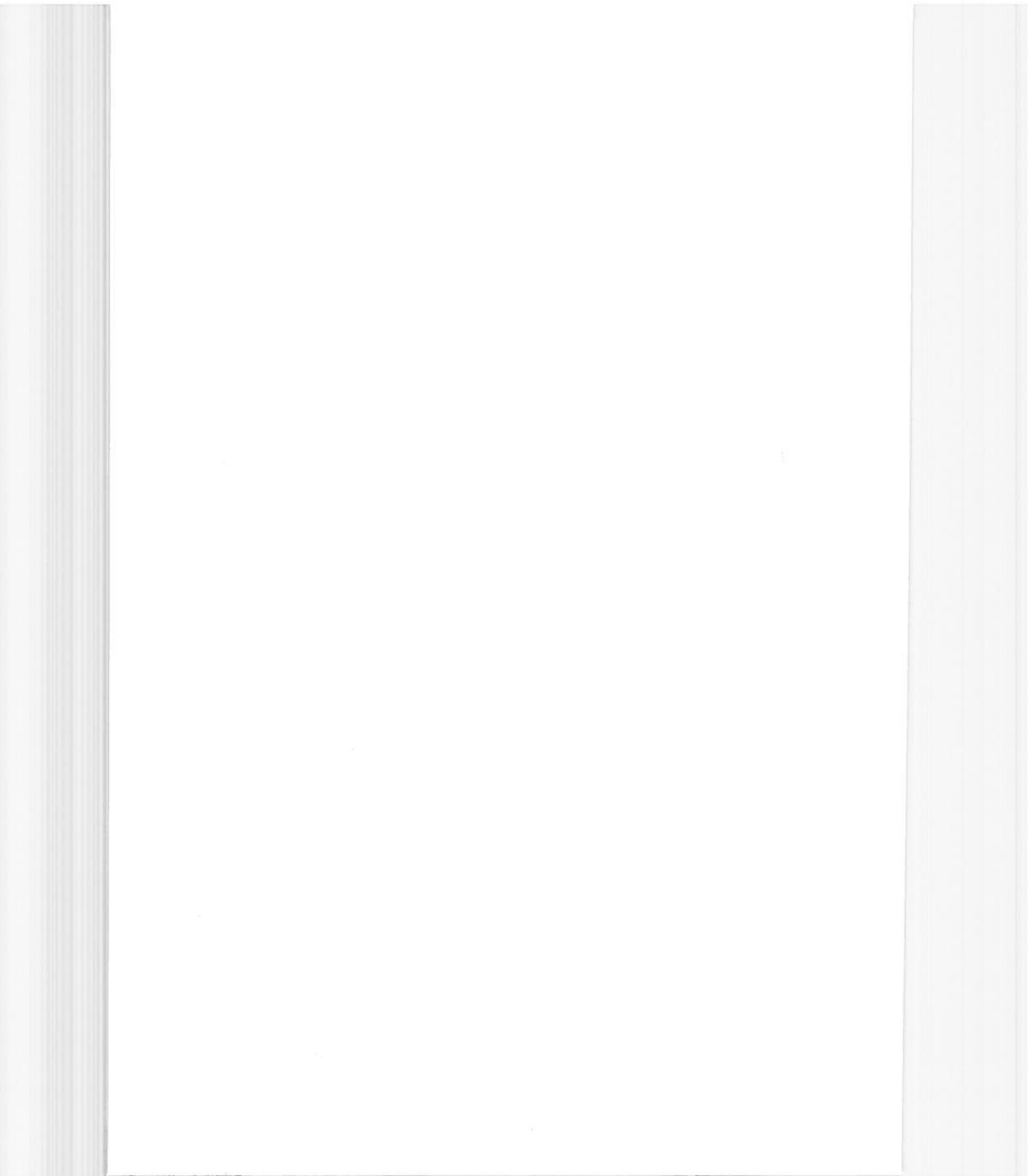
Olaug S. Lian

Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø
2003

Forord

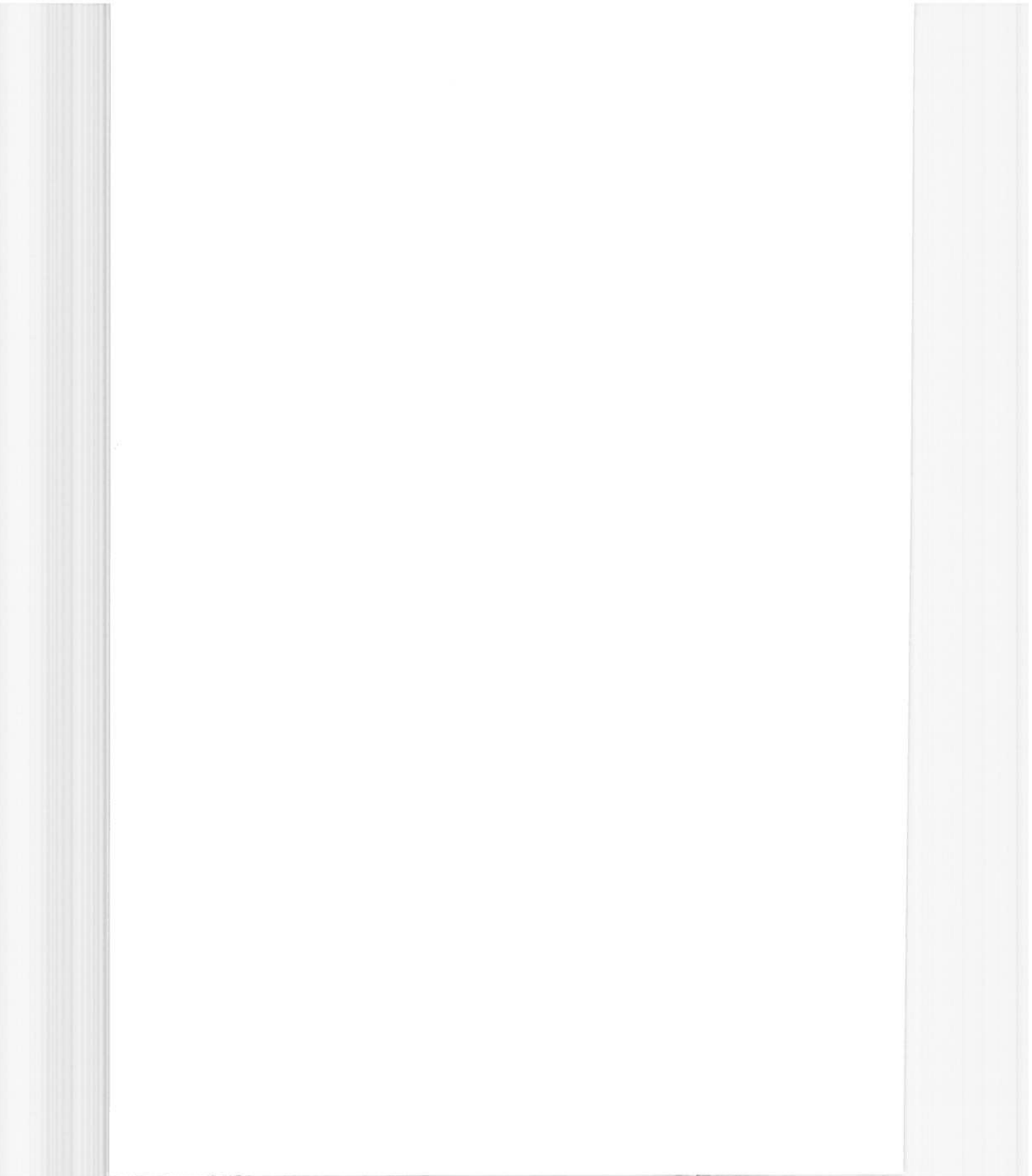
Innføring av fastlegeordning i 2001, problemer med rekruttering av leger til distriktskommuner og en økende resultatorientering i tilbudet av velferdstjenester har aktualisert studier av kvalitet og tilgjengelighet i norsk primærlegetjeneste. Hvordan har befolkningens og pasientenes erfaringene endret seg etter fastlegereformen, hvilke pasienter er mest fornøyde, hvorfor er noen pasienter mer fornøyde enn andre, og hva er pasienttilfredshet egentlig et uttrykk for – kvaliteten på tjenestene eller kjennetegn ved pasientene? I denne rapporten drøftes disse spørsmålene med utgangspunkt befolkningens egne opplevelser av tjenestetilbudet, slik de kommer til uttrykk i spørreskjemaer som ble besvart av et tilfeldig utvalg av befolkningen i Nord-Norge og på Østlandet (nærmere 4 av 5 respondenter hadde vært hos primærlege siste år, derfor er dette primært en studie av pasienterfaringer). Spørsmålene om fornøydhets gikk langs to hoveddimensjoner: Forhold knyttet til samhandlingen mellom lege og pasient i det personlige møtet, og forhold knyttet til tjenestenes tilgjengelighet. Studien foregikk i to runder, en før og en etter at fastlegeordningen ble innført. Gjennom å sammenligne materialet fra de to årene med henblikk på likheter og forskjeller er hensikten å studere eventuelle endringer i brukererfaringene. Analysen har et geografisk perspektiv. Dette er sluttrapporten for studien. Hovedresultatene vil etter hvert bli publisert i nasjonale tidsskrift, da i en mer sammenfattende og mindre detaljert form.

Studien er finansiert av Norges forskningsråd (Program for helse-tjenester og helseøkonomi og Fastlegeevalueringen), og inngår som en del av Forskningsrådets nasjonale evaluering av fastlegeordningen. Arbeidet er utført på Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø. Postdoktorstipendiat Tom Wilsgaard har deltatt i planlegging og gjennomføring av statistiske analyser. Forskere på seksjon for allmennmedisin har kommentert utformingen av spørreskjemaer. Alle samarbeidspartnere takkes, men ingen stilles til ansvar for mine feil.



Innholdsfortegnelse

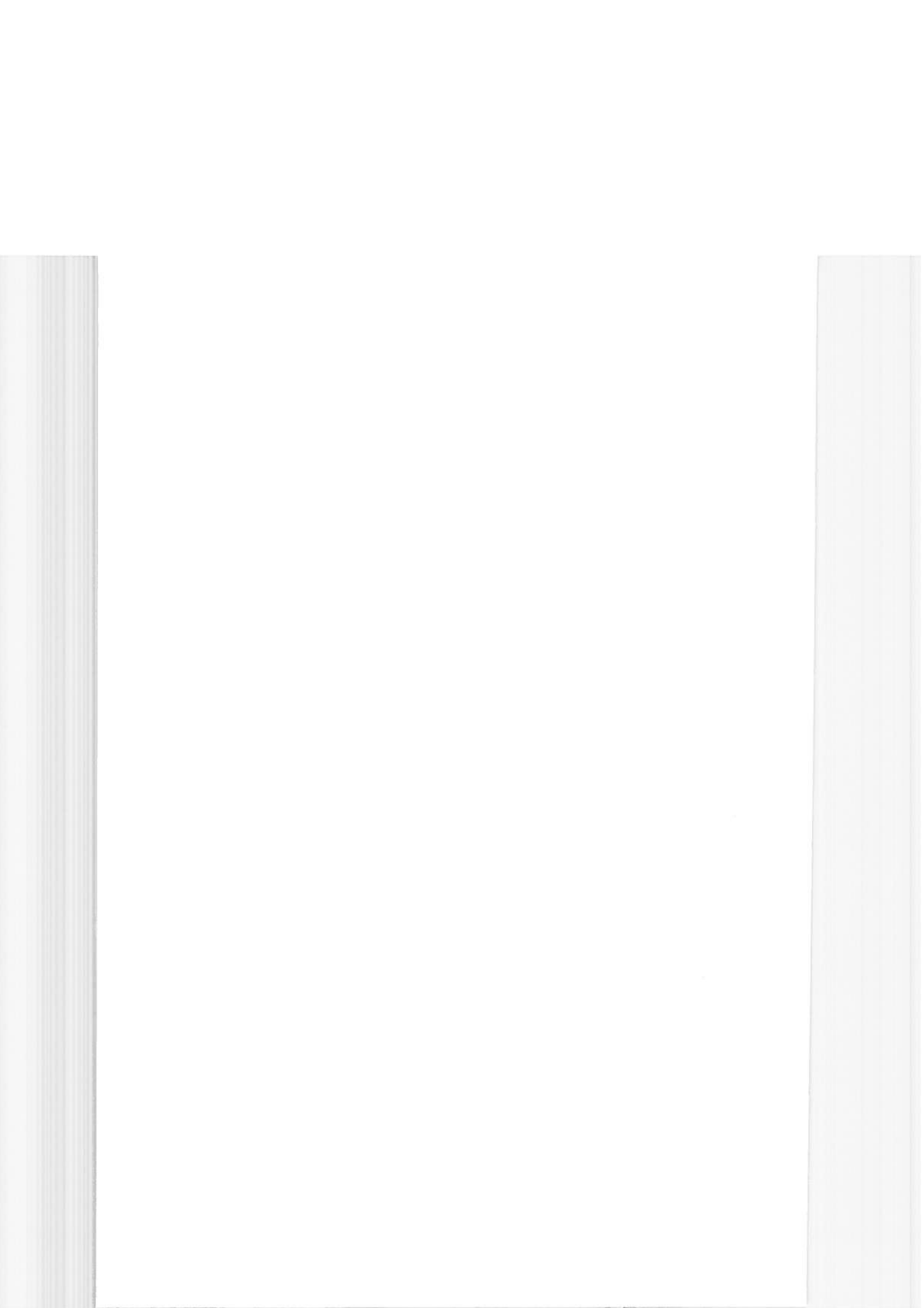
Liste over tabeller, bokser, figurer og vedlegg.....	0
Sammendrag	1
1 Innledning	8
2 Bakgrunn.....	9
3 Teorier og hypoteser	13
3.1 Aktør, struktur og relasjon – tre teorier om pasienttilfredshet	13
3.2 Tidligere forskning	15
3.3 Hypoteser	17
4 Data og metode	19
4.1 Utvalget.....	19
4.2 Datamaterialet.....	20
4.3 Spørreskjemaet.....	21
4.4 Dataanalysen.....	23
5 Resultater	27
5.1 Frekvenstillinger og krysstabeller.....	27
5.2 Regresjoner	36
5.3 Betydningen av legens kjønn.....	49
6 Drøfting.....	51
6.1 Frekvenstillinger og krysstabeller.....	51
6.2 Regresjoner	53
6.3 Individuelle og strukturelle faktorer	64
6.4 Metodeproblemer.....	66
6.5 Hva er pasienttilfredshet?	69
7 Konklusjon.....	72
8 Referanser	75



Liste over tabeller, bokser, figurer og vedlegg

Tabeller

Tabell 1 Datamaterialet.....	21
Tabell 2 Geografisk svarfordeling	21
Tabell 3 Svarfordeling på spørsmålet "I hvilken grad føler du deg trygg på at du får legehjelp dersom du skulle trenge det?" fordelt på årstall og kommunistørrelse	28
Tabell 4 Folks opplevelser av primærlegetjenesten før og etter innføringen av fastlegeordningen, 2003-data.....	29
Tabell 5 Andel respondenter som i 2003 svarte at tjenestene hadde blitt mye eller litt bedre etter fastlegeordninge, fordelt på kommunistørrelse.....	30
Tabell 6 Grunner til legebytter, 2003-data.....	31
Tabell 7 Grunner til å ikke bytte fastlege til tross for ønske om det, 2003-data	31
Tabell 8 Forrige legebeseøk – forventninger og uinnfridde forventninger – i 2000 og 2003.....	33
Tabell 9 Grad av fornøydhett i 2000 og 2003.....	35
Tabell 10 Andelen som rapporterte om særlige problemområder, sammenligning mellom 2000 og 2003 med logistisk regresjon	38
Tabell 11 Andelen som rapporterte om særlig positive aspekter, sammenligning mellom 2000 og 2003 med logistisk regresjon	38
Tabell 12 Andelen svært fornøyde, sammenligning mellom 2000 og 2003 med logistisk regresjon	39
Tabell 13 Andelen svært fornøyde i kommuner med færre enn 5 000 innbyggere, sammenligning mellom 2000 og 2003	42
Tabell 14 Sammenhengen mellom andelen svært fornøyde respondenter og respondentenes utdanning, sider ved forrige legebeseøk og bosted. Separate analyser av data fra 2000 og 2003	43
Tabell 15 Sammenhengen mellom andelen som rapporterte om særlige problemområder og respondentenes utdanning, sider ved forrige legebeseøk og bosted. Separate analyser av data fra 2000 og 2003.....	45
Tabell 16 Andelen svært fornøyde totalt sett i 2003, sammenstilling av legens og pasientens kjønn	50



Tekstbokser

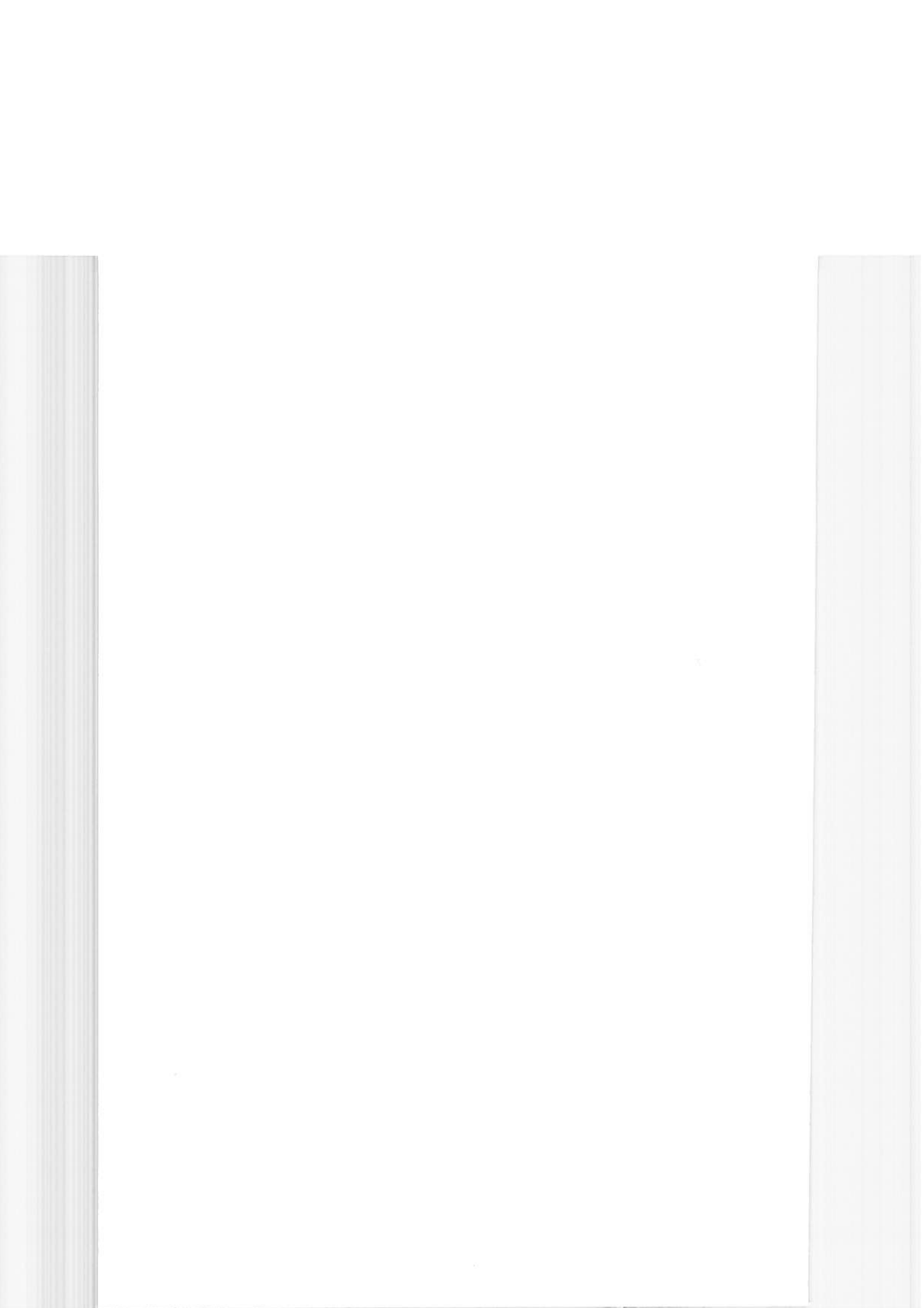
Boks 1 Utvalget i spørreundersøkelsene i 2000 og 2003.....	20
Boks 2 Metode	25
Boks 3 Modeller for multiple logistiske regresjoner, 2000 og 2003.....	26

Figurer

Figur 1 Grad av fornøydhet med primærlegetjenesten totalt sett, sammenligning mellom 2000 og 2003	37
Figur 2 Grad av fornøydhet med geografisk nærhet til brukerne, sammenligning mellom 2000 og 2003	37
Figur 3 Grad av fornøydhet totalt sett, etter kommunestørrelse og årstall.....	40
Figur 4 Grad av fornøydhet med legens telefontilgjengelighet, etter kommunestørrelse og årstall.....	41
Figur 5 Andel respondenter som oppga lang ventetid for time som særlig problematisk, etter kommunestørrelse og årstall	41

Vedlegg

Vedlegg 1 Liste over ustabile kommuner	79
Vedlegg 2 Spørreskjema fra 2003	80



Sammendrag

Innføring av fastlegeordning 1. juni 2001, problemer med rekruttering av leger til distriktskommuner og en økende resultat- og brukerorientering i velferdsstatens tjenestetilbud har aktualisert studier av pasientopplevd kvalitet og tilgjengelighet i norsk primærlegetjeneste.

- Hvordan har befolkningens og pasientenes opplevelser av kvalitet og tilgjengelighet i primærlegetjenesten endret seg etter innføringen av fastlegeordningen?
- Hvor store er de geografiske forskjellene i pasientopplevd kvalitet, og hvordan har disse utviklet seg etter innføringen av fastlegeordningen?
- Hvilke pasienter er mest fornøyde, og hvorfor er noen pasienter mer fornøyde enn andre?
- Hva har kontinuitet i lege-pasient relasjonen å si for den pasientopplevde kvaliteten?
- Hva er pasienttilfredshet egentlig et uttrykk for – kvaliteten på tjenestene eller kjennetegn ved pasientene?

I denne rapporten drøftes disse spørsmålene med utgangspunkt i befolkningens egne erfaringer av tjenestetilbudets kvalitet og tilgjengelighet, slik de uttrykkes i to spørreskjemaundersøkelser. Studiene ble gjennomført i 2000 og i 2003, altså henholdsvis ett år før og to år etter at fastlegeordningen ble innført. Skjemaene, totalt 2 000 i hver av studiene, ble sendt til et tilfeldig utvalg av befolkningen i Nord-Norge og på Østlandet, likt fordelt mellom små og store kommuner. Her ble deltakerne bedt om å svare på spørsmål om blant annet trygghet i forhold til å få hjelp ved behov (tiltro til systemet) og fornøydhet med legekonsultasjoner og tjenestenes tilgjengelighet, samt angi

hva de opplevde som særlig problematisk og særlig positivt med tjenestetilbudet. Totalt ble 1 133 (58 prosent) besvarte skjemaer returnert i 2000 og 1 141 (58 prosent) i 2003. Gruppen av respondenter var lik i de to studiene, hvilket representerer en stor styrke med hensyn til sammenligningen av resultatene i de to årene. Et stort flertall av respondentene (nærmere 4 av 5) hadde vært hos primærlege siste år, og omtrent halvparten av spørsmålene skulle bare besvares av denne gruppen. Således er dette også en studie av pasienterfaringer.

Datamaterialet ble analysert ved hjelp av statistiske metoder, deriblant logistisk regresjon. Analysen har et geografisk perspektiv, noe som blant annet innebærer at jeg har forsøkt å se på hvordan folks erfaringer henger sammen med deres bosted, og da spesielt i forhold til dimensjonen by-land. Dataene kan si noe om *endringer* i folks fornøydhetsnivå i gjeldende periode, men de kan ikke si noe om *grunnen* til disse endringene, altså om de skyldes fastlegeordningen eller om de skyldes andre endringer i samme periode. Studien gir oss kunnskap om folks egne erfaringer og oppfatninger av tjenestetilbudet, den gir oss ikke såkalt objektive data om kvalitetsendringer.

Det å studere tilfredshet med et tjenestetilbud på denne måten representerer betydelige metodeproblemer. Det er for det første vanskelig å vite hvordan respondentene oppfatter spørsmålene, og hva de legger i svarene. Ulike respondenter kan tolke både spørsmålene og svaralternativene ulikt. Videre vil spørsmålsstillingen stort sett alltid påvirke svarene. I denne type studier er det heller ikke uvanlig at svargivningen er noe inkonsistent. Vanligvis heller folk mot å si seg tilfredse når de blir spurt om tilfredshet, særlig hvis de er usikre på hva de skal svare. Alt dette gjør at vi stilles overfor betydelige tolkningsproblemer i møte med et datamateriale som dette. Dataene må derfor tolkes med forsiktighet. Likeledes bør vi ikke legge for stor vekt på enkeltfunn men i stedet fokusere på hovedtrekkene i materialet. Noen av hovedtrekkene er følgende:

- De fleste som hadde vært hos primærlege siste år, både i 2000 og i 2003, uttrykte stor grad av fornøydhetsgrad med primærlegetjenesten i deres bostedskommuner. Andelen svært fornøyde var høyest for tjenestenes geografiske nærhet, legens måte å møte pasientene på med hensyn til tillit og respekt, og legens språkbeherskelse. Mange var også svært fornøyde med andre forhold som gikk på selve legebesøket, så som kommunikasjon, medbestemmelse og samhandlingen generelt. Størst misnøye ble uttrykt i forhold til tilgjengeligheten, spesielt legens tilgjengelighet i forhold til telefonkontakt og hjemmebesøk, samt ventetid på time og ventetid på legekonsultasjon før konsultasjoner.
- Rundt en av tre som hadde vært hos lege siste år hadde en eller flere uinnfridde forventninger til sitt forrige legebesøk, både i 2000 og 2003. Flertallet av uinnfridde forventninger gjaldt det å få informasjon for å forebygge eller behandle helseplager selv. Nesten halvparten av de som hadde denne forventningen fikk den ikke innfridd, både i 2000 og i 2003.
- I 2003 svarte et flertall av respondentene at primærlegetjenesten var *uendret* etter innføringen av fastlegeordningen med hensyn til både stabilitet, faglighet, ventetid og tilgjengelighet. Av de som ikke svarte uendret var det på samtlige spørsmål flere som svarte at tjenestene var blitt bedre enn at de var blitt dårligere. Andelen som svarte at tjenestene var blitt *bedre* var høyest for ventetid på legetime (29 prosent) og stabilitet i legedekningen (27 prosent). Størst andel som svarte at tjenestene var blitt *dårligere* hadde spørsmålene om hvor lett det var å få telefonkontakt med legen (19 prosent) og hvor lett det var å komme til legen samme dag (21 prosent). På begge disse spørsmålene var det omtrent like stor andel som svarte at tjenestene var blitt bedre som svarte at den var blitt dårligere.

- Fra 2000 til 2003 økte andelen som svarte at de i stor grad var trygge på å få legehjelp dersom de skulle trenge det, fra 46 til 55 prosent.
- Fra 2000 til 2003 var det en nedgang i andelen som rapporterte om en eller flere mislykkede forsøk på å få snakke med primærlege på telefon siste år, fra 33 til 22 prosent.
- I 2000 var det 25 prosent av de som hadde vært hos primærlege siste år som traff en lege de aldri hadde vært hos tidligere, forrige gang de var hos lege. I 2003 var dette tallet sunket til 15 prosent.
- I 2000 svarte 62 prosent at de betraktet legen de var hos sist som sin faste lege. I 2003 var dette tallet steget til 80 prosent.
- Når vi sammenligner data om grad av fornøydhets fra 2000 og 2003 for de som hadde vært hos primærlege siste år, ser vi at graden av fornøydhets både steg og sank etter innføringen av fastlegeordningen, avhengig av hvilken kvalitetsindikator vi ser på. Hovedinntrykket er klart positivt. Det var en økt andel svært fornøyde pasienter og en redusert andel misfornøyde pasienter på de fleste indikatorene, og da spesielt med forhold som angikk samhandlingen mellom lege og pasient. Fornøydhets på tjenestene totalt sett økte også. Videre var det færre som rapporterte om problematiske forhold i 2003 enn i 2000, både når det gjaldt språkproblemer med utenlandske leger, manglende stabilitet i legedekningen, lang ventetid for time og for liten tid inne hos legen ved legebesøk. Derimot var det en nedgang i pasientenes grad av fornøydhets når det gjaldt legens tilgjengelighet for telefonkontakt og for hjemmebesøk, legens språkbeherskelse (til tross for at færre som anga dette som særlig

problematisk), samt den geografiske nærheten til brukerne. Endringene kan tolkes blant annet som et uttrykk for reelle endringer i tjenestenes kvalitet og tilgjengelighet, som et uttrykk for økt systemtillit, og/eller som et uttrykk for endringer i folks forventninger.

- Geografisk sett var den generelle økningen i trygghet og fornøydhets fra 2000 til 2003 ulikt fordelt. Innbyggerne i de minste kommunene (kommuner med færre enn 5 000 innbyggere) kom dårligst ut. Her var både økningen i fornøydhets generelt sett lavere og nedgangen i fornøydhets generelt sett større enn i mellomstore og store kommuner.
- I 2000 var innbyggerne i de minste kommunene mer fornøyde enn innbyggere i mellomstore og store kommuner med legens tilgjengelighet for telefonkontakt og hjemmebesøk, tidsbruk ved konsultasjoner og ventetid for legetime og på legekantor (ved legebesøk). Andelen som svarte at lang ventetid for time og for liten tid ved konsultasjoner var et problem, var også lavest i småkommunene. I 2003 var det ikke lenger høyere grad av fornøydhets og færre rapporterte problemområder blant folk i småkommunene for noen av disse aspektene, alle signifikante estimat viste lavest grad av fornøydhets og flest rapporterte problemer i de minste kommunene. Fordelene ved å bo i små kommuner synes dermed å ha forsvunnet i løpet av perioden. Dette kan tolkes som uttrykk for en reell reduksjon i kvalitet og tilgjengelighet ved tjenestetilbudet i de minste kommunene, hvilket kan skyldes en kombinasjon av at legene der gikk over fra fastlønnets ansettelse til stykkprisbetalte kontraktører, nedleggelse av utekontorer, samt at småkommunene ikke hadde samme økning i antall legehjemler som større kommuner hadde. Funnet kan også tolkes som uttrykk for en forventningsskuffeles i små kommuner.

- I 2000 var det generelle bildet at de mest fornøyde pasientene ofte hadde høy utdannelse og bodde i kommuner med stabil legedekning. Ved sitt forrige legebesøk traff de en lege de hadde vært hos flere ganger før, og de hadde ikke uinnfridde forventninger etter dette legebesøket. I 2003 var graden av fornøydhet sjeldnere assosiert med pasientens utdanning og uinnfridde forventninger til forrige legebesøk enn det var i 2000. Forskjellene mellom ulike grupper av respondenter var således mindre i 2003 enn i 2000. Et hovedfunn i begge studiene var en positiv sammenheng mellom høy grad av fornøydhet og det å treffe samme lege flere ganger. Dette gjaldt de fleste aspektene, både ved legekonsultasjonene og ved tilgjengeligheten. Resultatene bekrefter teorien om at kontinuitet i lege-pasient relasjonen og høy grad av fornøydhet henger sammen.
- Pasientenes grad av fornøydhet var i liten grad assosiert med personlige kjennetegn som kjønn, alder inntekt og selvopplevd helse: Kvinner og menn var omtrent like fornøyde, og unge og gamle var omtrent like fornøyde. Det var heller ingen klare sammenhenger mellom selvopplevd helse og grad av fornøydhet. Pasientens utdanning var det eneste som var assosiert med graden av fornøydhet: De mest fornøyde var de med høy utdanning, det vil si med omtrent samme utdanningsnivå som legene. Dette tyder på at relasjonelle forhold ved lege-pasient interaksjonen (spesielt likhet i utdanningsnivå og kontinuitet) har større betydning for pasientenes grad av fornøydhet enn individuelle kjennetegn ved pasientene.
- I det presenterte materialet er det klare sammenhenger mellom folks grad av fornøydhet og strukturelle faktorer som stabiliteten i legetjenesten og kommunistørrelse. Dette tyder på at observerte mønstre i pasientopplevd kvalitet kan være en god indikator for kvaliteten på tjenestetilbudet.

Pasientenes fornøydhets synes også å være et uttrykk for relasjonelle forhold, hvor både kontinuitet og likhet i utdanningsnivå spiller inn.

- Dersom de omtalte endringene har sammenheng med innføringen av fastlegeordningen i 2001 ser det ut til at reformens målsetting om økt kvalitet har hatt suksess, men at målsettingen om økt tilgjengelighet på en del områder ikke har vært like vellykket – sett fra pasientenes ståsted. Videre ser det ut til at reformen har vært minst vellykket i små kommuner.

1 Innledning

Da fastlegeordningen ble innført 1. juni 2001 var det blant annet for å ”gi befolkningen større trygghet og tilfredshet med primærlegetjenesten” og for å ”forbedre kvaliteten på allmennlegetjenesten”. Videre skulle pasientene gis ”større innflytelse over behandlingen” (Sosial- og helsedepartementet 1997: 28). Sett fra befolkningens og pasientenes ståsted, har kvaliteten på primærlegetjenestene endret seg etter at fastlegeordningen ble innført? I så fall på hvilken måte? Hvilke konsekvenser har den vedvarende geografiske ulikheten i legedekningen for pasientenes opplevelser av tjenestenes kvalitet? Er det klare forskjeller i grad av fornøydhets mellom befolkningen i små og store kommuner? Hvilken betydning har stabilitet i legedekningen for pasientenes grad av fornøydhets? Og hvordan henger fornøydhets sammen med kjennetegn ved pasienten så som kjønn, alder, utdanning, helsetilstand og forventninger til legetjenestene? Dette er spørsmålene som drøftes i denne rapporten.

Basis for drøftingen er brukernes egne erfaringer av tjenestetilbudet, slik de uttrykkes i to spørreundersøkelser. Undersøkelsene ble gjennomført i 2000 og 2003, altså før og etter innføringen av fastlegeordningen. Skjemane ble sendt til et tilfeldig utvalg av befolkningen i Nord-Norge og på Østlandet, likt fordelt mellom små og store kommuner. Deltakerne ble bedt om å svare på spørsmål om blant annet trygghet og tiltro til systemet, om grad av fornøydhets med tjenestenes kvalitet og tilgjengelighet, samt om særlig problematiske og særlig positive aspekter ved tjenestetilbudet. I tillegg ble de i 2003 spurt om hvordan de opplevde at tjenestene hadde endret seg etter reformen og om eventuelle legebytter. Noen av spørsmålene skulle besvares av alle, andre skulle bare besvares av de som hadde vært hos lege siste år. Svarene ble analysert ved hjelp av statistiske metoder, deriblant logistiske regresjoner. Hovedpoenget med studien var å analysere eventuelle endringer i brukererfaringene ved å sammenligne materialet fra de to årene med henblikk på likheter og forskjeller.

2 Bakgrunn

Den første lege i Norge med offentlig lønn og et klart definert ansvarsområde, doktor Villads Nielsen, ble ansatt i Bergen by i 1603, men først i 1836 ble distriktslegetittelen offisiell (Moseng 2000; Schiøtz 2003). I 1912 kom Lov om offentlige lægeforretninger som la grunnlaget for en hierarkisk oppbygd distriktslegeordning som knyttet legene til det statlige embetsverket. Ordningen var statlig styrt via Helsedirektoratet (ibid.). Fra 1978 kunne distriktslegene ansettes på fast lønn (Hasvold & Johnsen 1996). I 1984 ble ansvaret for legetjenestene overført til kommunene gjennom Lov om helsetjenester i kommunene, og tittelen kommunelege ble innført. For å kunne tilpasse tjenestene til lokale forhold fikk kommunene stor frihet i utformingen av tjenesten, blant annet kunne de velge om de ville ansette leger på fast lønn eller inngå kontrakter med privatpraktiserende leger.

1. juni 2001 ble denne fleksibiliteten innskrenket gjennom fastlege-reformen. Reformen endret rammevilkårene for allmennlegetjenesten, både organisatorisk og økonomisk. Den nye ordningen består av flere elementer, blant annet en *organisasjonsmodell*, et *listepasientsystem* og en *avlønningsform* (Sosial- og helsedepartementet 1997; 1999). Reformen innebærer at tjenestene nå primært organiseres med utgangspunkt i kontrakter med leger som er selvstendig næringsdrivende. Legene lønnes dels etter et fast tilskudd for hver person på listen (ca 30 prosent av deres inntekter), dels etter antall konsultasjoner (både egenandeler og refusjoner fra Folketrygden, totalt ca 70 prosent). Kontraktene forplikter dem til å levere nærmere definerte tjenester til en avgrenset del av befolkningen. Ansvaret for den enkelte innbygger eller pasient er direkte plassert hos legen, ikke hos kommunen, og fastlegene har et særlig ansvar for de innbyggerne som står på deres lister. Et stort flertall av det norske folk (to av tre) hadde det de karakteriserte som en fast lege selv før fastlegeordningen ble innført. Dette gjaldt kvinner i større grad enn menn,

folk i byene i større grad enn folk i distriktene, og eldre i større grad enn yngre (Statistisk sentralbyrå 2000c). Med listepasientsystemet er legens ansvar blitt mer formalisert.

Da fastlegeordningen ble innført ble det på grunn av legemangel gitt midlertidige dispensasjoner fra ordningen til åtte kommuner, alle i Nord-Norge. Hele seks kommuner i Nord-Norge hadde ikke en eneste lege på dette tidspunkt, 6 kommuner hadde under halvparten av listekapasiteten dekket med navngitt lege, og mer enn en av ti nordlendinger var oppført på legeløse lister (Braathen 2001; Rikstrydeverket 2001). En dame fra nord målbar nordlendingens frustrasjoner over situasjonen i et avisnettmøte med helseministeren hvor fastlegereformen ble debattert: ”Her hos oss diskuterer vi om vi skal velge vakant 1 eller vakant 2, ellet kanskje den utenlandske legen som sikkert har flyttet herfra neste gang vi skal til legen (Orskaug 2001).”

Problemene med rekruttering og stabilitet i primærlegetjenesten gjaldt ikke bare distriktskommunene. Utover 1990-årene var det mange primærleger som sluttet i sine stillinger, og rekrutteringen til yrket ble karakterisert som tilnærmet null (Aarseth 2000). Ord som krise og legefukt ble brukt for å beskrive situasjonen (Aarseth 2000; Aaraas et al. 2000; Stavdahl 2000). Ordvalget er et definisjonsspørsmål, men problemene var nok høyst reelle.

Svikten i rekrutteringen av primærleger ga seg likevel størst utslag i små og mindre sentrale kommuner (Statistisk sentralbyrå 1998; 2000a; 2000b, Arnesen 1998; Sundar 1998). Mange av disse befant seg i Nord-Norge og på Vestlandet. I region Nord var gjennomsnittlig 28 prosent av alle faste primærlegestillinger ledige i 1997, og noen kommuner hadde opptil 20 korttidsvikarer i løpet av året (Andersen, Herder & Forsdahl 1999). Mange av vikarene var turnuskandidater eller utenlandske leger. I perioden 1995-1999 ble antall primærleger i landsdelen redusert med 6,5 prosent, mens antall primærleger i Oslo økte med 19 prosent (Sundar 1998; Legeforeningen 2001a). Problemet er ikke av ny dato, det har eksistert i større eller mindre

grad siden 1960-årene (Haugsbø 1988), men det har økt i styrke og omfang. Oslo har for tiden motsatt problem av distriktskommunene, der er det for mange primærleger i forhold til antall innbyggere. Da fastlegereformen ble innført 1. juni 2001 ble overkapasiteten i hovedstaden synlig da en stor del av legene der ble tildelt rundt 20 prosent færre pasienter enn de hadde bedt om (Legeforeningen 2001b). Dette førte til bekymringer om inntektstap blant Oslolegene.

Ubesatte legestillinger og vikarstafetter i mange distriktskommuner førte til økte geografiske ulikheter med hensyn til legedekning og stabilitet i tjenestetilbudet, en ulikhet som ikke reflekterte variasjoner i befolkningens behov. Dette både var og er en alvorlig trussel mot en av grunnpilarene i norsk helsevesen: En geografisk og sosial likeverdighet både i kvalitet og tilgjengelighet.

Rekrutteringsproblemene i småkommunene i 1990-årene økte samtidig med at andelen privatpraktiserende leger steg. I 1992, året etter at Stortinget vedtok å prøve ut en fastlegeordning i fire kommuner, begynte en økende andel leger å gå over fra ansettelse med fast lønn til privat praksis med driftsavtale. Dette skjedde primært i byene, legene i distriktene holdt på sine offentlige ansettelser og fastlønnsavtaler. Trenden fortsatte utover 1990-årene. På landsbasis var 18 prosent av legene ansatt på fast lønn og 67 prosent var avtaleleger i 1999, men i de minst sentraliserte kommunene var de fleste fortsatt på fast lønn (45 prosent fastlønnede, mot 38 prosent avtaleleger) (Statistisk sentralbyrå 2000a; 2000b).¹ Samtidig med at bylegene gikk over til privat praksis flyttet mange leger fra distriktene, og stadig flere stillinger ble stående ledige. En av grunnene kan være at mange fryktet at de etter reformen ville få økt arbeidsbelastning og større ansvar, både for pasientlister knyttet til

¹ I perioden 1987 til 1992 var 35-38 prosent av primærlegene kommunalt ansatte med fast lønn, mens 51-53 prosent var avtaleleger (resten var turnuskandidater eller uten kontrakter).

ledige stillinger og for å skaffe vikarer (Sundar 1998). Således kan fastlege-reformen ha hatt viktige effekter selv før den ble innført.

Problemene med legerekutteringen i distriktene er en del av et større og mer sammensatt saksfelt, og må derfor forstås i lys også av forhold utenfor helsetjenesten – forhold av mer generell samfunnsmessig art. Det er nemlig ikke bare legene som forsvinner fra distriktene, det gjør også posthusene, kinoene, og – ikke minst – ungdommen. Både økende urbanisering og rekrutteringssvikt i primærlegetjenesten er internasjonale trender. Likevel vil også forhold innenfor norsk helsevesen ha innvirkning på utviklingen, spesielt organisatoriske og avlønningmessige forhold.

Det var knyttet stor usikkerhet til hvordan den nye fastlegeordningen ville påvirke legefordelingen. Mange fryktet at ulikhetene ville forverres. Dette hadde ikke med fastlegeelementet å gjøre, det var avlønningselementet i reformen mange var kritiske til (privat praksis med stykkprisbetaling). Systemet innebærer at den økonomiske inntjeningen potensielt sett er best hvor pasientgrunnet er størst, altså i byene (forutsatt at tilbudet ikke overskrider etterspørselen). Således kan altså bypraksiser fort blir mer økonomisk lønnsomme enn distriktspraksiser. Mange fryktet derfor at ordningen ville føre til at en del primærleger forlot distriktene til fordel for mer økonomisk lønnsomme praksiser i byene, og at problemene med stor ”gjennomtrekk” og ubesatte stillinger dermed ville øke (Westin 2001; Kommunenes sentralforbund 1999).

3 Teorier og hypoteser

Hva er pasienttilfredshet egentlig uttrykk for – kvaliteten på tjenestene eller trekk ved pasientene? Til tross for at det i en internasjonal sammenheng har vært en betydelig vekst i studier av pasienterfaringer de siste 20 årene er det teoretiske rammeverket for slike studier ikke spesielt godt utviklet. En innledende diskusjon av pasienttilfredshet som fenomen er derfor viktig for den påfølgende analysen.

3.1 Aktør, struktur og relasjon – tre teorier om pasienttilfredshet

Det finnes forskjellige teorier om hva som kan forklare pasienters grad av tilfredshet eller utilfredshet med helsetjenestene. Noen av dem ser ikke tilfredsheten først og fremst som et uttrykk for kvaliteten på tjenestene. Dette gjelder særlig innefor de *aktørorienterte* teoriene om pasienttilfredshet. En av disse går ut på at tilfredshet avspeiler noe ved pasientene selv som gjør at de vurderer helsetjenestene så strengt eller mildt som de gjør (Hofoss 1986; Locker & Dunt 1978). Det kan her være snakk om både *psykologiske* faktorer (personlighet, humør, tilfredshet generelt, tillitsfullhet, mestringsevne, selvinnsett), *sosiale* faktorer (alder, kjønn, utdanning, inntekt, sosiale nettverk, sosiale problemer), *økonomiske* faktorer (økonomisk situasjon, boforhold), og *helsemessige* faktorer (sykdommens alvorlighetsgrad, behandlingseffekt). Det er ulike oppfatninger både med hensyn til *om* disse faktorene i det hele tatt er viktige, og i hvilken retning de påvirker tilfredsheten. Hall og Dornan (1990) har studert forholdet mellom pasienttilfredshet og sosiodemografiske kjennetegn (alder, etnisk tilhørighet, kjønn, klasse, inntekt, utdanning, sivil status, familiestørrelse). De fant at alder og utdanning hadde en viss betydning, men konkluderte likevel med at "sociodemographic characteristics are a minor predictor of satisfaction, at best (s. 816)."

En annen aktørorientert teori går ut på at tilfredshet i stor grad uttrykker forholdet mellom forventninger og resultater: "... satisfaction or dissatisfaction is the result of a comparison between prior expectations and perceptions of actual product or service attributes. The greater the divergence between the two, the more apparent becomes the satisfaction or dissatisfaction (Thompson & Suñol 1995:131)." Andre bestrider denne oppfatningen fordi den ikke kan belegges empirisk, og fordi den bygger på flere urealistiske forutsetninger, blant annet at pasientene alltid har klart formulerte forventninger til kontakten med helsevesenet (Williams 1994). Ettersom forventninger i stor grad er kulturelt betinget kan det være en sammenheng mellom pasientenes forventninger og deres sosioøkonomiske bakgrunn.

Relasjonelle teorier skiller seg fra aktørorienterte teorier ved at de legger vekt på faktorer som ligger *mellom* aktørene (primært pasient og profesjonell hjelper), og som er knyttet til samhandlingen dem imellom. Antakelsen her er at pasientenes tilfredshet uttrykker noe om forhold ved interaksjonen mellom hjelper og pasient, som for eksempel tidsbruk, kommunikasjon, informasjon og kontinuitet. Mangelfull kommunikasjon og informasjon kan gi grobunn for misnøye (Hall og Dornan 1990; Locker og Dunt 1978), kontinuitet kan gi grobunn for tilfredshet (Hjortdahl 1992; McWhinney 1982; Hulka et al. 1971). Interaksjonen påvirkes selvfølgelig av de aktørene som tar del i den. Eksempelvis kan trekk ved helsearbeideren, som alder, kjønn, utdanningssted, arbeidserfaring, faglige dyktighet, samt personlige egenskaper som samarbeidsevner, omsorgsevner og lydhørhet, virke inn på samhandlingen (Sørli et al. 1997; Hall og Dornan 1990; Locker og Dunt 1978). De individuelle aspektene ved pasienttilfredshet er således ikke fraværende i de relasjonelle teorier, de er bare satt inn i en relasjonell forståelse.

Mens aktørorienterte teorier legger størst vekt på individuelle kjennetegn eller egenskaper ved aktørene, og relasjonelle teorier legger størst vekt

på det som ligger mellom aktørene, legger *strukturorienterte* teorier størst vekt på trekk ved formelle systemer og strukturer. Her blir pasienterfaringer betraktet primært som et resultat av forhold ved tjenestetilbudet. Måten tjenestene er organisert og finansiert antas å ha betydning for pasientenes tilfredshet. Strukturelle forhold vil selvsagt virke sammen med individuelle og relasjonelle forhold, ettersom strukturene legger føringer både på aktørene og på samhandlingen mellom dem.

De tre teoriene er ikke et spørsmål om enten-eller, pasienttilfredshet vil ofte være et uttrykk for alle disse aspektene på samme tid.

3.2 Tidligere forskning

Tidligere internasjonal forskning omkring pasienttilfredshet gir støtte både til aktørteorier, relasjonelle teorier og strukturorienterte teorier. Samlet sett gir studiene lite grunnlag for å si noe generelt om hva som kan forklare variasjoner i pasienttilfredshet. Betydningen av kjennetegn ved pasienten som kjønn, alder, helsetilstand og utdanning slår ulikt ut i ulike studier, og er dermed kontekstavhengig. Avhengig av konteksten har følgende pasientrelaterte faktorer vist seg og kunne bidra til å forklare variasjoner i tilfredshet:

- Kjønn: Kvinner er i noen tilfeller mer fornøyde enn menn, men som oftest er de like fornøyde (Hall & Dornan 1990; Bjørnskau & Stene 1999, Sørli, Sexton & Sørli 1997).
- Alder: Eldre pasienter er mer tilbøyelige til å uttrykke tilfredshet enn yngre pasienter (Locker & Dunt 1978).
- Utdanning: Høy grad av tilfredshet er assosiert både med lavere utdanning (Hall & Dornan 1990; Bjørnskau & Stene 1999) og med høyere utdanning (Hulka et al. 1971).

- Personlighetstrekk: Humør og tilfredshet generelt har betydning for hvordan vi opplever kvaliteten på legetjenestene (Sørli et al. 1997).
- Mellommenneskelige relasjoner: Manglende sosiale nettverk og sosiale problemer kan påvirke pasienttilfredsheten i negativ retning (Linn 1975).
- Materielle omgivelser (økonomisk situasjon, boforhold): Både økonomiske problemer og høy inntekt kan påvirke pasienttilfredsheten i negativ retning, sistnevnte gruppe muligens fordi de stiller strengere krav til tjenestene (Hofoss 1986; Kasteler 1976).
- Helsestatus: Det er ofte en sammenheng mellom god helse og høy grad av tilfredshet (Hall et al. 1990).
- Forventninger til tjenestene: Fornøydhet er et uttrykk for om forventningene ble innfridd eller ikke (Thompson & Suñol 1995).
- Behandlingseffekt (selvopplevd): Når behandlingen hjelper sier flere seg tilfreds (Sørli et al. 1997).

Det finnes hittil lite forskning omkring pasienterfaringer i norsk primærlege-tjeneste, en studie av Kvamme, Sandvik og Hjortdahl (2000) er en av de få som gir oss empiriske data på dette feltet. Denne studien omhandler sammenhengen mellom praksisform og pasientopplevd kvalitet i norsk primærlege-tjeneste, og den var basert på 1 600 spørreskjemaer besvart av pasienter av 61 primærleger fordelt over hele landet, deriblant leger i fastlegepraksis (selvstendig næringsdrivende med populasjonsansvar). Resultatene viste "en gjennomgående tendens til at fastlegepraksisar kom dårligast ut samanlikna

med dei andre praksistypene, og særleg for kvalitetsdimensjonen tilgang og organisering (s. 2500).” På 8 av 31 spørsmål vurderte fastlegepasienter kvaliteten på tjenestene dårligere enn andre pasienter. Dette gjaldt blant annet følelsen av å ha tid nok, å bli tatt med på avgjørelser, å få kontakt med legekontoret på telefon, ventetid på venterom og rask hjelp i akutte situasjoner. Fastlegepraksis syntes altså å påvirke pasienterfaringene i negativ retning.

Evalueringene av forsøk med fastlegepraksis i fire kommuner (Tromsø, Trondheim, Åsnes og Lillehammer) hadde motsatte resultater. En av studiene viste at i løpet av forsøksperioden (1993-95) økte andelen pasienter som sa seg fornøyde med legetjenestene i forsøkskommunene. Denne trenden fant de ikke igjen i kontrollkommunene (Hasvold og Johnsen 1996). Ordningen hadde også stor oppslutning blant pasientene i forsøkskommunene (Mo 1995). Også i andre studier er fastlegepasienter mer fornøyde enn andre pasienter (Statistisk sentralbyrå 2000c).

3.3 Hypoteser

Basert på ovennevnte kan vi utlede en rekke hypoteser for denne studien:

- Kontinuiteten i lege-pasient relasjonen har bedret seg etter fastlegeordningen. Ettersom kontinuitet antas å ha en positiv virkning på pasientopplevd kvalitet, har trolig også pasienterfaringene bedret seg. Det at graden av fornøydhets var høy i utgangspunktet, pluss at to av tre innbyggere hadde det de selv karakteriserte som en fast lege før ordningen ble innført, tilsier at forbedringspotensialet var begrenset og at det derfor ikke var grunn til å forvente de helt store endringene.
- Folk i kommuner med stabil legedekning er mer positive enn folk i kommuner med ustabil legedekning.

- Folk i små kommuner er mindre fornøyde med legetjenestene enn folk i store kommuner på grunn av rekrutteringsproblemene, men forskjellene jevnes ut når vi korrigerer for forskjeller i kontinuitet og stabilitet.
- Graden av fornøydhet øker jo bedre helse pasienten har.
- Eldre er mer fornøyde enn yngre.
- Utdannelse og inntekt har noen betydning for tilfredsheten, retningen vil variere.
- Folk med uinnfridde forventninger etter legebesøk er minst fornøyde.
- Kvinner og menn er omtrent like fornøyde.

4 Data og metode

Det er mange måter å studere kvaliteten i helsevesenet på. Denne studien handler om pasientopplevd kvalitet i primærlegetjenesten før og etter innføringen av fastlegeordningen i 2001. Dataene ble samlet inn ved hjelp av spørreskjemaer sendt per post. Innsamlingen foregikk i to runder, henholdsvis i april/mai 2000 og april/mai 2003 (første utsending i april, og en purring i mai til de som ikke svarte). Hensikten med å gjennomføre begge studiene på samme årstid var å forhindre at svarene ble påvirket av ulike årstider.

Datamaterialet er av en kvantitativ art av hensyn til generaliserbarheten. For å unngå problemer som kan oppstå ved at leger deler ut skjemaer til pasientene sine, valgte jeg å sende spørreskjemaer til et tilfeldig utvalg av befolkningen. (Det ville vært vanskelig å kontrollere om legene delte ut skjemaene i tråd med retningslinjene; de kunne glemme å dele dem ut, eller de kunne si ut pasienter de ikke ønsket skulle delta). Ettersom syv av ti innbyggere er hos primærlege i løpet av ett år (Bjørnskau & Stene 1999) er generelle befolkningsstudier en grei måte å nå pasientene på.

4.1 Utvalget

Det var ikke de samme personene som ble tilskrevet i de to rundene, men ellers var utvalgene like: Både i 2000 og i 2003 ble 2000 spørreskjemaer sendt til et tilfeldig utvalg av befolkningen i Nord-Norge og på Østlandet, tilfeldig trukket ut fra folkeregisteret. Valg av regioner var basert på et ønske om å inkludere ytterpunktene av demografiske og geografiske kjennetegn. I region Øst er vårt største fylke (Oslo med 507 000 innbyggere – 1 190 per km² landareal), i region Nord er vårt minste fylke (Finnmark med 74 000 innbyggere – 2 per km²) (Statistisk sentralbyrå 2000d, tall fra 2000). Region Øst har mange kommuner med høyt innbyggertall og høy befolkningstetthet, region Nord har mange små kommuner med lav befolkningstetthet. Likevel

har både region Nord og region Øst en blanding av tettbygde og spredtbygde områder og av små og store kommuner. Kombinasjonen av forskjeller og likheter gjør det mulig å si noe om eventuelle forskjeller i grad av tilfredshet først og fremst er knyttet til kommunestørrelse og befolkningstetthet, eller til nord - sør dimensjonen.

Utvalget ble som sagt trukket ut etter samme kriterier i begge studiene. Kriteriene var utformet slik at utvalget ble likt fordelt mellom regionene, mellom små og store kommuner, og mellom aldersgrupper (boks 1).

Boks 1 Utvalget i spørreundersøkelsene i 2000 og 2003

- 1 000 innbyggere fra region Nord (Nordland, Troms og Finnmark) og 1 000 fra region Øst (Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark og Oppland)
- Innenfor hver region trakk vi ut 250 personer fra hver av de fire kommunegruppene (under 5 000 innbyggere, 5-10 000 innbyggere, 10-20 000 innbyggere og over 20 000 innbyggere)
- I hver av kommunegruppene trakk vi ut 50 i hver av aldersklassene 20-29 år, 30-39 år, 40-49 år, 50-59 år og 60-69 år
- For å muliggjøre en sammenlignende før-etter-studie ble forsøkskommunene Tromsø, Lillehammer og Åsnes holdt utenfor

4.2 Datamaterialet

Etter endt datainnsamling var totalt 2 274 besvarte spørreskjemaer godkjent for videre analyser, henholdsvis 1 133 fra 2000 og 1 141 fra 2003. Dette gir en svarprosent på 58 (tabell 1).

I begge datasett steg svarprosenten med respondentens alder, fra 44 for den yngste aldersgruppen til 50–68 prosent for de andre aldersgruppene. Ellers var det ingen store forskjeller med hensyn til hvem som svarte, heller ikke mellom kommunegruppene (tabell 2). Gruppen av respondenter var

derfor lik i de to studiene: Kvinneandelen var på henholdsvis 55 og 53 prosent, andelen høyt utdannede var på henholdsvis 27 og 30 prosent, og gjennomsnittsrespondenten var henholdsvis 46 og 47 år (tallene er referert i kronologisk rekkefølge).

Tabell 1 Datamaterialet

<i>Årstall for studien</i>	<i>Brutto-utvalg</i>	<i>Netto-utvalg¹</i>	<i>Besvarelser totalt</i>	<i>Brukt i regresjonsanalyser</i>
2000	2000	1 969	1 133 (58 %)	860 (76 %)
2003	2000	1 960	1 141 (58 %)	904 (79 %)
Summer	4000	3 929	2 274 (58 %)	1 764 (78 %)

¹ Fratrasket de som ble returnert fra postverket på grunn av ukjent adressat, eller slektninger som oppga at adressaten bodde utenlands.

Tabell 2 Geografisk svarfordeling

<i>Kommunestørrelse</i>	<i>Region Nord</i>		<i>Region Øst</i>		<i>Summer</i>	
	<i>2000</i>	<i>2003</i>	<i>2000</i>	<i>2003</i>	<i>2000</i>	<i>2003</i>
Under 5 000	122	137	133	135	255	272
5 000 – 9 999	150	154	145	139	295	293
10 000 – 19 999	164	152	151	136	315	288
Over 20 000	147	152	121	136	268	288
Summer	583	595	550	546	1 133	1 141

4.3 Spørreskjemaet

De to spørreskjemaene var stort sett like, men en del av spørsmålene i skjemaet fra første runde ble byttet ut i andre runde. Disse spørsmålene gikk på hva som kjennetegner en god primærlegetjeneste. Alle spørsmål som ble beholdt i andre runde ble gjengitt helt identisk (sidene 2-4 i skjemaene var identiske, deler av side 1 var byttet ut, se vedlegg 2).

Av de spørsmålene som gikk igjen i begge studiene var det en del som skulle besvares av alle og en del som skulle besvares bare av de som hadde vært hos primærlege siste år. Alle ble spurt om i hvilken grad de var trygge på at de fikk legehjelp dersom de skulle trenge det, hvor ofte de vanligvis gikk til primærlege, og om de hadde vært hos lege siste år. Det var også en del spørsmål om selvpoplevd helse, husstand og bosted (kodet ut fra adressen skjemaet ble sendt til).

De spørsmålene som kun skulle besvares av de som hadde vært hos primærlege siste år angikk først og fremst *grad av fornøydh*et med ulike aspekter ved tjenestenes kvalitet og tilgjengelighet, og de hadde fem svarkategorier. Spørsmålene gikk blant annet på tilgjengelighet, ventetid, kontinuitet, medbestemmelse, tillit, kommunikasjon, informasjon og tidsbruk (i alt 16 spørsmål). Disse kan sammenfattes i to hovedgrupper: Forhold knyttet til tilgjengelighet og forhold knyttet til samhandlingen mellom lege og pasient. Videre skulle de svare på en del spørsmål om forrige legebesøk (kontinuitet, forventninger og resultater). Til slutt i denne delen ble de spurt om hva de opplevde som særlig problematisk og særlig positivt med primærlegetjenesten i sin bostedskommune. Her kunne de markere så mange svar som de ønsket. Svarene omhandlet mye av det samme som spørsmålene om grad av fornøydhet. Hensikten med disse spørsmålene var både å få dem til å velge ut hvilke aspekter de opplevde som henholdsvis mest positive og mest problematiske, men også å se hvordan formuleringene av spørsmålene påvirket resultatene.

I tillegg til dette hadde 2003-studien spørsmål om hvordan de opplevde kvaliteten i primærlegetjenesten før og etter innføringen av fastlegeordningen (fem spørsmål), om fastlegeordningen førte til at de mistet et tidligere stabilt legeforhold som de ønsket å beholde, om grunner til eventuelle frivillige legebytter, og om fastlegens kjønn. Disse spørsmål skulle besvares av alle.

4.4 Dataanalysen

Dataene ble analysert ved hjelp av frekvenstallinger, krysstabeller, kji kvadrat-tester, korrelasjonsanalyser og multipel logistisk regresjon (boks 2, punkt a). Regresjonsanalysene ble avgrenset til de som oppga å ha vært hos lege siste år (860 respondenter fra 2000 og 904 fra 2003). Hensikten med disse var å studere sammenhengen mellom pasientenes vurderinger av tjenestenes kvalitet og tilgjengelighet (avhengige variabler) og forhold knyttet til respondenten, blant annet personlige kjennetegn, bosted og siste legebesøk (uavhengige variabler), justert for respondentens alder og kjønn.

Dataene ble først analysert med utgangspunkt i en modell hvor årstall på studien inngikk som en av flere andre forklaringsvariabler, men dette viste seg å være umulig fordi denne variabelen interagererte med del av de andre forklaringsvariablene, spesielt ”stabiliteten i legedekningen” og ”vært hos samme lege før”. De logistiske regresjonene ble derfor delt i to deler. Først foretok jeg logistiske regresjoner som bestod av en direkte sammenligning av folks svar i 2000 og 2003, justert for respondentens alder og kjønn, samt størrelsen på bostedskommunen. I denne modellen inngikk i alt 25 variabler, som ble analysert med henblikk på å finne statistiske sammenhenger mellom tidspunkt for studien og forskjeller i svar på fornøydhet (16 variabler), rapportering av særlige problemområder (5 variabler) og rapportering av særlig positive forhold ved tjenestene (4 variabler).

I del to av regresjonsanalysene ble dataene for 2000 og 2003 analysert hver for seg. Modellene for disse analysene var basert på henholdsvis 5 og 4 uavhengige variabler og 17 avhengige variabler (boks 3). De *uavhengige* variablene ble valgt ut etter forberedende analyser som viste at pasientenes vurderinger av tjenestetilbudet i liten grad var assosiert med deres kjønn, alder, helsetilstand, husstandens inntekt, region, fylke, sivilstand, barn i husstanden og legens kjønn. De uavhengige variablene var henholdsvis pasientens utdanning, kontinuitet i lege-pasient forholdet, uinnfridde

forventninger til forrige legebesøk, kommunestørrelse og stabilitet i legedekningen (sistnevnte kun for 2000-data for i 2003 var det bare 27 respondenter fra ustabile kommuner) (boks 2, punkt b). For å justere for respondentens alder og kjønn inngikk også disse variablene i modellene. Ingen av variablene var høykorrelerte (boks 2 punkt c), og alle ble beholdt i modellene selv om en eller flere av dem ikke ga signifikant resultat, for å kontrollere for deres effekt. Etter at datasettene var analysert hver for seg ble resultatene for hvert av årene sammenlignet for å se om betydningen av de enkelte forklaringsvariablene endret seg fra 2000 til 2003.

De *avhengige* variablene gjaldt pasientenes egne vurderinger av primærlegetjenestenes kvalitet, og var gruppert i to hovedgrupper. *Gruppe 1* bestod av 16 spørsmål om grad av fornøydhet med ulike aspekter ved tjenestetilbudet, med fem svarkategorier på en skala fra særdeles fornøyd til særdeles misfornøyd (boks 2, punkt d). For å redusere antall tester ble noen av spørsmålene slått sammen (boks 2, punkt e). *Gruppe 2* bestod av spørsmål som ba respondentene angi hva de opplevde som særlig problematisk med legetjenesten (boks 3).

På andre deler av materialet laget jeg krysstabeller med kjiqvadratter, blant annet for å sammenligne svarene i 2000 og 2003 på en del spørsmål som ikke inngikk i regresjonsanalysene, og for å studere om og i hvilken grad endringene fra 2000 til 2003 var forskjellig i de ulike kommunegruppene.

Boks 2 Metode

- a. Valget falt på logistisk regresjon fordi dataene var nominal- og ordinalskalerte. Regresjonsanalysene får frem mønster i materialet som kan danne grunnlag for å forklare variasjoner i pasientopplevd kvalitet. Variasjonene er frembrakt av en rekke faktorer. Noen av disse vil kanskje henge sammen, andre vil være uavhengige av hverandre. Multiple regresjonsanalyser gjør det mulig å studere effekten av en variabel justert for andre variabler.
- b. Klassifiseringen med hensyn til stabilitet ble gjort av fylkeslegene i hvert av fylkene, i samråd med meg, etter en skjønnsmessig vurdering ut fra oppgitte kriterier. Kommunene ble klassifisert som enten stabile eller ustabile. Med ustabilitet menes store og vedvarende problemer med utstrakt vikarbruk og tidvis ubesatte stillinger, men ikke nødvendigvis for alle stillingshjemlene. I 2000 ble 32 kommuner i nord og 11 kommuner i øst klassifisert som ustabile. I 2003 var tallene redusert til henholdsvis 14 i nord og 3 i øst (vedlegg 1).
- c. $R < 0.4$ i 2000 og < 0.3 i 2003. Det var likevel enkelte mønstre å spore i forholdet mellom de uavhengige variablene: De som hadde vært hos samme lege før hadde en tendens til å bo i store kommuner med stabil legedekning, ha høy alder og dårlig helse, og det var flere av dem i 2003 enn i 2000. De som oppga at de hadde god helse hadde sjeldnere uinnfridde forventninger til forrige legebesøk enn de med dårlig helse, og de hadde oftere lav alder og høy utdanning. De med høy utdanning hadde gjerne god helse og lav alder. Stabiliteten i legetjenesten var bedre i store enn i små kommuner, og bedre i 2003 enn i 2000.
- d. Svarene på grad av fornøydhet ble rekodet til dikotome variabler. Svarene særdeles og meget fornøyd ble kodet ja, ellers nei (dette innebærer at analysene fanger opp endringer i andelen svært fornøyd). De *uavhengige* variablene ble også kodet med 2 verdier, med unntak av kommunestørrelse som ble kodet med 3 verdier (boks 3).
- e. Svarene på spørsmålene var opprinnelig kodet fra 1 (særdeles fornøyd) til 5 (særdeles misfornøyd). Noen av spørsmålene ble slått sammen to og to ved at verdiene på dem ble summert og deretter delt på 2 (hvis ett av spørsmålene var ubesvarte ble det kodet som ubesvart). Dersom gjennomsnittet på de to spørsmålene ble 2 eller mindre ble den nye variabelen kodet som "svært fornøyd". Dette reduserte antall variabler i gruppe 1 fra 16 til 12.

Boks 3 Modeller for multiple logistiske regresjoner, 2000 og 2003
(N=806/904)

<i>Uavhengige variabler</i>	<i>Avhengige variabler</i>
<p>Pasientens alder (kontrollvariabel)</p> <p>20-69 år</p> <p>Pasientens kjønn (kontrollvariabel)</p> <p>1. Kvinne (N=510/520) 2. Mann (N=349/384)</p> <p>Pasientens utdanning</p> <p>1. Grunn-/videreg. skole (N=610/635) 2. Høgskole/universitetsutd. (N=226/261)</p> <p>Angående forrige legebesøk: Hadde vært hos samme lege før</p> <p>1. Aldri/en sjelden gang (N=353/276) 2. Ja, flere ganger (N=496/612)</p> <p>Uinnfridde forventninger til forrige legebesøk</p> <p>1. Ja (N=328/311) 0. Nei (N=532/593)</p> <p>Stabilitet i legedekningen (kun 2000-data)</p> <p>1. Stabil legedekning (N=680/877) 2. Ustabil legedekning (N=180/27)</p> <p>Kommunestørrelse</p> <p>1. Under 5.000 innbyggere (N=202/225) 2. 5 - 19.999 innbyggere (N=461/456) 3. Over 20.000 innbyggere (N=197/223)</p>	<p>Gruppe 1. Grad av fornøydhet med</p> <ul style="list-style-type: none"> - legens tilgjengelighet mht. telefonkontakt og hjemmebesøk (spørsmål 1 og 2, tabell 9) - samhandlingen med legen under legekonsultasjonen (spørsmål 3 og 4) - kommunikasjonsaspekter ved legekonsultasjonen (spørsmål 5 og 6) - medbestemmelse ved legekonsultasjonen (spørsmål 7 og 8) - ventetid på legetime - ventetid på legekantoret - tidsbruk under konsultasjonen - legens faglige oppdatering i forhold til ny medisinsk kunnskap og teknologi - legens personlige kjennskap til din sykehistorie - legens språkbeherskelse - geografisk nærhet til brukerne - legetjenesten, totalt sett <ul style="list-style-type: none"> 1. Svært fornøyd 0. Ikke svært fornøyd <p>Gruppe 2. Hva er særlig problematisk?</p> <ul style="list-style-type: none"> - språkproblemer med utenlandske leger - manglende stabilitet i legedekningen - lang ventetid for time - for lite tid hos legen ved konsultasjon - legenes måte å møte pasientene på <ul style="list-style-type: none"> 1. Ja 0. Nei

5 Resultater

I det følgende presenteres resultatene av studien først gjennom deskriptiv statistikk. Deretter presenteres resultatene av regresjonsanalysene. Funnene drøftes nærmere i neste kapittel.

5.1 Frekvenstillinger og krysstabeller

Hva kjennetegner de som svarte på spørreskjemaet? I det følgende gjengis data fra begge studiene, og dersom ikke annet er sagt refereres tallene i kronologisk rekkefølge.

Besvart av alle

Når det gjaldt spørsmålene om antall kontakter med primærlegetjenesten var svargivningen relativt lik i 2000 og 2003. Henholdsvis 32 og 35 prosent oppga at de vanligvis hadde kontakt med primærlege mer enn tre ganger per år. Andelen som hadde vært hos lege fire ganger eller mer siste år steg fra 26 og 29 prosent, og andelen som ikke hadde vært hos lege i det hele tatt siste år sank fra 24 til 20 prosent.

På en del andre områder var det klare forskjeller mellom 2000 og 2003: Henholdsvis 33 og 22 prosent hadde forsøkt å få snakke med primærlege per telefon en eller flere ganger i løpet av det siste året, uten å oppnå det ($p < 0,001$). I 2000 var 46 prosent i stor grad trygg på at de ville få legehjelp dersom de skulle trenge det, i 2003 var dette tallet steget til 55 prosent ($p < 0,001$). Den største økningen gjaldt folk i mellomstore kommuner. Folk i små kommuner tok ikke del i denne økte tryggheten (tabell 3).

Tabell 3 Svarfordeling på spørsmålet ”I hvilken grad føler du deg trygg på at du får legehjelp dersom du skulle trenge det?” fordelt på årstall og kommune-størrelse (N = 1 117/1 113)

<i>Kommune-størrelse</i>	<i>Årstall</i>	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I liten grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>	<i>p-verdi</i>
Små kommuner	2000	51 %	42 %	6 %	1 %	0,855
	2003	53 %	38 %	7 %	2 %	
Mellomstore kommuner	2000	43 %	47 %	10 %	0 %	< 0,001
	2003	57 %	36 %	6 %	2 %	
Store kommuner	2000	46 %	45 %	8 %	2 %	0,206
	2003	54 %	38 %	5 %	2 %	
I alt	2000	46 %	45 %	8 %	1 %	< 0,001
	2003	55 %	37 %	6 %	2 %	

Hva kjennetegner en god primærlegetjeneste? Dette ble respondentene spurt om bare i 2000-studien. Spørsmålet listet opp samme aspekter som i spørsmålene om fornøydhet, og de fem svarkategoriene gikk fra ”særdeles viktig” til ”ikke viktig”. De fleste svarte ”særdeles” eller ”meget viktig” på samtlige 15 spørsmål. For å få vite hvilke aspekter de syntes var viktigst må vi derfor se på kategorien ”særdeles viktig”. Alle de fem viktigste aspektene gikk på samhandlingen i møtet mellom lege og pasient. Et flertall syntes det var særdeles viktig at legen tok hensyn til det som var viktig for pasientene (58 prosent), at de ga pasientene informasjon om undersøkelser og behandling (57 prosent), og at de møtte pasientene med tillit og respekt (57 prosent). På en overraskende sjetteplass kom legens faglige oppdatering (53 prosent). Færrest svar i gruppen ”særdeles viktig” hadde ”øyekontakt med pasienten” (23 prosent) og ”kort ventetid på legekantor” (21 prosent). På samtlige spørsmål var det en større andel kvinner enn menn, og en større andel yngre enn eldre, som svarte ”særdeles viktig”. Da vi summerte svarene på særdeles og meget viktig ble imidlertid alders- og kjønnsforskjellene visket ut.

I 2003-studien ble spørsmålene om hva som kjennetegner en god primærlegetjeneste som sagt byttet ut med en del spørsmål knyttet til folks opplevelser av kvaliteten i primærlegetjenesten før og etter innføringen av fastlegeordningen, om frivillige og ufrivillige legebyster, og om fastlegens kjønn. Disse spørsmål skulle besvares av alle. Svarene folk ga vil således være preget ikke bare av deres egne erfaringer men også erfaringer fra andre, inntrykk fra medieoppslag, og lignende.

På alle de fem spørsmålene om kvaliteten på tjenestetilbudet før og etter reformen svarte et flertall av respondentene at kvaliteten var uendret (tabell 4). På samtlige spørsmål var det også flere som svarte at tjenestene var blitt bedre enn at de var blitt dårligere. Andelen som svarte at tjenestene var blitt bedre var høyest for ventetid på legetime (29 prosent) og stabilitet i legedekningen (27 prosent). Når det gjaldt ventetid på legetime var det også en stor andel (15 prosent) som svarte at tilbudet var blitt dårligere. Spørsmålene om hvor lett det var å få telefonkontakt med lege og hvor lett det var å komme til legen samme dag hadde størst andel som svarte at tjenestene hadde blitt dårligere.

Tabell 4 Folks opplevelser av primærlegetjenesten før og etter innføringen av fastlegeordningen, 2003-data, prosent av respondenter (N = 1 141)^a

<i>Kvalitetsindikatorer</i>	<i>Bedre</i>	<i>Uendret</i>	<i>Dårligere</i>
Stabiliteten i legedekningen	27 %	66 %	7 %
Primærlegens faglige kunnskaper	19 %	78 %	2 %
Ventetiden på legetime	29 %	55 %	15 %
Tilgjengelighet for telefonkontakt	22 %	60 %	19 %
Tilgjengelighet for ø-hjelp	24 %	55 %	21 %

^a Kategorien "bedre" er summen av mye og litt bedre, kategorien "dårligere" er summen av mye og litt dårligere.

For å se på svarfordelingen i forhold til kommunestørrelsen ble svarene slått sammen til tre kategorier (bedre, uendret og dårligere) og analysert med krysstabeller og kjikvadrattester. Folk som bodde i små kommuner skilte seg ut med en lavest svarandel på ”bedre” på alle spørsmål unntatt det som gikk på telefonkontakt (tabell 5). På spørsmålet om legens faglige kunnskaper var forskjellen signifikant.

Tabell 5 Andel respondenter som i 2003 svarte at tjenestene hadde blitt mye eller litt bedre etter fastlegeordninge, fordelt på kommunestørrelse (N=1 141)

<i>Kvalitetsindikatorer</i>	<i>Små</i>	<i>Mellom- store</i>	<i>Store</i>	<i>p- verdi</i>
Stabiliteten i legedekningen	21 %	29 %	30 %	0,111
Primærlegens faglige kunnskaper	16 %	22 %	18 %	0,039
Ventetiden på legetime	25 %	31 %	29 %	0,054
Tilgjengelighet for telefonkontakt	25 %	21 %	19 %	0,450
Tilgjengelighet for ø-hjelp	22 %	24 %	27 %	0,145

Hele 9 prosent oppga at fastlegeordningen førte til at de mistet et tidligere stabilt legeforshold som de hadde ønsket å beholde, og 18 prosent oppga at de hadde byttet fastlege etter at ordningen ble innført. Den vanligste grunn til å bytte var egen eller legens flytting, og få svarte at de hadde byttet på grunn av misfornøydhhet med legen (tabell 6).

Tabell 6 Grunner til legebytter, 2003-data (N = 204 av 1 141)

<i>Grunner</i>	<i>Antall svar^a</i>	<i>Prosent</i>
Misfornøyd med legens faglige kvaliteter	28	14 %
Misfornøyd med legens måte å møte meg på	19	9 %
Misfornøyd med tilgjengeligheten	17	8 %
Flytting (pasient eller lege)	128	63 %
Annet	49	24 %

^a Respondentene kunne merke av inntil to svar

190 respondenter (17 prosent) oppga at de hadde ønsket å bytte lege men ikke gjort det. Den vanligste grunnen til dette var at de gikk så sjeldent til lege at de ikke hadde tatt seg bryet, at det var vanskelig å velge ny lege fordi de visste for lite om dem, og at den de ønsket seg ikke hadde ledig plass på listen. Få svarte at de ikke hadde byttet fordi de ikke visste hvordan de skulle gjøre det (tabell 7).

Tabell 7 Grunner til å ikke bytte fastlege til tross for ønske om det, 2003-data (N = 190 av 1 141)

<i>Grunner</i>	<i>Antall svar^a</i>	<i>Prosent</i>
Ikke ledig plass på listen til den legen jeg ønsket meg	45	24 %
Ingen annen lege å velge i rimelig geografisk nærhet	35	18 %
Lang sykehistorie gjør det krevende å etablere noe nytt	27	14 %
Jeg går så sjelden til lege	97	51 %
Jeg vet ikke hvordan jeg skal gå fram for å bytte	16	8 %
Jeg vet for lite om andre leger	48	25 %
Jeg var redd for å fornærme legen	10	5 %
Annen grunn	32	17 %

^a Respondentene kunne merke av inntil to svar

Nesten tre av fire pasienter (74 prosent) svarte at de hadde mannlig fastlege, 23 prosent at de hadde kvinnelig fastlege, og 4 prosent at de ikke hadde noen fastlege.

Kun besvart av de som hadde vært hos primærlege siste år

De som hadde vært hos lege siste år ble bedt om å besvare en gruppe spørsmål som var spesifikt knyttet til deres forrige legebesøk, blant annet om resultater og forventninger. Her oppga de som oftest at de forventet å få behandling for helseplager, å få stilt en diagnose og/eller å få henvisning til andre tjenester. Mange forventet å få avkrefte at det feilte dem noe alvorlig, eller å få informasjon for å forebygge eller behandle helseplagene selv. En god del forventet å få sykmelding eller å få snakke om problemer i livet sitt (tabell 8).

Det viktigste som kom ut av legebesøket ifølge pasientene selv var at de fikk resept på medisin (henholdsvis 50 og 45 prosent), rekvisisjon til fysikalsk behandling (henholdsvis 17 og 14 prosent), og/eller henvisning til annen spesialist (26 og 27 prosent). Svært få svarte at de ikke hadde fått noe ut av legebesøket (henholdsvis 4 og 3 prosent).

I 2000 hadde 38 prosent av de som hadde vært hos lege siste år en eller flere uinnfridde forventninger til sitt forrige legebesøk (95 % konfidensintervall 35 – 41 %). I 2003 var denne andelen redusert til 34 prosent (95 % konfidensintervall 31 – 38 %.) Forskjellen er ikke signifikant. Uinnfridde forventninger gjaldt som oftest å få informasjon (henholdsvis 48 og 46 prosent av de som hadde denne forventningen), få snakke om sine problemer (henholdsvis 43 og 34 prosent), få avkrefte at det feilte dem noe alvorlig (henholdsvis 38 og 32 prosent) eller få stilt en diagnose (henholdsvis 32 og 37 prosent) (tabell 8).

Tabell 8 Forrige legebesøk – forventninger og uinnfridde forventninger – i 2000 og 2003 (N = 860/904)

Forventning	Andel pasienter med forventningen ^a		Andel pasienter som ikke fikk den innfridd	
	2000	2003	2000	2003
Få stilt en diagnose	53%	46%	32%	37%
Få henvisning til annen spesialist	28%	29%	30%	26%
Få avkrefte alvorlig sykdom	26%	22%	38%	32%
Få informasjon for å forebygge eller behandle helseplagene selv	25%	23%	48%	46%
Få sykmelding	18%	17%	13%	15%
Få rekvisisjon fysikalsk behandl.	18%	15%	20%	19%
Få snakke om problemer i livet	10%	9%	43%	34%
Få helseattest	5%	5%	21%	27%
Få behandling for helseplager ^b	55%	48%	--	--

^a Respondentene kunne gi ett eller flere svar, i gjennomsnitt satte de 2,4 kryss hver i 2000 og 2,2 kryss hver i 2003. I 2000 merket 75 prosent av de av mellom 1 og 3 svarkategorier hver, mot 78 prosent i 2003.

^b Spørsmålet om forventninger var mer generelt formulert enn spørsmålet om resultatet av legebesøket, og er derfor unntatt fra variabelen "uinnfridde forventninger".

Andre spørsmål som også var relatert til respondentens forrige legebesøk gikk på forhold knyttet til *kontinuitet og stabilitet* i lege-pasient relasjonen. I 2000 hadde 58 prosent av disse respondentene vært hos samme lege flere ganger tidligere, i 2003 var dette tallet steget til 69 prosent. Andelen av de som aldri hadde vært hos samme lege tidligere sank fra 25 til 15 prosent ($p < 0,001$). Andelen personer som hadde vært hos samme lege flere ganger før økte med kommunistørrelsen, spesielt i 2000. I 2000 hadde 69 prosent av respondentene i de største kommunene vært hos samme lege flere ganger tidligere, mens har bare 43 prosent av respondentene i de minste kommunene hadde vært det ($p < 0,001$). I 2003 var tilsvarende tall henholdsvis 70 og 63 prosent.

Forskjellen mellom kommunegruppene ble altså redusert (og ikke lenger signifikant). I 2000 betraktet 62 prosent av respondentene denne legen som sin faste lege, i 2003 var dette tallet steget til 80 prosent ($p < 0,001$). Kontinuiteten i relasjonen lege-pasient synes således å ha økt fra 2000 til 2003.

Spørsmålene om grad av *fornøydh*et med tjenestetilbudet var identiske i begge studiene. Et flertall av respondentene var særdeles eller meget fornøyde med legens språkbeherskelse (henholdsvis 69 og 64 prosent i 2000 og 2003), geografisk nærhet til brukerne (henholdsvis 65 og 55 prosent) og legens måte å møte dem på med hensyn til tillit og respekt (henholdsvis 54 og 58 prosent). Flest var misfornøyde med ventetid på legetime (henholdsvis 36 og 22 prosent), tilgjengelighet med hensyn til hjemmebesøk (henholdsvis 27 og 24 prosent) og ventetid på legekontoret (henholdsvis 21 og 17 prosent) (tabell 9).

På spørsmål om hva de opplevde som *særlig problematisk* svarte mange lang ventetid for time (henholdsvis 53 og 31 prosent), manglende stabilitet i legedekningen (henholdsvis 29 og 12 prosent), for liten tid inne hos legen ved legebesøk (henholdsvis 24 og 16 prosent), og språkproblemer i forhold til utenlandske leger (henholdsvis 18 og 13 prosent) (tabell 10). På spørsmål om hva de opplevde som *særlig positivt* var det mange som fremhevet legens måte å møte pasientene på (tabell 11). Generelt krysset folk av flere problematiske aspekter i 2000 enn i 2003 og flere positive aspekter i 2003 enn i 2000.

Alle disse hovedtrekkene gjaldt begge studiene. For å finne estimat for forskjellene i grad av fornøydhet mellom 2000 og 2003, justert for respondentens alder, kjønn og bosted, ble dataene analysert ved hjelp av logistisk regresjon.

Tabell 9 Grad av fornøydhet i 2000 og 2003 (N = 860/904)

<i>Kvalitetsindikatorer</i>		<i>Særdeles fornøyd (%)</i>	<i>Meget fornøyd (%)</i>	<i>Fornøyd (%)</i>	<i>Meget misfornøyd (%)</i>	<i>Særdeles misfornøyd (%)</i>
1 Legens tilgjengelighet mht. telefonkontakt	2000	7,5	22,5	48,3	17,7	4,0
	2003	7,9	16,2	59,9	12,7	3,3
2 Legens tilgjengelighet mht. hjemmebesøk	2000	5,6	12,9	54,2	19,2	8,1
	2003	3,8	10,5	61,4	15,6	8,7
3 Legens måte å møte deg på mht. tillit og respekt	2000	18,2	35,5	41,4	4,6	0,4
	2003	20,9	36,8	38,1	3,5	0,7
4 Muligheten for øyekontakt med legen	2000	11,7	32,9	49,5	5,5	0,5
	2003	17,4	35,1	41,5	5,1	0,9
5 Informasjon om plager, undersøkelser og behandling	2000	13,1	32,3	45,1	8,6	1,0
	2003	15,3	34,5	42,6	6,0	1,5
6 Muligheten for å få fortalt om dine plager, og at legen lytter	2000	13,6	31,7	45,2	8,1	1,4
	2003	17,3	34,4	40,3	6,4	1,6
7 Muligheten for å bli tatt med på råd når beslutninger skal tas	2000	12,2	29,1	51,1	6,9	0,6
	2003	14,1	33,0	46,2	5,2	1,6
8 Hvordan legen forholder seg til det som er viktig for deg	2000	12,5	32,0	48,6	6,1	0,8
	2003	15,9	35,1	42,1	5,5	1,2
9 Ventetid på legetime	2000	4,8	16,5	42,9	26,1	9,7
	2003	7,6	17,8	52,9	16,9	4,7
10 Ventetid på legekantoret før du slipper inn til legen	2000	4,8	19,8	54,0	16,4	4,9
	2003	6,4	23,3	53,0	13,9	3,4
11 Tidsbruk under konsultasjon	2000	7,2	27,7	51,2	11,4	2,5
	2003	9,1	31,5	51,3	6,7	1,3
12 Legens faglige oppdatering på ny kunnskap og teknologi	2000	13,5	34,3	48,8	2,9	0,5
	2003	13,3	35,1	47,2	3,9	0,5
13 Legens personlige kjennskap til din sykehistorie	2000	15,1	27,8	43,4	10,8	2,9
	2003	16,5	27,7	45,5	7,2	3,1
14 Legens språkbeherskelse	2000	37,7	31,1	25,7	4,7	0,8
	2003	32,8	30,7	31,7	3,6	1,1
15 Geografisk nærhet til brukerne	2000	30,3	34,4	32,6	2,5	0,2
	2003	23,3	30,9	43,4	1,5	0,9
16 Primærlegetjenesten totalt sett	2000	7,4	24,6	53,5	12,6	2,0
	2003	10,5	33,2	47,4	7,4	1,5

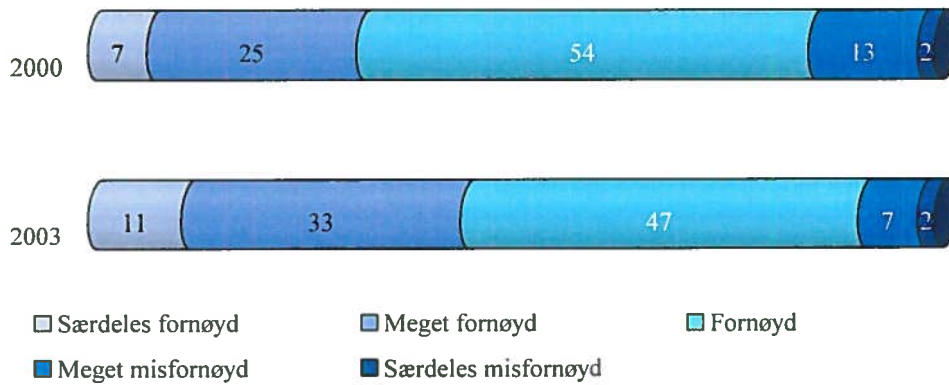
5.2 Regresjoner

Utviklingen av pasientenes grad av fornøydhets fra 2000 til 2003

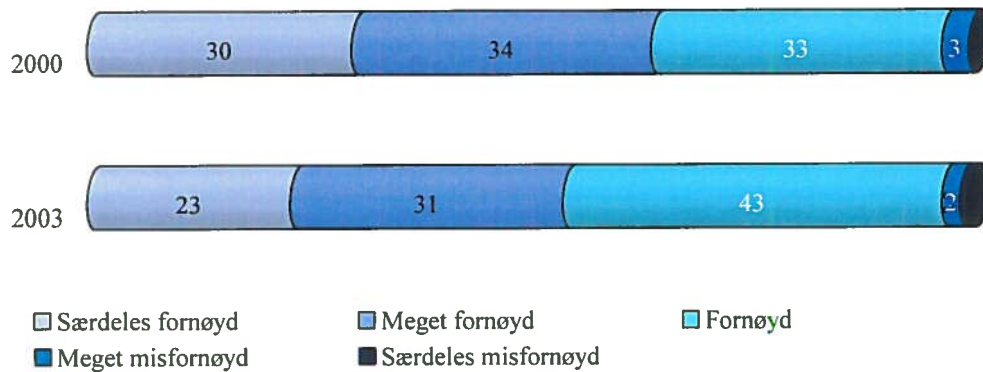
Variabelen *årstall for studien*, justert for respondentens alder og kjønn, hadde signifikante estimat på 18 av 25 tester, hvorav 12 for spørsmålene om fornøydhets. Retningen på endringene i grad av fornøydhets var varierende, men to av tre signifikante estimat var i positiv retning (tabell 12). Andelen svært fornøyde steg fra 2000 til 2003 på åtte av spørsmålene. Dette gjaldt grad av fornøydhets med en rekke aspekter ved samhandlingen mellom lege og pasient, så som mulighets for øyekontakt med legen, mulighets for å få fortalt om sine plager og at legen lytter, mulighets for å bli tatt med på råd, hvordan legen forholdt seg til det som var viktig for pasienten, og tidsbruk under konsultasjonen. Det var også en økende andel svært fornøyde når det gjaldt spørsmålene om ventetid på legetime og legekantor, samt fornøydhets totalt sett (figur 1). Andelen svært fornøyde sank fra 2000 til 2003 på fire spørsmål: Grad av fornøydhets med legens tilgjengelighet for telefonkontakt og hjemmebesøk, legens språkbeherskelse og geografisk nærhet til brukerne (figur 2). I de fire tilfellene hvor det ikke var statistisk signifikante forskjeller økte andelen positive svar fra 2000 til 2003.

Svarene på spørsmålene i gruppe to viste også en positiv utvikling fra 2000 til 2003, og bekreftet mye av det som kom fram i spørsmålene om fornøydhets: Det var en signifikant nedgang i andelen som svarte at språkproblemer med utenlandske leger, manglende stabilitet i legedekningen, lang ventetid for time og for liten tid hos legen var *særlig problematisk* (tabell 10). På spørsmålet om hva som var *særlig positivt* var det en signifikant økning i svarandelen for stabilitet i legedekningen og ventetid for time (tabell 11). En mulig inkonsistens i materialet var at en synkende andel var svært fornøyde med legens språkbeherskelse samtidig som en synkende andel svarte at språkproblemer i forhold til utenlandske leger var et problem.

Figur 1 Grad av fornøydhet med primærlegetjenesten totalt sett, sammenligning mellom 2000 og 2003 (prosent av respondenter, N=860/904)



Figur 2 Grad av fornøydhet med geografisk nærhet til brukerne, sammenligning mellom 2000 og 2004 (prosent av respondenter, N=860/904)



Tabell 10 Andelen som rapporterte om særlige problemområder, sammenligning mellom 2000 og 2003 med logistisk regresjon ^a

<i>Særlig problematisk</i>	2000 (N=860)	2003 (N=940)	Odds ratio	95% KI
Språkproblemer med utenlandske leger	18 %	13 %	0,89*	0,82-0,97
Manglende stabilitet i legedekningen	28 %	12 %	0,68***	0,63-0,75
Lang ventetid for time	53 %	31 %	0,74***	0,70-0,79
For liten tid inne hos legen	24 %	16 %	0,86***	0,79-0,93
Legenes måte å møte pasientene på	7 %	5 %	0,89	0,78-1,02

^a Tallene er justert for respondentens alder og kjønn, samt bostedskommunens størrelse
 *** Statistisk signifikant på 0.001-nivå; ** 0.01-nivå; * 0.05-nivå

Tabell 11 Andelen som rapporterte om særlig positive aspekter, sammenligning mellom 2000 og 2003 med logistisk regresjon ^a

<i>Særlig positivt</i>	2000 (N=860)	2003 (N=940)	Odds ratio	95% KI
Stabilitet i legedekningen	29 %	36 %	1,11**	1,04-1,19
Kort ventetid for time	20 %	32 %	1,25***	1,17-1,35
Legene har god tid ved legebesøk	28 %	30 %	1,05	0,98-1,12
Legenes måte å møte pasientene på	46 %	46 %	1,01	0,95-1,08

^a Tallene er justert for respondentens alder og kjønn, samt bostedskommunens størrelse
 *** Statistisk signifikant på 0.001-nivå; ** 0.01-nivå; * 0.05-nivå

Tabell 12 Andelen svært fornøyde, sammenligning mellom 2000 og 2003 med logistisk regresjon ^a

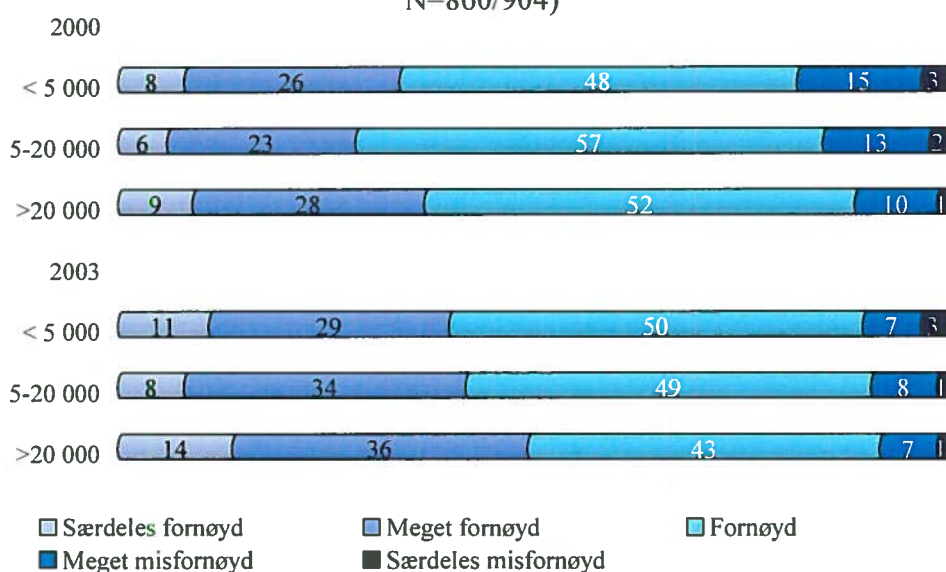
<i>Kvalitetsindikatorer</i>	<i>2000 N=860 (%)</i>	<i>2003 N=904 (%)</i>	<i>Odds ratio</i>	<i>95% KI</i>
Telfontilgjengelighet	30	24	0,90**	0,84-0,97
Tilgjengelighet for hjemmebesøk	19	14	0,90*	0,82-0,99
Møtt med tillit og respekt	54	58	1,06	0,99-1,13
Muligheten for øyekontakt med legen	45	53	1,11***	1,05-1,19
Informasjon	45	50	1,06	1,00-1,13
Muligheten for å få fortelle	45	52	1,09**	1,02-1,59
Muligheten for å bli tatt med på råd	41	47	1,08*	1,01-1,15
Hensynet til det som er viktig for deg	45	51	1,09**	1,02-1,16
Ventetid på legetime	21	25	1,08*	1,00-1,16
Ventetid på legekontoret	25	30	1,09*	1,01-1,17
Tidsbruk under konsultasjon	35	41	1,08*	1,02-1,16
Legens faglige oppdatering	48	48	1,01	0,94-1,08
Personlig kjennskap til sykehistorien	43	44	1,02	0,95-1,08
Legens språkbeherskelse	69	64	0,92*	0,86-0,99
Geografisk nærhet til brukerne	65	54	0,86***	0,81-0,92
Primærlegetjenesten totalt sett	32	44	1,18***	1,11-1,26

^a Tallene er justert for respondentens alder og kjønn, samt bostedskommunens størrelse
 *** Statistisk signifikant på 0.001-nivå; ** 0.01-nivå; * 0.05-nivå

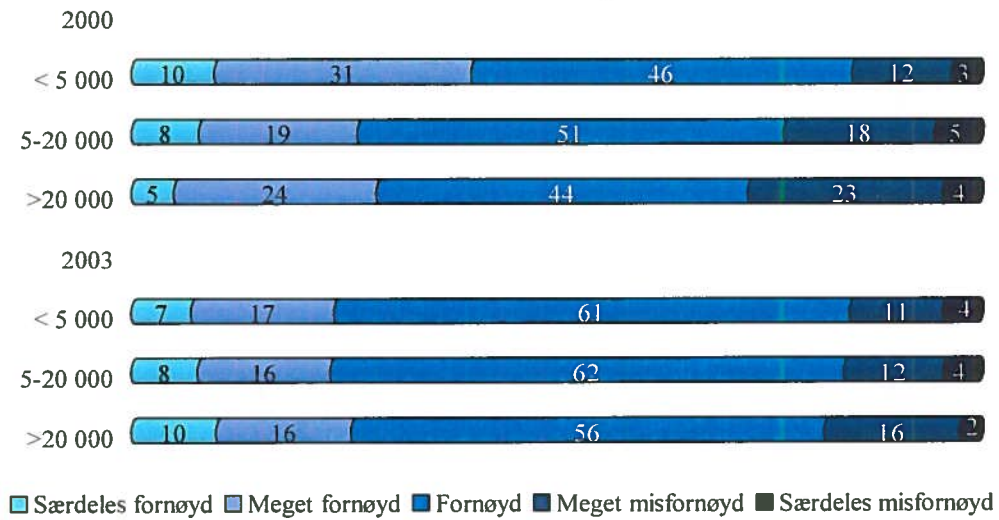
Endringene i pasientenes grad av fornøydhhet var forskjellig for de ulike kommunegruppene. Økningen i andelen svært fornøyde var som oftest mindre for de som bodde i små kommuner enn for de som bodde i mellomstore eller store kommuner. Dette var en generell trend for de fleste spørsmålene.

Eksempelvis var det en økning i andelen svært fornøyde totalt sett for alle kommunegruppene, men økningen var større for store og mellomstore kommuner enn for små kommuner (figur 3). (Her bidrar imidlertid nedgangen i andelen misfornøyde i småkommunene til å nyansere det negative bildet.) Likeledes var nedgangen i andelen svært fornøyde fra 2000 til 2003 større for de som bodde små kommuner enn for de som bodde i store eller mellomstore kommuner. Eksempelvis gikk graden av fornøydhet med legens telefon-tilgjengelighet ned i alle kommunegruppene, men nedgangen var særlig stor i småkommunene (figur 4). Andelen som oppga lang ventetid for time som særlig problematisk gikk ned i alle kommunegruppene, men nedgangen var særlig stor i store og mellomstore kommuner (figur 5). For de to sistnevnte eksemplene var forskjellene mellom 2000 og 2003 signifikante på 0.01 nivå.

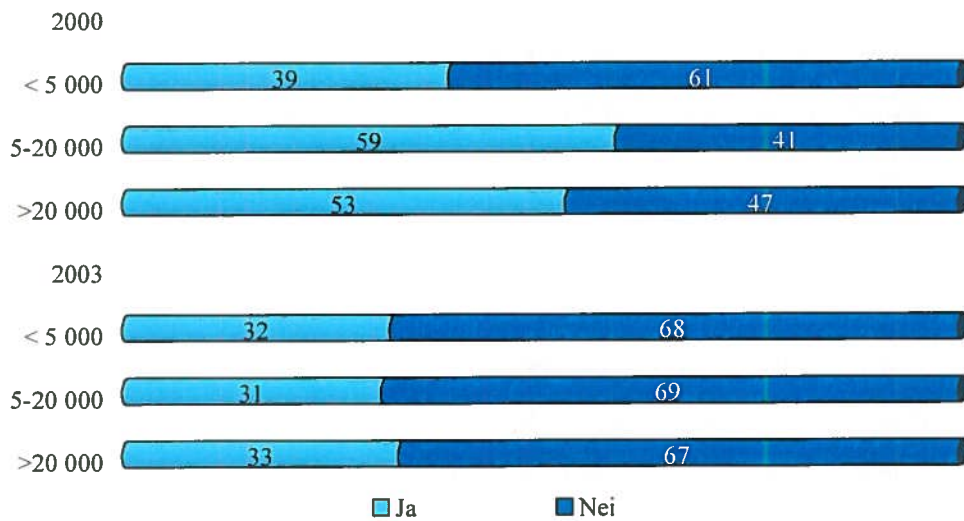
Figur 3 Grad av fornøydhet totalt sett, etter kommunestørrelse og årstall (prosent av respondenter, N=860/904)



Figur 4 Grad av fornøydhet med legens telefontilgjengelighet, etter kommunistørrelse og årstall (prosent av respondenter, N=860/904)



Figur 5 Andel respondenter som oppga lang ventetid for time som særlig problematisk, etter kommunistørrelse og årstall (N=860/904)



Særskilte analyser av svarene fra folk som bodde i de minste kommunene (under 5 000 innbyggere) viste en signifikant nedgang i andelen svært fornøyde fra 2000 til 2003 på tre spørsmål: Graden av fornøydhet med legens telefontilgjengelighet, tilgjengelighet for sykebesøk i hjemmet og geografisk nærhet (tabell 13). Ingen av estimatene viste en signifikant økning i fornøydheten for folk i disse kommunene (målt med kjikvadrattester).

Tabell 13 Andelen svært fornøyde i kommuner med færre enn 5 000 innbyggere, sammenligning mellom 2000 og 2003

<i>Fornøydheten med</i>	<i>2000 (%)</i>	<i>2003 (%)</i>	<i>p- verdi</i>
Telefontilgjengelighet (N=410)	40	24	0,00
Tilgjengelighet for hjemmebesøk (N=360)	24	13	0,01
Møtt med tillit og respekt (N=417)	53	57	0,41
Muligheten for øyekontakt med legen (N=417)	43	49	0,23
Informasjon (N=412)	42	48	0,19
Muligheten for å få fortelle (N=421)	45	48	0,53
Muligheten for å bli tatt med på råd (N=411)	39	42	0,52
Hensynet til det som er viktig for deg (N=418)	46	49	0,59
Ventetid på legetime (N=416)	25	27	0,80
Ventetid på legekantoret (N=420)	29	29	0,91
Tidsbruk under konsultasjon (N=420)	40	42	0,68
Legens faglige oppdatering (N=384)	45	46	0,84
Personlig kjennskap til sykehistorien (N=406)	36	39	0,53
Legens språkbeherskelse (N=418)	59	54	0,29
Geografisk nærhet til brukerne (N=412)	65	51	0,00
Primærlegetjenesten totalt sett (N=418)	34	40	0,18

Analyse av datasettene hver for seg

I 2000 var det fra en til fem signifikante estimat i hver av de 17 modellene (3,1 i snitt). I 2003 derimot var det tre modeller uten signifikante estimat, samt færre signifikante estimat totalt sett (1,8 i snitt) (tabell 14 og 15).

Tabell 14 Sammenhengen mellom andelen svært fornøyde respondenter og respondentenes utdanning, sider ved forrige legebesøk og bosted. Separate analyser av data fra 2000 og 2003 ^a

Grad av fornøydhet med	Uavhengige variabler ^b	2000 (N = 860)		2003 (N = 904)	
		Odds ratio	95% KI	Odds ratio	95% KI
1. Legens tilgjengelighet mht. telefonkontakt og hjemmebesøk (spørsmål 1 og 2, tab.9) (N=684/654)	Høy utdanning (ja/nei)	0,52*	0,30-0,92	1,23	0,74-2,05
	Vært hos samme lege før (ja/nei)	1,97**	1,20-3,23	1,40	0,78-2,50
	Uinnfridde forventninger (ja/nei)	0,73	0,47-1,15	0,61	0,36-1,03
	Ustabil legetjeneste (ja/nei)	0,71	0,41-1,25	---	---
	Små vs. mellomstore kommuner	0,41***	0,25-0,66	1,20	0,67-2,13
	Små vs. store kommuner	0,32***	0,16-0,63	1,28	0,64-2,54
2. Samhandlingen med legen under legekonsultasjonen (spørsmål 3 og 4) (N=809/866)	Høy utdanning (ja/nei)	1,49*	1,07-2,07	1,46*	1,07-1,98
	Vært hos samme lege før (ja/nei)	1,56**	1,14-2,13	1,78***	1,31-2,44
	Uinnfridde forventninger (ja/nei)	0,55***	0,41-0,74	0,51***	0,38-0,68
	Ustabil legetjeneste (ja/nei)	0,76	0,52-1,12	---	---
	Små vs. mellomstore kommuner	0,86	0,60-1,24	0,92	0,66-1,29
	Små vs. store kommuner	1,12	0,72-1,76	1,16	0,78-1,72
3. Kommunikasjonsaspekter ved legekonsultasjonen (spørsmål 5 og 6) (N=808/863)	Høy utdanning (ja/nei)	1,42*	1,01-1,99	1,08	0,79-1,47
	Vært hos samme lege før (ja/nei)	1,89***	1,36-2,62	1,71***	1,25-2,35
	Uinnfridde forventninger (ja/nei)	0,53***	0,39-0,73	0,47***	0,35-0,63
	Ustabil legetjeneste (ja/nei)	0,49***	0,32-0,75	---	---
	Små vs. mellomstore kommuner	0,80	0,55-1,17	0,90	0,64-1,27
	Små vs. store kommuner	1,13	0,72-1,79	1,25	0,84-1,85
4. Medbestemmelse ved legekonsultasjonen (spørsmål 7 og 8) (N=803/851)	Høy utdanning (ja/nei)	1,62**	1,15-2,27	1,57**	1,15-2,14
	Vært hos samme lege før (ja/nei)	1,61**	1,16-2,25	1,94***	1,40-2,69
	Uinnfridde forventninger (ja/nei)	0,48***	0,34-0,66	0,49***	0,36-0,66
	Ustabil legetjeneste (ja/nei)	0,53**	0,34-0,82	---	---
	Små vs. mellomstore kommuner	0,77	0,52-1,13	1,05	0,74-1,49
	Små vs. store kommuner	1,03	0,65-1,63	1,31	0,88-1,95
5. Ventetid på legetime (N=813/867)	Høy utdanning (ja/nei)	1,45	1,00-2,12	1,32	0,95-1,85
	Vært hos samme lege før (ja/nei)	1,65**	1,13-2,42	1,47*	1,03-2,11
	Uinnfridde forventninger (ja/nei)	0,61**	0,42-0,88	0,83	0,60-1,15
	Ustabil legetjeneste (ja/nei)	1,04	0,66-1,63	---	---
	Små vs. mellomstore kommuner	0,65*	0,42-0,99	0,81	0,56-1,19
	Små vs. store kommuner	0,81	0,49-1,36	1,02	0,67-1,57

6. Ventetid på legekantoret (N=818/872)	Høy utdanning (ja/nei)	1,22	0,84-1,77	1,21	0,87-1,68
	Vært hos samme lege før (ja/nei)	1,24	0,87-1,77	1,27	0,90-1,79
	Uinnfridde forventninger (ja/nei)	0,70*	0,50-0,99	0,79	0,57-1,08
	Ustabil legetjeneste (ja/nei)	0,64	0,41-1,02	---	---
	Små vs. mellomstore kommuner	0,66*	0,44-0,98	0,99	0,69-1,43
	Små vs. store kommuner	0,69	0,42-1,13	1,06	0,69-1,61
7. Tidsbruk under konsultasjonen (N=816/870)	Høy utdanning (ja/nei)	1,26	0,90-1,75	1,14	0,84-1,54
	Vært hos samme lege før (ja/nei)	1,26	0,92-1,73	1,38*	1,02-1,89
	Uinnfridde forventninger (ja/nei)	0,62**	0,45-0,84	0,67**	0,50-0,89
	Ustabil legetjeneste (ja/nei)	0,62*	0,42-0,93	---	---
	Små vs. mellomstore kommuner	0,61**	0,42-0,88	0,84	0,60-1,18
	Små vs. store kommuner	0,75	0,48-1,17	1,01	0,69-1,49
8. Legens faglige oppdatering i forhold til ny medisinsk kunnskap/teknologi (N=765/807)	Høy utdanning (ja/nei)	1,73**	1,23-2,44	1,18	0,86-1,61
	Vært hos samme lege før (ja/nei)	2,43***	1,76-3,35	1,58**	1,15-2,18
	Uinnfridde forventninger (ja/nei)	0,72*	0,53-0,98	0,72*	0,54-0,97
	Ustabil legetjeneste (ja/nei)	0,55**	0,37-0,82	---	---
	Små vs. mellomstore kommuner	0,93	0,64-1,37	1,04	0,74-1,48
	Små vs. store kommuner	0,95	0,60-1,51	1,36	0,91-2,03
9. Legens personlige kjennskap til din sykehistorie (N=797/845)	Høy utdanning (ja/nei)	0,93	0,64-1,35	1,28	0,92-1,77
	Vært hos samme lege før (ja/nei)	7,10***	4,94-10,2	4,48***	3,11-6,45
	Uinnfridde forventninger (ja/nei)	0,50***	0,36-0,70	0,62**	0,45-0,84
	Ustabil legetjeneste (ja/nei)	0,61*	0,39-0,94	---	---
	Små vs. mellomstore kommuner	1,01	0,67-1,52	1,14	0,79-1,63
	Små vs. store kommuner	1,18	0,72-1,95	1,33	0,88-2,02
10. Legens språkbeherskelse (norsk eller samisk) (N=813/860)	Høy utdanning (ja/nei)	1,84**	1,25-2,70	1,67**	1,20-2,33
	Vært hos samme lege før (ja/nei)	2,64***	1,89-3,68	2,03***	1,48-2,79
	Uinnfridde forventninger (ja/nei)	0,62**	0,45-0,86	0,74	0,55-1,00
	Ustabil legetjeneste (ja/nei)	0,61**	0,41-0,89	---	---
	Små vs. mellomstore kommuner	1,18	0,81-1,72	1,27	0,90-1,78
	Små vs. store kommuner	1,98**	1,18-3,32	2,55***	1,67-3,90
11. Geografisk nærhet til brukerne (N=810/845)	Høy utdanning (ja/nei)	1,84***	1,28-2,64	1,81***	1,32-2,47
	Vært hos samme lege før (ja/nei)	1,42*	1,03-1,96	0,97	0,71-1,32
	Uinnfridde forventninger (ja/nei)	0,76	0,56-1,03	0,84	0,62-1,12
	Ustabil legetjeneste (ja/nei)	0,90	0,62-1,32	---	---
	Små vs. mellomstore kommuner	0,93	0,64-1,34	1,00	0,71-1,40
	Små vs. store kommuner	1,08	0,67-1,73	1,53*	1,03-2,27
12. Totalt sett, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med primærlegetjenesten? (N=815/862)	Høy utdanning (ja/nei)	1,41*	1,00-1,98	1,16	0,85-1,58
	Vært hos samme lege før (ja/nei)	1,92***	1,37-2,68	2,41***	1,75-3,33
	Uinnfridde forventninger (ja/nei)	0,52***	0,37-0,72	0,64**	0,48-0,86
	Ustabil legetjeneste (ja/nei)	0,48***	0,31-0,75	---	---
	Små vs. mellomstore kommuner	0,62*	0,42-0,92	1,01	0,72-1,43
	Små vs. store kommuner	0,75	0,47-1,20	1,39	0,34-2,06

^a Alle uavhengige variabler er justert for hverandre, samt respondentens alder og kjønn (boks 3).

^b I hver modell inngikk tre tester med kommunestørrelse: Sammenligning av 1) alle tre kategoriene, 2) av små versus store kommuner, og 3) av mellomstore versus store kommuner.

*** Statistisk signifikant på 0.001-nivå; ** 0.01-nivå; * 0.05-nivå

Tabell 15 Sammenhengen mellom andelen som rapporterte om særlige problemområder og respondentenes utdanning, sider ved forrige legebesøk og bosted. Separate analyser av data fra 2000 og 2003.^a

Særlig problematisk	Uavhengige variabler ^b	2000 (N = 860)		2003 (N = 904)	
		Odds ratio	95% KI	Odds ratio	95% KI
13. Språk-problemer i forhold til utenlandske leger (N=824/881)	Høy utdanning (ja/nei)	0,55*	0,34-0,88	0,61*	0,38-1,00
	Vært hos samme lege før (ja/nei)	0,53**	0,36-0,79	0,48***	0,32-0,74
	Uinnfridde forventninger (ja/nei)	1,69**	1,17-2,46	0,98	0,64-1,51
	Ustabil legetjeneste (ja/nei)	1,51	0,99-2,32	---	---
	Små vs. mellomstore kommuner	0,91	0,60-1,40	0,53**	0,34-0,82
	Små vs. store kommuner	0,41**	0,21-0,81	0,15***	0,07-0,32
14. Manglende stabilitet i legedekningen (N=824/880)	Høy utdanning (ja/nei)	1,42	0,97-2,09	0,87	0,53-1,42
	Vært hos samme lege før (ja/nei)	0,28***	0,20-0,40	0,31***	0,20-0,49
	Uinnfridde forventninger (ja/nei)	1,01	0,71-1,43	1,24	0,79-1,95
	Ustabil legetjeneste (ja/nei)	2,63***	1,78-3,88	---	---
	Små vs. mellomstore kommuner	0,72	0,49-1,05	0,53**	0,34-0,84
	Små vs. store kommuner	0,21***	0,11-0,39	0,13***	0,05-0,29
15. Lang ventetid for time (N=824/881)	Høy utdanning (ja/nei)	1,02	0,74-1,42	0,78	0,57-1,08
	Vært hos samme lege før (ja/nei)	0,79	0,58-1,07	0,89	0,65-1,22
	Uinnfridde forventninger (ja/nei)	1,20	0,89-1,61	1,14	0,85-1,54
	Ustabil legetjeneste (ja/nei)	0,94	0,65-1,36	---	---
	Små vs. mellomstore kommuner	2,53***	1,76-3,62	0,91	0,64-1,30
	Små vs. store kommuner	1,88**	1,21-2,94	1,05	0,70-1,57
16. For liten tid inne hos legen ved legebesøk (N=824/881)	Høy utdanning (ja/nei)	0,91	0,62-1,34	0,88	0,58-1,32
	Vært hos samme lege før (ja/nei)	1,59*	1,11-2,30	1,68*	1,09-2,57
	Uinnfridde forventninger (ja/nei)	2,09***	1,49-2,94	1,59*	1,10-2,29
	Ustabil legetjeneste (ja/nei)	1,36	0,88-2,11	---	---
	Små vs. mellomstore kommuner	1,61*	1,02-2,54	1,07	0,68-1,70
	Små vs. store kommuner	2,37**	1,38-4,07	1,39	0,83-2,32
17. Legens måte å møte pasientene på (N=824/881)	Høy utdanning (ja/nei)	0,63	0,30-1,31	0,90	0,44-1,82
	Vært hos samme lege før (ja/nei)	1,09	0,59-2,02	1,38	0,68-2,78
	Uinnfridde forventninger (ja/nei)	3,11***	1,73-5,62	2,30*	1,21-4,35
	Ustabil legetjeneste (ja/nei)	1,16	0,56-2,39	---	---
	Små vs. mellomstore kommuner	1,21	0,57-2,56	0,68	0,32-1,45
	Små vs. store kommuner	1,39	0,55-3,52	0,75	0,31-1,79

^a Alle uavhengige variabler er justert for hverandre, samt respondentens alder og kjønn (boks 3).

^b I hver modell inngikk tre tester med kommunestørrelse: Sammenligning av 1) alle tre kategoriene, 2) av små versus store kommuner, og 3) av mellomstore versus store kommuner.

*** Statistisk signifikant på 0.001-nivå; ** 0.01-nivå; * 0.05-nivå

- *Respondentens utdanning* var signifikant i 9 modeller i 2000. De høyest utdannede var mer fornøyde enn de lavest utdannede, både totalt sett og når det gjaldt legens språkbeherskelse og faglige oppdatering, geografisk nærhet til brukerne, samt aspekter knyttet til samhandling, kommunikasjon og medbestemmelse under konsultasjonene. Det eneste de var mindre fornøyde med var tilgjengeligheten. De høyest utdannede hadde også lavere andel som oppga at språkproblemer i forhold til utenlandske leger var et problem. I 2003 var antall signifikante estimat redusert fra 9 til 5. Graden av fornøydhet med tilgjengelighet, kommunikasjon, legens faglighet og tjenestetilbudet totalt sett var ikke lenger assosiert med pasientenes utdanning. Ellers var mønsteret det samme: Høy utdanning var assosiert med høy grad av fornøydhet.
- *Vært hos samme lege før* hadde signifikante resultater i 13 av 17 modeller i 2000. Samtlige signifikante estimat viste at de pasientene som hadde vært hos samme lege *flere ganger* før var mer fornøyde enn de som ikke hadde det. Dette gjaldt graden av fornøydhet med relasjonelle forhold ved konsultasjonene (samhandling, kommunikasjon og medbestemmelse), forhold knyttet til legen (faglig oppdatering, personlige kjennskap til deres sykehistorie og språkbeherskelse) og tilgjengelighet (telefonkontakt, hjemmebesøk, ventetid på legetime og geografisk nærhet), samt graden av fornøydhet totalt sett. De som hadde vært hos samme lege flere ganger før hadde også lavest andel som oppga at språkproblemer i forhold til utenlandske leger og manglende stabilitet i legedekningen var et problem, men de hadde høyest andel som oppga at for liten tid inne hos legen ved legebesøk var et problem. I 2003 var det 12 signifikante estimat (bare en mindre enn i 2000), og mønsteret var nøyaktig det samme: Det å ha vært hos samme lege flere ganger før var assosiert med høy grad av fornøydhet.

Forskjellen fra 2000 var at to estimat ikke lenger var signifikante (tilgjengelighet for telefonkontakt/hjemmebesøk og geografisk nærhet), pluss at det var kommet et nytt signifikant estimat: Tidsbruk under konsultasjonen. Også her var det slik at de som hadde vært hos samme lege flere ganger før var mest fornøyde. (Dette synes inkonsistent i forhold til at de som hadde vært hos samme lege før hadde størst andel som svarte at for liten tid ved konsultasjoner var et problem.)

- *Uinnfridde forventninger* til forrige legebesøk hadde signifikant resultat på 13 av 17 spørsmål i 2000. Samtlige signifikante estimat viste nøyaktig samme mønster: De som ikke hadde uinnfridde forventninger etter forrige legebesøk svarte oftere at de var særdeles eller meget fornøyde enn de som hadde uinnfridde forventninger, både når det gjaldt forhold knyttet til samhandlingen mellom lege og pasient, egenskaper ved legen, ventetid, samt fornøydhets totalt sett. De rapporterte også sjeldnere om særlig problematiske forhold ved legetjenestene. I 2003 var antall signifikante estimat redusert fra 13 til 9, men mønsteret var det samme: Innfridde forventninger var assosiert med høy grad av fornøydhets.
- *Stabilitet i legedekningen* i kommunen hadde signifikant resultat på 8 av 17 spørsmål i 2000. Det var en positiv sammenheng mellom fornøydhets og stabilitet i samtlige signifikante tester. Folk i kommuner med stabil legedekning var mer fornøyde enn folk i kommuner med ustabil legedekning når det gjaldt samhandlingen mellom lege og pasient (kommunikasjon, medbestemmelse og tidsbruk) og egenskaper ved legen (faglig oppdatering, personlig kjennskap til deres sykehistorie og språkbeherskelse), samt fornøydhets totalt sett. De svarte også sjeldnere at manglende stabilitet var særlig problematisk enn folk som bodde i ustabile

kommuner. (I 2003 var det bare 27 respondenter fra ustabile kommuner, derfor ble variabelen ikke brukt i analysen av disse data.)

- *Kommunestørrelse* hadde signifikant resultat på 10 av 17 spørsmål i 2000. Forskjellene gjaldt både forholdet mellom små og store kommuner (3 spørsmål), forholdet mellom små og mellomstore kommuner (4 spørsmål), eller begge deler (3 spørsmål). I motsetning til de andre forklaringsvariablene var det ikke noen entydig sammenheng mellom kommunestørrelse og grad av fornøydhets, hvert spørsmål hadde sitt eget mønster. Noen ganger var svarfordelingen u-formet, andre ganger økte eller minket graden av fornøydhets med kommunestørrelsen. Det vanligste mønsteret var likevel at de som var mest fornøyde og sjeldnest rapporterte om særlige problemområder var folk i de minste kommunene. Innbyggerne i de minste kommunene var mer fornøyde enn innbyggerne i store og mellomstore kommuner med legens tilgjengelighet for telefonkontakt/hjemmebesøk, tidsbruk ved konsultasjoner, og ventetid for legetime og på legekontoret. Videre svarte de sjeldnere at lang ventetid for time og for liten tid ved konsultasjoner var et problem, enn folk i større kommuner. De var også totalt sett mer fornøyde med tjenestetilbudet enn folk i mellomstore kommuner (og omtrent like fornøyde som folk i store kommuner). Derimot var folk i små kommuner mindre fornøyde enn folk i mellomstore og store kommuner når det gjaldt legens språkbeherskelse. Folk i små kommuner svarte også oftere ja til at språkproblemer og manglende stabilitet i legedekningen var særlig problematisk, sammenlignet med folk i store og mellomstore kommuner. I 2003 var de fleste av disse forskjellene redusert eller borte, og antall signifikante estimat ble redusert fra 10 til 4. Alle fire viste lavere fornøydhets og større problemer i de minste kommunene. På spørsmålene om grad av fornøydhets med legens språkbeherskelse og med

den geografiske nærheten hadde småkommunene lavere andel av svært fornøyde enn store og mellomstore kommuner. Språkproblemer i forhold til utenlandske leger og manglende stabilitet i legedekningen var også oftere rapportert som særlig problematisk av folk i små kommuner enn av folk i store og mellomstore kommuner. Det var med andre ord de estimatene fra 2000 som viste større fornøydhets og færre problemer i småkommunene som "falt ut", det vil si at de viste signifikante forskjeller i 2000 men ikke i 2003.

Spesielt kommunestørrelse og pasientens utdanning hadde altså lang færre signifikante resultater i 2003 enn i 2000. Forskjellene mellom de to studiene med hensyn til den relative betydningen av de enkelte forklaringsvariablene ble testet i logistiske regresjoner. Her var det som nevnt statistisk signifikante resultater på to av de 17 modellene (kommunestørrelse versus fornøydhets med tilgjengeligheten samt lang ventetid særlig problematisk, og utdanning versus fornøydhets med tilgjengeligheten).

5.3 Betydningen av legens kjønn

Tidligere studier har vist at når lege og pasient har motsatt kjønn er pasientene mer fornøyde med kommunikasjonen med sin lege enn når de ikke har det (Finnvold og Paulsen 2002). Sammenhengen mellom pasienttilfredsheten og fastlegens kjønn inngikk ikke i regresjonsanalysene fordi forberedende analyser viste svært få signifikante estimat (pluss at data for dette bare fantes for 2003). Det ble likevel foretatt separate analyser på forholdet mellom grad av fornøydhets versus legens og pasientens kjønn. De eneste forskjellene vi fant var på spørsmålet "fornøydhets totalt sett": Kvinner som gikk til kvinnelige leger var mest fornøyde, menn som gikk til kvinnelige leger var minst fornøyde. For menn var det en statistisk signifikant forskjell mellom

fornøydheten om de gikk til en kvinnelig eller en mannlig lege ($p = 0,02$). Det var det ikke for kvinner (tabell 16).

Tabell 16 Andelen svært fornøyde totalt sett i 2003, sammenstilling av legens og pasientens kjønn (andel av gruppen, $N = 904$)

<i>Kjønnsammensetning</i>	<i>Antall</i>	<i>Andelen svært fornøyde</i>	<i>95 % KI</i>
Kvinnelig pasient hos kvinnelig lege	151	48 %	40 – 56
Mannlig pasient hos mannlig lege	317	45 %	39 – 50
Kvinnelig pasient hos mannlig lege	344	44 %	39 – 49
Mannlig pasient hos kvinnelig lege	45	36 %	22 – 50
Alle ^a	857	44 %	41 – 48

^a 47 av 904 hadde ikke besvart

6 Drøfting

6.1 Frekvenstillinger og krysstabeller

I 2000 ga de fleste respondentene uttrykk for at de var godt fornøyde med primærlegetjenesten. Andelen svært fornøyde var høyest for tjenestenes geografiske nærhet, legens måte å møte pasientene på med hensyn til tillit og respekt, og legens språkbeherskelse (sistnevnte spørsmål var først og fremst beregnet på kommuner med mange utenlandske leger). Andelen misfornøyde var høyest for ventetid for å få legetime og når de skulle inn til legen, og at legenes tilgjengelighet i forhold til hjemmebesøk og telefonkontakt. Nøyaktig slik var det også i 2003.

Spørsmålene som ba respondentene angi hva de opplevde som særlig problematisk med legetjenestene bekreftet konklusjonene ovenfor, men de ga en større andel negative svar enn tilsvarende spørsmål om grad av fornøydhets. Denne trenden gjaldt begge datasettene, men den var sterkere i 2000 enn i 2003. I 2000 svarte for eksempel 28 prosent av de som hadde vært hos lege siste år at manglende stabilitet i legedekningen var særlig problematisk, mens bare 14 prosent svarte at de var misfornøyde med legens personlige kjennskap til pasientenes sykehistorie. Tilsvarende tall for 2003 var henholdsvis 12 og 10 prosent. Likeså var det 18 prosent som i 2000 svarte at språkproblemer i forhold til utenlandske leger var et problem, men bare 6 prosent svarte at de var misfornøyde med legens språkbeherskelse. Tilsvarende tall for 2003 var henholdsvis 13 og 5 prosent. Dette kan tolkes som en mulig inkonsistens i svarene, et ikke uvanlig fenomen i denne typen studier, men ikke nødvendigvis, det kommer an på hvordan respondentene har oppfattet spørsmålene. Svarene kan være konsistente dersom spørsmålene ble oppfattet som forskjellige. Eksempelvis kan spørsmålene om grad av fornøydhets blitt oppfattet dit hen at de skulle vektlegge personlige erfaringer i sine svar i større grad enn spørsmålene om hva som opplevdes som særlig problematisk

eller positivt. Spørsmålet om 'særlig problematisk' kan dermed ha fått folk til å løsrive seg litt fra egne opplevelser og inkludert historier de hadde hørt fra bekjente eller media. Trolig har denne spørsmålsstillingen ledet folk til å svare mer kritisk enn på spørsmålene om grad av fornøydhhet. De som vegret seg mot å svare 'misfornøyd' ville nok ha lettere for å gi negative svar på spørsmålene i gruppe 2. Forskjellene i svarene på disse to grupper av spørsmål henger i alle fall sammen med spørsmålsstillingen, på en eller annen måte. Dette betyr at svarene må tolkes med stor forsiktighet. Dersom spørsmålene ledet respondentene mot bestemte svar kan vi anta at det har rammet alle grupper av respondenter like hardt, og at det derfor ikke har påvirket resultatet av regresjonsanalysene.

De aller fleste ga altså uttrykk for at de var fornøyde, og til dels veldig fornøyde, både med kvalitet og tilgjengelighet i primærlegetjenesten. Bildet var ikke fullt så positivt når respondentene i 2003 ble spurt direkte om hvordan de opplevde tjenestetilbudet før og etter fastlegeordningen. Dette viser hvordan metodevalgene påvirker resultatet, og forklarer hvorfor ulike studier kan komme fram til ulike resultater (dette kommer jeg tilbake til i drøftingen av tidligere studier).

Det var en relativt høy andel pasienter som hadde uinnfridde forventninger til sitt forrige legebeseøk. Ikke alle forventninger er like realistiske og legitime, derfor behøver ikke uinnfridde forventninger å være et tegn på en kvalitetsbrist. Dessuten er det her snakk om pasientenes egne opplevelser av situasjonen, og de stemmer som kjent ikke alltid overens med legenes. Det er likevel grunn til å merke seg at nesten halvparten av de som ved sitt forrige legebeseøk forventet å få informasjon for å forebygge eller behandle helseplagene sine selv, ikke svarer at de fikk slik informasjon (tabell 8). Dette betyr ikke nødvendigvis at de ikke fikk slik informasjon, men tallet

er likevel så høyt at det er nærliggende å spørre seg om ikke primærlegene her har et stort forbedringspotensial.

Hvordan har pasientenes egne erfaringer av kvalitet og tilgjengelighet i primærlegetjenesten utviklet seg etter innføringen av fastlegeordningen? Hvor store er de geografiske forskjellene i grad av fornøydhets, og har dette bildet endret seg etter fastlegeordningen? Hva betyr det for pasientens opplevelse av kvalitet og tilgjengelighet at han eller hun treffer samme lege flere ganger? Og hva betyr pasientens forventninger, sosioøkonomisk bakgrunn, kjønn og alder? Regresjonsanalysene ble gjennomført for å kaste lys over disse spørsmålene.

6.2 Regresjoner

Utviklingen av pasientenes grad av fornøydhets fra 2000 til 2003

Analysene av datamaterialet viste en rekke signifikante forskjeller mellom hva folk svarte i de to studiene. På de fleste spørsmålene var svarene mer positive i 2003 enn i 2000, men på noen spørsmål var de mer negative. De fleste positive endringene gjaldt sider ved samhandlingen mellom lege og pasient. Fornøydhetsen totalt sett økte også. Den positive utviklingen viste seg både ved en høyere andel svært fornøyde pasienter i 2003 enn i 2000, og en lavere andel som krysset av for særlige problemområder.

De negative endringene gjaldt først og fremst tilgjengelighetsen. Det var særlig fornøydhetsen med legens tilgjengelighet for telefonkontakt som gikk ned fra 2000 til 2003 (tabell 12). Dette funnet synes å være inkonsistent med at andelen som svarte at de ”flere ganger” i løpet av siste år hadde forsøkt å få snakke med primærlege per telefon uten å oppnå det, sank fra 9 til 16 prosent i samme periode. Forskjellen kan delvis skyldes at det ene spørsmålet skulle besvares av alle mens det andre bare skulle besvares av de som hadde vært hos lege siste år. Det kan være mange andre forhold som også spiller inn her,

blant annet kan det hende at folk ikke forsøker å få slik kontakt fordi de ikke forventer å oppnå det. I den grad legene har blitt mindre tilgjengelige per telefon kan det ha noe med dagens takstsystem å gjøre. Den høye andelen stykkprisfinansiering kan tenkes å ha utilsiktede effekter på for eksempel tidsbruk og tilgjengelighet (fordi tid er penger, og fordi økt "omsetning" gir økte inntekter). Takstsystemet kan derfor bidra til at legene blir mindre tilgjengelige for telefonkontakt dersom de mener at de tjener mer på andre former for pasientkontakt, forutsatt at de lar hensynet til inntekt påvirke slike beslutninger.

Resultatene av regresjonsanalysene viste med andre ord et noe sammensatt bilde, med både positive og negative utviklingstrekk. Det var likevel en overvekt i økningen av andelen positive svar. Det var en positiv utvikling for alle aspekter som angikk samhandlingen mellom lege og pasient, samt graden av fornøydhet totalt sett. Samlet sett gir dette et bilde av en meget positiv utvikling fra 2000 til 2003. Den positive utviklingen bekreftes av svarene på de spørsmålene som ikke angikk grad av fornøydhet. Eksempelvis var det en økning i andelen respondenter som svarte at de var trygge på at de ville få nødvendig helsehjelp ved behov.

Hvordan skal vi tolke endringene i folks fornøydhet og trygghet? Hva er de uttrykk for? Er det slik at legene i løpet av denne korte tiden faktisk har blitt mer flinke til å lytte til pasientene, ta dem mer på alvor, og bruke mer tid på dem? Det er ikke umulig. Legene kan ha blitt mer kvalitetsbevisste på de samhandlingsmessige sidene ved konsultasjonene, blant annet som en følge av at ordningen (i byene) innebærer en mer synlig konkurranse om pasientene enn tidligere. Ifølge en studie basert på gruppeintervjuer med 81 leger i Hordaland og Oslo er nettopp dette tilfellet. I disse intervjuene ga legene selv uttrykk for at de i større grad var styrt av konkurranse om pasientene nå enn før, og at de var redde for å "miste" pasienter. Dette førte til at de opplevde

seg mer som pasientenes advokat, blant annet innrettet de seg mer mot å gjøre pasientene tilfredse, og de tok mer hensyn til pasientenes ønsker. Mange, spesielt i Oslo, uttrykte også at pasientmangel var et reelt økonomisk problem (Carlsen og Norheim 2003).

Økningen i fornøydhets og trygghet kan altså tolkes som et uttrykk for at kvaliteten på tjenestene har økt, men den kan også tolkes som et uttrykk for at folks oppfatninger av tjenestene har endret seg som en følge av den offentlige omtalen av reformen. Reformen ble reklamert for gjennom kampanjer som argumenterte med utgangspunkt i pasientrettigheter og kvalitetsforbedringer. Dette kan ha påvirket våre holdninger til tjenestetilbudet. Legene er ikke bare leger, de er samtidig representanter for et system. Våre oppfatninger av og erfaringer med legene påvirker vårt syn på systemet, og våre oppfatninger av systemet påvirker vårt syn på legen. Den økte fornøydhets med legene kan således tolkes som et uttrykk for at reformen har ført til en generell økning i folks tillit til systemet (dette drøftes videre i del 6.3).

Grad av fornøydhets er uløselig knyttet til forventninger. I den grad fastlegeordningen har bidratt til å endre folks forventninger kan den altså ha bidratt til å endre deres fornøydhets. En tredje tolkningsmulighet er derfor at fornøydhets har økt som en følge av at folk har fått reduserte forventninger. Det er det liten grunn til å tro. Tvert imot, det er heller grunn til å tro at folks forventninger har økt med innføringen av fastlegeordningen. Dette mener i alle fall mange leger (Carlsen og Norheim 2003). Dersom reformen har økt pasientenes forventninger vil dette lede i retning av redusert fornøydhets, gitt uforandret kvalitet. Den økte fornøydhets har derfor neppe noe med endrede forventninger å gjøre. Derimot er det ikke urimelig å tro at noe av det som ligger bak den reduserte fornøydhets med blant annet tilgjengelighets er nettopp økte forventninger.

Tolkningene så langt hviler på en forutsetning om at det er noe med fastlegereformen som har bidratt til endrede pasienterfaringer, men det behøver det ikke å være. Denne studien går ut på å sammenligne data fra to tidspunkt, henholdsvis ett år før og to år etter at fastlegeordningen ble innført. Sammenligningen fanger opp utviklingen over tid, det vil si endringer i folks fornøydhet etter at ordningen ble innført, men den fanger ikke opp hvilke mekanismer som ligger bak disse endringene. Om endringene skyldes fastlegeordningen eller andre samtidige endringer er det altså ikke mulig å si noe sikkert om med utgangspunkt i dette datamaterialet. Det er ikke urimelig å anta at en del av økningen i fornøydhet har sammenheng med forhold som indirekte har med fastlegereformen å gjøre, spesielt den store økningen i antall legeårsverk som reformen brakte med seg (på landsbasis fikk vi over 300 flere legeårsverk i primærlegetjenesten fra 2000 til 2002) (Statistisk sentralbyrå 2003).

Skal vi ta folks svar på alvor, og det må vi jo når vi ber dem om deres syn på saken, er likevel det sentrale her at folk *opplever* kvaliteten på tjenestene som bedre i 2003 enn i 2000 og tilgjengeligheten som dårligere i 2003 enn i 2000.

Geografiske ulikheter

Geografisk sett var den økte fornøydheten og tryggheten ikke likt fordelt. Når svarene ble fordelt på kommunestørrelse viste det seg at folk i små kommuner ikke hadde tatt del i den økte tryggheten og fornøydheten. I de miste kommunene var det ingen økning i tryggheten for å få hjelp, og det var en signifikant nedgang i andelen svært fornøyde fra 2000 til 2003 på tre spørsmål: Legens tilgjengelighet for telefonkontakt og hjemmebesøk, samt geografisk nærhet (tabell 13).

Disse forskjellene mellom kommunegruppene kan tolkes som et uttrykk for reelle forskjeller i hvordan kvaliteten og tilgjengeligheten på tjenestene har utviklet seg i perioden. Dette kan ha sammenheng med mange faktorer, blant annet at økningen i antall legehjemler og utførte legeårsverk var større i store kommuner enn i små kommuner i tiden rundt innføringen av reformen (Statistisk sentralbyrå 2003). Det fant dessuten sted en del nedleggelse av utekontorer i mange små kommuner omtrent i samme periode som fastlegeordningen ble innført. Forskjellene kan også ha sammenheng med en overgang fra fastlønnsettelse til stykkprisbetalte kontraktører for mange leger i småkommunene, en overgang som ikke fant sted i byene i samme grad fordi de fleste av legene der allerede tilhørte denne gruppen.² Det at de organisatoriske endringene var mest omfattende i små kommuner kan være noe av forklaringen på at fornøydhetsnivået der gikk ned fra 2000 til 2003 på flere faktorer, og da spesielt tilgjengeligheten (tabell 13). Her kan det være at fastlegeordningen har nullet ut fordelene med å bo i distriktene.

En annen tolkning av utviklingen i småkommunene kan være at det her er snakk om en forventningsskuffelse. Før fastlegeordningen var problemene særlig store i de minste kommunene, derfor hadde innbyggerne der trolig høyere forventninger til reformen enn folk i større kommuner. Således kan utviklingen i småkommunene være et uttrykk for forventninger som ikke ble innfridd. Forklaringen ser i alle fall ikke ut til å være ustabil legedekning i småkommunene for i 2003 var det kun 27 respondenter fra det vi definerte som ustabile kommuner. Som jeg skal komme tilbake til er det likevel mulig at andre mål på stabilitet ville ført til andre resultater.

² I småkommunene gikk mange fastlønnsleger i 2001 over til enten kontrakter med stykkprisfinansiering eller fast ansettelse med en blanding av fast lønn og prosenter av "omsetningen".

Analyse av datasettene hver for seg

Den delen av regresjonsanalysene hvor datasettene ble analysert hver for seg bekreftet hovedfunnene fra de første analysene. Resultatene viste blant annet et ganske annerledes bilde i 2003 enn i 2000 med hensyn til hvor store forskjeller det var mellom ulike grupper av respondenter, og hva som kunne forklare variasjonene i grad av fornøydhets.

En variabel som sier noe om stabiliteten og kontinuiteten i forholdet mellom lege og pasient, *vært hos samme lege før*, syntes å være viktigst i forhold til å forklare pasientenes grad av fornøydhets med de fleste aspektene, både når det gjaldt kvalitet og tilgjengelighet. Begge årene var dette den uavhengige variabelen som hadde flest signifikante estimat (i 2000 sammen med uinnfridde forventninger). Dette var også den eneste av forklaringsvariablene som ikke gikk mye ned i antall signifikante estimat fra 2000 til 2003. Mønsteret var det samme i samtlige modeller: Kontinuitet i lege-pasient relasjonen var assosiert med høy grad av pasienttilfredshet. Dette funnet kan også tolkes som et uttrykk for at de som oppsøker samme lege flere ganger gjør det fordi de tidligere har vært fornøyde med han eller henne (men dette vil kun gjelde for store kommuner hvor pasienter har slike valg).

Uansett forklaring var det en klar sammenheng mellom kontinuitet i lege-pasient relasjonen og høy grad av pasientopplevd kvalitet. At pasientene har møtt samme lege flere ganger synes å være et av de viktigste "kjennetegnene" ved fornøyde pasienter. Sett i lys av tidligere studier kunne vi forvente en slik sammenheng, men ikke at den skulle være så sterk og så entydig, på tvers av alle kvalitetsdimensjonene. Dette indikerer at relasjonelle forhold ved lege-pasient interaksjonen har stor betydning for pasientenes grad av fornøydhets.

Stabilitet i legedekningen inngikk som sagt ikke i analysene av 2003-data, men i 2000 var dette en viktig forklaringsvariabel med signifikante

estimat på over halvparten av spørsmålene. Resultatene fra 2000 viste at de mest fornøyde pasientene bodde i kommuner med stabil legedekning. Dette støtter opp under teorien om at kontinuitet og høy grad av fornøydhet henger sammen.

Uinnfridde forventninger syntes også å være av stor betydning for pasientenes vurderinger av tjenestetilbudet. Trenden var sterk og entydig, og den gikk på tvers av alle kvalitetsdimensjonene: Uinnfridde forventninger ga mindre fornøyde pasienter, innfridde forventninger ga mer fornøyde pasienter. Dette var ikke spesielt overraskende ettersom opplevelsen av tilfredshet på en eller annen måte er relatert til vurderinger av i hvilken grad ens forventninger blir innfridd. Her ligger det også et mulig problem med analysen, for dersom den avhengige og den uavhengige variabelen er delvis overlappende vil det si at de ”måler” det samme, og da er det irrelevant å studere sammenhengen mellom dem. Til tross for denne betenkeligheten valgte jeg likevel å inkludere uinnfridde forventninger blant forklaringsvariablene, blant annet fordi mange sa seg særdeles eller meget fornøyde med tjenestene til tross for at de hadde uinnfridde forventninger etter sitt forrige legebesøk (kanskje fordi de i løpet av legebesøket fikk ny forståelse av hva som var rimelig å forvente). Dessuten er ikke sammenhengen mellom forventninger og fornøydhet så selvfølgelig, ettersom det her stort sett dreier seg om ganske forskjellige aspekter ved tjenestene (bortsett fra det å få informasjon fra legen): Spørsmålene om fornøydhet angikk forhold som ventetid, tilgjengelighet og kommunikasjon, spørsmålene om forventninger dreide seg for det meste om resepter, rekvisisjoner og diagnoser (tabell 8). Likeledes var det en sammenheng mellom det å si seg misfornøyd med systemtrekk, eksempelvis den geografiske nærheten til brukerne, og uinnfridde forventninger til eget legebesøk. Heller ikke denne sammenhengen er særlig selvfølgelig (dette kommer vi tilbake til i del 6.3).

Misnøye med legetjenestene som bunner i uinnfridde forventninger er ikke nødvendigvis et uttrykk for dårlig kvalitet. I noen tilfeller vil det være det, og kanskje særlig når det gjelder uinnfridde forventninger i forhold til informasjon og veiledning. Manglende informasjon utgjør nest største gruppe av uinnfridde forventninger (henholdsvis 48 og 46 prosent av de som hadde slike forventninger). Selv om pasienter kan overhøre eller glemme informasjon som blir gitt er det rimelig å anta at misnøye som bunner i uinnfridde forventninger til informasjon til en viss grad sier noe om kvaliteten på tjenestene. I kraft av sin rolle som profesjonell hjelper har legen hovedansvaret for å se til at informasjonen han eller hun gir til pasienten blir oppfattet og forstått. Men ikke alle forventninger er realistiske og rimelige. Legene vet at de ikke er allvitende, at medisinsk virksomhet er risikofylt, og at det ikke finnes effektive metoder for å kurere alle sykdommer og plager. Det er ikke alltid pasienten er like innforstått med dette. I en nylig publisert studie svarte 85 prosent av legene som ble intervjuet at de ofte eller av og til møtte urealistiske forventninger til hva de kunne yte for pasienter og pårørende (Førde 2003). Noen uinnfridde forventninger – eksempelvis manglende diagnose (uinnfridd forventning hos rundt en tredjedel av de som hadde forventningen) – kan derfor være uttrykk for urealistiske forventninger heller enn dårlig kvalitet.

Kommunestørrelse var en viktig forklaringsvariabel i 2000 med signifikant resultat på over halvparten av estimatene. Dette var overraskende. Hypotesen var at stabilitet og kontinuitet i lege-pasient relasjonen ville være avgjørende faktorer, og at eventuelle forskjeller mellom store og små kommuner ville utjevnes når vi justerte for dette (pluss alle de pasientrelaterte variablene). Dette slo altså ikke til.

Hva er det som gjør kommunestørrelse til en selvstendig faktor i forklaringer av pasientopplevd kvalitet? Spørsmålet har sannsynligvis

forskjellige svar, avhengig av hvilken kvalitetsdimensjon vi snakker om. At folk i små kommuner i 2000 var mer fornøyde enn folk i store og mellomstore kommuner når det gjaldt tilgjengelighet (for telefonkontakt og hjemmebesøk), ventetid for time og på legekantoret, samt tidsbruk under konsultasjoner, kan henge sammen med at det er færre innbyggere per lege i små kommuner. Dermed blir det mindre belastende for legene å være tilgjengelige for pasientene på denne måten. Forskjellene kan også være et utslag av at ulike kommuner hadde forskjellige regler mht. bruk av drosje ved hjemmebesøk. I små kommuner var det nok også mer tradisjoner for å dra på hjemmebesøk. Små kommuner har ofte lav befolkningstetthet og lange avstander fra legekantorene til folks hjem, dette kan ha gjort legene der mer tilgjengelige for hjemmebesøk.

Mest av alt er forskjellene mellom små og store kommuner trolig et utslag av ulike sosiale arenaer. Distriktsmedisinens sosiale arena, arenaen der samhandlingen mellom lege og pasient utspiller seg, er gjerne et lokalsamfunn. Noe av det særegne med et lokalsamfunn er at samhandlingen der skjer mellom totale personer, det vil si at folk møter hverandre i et bredt spekter av roller. Videre er miljøet oversiktlig og gjennomskiktig, og informasjonen blir utvekslet direkte. Den kanskje viktigste forskjellen mellom å praktisere i by og å praktisere i distrikt er nærheten mellom lege og pasient. I distriktene møtes lege og pasient ofte på mange forskjellige arenaer, ikke bare på legekantoret, og de samhandler gjerne for flere ulike formål, ikke bare medisinskfaglige. Det er rimelig å anta at dette og andre kjennetegn ved et lokalsamfunn skaper en avgjørende forskjell mellom distriktsmedisin og bymedisin. Resultatene fra 2003 gir imidlertid liten støtte til denne tolkningen ettersom det da ikke var signifikant større fornøydhet blant folk i små kommuner på et eneste spørsmål. Trenden i utviklingen var entydlig: Ingen av de fem modellene som i 2000 viste signifikant større andel av svært

fornøyde i småkommunene enn i mellomstore og store kommuner, var signifikante i 2003. Mulige grunner til dette er diskutert tidligere i dette kapitlet.

På en del kvalitetsindikatorer kom folk i de minste kommunene dårligst ut også i 2000. Dette gjaldt folks fornøydhet med legens språkbeherskelse, noe som blant annet kan skyldes at de generelt sett har en høyere andel utenlandske leger i disse kommunene (i oktober 1998 var andelen utenlandske primærleger i Nord-Norge 53 prosent, sammenlignet med 33 prosent på landsbasis, Andersen et al. 1999). Manglende stabilitet var også et større problem for folk i små kommuner enn for folk i store og mellomstore kommuner. Spesielt små kommuner hadde særlig stor gjennomtrekk i legestillingene, derfor er det forståelig at befolkningen der i større grad enn folk i store kommuner opplevde manglende stabilitet som et problem.

Sett under ett kan dataene fra 2000 tyde på at ulempene ved manglende stabilitet i småkommunene på en måte ble ”oppveid” av fordelene det også medførte å være pasient i disse kommunene, spesielt i forhold til tilgjengelighet, ventetid og tidsbruk. At fornøydheten totalt sett var omtrent det samme som i små kommuner som i store kommuner, og signifikant større enn i mellomstore kommuner, er også et tegn på det. Dataene fra 2003 tyder på at disse fordelene nå er forsvunnet.

Utdanning hadde også mange signifikante resultater, og da særlig i 2000. Utdanning og tilfredshet hang sammen når det gjaldt flere aspekter ved samhandlingen mellom lege og pasient, egenskaper ved legen, samt tilgjengelighet og geografisk nærhet. De med høy utdanning var stort sett mer fornøyde enn de med lav utdanning. Dette kan tolkes som et utslag av forhold ved pasientene (for eksempel at de med høy utdanning har mindre autoritetsangst og spør mer, eller at de er lettere å tilfredsstille fordi de har lavere forventninger), som et utslag av forhold ved legene (de behandler

pasientgruppene ulikt), og/eller som et utslag av forholdet *mellom* lege og pasient. Trolig spiller alle disse faktorene inn. Det er likevel grunn til å fremheve det relasjonelle. Kommunikasjon og samhandling er et relasjonelt fenomen. Relasjonen mellom lege og pasient har to parter som påvirker hverandre gjensidig. Hvis pasienten gir klart uttrykk for at han eller hun forventer å få informasjon og innflytelse på beslutninger som skal tas, vil det trolig påvirke legens handlinger. Høyt utdannede er kanskje flinkere til å formulere sine ønsker og krav enn lavt utdannede. En annen faktor kan være at upopulære lavstatuslidelser oftere forekommer hos lavt utdannede enn hos høyt utdannede. Dessuten tilhører lege og høyt utdannet pasient samme utdanningsgruppe, det gjør ikke lege og lavt utdannet pasient. Kanskje har denne likheten mellom lege og pasient en positiv virkning på samhandlingen mellom partene. Dette indikerer at relasjonelle forhold ved lege-pasient interaksjonen (ikke bare likhet i utdanningsnivå men også kontinuitet) har større betydning for pasientenes grad av fornøydhet enn individuelle kjennetegn ved pasientene.

Tidligere forskning

I en undersøkelse gjort av Opinion på oppdrag fra Den norske lægeforening, hvor folk ble spurt om hvordan de opplevde tjenestetilbudet før og etter fastlegeordningen, svarte de fleste at de ikke opplevde noen forskjeller i tjenestenes kvalitet etter fastlegeordningen. Like mange svarte at tjenestene var blitt dårligere som at de var blitt bedre (Hafstad 2003). Dette er i tråd med svarene på tilsvarende spørsmål i min studie, men det er ikke i tråd med konklusjonene i den delen av studien hvor jeg sammenlignet folks svar på spørsmålene om grad av tilfredshet i 2000 og 2003.

Sett i lys av tidligere forskning omkring variasjoner i pasienttilfredshet er funnene i denne studien dels i samsvar med tidligere studier (deriblant

betydningen av kontinuitet og stabilitet), og dels i motstrid til tidligere studier (blant annet betydningen av utdanning, jf. del 3.2). Når det gjelder geografiske variabler er det få studier vi kan relatere oss til. En studie fra Nord-Norge viste at folk var minst fornøyde i store kommuner (Kristiansen og Hansen 1989). En annen tydet på at kommunestørrelsen hadde mindre betydning for folks tilfredshet enn gjennomtrekk i stillingene (ubesatte stillinger og bruk av turnuskandidater) og legenes avlønningsform (fastlønnsleger og gjennomtrekk var assosiert med lavere grad av tilfredshet) (Finnvold 1997; 1998). Dette fant vi ikke i våre analyser. Det er mulig at andre variabler i vår modell (eksempelvis legenes avlønningsform) eller andre data for stabilitet i legedekningen (andel vikarer/turnuskandidater) ville redusert betydningen av kommunestørrelse som selvstendig faktor.

6.3 Individuelle og strukturelle faktorer

Et interessant trekk ved noen av funnene fra regresjonsanalysene er at det i flere tilfeller er statistiske sammenhenger mellom det vi kan kalle individuelle og strukturelle faktorer. Eksempelvis viste det seg at de som ved sitt forrige legebesøk hadde vært hos samme lege flere ganger før var mer fornøyde med den geografiske nærheten til brukerne, altså et systemtrekk ved tjenestetilbudet, enn de som ikke hadde vært hos samme lege flere ganger før. Sammenhengen mellom fornøydhet med geografisk nærhet og det at du har vært hos samme lege før er ikke åpenbar. Det samme gjelder sammenhengen mellom fornøydheten med sider ved samhandlingen mellom pasient og lege (kommunikasjon, medbestemmelse, tidsbruk og legens faglighet) og stabiliteten i legedekningen i kommunen. Her er det lavere grad av fornøydhet blant folk som bor i ustabile kommuner enn blant folk som bor i stabile kommuner. Felles for disse og tilsvarende funn er at det synes å være en sammenheng mellom forhold knyttet til samhandlingen mellom lege og

pasient, og strukturelle faktorer ved tjenestetilbudet. Hvordan skal vi forstå slike sammenhenger? Det er godt mulig at for eksempel kommuner med ustabil legedekning jevnt over har leger som er mer paternalistiske, dårligere til å kommunisere, og ikke tar seg tid nok til pasientene, enn leger i store kommuner med stabil legedekning. Det finnes en alternativ tolkning.

Selv om tillit i liten grad er et eksplisitt tema i denne studien, er det et viktig indirekte tema. Høy grad av fornøydhets kan tolkes som et uttrykk for tillit. Omvendt kan lav grad av fornøydhets tolkes som et uttrykk for manglende tillit. Med tillit menes her at vi har bestemte *forventninger* til andre menneskers vilje og fremtidige handlinger; at de vil oss vel, og at de vil møte oss med velvillighet og fordelaktige handlinger, eller i alle fall avstå fra å skade oss. Forventningene er basert på bestemte oppfatninger om disse menneskene, eller tidligere erfaringer med dem. Forventningene peker således både fremover og tilbake i tid. Tillit kan tilfalle både personer og systemer. Personlig tillit er knyttet til trekk ved en person, systemtillit er knyttet til trekk ved et system. Vi kan ha tillit til et system relativt uavhengig av de personer som trer inn i dets ulike funksjoner. Eksempelvis er det godt mulig for pasientene å ha mistillit til helsevesenet og moderne medisin, men likevel ha tillit til (enkelte av) dets representanter. På samme måte kan de ha mistillit til enkeltpersoner, men tillit til systemet. Det er likevel en nær forbindelse mellom disse fenomenene i den forstand at vår tillit (eller mistillit) til personer har en tendens til å bli overført til systemet de representerer. Omvendt har vår tillit eller mistillit til systemet en tendens til å bli overført til dets representanter (Lian 2003a; 2003b).

Folks tillit eller tiltro til systemene og deres tillit eller tiltro til dets representanter henger altså sammen. Denne beskrivelsen av forholdet mellom individuell tillit (pasientens tillit til legen) og systemtillit (pasientens tillit til primærlegetjenesten) er relevant i forhold til å tolke resultatene av denne

studien. Nå er vi inne på noe av forklaringen på den observerte sammenhengen mellom folks oppfatninger av systemet og deres oppfatninger av det personlige møtet mellom lege og pasient. Det som trolig skjer er at pasientene overfører de erfaringene de har fra møtet med legen, til det systemet de representerer (legen er ikke bare seg selv, han eller hun er også representant for et system). Tilsvarende overfører de sine oppfatninger av systemet til sin fortolkning og opplevelse av møtet med legen. Slik blir det vanskelig å opprettholde et klart skille mellom systemet og dets representanter, og slik sett blir erfaringer fra det ene overført til det andre.

6.4 Metodeproblemer

Det er alltid store metodeproblemer forbundet med tolkning av data fra spørreskjemaundersøkelser. Metodeproblemene er mange og komplekse. Spørsmål og svar tolkes ofte ulikt av forskjellige respondenter, og det er vanskelig å vite hvordan respondentene har oppfattet spørsmålene og hva de legger i svarene. Spørreskjemadata gir oss også meget begrenset informasjon, og de gir oss ikke rom for å gå i dybden i vår fortolkning av svarene. Videre blir svarene uunngåelig påvirket av spørsmålsstillingen. Sistnevnte vil som sagt ha stor innvirkning på frekvenstellingene, som derfor må tolkes med forsiktighet, men det vil ha liten betydning for regresjonsanalysene fordi påvirkningen trolig vil ramme alle grupper av respondenter like hardt. Det er også påvist en del inkonsistens i svargivningen som gjør det vanskelig å tolke resultatene.

Hvordan vi skal tolke folks svar er derfor ikke opplagt. Det har vist seg at folk heller mot å si seg tilfredse når de blir spurt om tilfredshet, og de svarer ofte positivt når de blir spurt om kvaliteten på helsetjenestene (Hofoss 1986). Dette kan ha sammenheng med den asymmetriske maktrelasjonen lege-pasient relasjonen er, noe som lett stiller pasientene i en situasjon hvor

de verken har lyst til, eller føler seg kompetente til, å overprøve legenes praksis. Vi må derfor ta høyde for at positive svar ikke nødvendigvis betyr at folk bare har positive erfaringer, det kan også bety at de helst ikke vil svare noe negativt. Dersom jeg hadde tatt utgangspunkt i andre typer data, eksempelvis hva som faktisk skjedde på legekantoret med hensyn til samhandling, kommunikasjon og tidsbruk, ville resultatet trolig blitt annerledes. Resultatene av studiene er således ikke uavhengig av de føringer som ligger i valg av spørsmål og svarkategorier. Valg av metoder, spørsmålsstillinger og svaralternativer påvirker resultatet (Cohen, Forbes & Garraway 1996). Selv om økningen i antall pasientklager og negative oppslag om helsetjenestene i media de siste årene kan ha gjort det mer legitimt å klage, er det likevel grunn til å være forsiktig i tolkningen av denne type data.

Bak regresjonsanalysene ligger en del valg som kan ha hatt implikasjoner for resultatene, deriblant valget om hvordan variablene skulle dikotomiseres. Dikotomiseringen av fornøydhetsvariablene ble foretatt slik at de to gruppene bestod av de som svarte at de var svært fornøyd og de som ikke var det. Dette innebar at svarene fornøyd og misfornøyd ble gitt samme verdi. Derfor fanger analysene ikke opp endringer i andelen misfornøyd. Slike forenklinger er nødvendige for analytiske formål, men de kan føre til informasjonstap og påvirke resultatene på en uheldig måte. På hvilken måte og i hvilken retning er det vanskelig å si noe sikkert om. Dette utgjør trolig ikke noe stort problem i dette tilfellet fordi den hyppigste svarfordelingen viste at andelen svært fornøyd økte mens andelen misfornøyd sank (spørsmål 3, 5-7, 9-11 og 16 i tabell 9) eller holdt seg konstant (spørsmål 4 og 8). Bare unntaksvis var det slik at både andelen svært fornøyd og andelen misfornøyd sank, det vil si at svarene trakk mot midten (spørsmålene 1, 2, 14 og 15).

En annen grunn til å være forsiktig i tolkningen av regresjonsanalysene er at jeg stort sett valgte å kjøre mange tester fremfor å slå sammen flere spørsmål i indekser (fordi spørsmålene var veldig forskjellige ville sammenlåinger utover det som ble gjort ført til for stort informasjonstap). Noen av modellene vil derfor komme ut med signifikant resultat ved ren tilfeldighet.

En av tre som ble tilskrevet med forespørsel om å delta i studien valgte å ikke returnere et besvart skjema. Vi kan anta at mange av de som ikke ville delta var rimelig fornøyde med tjenestene, og derfor ikke så noen grunn til å svare. Det at frafallet var noe større blant de yngste enn de eldste deltakerne, og at yngre går sjeldnere til lege enn eldre, tyder på at en del unnlot å delta fordi de ikke hadde erfaringer med tjenestetilbudet. Det er således ingen klare indikasjoner på hvordan resultatet ville blitt med en høyere svarprosent, annet at resultatet neppe ville gitt et mer negativt bilde av tjenestenes kvalitet og tilgjengelighet.

Et av temaene i denne studien var å *forklare* pasienttilfredshet, det vil si hvorfor noen pasienter er mer fornøyde enn andre. Til dette formålet er det begrenset hva kvantitative data og metoder kan bidra med. Kvantitative data og metoder frembringer mønstre og utviklingstrekk, men kan i liten grad fortelle oss hvorfor de oppstår, det vil si hva det er som skaper dem. Vi kan selvfølgelig argumentere for og imot ulike teorier om dette med utgangspunkt i både teoretiske og empiriske argumenter, men dataene i seg selv kan ikke gi slike svar. Relasjonelle forhold ved samhandlingen mellom lege og pasient har trolig stor betydning for pasientenes fornøydhets, og slike relasjonelle aspekter får vi vanskelig tak på ved hjelp av spørreskjemaundersøkelser.

Alt i alt tilsier dette at vi stilles overfor betydelige tolkningsproblemer når vi møter et datamateriale som dette. Det er nærmest er umulig å si noe sikkert utover det at person X har krysset i boks Y (og selv det kan vi egentlig ikke vite sikkert). Dette innebærer at dataene må tolkes med forsiktighet, og

at vi ikke bør legge for stor vekt på enkeltfunn men i stedet fokusere på hovedtrekkene i materialet. I tillegg må vi i våre tolkninger ta høyde for at en rekke viktige data ikke inngikk i analysene. Noen typer data var ikke tilgjengelige på grunn av egne metodevalg, eksempelvis mangler data både om legenes tilknytnings- og avlønningsformer og om pasientenes helse-tilstand. Andre typer data var tilgjengelige gjennom nasjonale statistikker (antall leger per innbygger, andel innbyggere over 80 år, etc.) men ble ikke tatt med i analysene. Alle beslutninger om hva som skulle og ikke skulle med av data i denne studien er i hovedsak basert på overveielser av hva jeg antok ville være de mest sentrale faktorene, basert på tilgjengelig litteratur på feltet. Slike valg vil påvirke resultatene i den forstand at andre valg kunne gitt andre resultater.

Til sist må det nevnes at deltakerne i disse to studiene ikke utgjør et representativt utvalg av det norske folk, de tilhører to regioner. Dette tilsier at resultatene ikke kan generaliseres i forhold til landet som helhet.

6.5 Hva er pasienttilfredshet?

Hva er så pasienttilfredshet et uttrykk for – kvaliteten på tjenestene, trekk ved pasientene og deres forventinger, eller relasjonelle forhold i møtet mellom lege og pasient? Ifølge resultatene av denne studien er det en kombinasjon av alle disse faktorene: Pasienttilfredshet trolig er et uttrykk både for kvaliteten på tjenestetilbudet (vært hos samme lege før, stabilitet, kommunestørrelse og kanskje også uinnfridde forventninger), trekk ved samhandlingen mellom lege og pasient (utdanning og vært hos samme lege før) og trekk ved pasienten (utdanning og uinnfridde forventninger, forutsatt at uinnfridde forventninger delvis er et uttrykk for urimelige forventninger). Trekk ved tjenestene og relasjonelle forhold i samhandlingen mellom lege og pasient synes likevel å være viktigst, spesielt graden av stabilitet, kontinuitet i lege-pasient relasjonen

og likhet i utdanningsnivå. Både forskjellene mellom stabile og ustabile kommuner og forskjellene mellom kommunegruppene kan tolkes som uttrykk for kvalitetsforskjeller ved tjenestene. Det at pasientens utdanning hadde betydning for tilfredsheten har trolig mest med samhandlingen *mellom lege og pasient* å gjøre, men også personlige egenskaper ved pasient og lege. Graden av tilfredshet er også et uttrykk for om pasientenes forventninger til legebesøket ble innfridd eller ikke. Uinnfridd forventninger påvirket fornøydhetsgraden i negativ retning. Dette kan tolkes som et uttrykk for dårlig kvalitet på tjenestene, trekk ved pasientene (høye krav og/eller urealistiske forventninger), relasjonelle forhold, eller en kombinasjon av disse faktorene.

Til syvende og sist er denne diskusjonen like mye et spørsmål om *valg* av teorier og perspektiver som et spørsmål om empirisk belegg. Likevel er det klart at analysen av dataene har avdekket klare strukturelle forskjeller i pasientopplevd kvalitet i norsk primærlegetjeneste. Resultatene tyder på at strukturelle faktorer har stor betydning for graden av tilfredshet, og at tilfredshet kan si oss noe om kvaliteten på tjenestetilbudet. Analysen gir liten støtte til teorien om at pasienttilfredshet primært er et uttrykk for kjennetegn ved pasientene. Strukturorienterte teorier og relasjonelle teorier synes å ha større forklaringskraft enn aktørorienterte teorier i det materialet som her er presentert. Det betyr ikke at vi kan betrakte kryss på et spørreskjema som kvalitetsbevis, til det er det for mange metodeproblemer, men de er et viktig ledd i arbeidet med å identifisere strukturelle og organisatoriske forhold som er assosiert med høy grad av pasientopplevd kvalitet.

Hvor mye kan vi generalisere funnene i denne studien? Når kjennetegn ved pasienten som alder, kjønn, inntekt og helsetilstand har liten betydning for pasientopplevd kvalitet i denne studien kan det skyldes at den ble gjennomført i Norge, et at de minst klassesdelte samfunn i den vestlige verden. Vi har også en relativt homogen befolkning hva etnisk bakgrunn angår. Det

kan derfor tenkes at sosiale kjennetegn ved pasientene spiller en større rolle i andre land, for eksempel svært klassesdelte land som USA og England. Resultater fra studier i disse landene er motstridende. Dette kan tyde på kjennetegn ved pasientene i noen tilfeller vil ha betydning, og i andre tilfeller ikke. Det finnes altså ikke en universell forklaring på hva pasienttilfredshet er, og hvordan tilfredsheten påvirkes av kjennetegn ved pasienten og helsetjenesten. Dette vil avhenge både av hvilken type tjeneste vi snakker om (tilfredshet med hva?) og hvilken sosial og kulturell kontekst vi befinner oss i.

7 Konklusjon

Respondentene gir uttrykk for at god kommunikasjon, informasjon og samhandling i det personlige møtet mellom lege og pasient er det viktigste kjennetegnet ved en god primærlegetjeneste. Det er derfor gledelig at det nettopp er på dette området folk er mest fornøyde med primærlegetjenesten. Det er også her vi kan se den største økningen i andelen svært fornøyde pasienter etter at fastlegeordningen ble innført i 2001.

Denne studien er basert på to runder med datainnsamlinger, en i 2000 og en i 2003. I begge studiene ga de fleste respondentene uttrykk for en høy grad av fornøydhets med tjenestetilbudet. Folk var mer fornøyde med kommunikasjons- og samhandlingsaspekter ved konsultasjonene enn med tilgjengeligheten på tjenestene. Det de var mest misfornøyde med var legens tilgjengelighet for telefonkontakt og hjemmebesøk, samt ventetiden for legetime. Svarene ble påvirket av spørsmålsstillingen. Når de blir spurt om hvor fornøyde de var med legetjenestene svarte de minst kritisk. Når de ble spurt om hva de opplevde som særlig problematisk med tjenestene svarte de mest kritisk. Hovedkonklusjonene ble likevel det samme i begge tilfellene.

Når vi sammenligner folks svar i 2000 og 2003 finner vi en rekke signifikante forskjeller. I hovedtrekk var det en økt andel svært fornøyde pasienter for de fleste indikatorene. Andelen svært fornøyde steg spesielt for forhold knyttet til legekonsultasjoner og ventetid (både for time og på legekantoret). Derimot var det en synkende andel som var svært fornøyd med legens tilgjengelighet for telefonkontakt og hjemmebesøk, språkbeherskelse og geografiske nærhet. Det var også en signifikant lavere andel respondenter som rapporterte om problemområder, både i forhold til språkproblemer, stabilitet, ventetid for time og tidsbruk ved legebesøk, i 2003 enn i 2000. Det totale bildet er med andre ord ganske positivt, med unntak av tilgjengeligheten. Et annet negativt utviklingstrekk var at folk i småkommunene ikke tok

del i den økte fornøydheden og tryggheten som folk i store og mellomstore kommuner synes å ha opplevd.

Regresjonsanalysene hvor datasettene ble analysert hver for resulterte i signifikante estimat for alle forklaringsvariablene, både i 2000 og i 2003: "Vært hos samme lege før" for 13 og 12 spørsmål, "uinnfridde forventninger" for 13 og 9 spørsmål, "kommunestørrelse" for 10 og 4 spørsmål og "respondentens utdanning" for 9 og 5 spørsmål. I tillegg til dette var stabiliteten i legedekningen viktig i 2000.

Både det å treffe samme lege flere ganger og det å bo i en kommune med stabil legedekning synes å virke positivt inn på pasientenes tilfredshet. Dette bekrefter antakelsene om at stabilitet og kontinuitet er viktig for at pasientene skal oppleve tjenestene som kvalitativt gode. Selv når vi korrigerer for disse faktorene var pasientenes grad av fornøydheden assosiert med størrelsen på kommunen de bodde i: Pasienter i små kommuner rapporterte om språkproblemer med utenlandske leger og manglende stabilitet i legedekningen i større grad enn folk i mellomstore og store kommuner. I store og mellomstore kommuner derimot var folks fornøydheden i mange tilfeller så høy at vi kanskje har nærmer oss det som er rimelig å forvente. Videre var det store endringer fra 2000 til 2003 med hensyn til betydningen av bosted (kommunestørrelse). I 2000 var det flere spørsmål hvor småkommunene hadde høyest andel fornøyde pasienter, i 2003 var det ingen. Fordelene med å bo i de minste kommunene synes dermed å ha forsvunnet i løpet av denne perioden. Dette tilsier at det kan være mye å hente av kvalitetsforbedringer gjennom å intensivere arbeidet med å bedre stabiliteten og kontinuiteten i små kommuner som fortsatt strever med rekrutteringsproblemer. Det er i alle fall her forbedringspotensialet er størst, i tillegg til at dette er et viktig hensyn sett ut fra helsetjenestens overordnede likhetsidealer.

Trekk ved pasienten som helsetilstand, alder, inntekt og kjønn, var i ubetydelig grad assosiert med grad av fornøydhet. Det var derimot deres utdanningsnivå. Det var en positiv sammenheng mellom høy utdanning og høy grad av fornøydhet. Det er ingen åpenbare forklaringer på denne sammenhengen, men trolig har dette med det relasjonelle å gjøre: Legen kan møte de høyt utdannede på en annen måte enn de lavt utdannede, og de høyt utdannede kan møte legen på en annen måte enn de lavt utdannede. Kulturelt sett ligger mange høyt utdannede kanskje nærmere legen, som selv er høyt utdannet. Dette kan ha en positiv virkning på samhandlingen dem imellom.

Resultatene i denne studien sier oss at fenomenet pasienttilfredshet kan forstås både som et uttrykk for kvaliteten på tjenestetilbudet, trekk ved samhandlingen mellom lege og pasient og trekk ved pasienten. Spesielt den sterke betydningen av kontinuitet, stabilitet og kommunestørrelse tilsier at studier av pasientopplevd kvalitet kan fange opp viktige aspekter ved kvaliteten på de tjenestene som tilbys, og ikke bare reflekterer egenskaper ved pasientene. Relasjonelle forhold synes å være av særlig stor betydning for pasienttilfredsheten.

Økt kvalitet og tilgjengelighet var to av hovedmålene med fastlegeordningen. Dersom de omtalte endringene har sammenheng med innføringen av fastlegeordningen tyder dette materialet på at målet om økt kvalitet har hatt større suksess enn målet om økt tilgjengelighet. Videre tyder det på at reformen har hatt større suksess i mellomstore og store kommuner enn i små kommuner, der folk i mange tilfeller har opplevd at både kvaliteten og tilgjengeligheten har blitt redusert etter reformen.

8 Referanser

- Andersen, Fred, Odd Herder og Anders Forsdahl (1999) Kommunelegetjenesten i Nord-Norge 1995-97. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 119:1296-8.
- Arnesen, Egil (1998) Legene forsvinner fra Nord-Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 118: 4061.
- Bjørnskau, Torkel og Reid J. Stene (1999) *Holdninger til helse- og omsorgstjenester. Resultater fra en spørreundersøkelse*. Fafo-rapport 300. Oslo: Fafo.
- Braathen, Truls (2001) 16 kommuner mangler fastlege. *Kommunal rapport*, 18. april 2001.
- Carlsen, Benedicte og Ole Frithjof Norheim (2003) Hvordan påvirker fastlegeordningen legens skjønnsmessige avgjørelser? Notatserie i helseøkonomi nr. 17/03. Bergen: Program for helseøkonomi i Bergen.
- Cohen, Geoff, John Forbes and Michael Garraway (1996) Can different patient satisfaction survey methods yield consistent results? Comparison of three surveys. *BMJ*, 313:841-44.
- Finnvold, Jon Erik (1997) Legene flytter fra pasientene. *Samfunnsspeilet* nr. 3; 48-54.
- Finnvold, Jon Erik (1998) Kan misfornøyde pasienter gi oss bedre helsetjenester? *Samfunnsspeilet* nr 3; 16-27.
- Finnvold, Jon Erik og Bård Paulsen (2002) *Før innføring av fastlegeordning – brukervurderinger av allmennlegetjenesten i et veiskille*. Oslo: Statistisk sentralbyrå/SINTEF Unimed.
- Førde, Reidun (2003) Makt og disiplinering av legestanden. I Fugelli, Per, Grete Stang og Bente Wilmar (red.) (2003) Makt og medisin. Rapport nr. 57. Oslo: Makt- og demokratiutredningen 1998-2003/Unipub forlag.
- Guldvog, Bjørn, Dag Hofoss, Kjell I. Pettersen, Just Ebbesen og Ole Morten Rønning (1998) "PS-RESKVA - pasienttilfredshet i sykehus". *Tidsskr Nor Lægeforen*, 118:386-91.
- Hafstad, Anne (2003) Ingen bedring med fastleger. *Aftenposten* 21.5.2003.
- Haugsbø, Asbjørn (1988) Legemangelen i Nord-Norge gjennom tre tiår. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 108:1809-10.
- Hall, Judith A. & Dornan, Michael C. (1990) Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis. *Soc Sci Med*, 30:811-18.

- Hall, Judith A, M Feldstein, MD Fretwell, JW Rowe and AM Epstein (1990) Older patients' health status and satisfaction with medical care in an HMO population. *Medical Care*, 28:261-70.
- Hasvold, Toralf og Roar Johnsen (1996) *Fastlegeforsøket. Evalueringsrapport*. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø.
- Hjortdahl Per (1992) Continuity of care in general practice. Doktoravhandling. Oslo: University of Oslo, Department of general practice.
- Hofoss, Dag (1986) Hva vet vi om pasienttilfredshet? *Tidsskr Nor Lægeforen*, 106:1188-95.
- Hulka, Barbara S., Stephen J. Zyzanski, John C. Cassel and Shirley J. Thompson (1971) Satisfaction with medical care in a low income population. *J Chron Dis*, 24:661-73.
- Kasteler, Josephine, Robert L. Kane, Donna M. Olsen and Constance Thetford (1976) Issues underlying prevalence of 'doctor-shopping' behavior. *Journal of health and social behavior*, 17:328-39.
- Kommunenes sentralforbund (1999) *Allmennlegetjenesten i kommunen – trygghet og ansvar – høringsnotat om fastlegeordningen (01.02.99)*. Oslo: Kommunenes sentralforbund.
- Kristiansen, Ivar Sønnebø og Finn Henry Hansen (1989) Hva mener publikum om distriktslegetjenesten? En spørreskjemaundersøkelse fra Nord-Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 109:719-24.
- Kvamme, Odd Jarle, Sandvik, Leiv og Hjortdahl, Per (2000) Praksisform, legekarakteristika og pasientvurdert kvalitet i norsk allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 120:2499-502.
- Legeforeningen, den norske (2000) Fastlegeordningen. Informasjon om forhandlingsresultatet. Oslo: Apf, NMA.
- Legeforeningen, den norske (2001a) Personlig meddelelse fra Anders Taraldset, seksjonssjef for register og statistikk (gjelder tall for 1999).
- Legeforeningen, den norske (2001b) Misnøye med listene i Oslo. <http://www.legeforeningen.no/index.db?id=3257> (avlest 10.5.01).
- Lian, Olaug S (2003a) *Når helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Lian, Olaug S (2003b) Tillitens vilkår i en markedsorientert helsetjeneste. *Sosiologi i dag*, 33 (nr. 2):31-49.
- Linn, LS (1975) Factors associated with patient evaluation of health care. *Milbank Memorial Fund Q*, 53:531-48.

- Locker, David and David Dunt (1978) Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Soc Sci Med*, 12A:283.
- McWhinney, IR (1982) Continuity of care. *J Fam Pract*, 15:847-8.
- Mo, Tone Opdahl (1995) Evaluering av fastlegeforsøket. Årsrapport for andre forsøksår i Trondheim kommune. Trondheim: SINTEF NIS.
- Moseng, Ole Georg (2000) Den tidligmoderne staten og ansvaret for undersåttenes helse. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 120:2546-7.
- Orskaug, Oliver (2001) Spør Tønne! *Dagbladet*, 25. februar 2001.
- Rikstrygdeverket (2001) Fastlegeordningen: Statistikk. <http://www.trygdeetaten.no/aktuelt/2001-05-10.html> (avlest 11.5.01).
- Schiøtz, Aina (2003) *Doktoren. Distriktslegens historie 1900-1984*. Oslo: Pax forlag.
- Sosial- og helsedepartementet (1990) Stortingsmelding nr. 36, 1989-90: *Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sosial- og helsedepartementet (1997) Stortingsmelding nr. 23, 1996-97: *Trygghet og ansvarlighet. Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sosial- og helsedepartementet (1999) Ot. prp. nr. 99, 1998-99: *Om lov om endringer i lov 19. November 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og visse andre lover (fastlegeordningen)*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Statistisk sentralbyrå (1998) Svekking av legetilbudet i distrikta. Ukens statistikk nr. 35, 1998. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Statistisk sentralbyrå (2000a) Kommunehelsetjenesten 1988-1998. Forebyggende tjenester, lege- og fysioterapitjenester. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Statistisk sentralbyrå (2000b) Kommunehelsetenesta. Legar, fysioterapeutar og forebyggjande tenester. Endelege tal, 1999. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Statistisk sentralbyrå (2000c) Kontinuitet, kontaktfrekvens og velnøye med legetenesta. Førebelse tal, 2000. <http://www.ssb.no/legetj/main.html> (avlest 11.5.01)
- Statistisk sentralbyrå (2000d) Tabell 62: Folkemengd og areal etter kommune. *Statistisk årbok 2000*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Stavdal, Anna (2000) Allmenmedisin i krise. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 120:774.

- Statistisk sentralbyrå (2003) Kommunale helse- og omsorgstenester, 2002, førebels tal. Stadig færre plassar i aldersheimar. <http://www.ssb.no/emner/03/02/helsetjko/> (avlest 20.6.03).
- Sundar, Tom (1998) Allmenmedisinen i skrøpelig forfatning. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 118:4000-1.
- Sørli, Tore, Sexton, Hal og Sørli, Dag (1997) I hvilken grad kan pasienttilfredshet forklares? Analyse av et etterundersøkelsesmateriale. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 117:2637-40.
- Thompson, Andrew G. H. and Rosa Suñol (1995) Expectations as determinants of patient satisfaction: Concepts, theory and evidence. *International journal of quality in health care*, 7:127-141.
- Westin, Steinar (2001) Nølede inn i fastlegeordningen. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 121:1667.
- Williams, Brian (1994) Patient satisfaction: A valid concept? *Soc Sci Med*, 38:509-16.
- Aarseth, Hans Petter (2000) Primærlegejtenesten i krise – hvem har ansvaret? *Tidsskr Nor Lægeforen*, 120:401.
- Aaraas, Ivar J., Toralf Hasvold, Fred Andersen, Elisabeth Swensen og Karin Straume (2000) Legeflukten fra distriktene. Forslag til plattform for å stabilisere og styrke allmenlegejtenesten i distriktskommunene. Betenkning. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø.

Vedlegg 1 Liste over ustabile kommuner (variabelen ”stabilitet”)

Klassifiseringen er basert på skjønnsvurderinger av fylkeslegene i de respektive fylkene. I 2000 ble totalt 43 kommuner klassifisert som ustabile, mot 17 i 2003.

<u>Akershus:</u>		Steigen	1848
2000 (2)		Hamarøy	1849
Fet	0227	Tysfjord	1850
Nannestad	0238	Tjeldsund	1852
2003 (0)		Hadsel	1866
		Bø	1867
		Øksnes	1868
		Sortland	1870
<u>Hedmark:</u>		2003 (5)	
2000 (8)		Hamarøy	1849
Grue	0423	Gildeskål	1838
Våler	0426	Meløy	1837
Stor-Elvdal	0430	Herøy	1818
Rendalen	0432	Sømna	1812
Engerdal	0434	<u>Troms:</u>	
Tolga	0436	2000 (4)	
Alvdal	0438	Kvæfjord	1911
Folldal	0439	Karlsøy	1936
2003 (3)		Lyngen	1938
Stor-Elvdal	0430	Storfjord	1939
Rendalen	0432	2003 (5)	
Engerdal	0434	Kvæfjord	1911
<u>Oppland:</u>		Gratangen	1919
2000 (1)		Målselv	1924
Sør-Aurdal	0540	Torsken	1928
2003 (0)		Berg	1929
<u>Nordland:</u>		<u>Finnmark:</u>	
2000 (21)		2000 (7)	
Sømna	1812	Vadsø	2003
Brønnøy	1813	Hammerfest	2004
Vega	1815	Hasvik	2015
Alstadhaug	1820	Porsanger	2020
Leirfjord	1822	Lebesby	2022
Grane	1825	Gamvik	2023
Nesna	1828	Båtsfjord	2028
Hemnes	1832	2003 (4)	
Rødøy	1836	Hasvik	2015
Meløy	1837	Måsøy	2018
Gildeskål	1838	Gamvik	2023
Saltdal	1840	Nesseby	2027
Fauske	1841		

TILGJENGELIGHET OG KVALITET I PRIMÆRLEGETJENESTEN

A. Opplysninger om deg som svarer:

1. **Kjønn:** Kvinne Mann 3. **Morsmål:** Norsk Samisk Annet
2. **Fødselsår:** 19..... 4. **Sivilstand:** Gift/samboende Enslig

B. Hvordan opplever du at primærlegegjenseten fungerer nå etter innføringen av fastlegeordningen i 2001, sammenlignet med før fastlegeordningen? (Baser svarene på egne eller andres erfaringer.)

	Mye bedre	Litt bedre	Uendret	Litt dårligere	Mye dårligere
• Stabiliteten i legedekningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Primærlegenes faglige kunnskaper og ferdigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ventetiden på legetime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hvor lett det er å få snakke med legen per telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hvor lett det er å få komme til legen samme dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Bytte av fastlege:

1. Har du mannlig eller kvinnelig fastlege?

- Mannlig Kvinnelig Har ikke fastlege

2. Førte fastlegeordningen til at du mistet et tidligere stabilt legeforhold som du ønsket å beholde?

- Ja Nei

3. Har du byttet fastlege etter at ordningen ble innført?

- Ja Nei

4. Hvis ja, hva var hovedgrunnen(e) til at du byttet? (sett ett eller to kryss)

- Jeg var misfornøyd med den faglige kvaliteten på legens tjenester
 Jeg var misfornøyd med legens måte å møte meg på som menneske
 Jeg var misfornøyd med ventetiden på legetime og/eller tilgjengeligheten på telefon
 Jeg flyttet, eller min faste lege sluttet
 Annen grunn

5. Har du noen gang ønsket å skifte fastlege men ikke gjort det?

- Ja Nei

6. Hvis ja, hva var hovedgrunnen(e) til at du ikke byttet lege? (sett ett eller to kryss)

- Den legen jeg ønsket meg hadde ikke ledig plass på listen
 Det var ingen annen lege å velge, i rimelig geografisk nærhet
 Min lange sykehistorie vil gjøre det krevende å opprette et forhold til en ny lege
 Jeg går så sjelden til lege at jeg har ikke tatt meg bryet
 Jeg vet ikke hvordan jeg skal gå frem for å bytte fastlege
 Vanskelig å velge annen lege, fordi jeg vet for lite om andre fastleger
 Jeg var redd for å fornærme legen min
 Annen grunn

D. Kontakt med primærlegegjenseten i din bostedskommune:

1. I hvilken grad føler du deg trygg på at du får legehjelp dersom du skulle trenge det?

- I stor grad I noen grad I liten grad Ikke i det hele tatt

2. Har du det siste året forsøkt å få snakke med primærlege per telefon uten å oppnå det?

- Flere ganger En gang Aldri

3. Har du helseplager som gjør at du vanligvis har kontakt med primærlege mer enn 3 ganger per år?

- Ja Nei

4. Hvor mange ganger har du oppsøkt primærlege siste 12 måneder?

- Ingen ganger 1-3 ganger 4 ganger eller mer

(Dersom du svarte "ingen ganger", gå videre til side 4)

E. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med følgende sider ved primærlegegjenseten i din bostedskommune?

(skal kun besvares av de som har hatt kontakt med primærlege siste 12 måneder)	Særdeles fornøyd	Meget fornøyd	Fornøyd	Meget misfornøyd	Særdeles misfornøyd
• Fysisk/geografisk nærhet til brukerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Legenes tilgjengelighet med hensyn til å nås per tlf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ventetid på legetime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ventetid på legekontoret før du slipper inn til legen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tidsbruk inne hos legen under konsultasjonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mulighetene for å få fortalt om dine plager, og at legen lytter til det du har å si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hvordan legen forholder seg til det som er viktig for deg som pasient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mulighetene for øyekontakt med legen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mulighetene for å bli tatt med på råd når beslutninger skal fattes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Legens måte å møte deg på med hensyn til tillit og respekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Legens informasjon om dine helseplager, undersøkelser og behandlingsopplegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Legens språkbeherskelse (norsk eller samisk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Legens faglige oppdatering i forhold til ny medisinsk kunnskap og teknologi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Legens personlige kjennskap til din sykehistorie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Legens tilgjengelighet i forhold til sykebesøk i hjemmet ved behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Totalt sett, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med primærlegegjenseten i din bostedskommune?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. Angående ditt forrige besøk hos primærlege:

(skal kun besvares av de som har hatt kontakt med primærlege siste 12 måneder)

1. Hva forventet du på forhånd at legebesøket skulle føre til? (ett eller flere kryss)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Få stilt en diagnose | <input type="checkbox"/> Få snakke om problemer i livet mitt |
| <input type="checkbox"/> Få avkrefret at det feilte meg noe alvorlig | <input type="checkbox"/> Få helseattest |
| <input type="checkbox"/> Få behandling for helseplager | <input type="checkbox"/> Få sykmelding |
| <input type="checkbox"/> Få rekvisisjon til fysikalsk behandling | <input type="checkbox"/> Annet (oppgi hva) |
| <input type="checkbox"/> Få henvisning til annen spesialist | |
| <input type="checkbox"/> Få informasjon for å forebygge eller behandle helseplagene selv | |

2. Hadde du vært hos denne legen tidligere? Ja, flere ganger Ja, en sjelden gang Nei, aldri

3. Var denne legen din fastlege? Ja Nei

4. Hvis nei, hvorfor oppsøkte du denne legen? (ett eller flere kryss)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Jeg har ingen fastlege | <input type="checkbox"/> Jeg ønsket ikke å gå til min fastlege |
| <input type="checkbox"/> Min fastlege var ikke tilgjengelig | <input type="checkbox"/> Jeg ble bare vist inn til en lege |

5. Hva var det viktigste som kom ut av legebesøket? (ett eller flere kryss)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jeg fikk stilt en diagnose | <input type="checkbox"/> Jeg fikk snakket om problemer i livet mitt |
| <input type="checkbox"/> Jeg fikk avkrefret at det feilte meg noe alvorlig | <input type="checkbox"/> Jeg fikk helseattest |
| <input type="checkbox"/> Jeg fikk resept på medisin for helseplager | <input type="checkbox"/> Jeg fikk sykmelding |
| <input type="checkbox"/> Jeg fikk rekvisisjon til fysikalsk behandling | <input type="checkbox"/> Annet (oppgi hva) |
| <input type="checkbox"/> Jeg fikk henvisning til annen spesialist | |
| <input type="checkbox"/> Jeg fikk informasjon for å forebygge eller behandle helseplagene selv | <input type="checkbox"/> Jeg fikk ikke noe ut av legebesøket |

G. Andre vurderinger av tjenestetilbudet i din bostedskommune:

(skal kun besvares av de som har hatt kontakt med primærlege siste 12 måneder)

1. Hva opplever du som særlig **problematisk** med primærlegetjenesten i din bostedskommune? (ett eller flere kryss)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Språkproblemer i forhold til utenlandske leger | <input type="checkbox"/> Lang ventetid for time |
| <input type="checkbox"/> Språkproblemer i forhold til leger som ikke snakker samisk | <input type="checkbox"/> For liten tid inne hos legen ved legebesøk |
| <input type="checkbox"/> Manglende stabilitet i legedekningen | <input type="checkbox"/> Legenes måte å møte pasientene på |

2. Hva opplever du som særlig **positivt** med primærlegetjenesten i din bostedskommune? (ett eller flere kryss)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stabilitet i legedekningen | <input type="checkbox"/> Legene har god tid ved legebesøk |
| <input type="checkbox"/> Kort ventetid for time | <input type="checkbox"/> Legenes måte å møte pasientene på |

H. Bakgrunnsopplysninger:

(besvares av alle):

1. Hva er din høyeste fullførte utdanning?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Grunnskole | <input type="checkbox"/> Høgskole- eller universitetsutdanning av 3-4 års normert varighet |
| <input type="checkbox"/> Treårig videregående skole m/allmennfag | <input type="checkbox"/> Høgskole- eller universitetsutdanning av 5 års normert varighet eller mer |
| <input type="checkbox"/> Treårig videregående skole m/yrkesfag | |

2. Hva er din viktigste inntektskilde?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Eget inntektsbringende arbeid | <input type="checkbox"/> Forsørget av ektefelle/samboer |
| <input type="checkbox"/> Trygd og/eller pensjon | <input type="checkbox"/> Annet (oppgi hva) |
| <input type="checkbox"/> Studielån | |

3. Dersom du har inntektsbringende arbeid, hva er ditt hovedyrke og din stillingsbetegnelse?

Hovedyrke:

Stilling:

4. Husstanden består av meg pluss (ett eller flere kryss):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ektefelle/samboer | <input type="checkbox"/> Barn 0-15 år |
| <input type="checkbox"/> Foreldre/svigerforeldre | <input type="checkbox"/> Barn 16-20 år |
| <input type="checkbox"/> Andre voksne | <input type="checkbox"/> Jeg bor alene |

5. Hva er husstandens samlede bruttoinntekt per måned (inkludert pensjoner)?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Under 10.000 kroner | <input type="checkbox"/> 30-40.000 kroner |
| <input type="checkbox"/> 10-20.000 kroner | <input type="checkbox"/> 40-50.000 kroner |
| <input type="checkbox"/> 20-30.000 kroner | <input type="checkbox"/> Mer enn 50.000 kroner |

6. Bostedskommune:

7. Bosted:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Landsbygd utenom tettsted | <input type="checkbox"/> Tettsted med 10-20.000 innbyggere |
| <input type="checkbox"/> Tettsted med mindre enn 5.000 innbyggere | <input type="checkbox"/> Tettsted med mer enn 20.000 innbyggere |
| <input type="checkbox"/> Tettsted med 5-10.000 innbyggere | |

8. Avstand fra hjemmet til nærmeste legekontor:km

9. Hvor lang reisetid er det fra hjemmet til nærmeste legekontor ved hjelp av offentlige transportmidler?

..... time(r) minutter

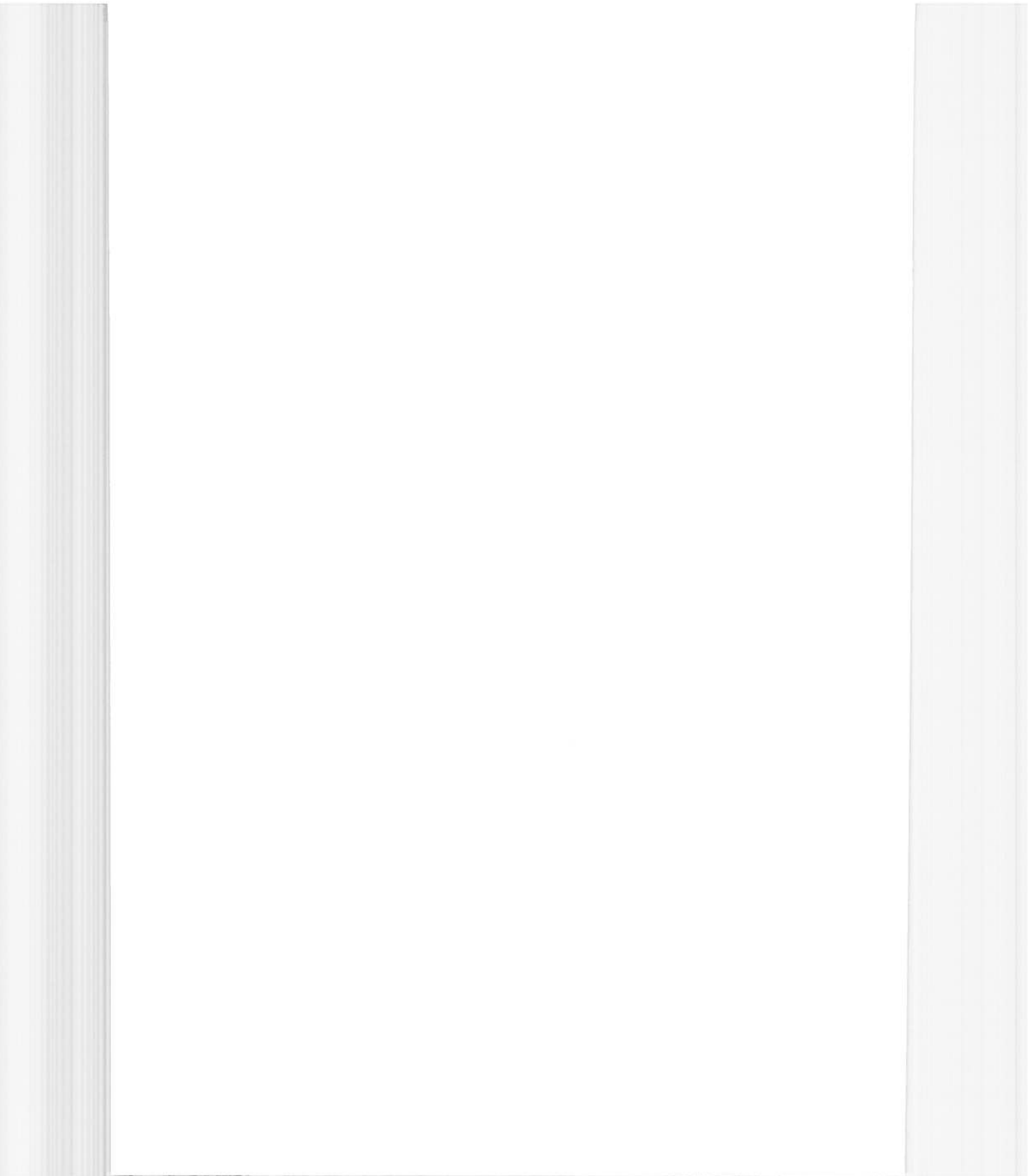
10. Stort sett, vil du si at din helse er?

- Meget god God Verken god eller dårlig Dårlig Meget dårlig

Takk for at du tok deg tid til å svare!

Utfylte spørreskjema returneres til: Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø.
Frankert svarkonvolutt følger vedlagt.





ISM SKRIFTSERIE - FØR UTGITT:

1. Bidrag til belysning av medisinske og sosiale forhold i Finnmark fylke, med særlig vekt på forholdene blant finskattede i Sør-Varanger kommune.
Av Anders Forsdahl, 1976. (nytt opplag 1990)
2. Sunnhetstilstanden, hygieniske og sosiale forhold i Sør-Varanger kommune 1869-1975 belyst ved medisinalberetningene.
Av Anders Forsdahl, 1977.
3. Hjerte-karundersøkelsen i Finnmark - et eksempel på en populasjonsundersøkelse rettet mot cardiovasculære sykdommer. Beskrivelse og analyse av etterundersøkelsesgruppen.
Av Jan-Ivar Kvamme og Trond Haider, 1979.
4. The Tromsø Heart Study: Population studies of coronary risk factors with special emphasis on high density lipoprotein and the family occurrence of myocardial infarction.
Av Olav Helge Førde og Dag Steinar Thelle, 1979.
5. Reformer i distriktshelsetjenesten III: Hypertensjon i distriktshelsetjenesten.
Av Jan-Ivar Kvamme, 1980.
6. Til professor Knut Westlund på hans 60-års dag, 1983.
- 7.* Blodtrykksovervåkning og blodtrykksmåling.
Av Jan-Ivar Kvamme, Bernt Nesje og Anders Forsdahl, 1983.
- 8.* Merkesteiner i norsk medisin reist av allmennpraktikere - og enkelte utdrag av medisinalberetninger av kulturhistorisk verdi.
Av Anders Forsdahl, 1984.
9. "Balsfjordsystemet." EDB-basert journal, arkiv og statistikkssystem for primærhelsetjenesten.
Av Toralf Hasvold, 1984.
10. Tvunget psykisk helsevern i Norge. Rettsikkerheten ved slikt helsevern med særlig vurdering av kontrollkommisjonsordningen.
Av Georg Høyer, 1986.
11. The use of self-administered questionnaires about food habits. Relationships with risk factors for coronary heart disease and associations between coffee drinking and mortality and cancer incidence.
Av Bjarne Koster Jacobsen, 1988.
- 12.* Helse og ulikhet. Vi trenger et handlingsprogram for Finnmark.
Av Anders Forsdahl, Atle Svendal, Aslak Syse og Dag Thelle, 1989.

13. Health education and self-care in dentistry - surveys and interventions.
Av Anne Johanne Søgård, 1989.
14. Helsekontroller i praksis. Erfaringer fra prosjektet helsekontroller i Troms 1983-1985.
Av Harald Siem og Arild Johansen, 1989.
15. Til Anders Forsdahls 60-års dag, 1990.
16. Diagnosis of cancer in general practice. A study of delay problems and warning signals of cancer, with implications for public cancer information and for cancer diagnostic strategies in general practice.
Av Knut Holtedahl, 1991.
17. The Tromsø Survey. The family intervention study. Feasibility of using a family approach to intervention on coronary heart disease. The effect of lifestyle intervention of coronary risk factors.
Av Synnøve Fønnebo Knutsen, 1991.
18. Helhetsforståelse og kommunikasjon. Filosofi for klinikere.
Av Åge Wifstad, 1991.
19. Factors affecting self-evaluated general health status - and the use of professional health care services.
Av Knut Fylkesnes, 1991.
20. Serum gamma-glutamyltransferase: Population determinants and diagnostic characteristics in relation to intervention on risk drinkers.
Av Odd Nilssen, 1992.
21. The Healthy Faith. Pregnancy outcome, risk of disease, cancer morbidity and mortality in Norwegian Seventh-Day-Adventists.
Av Vinjar Fønnebo, 1992.
22. Aspects of breast and cervical cancer screening.
Av Inger Torhild Gram, 1992.
23. Population studies on dyspepsia and peptic ulcer disease: Occurrence, aetiology, and diagnosis. From The Tromsø Heart Study and The Sørreisa Gastrointestinal Disorder Studie.
Av Roar Johnsen, 1992.
24. Diagnosis of pneumonia in adults in general practice.
Av Hasse Melbye, 1992.
25. Relationship between hemodynamics and blood lipids in population surveys, and effects of n-3 fatty acids.
Av Kaare Bønaa, 1992.

26. Risk factors for, and 13-year mortality from cardiovascular disease by socioeconomic status. A study of 44690 men and 17540 women, ages 40-49.
Av Hanne Thürmer, 1993.
27. Utdrag av medisinalberetninger fra Sulitjelma 1891-1990.
Av Anders Forsdahl, 1993.
28. Helse, livsstil og levekår i Finnmark. Resultater fra Hjerte-karundersøkelsen i 1987-88. Finnmark III.
Av Knut Westlund og Anne Johanne Søgaard, 1993.
29. Patterns and predictors of drug use. A pharmacoepidemiologic study, linking the analgesic drug prescriptions to a population health survey in Tromsø, Norway.
Av Anne Elise Eggen, 1994.
30. ECG in health and disease. ECG findings in relation to CHD risk factors, constitutional variables and 16-year mortality in 2990 asymptomatic Oslo men aged 40-49 years in 1972.
Av Per G. Lund-Larsen, 1994.
31. Arrhythmia, electrocardiographic signs, and physical activity in relation to coronary heart risk factors and disease. The Tromsø Study.
Av Maja-Lisa Løchen, 1995.
32. The Military service: mental distress and changes in health behaviours among Norwegian army conscript.
Av Edvin Schei, 1995.
33. The Harstad injury prevention study: Hospital-based injury recording and community-based intervention.
Av Børge Ytterstad, 1995.
- 34.* Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri. En filosofisk undersøkelse.
Av Åge Wifstad, 1996. (utgitt Tano Aschehoug forlag 1997)
35. Dialog og refleksjon. Festskrift til professor Tom Andersen på hans 60-års dag, 1996.
36. Factors affecting doctors' decision making.
Av Ivar Sønbe Kristiansen, 1996.
37. The Sørreisa gastrointestinal disorder study. Dyspepsia, peptic ulcer and endoscopic findings in a population.
Av Bjørn Bernersen, 1996.
38. Headache and neck or shoulder pain. An analysis of musculoskeletal problems in three comprehensive population studies in Northern Norway.
Av Toralf Hasvold, 1996.

39. Senfølger av kjernefysiske prøvespreninger på øygruppen Novaya Semlya i perioden 1955 til 1962. Rapport etter programmet "Liv". Arkangelsk 1994.
Av A.V. Tkatchev, L.K. Dobrodeeva, A.I. Isaev, T.S. Podjakova, 1996.
40. Helse og livskvalitet på 78 grader nord. Rapport fra en befolkningsstudie på Svalbard høsten 1988.
Av Helge Schirmer, Georg Høyer, Odd Nilssen, Tormod Brenn og Siri Steine, 1997.
- 41.* Physical activity and risk of cancer. A population based cohort study including prostate, testicular, colorectal, lung and breast cancer.
Av Inger Thune, 1997.
42. The Norwegian - Russian Health Study 1994/95. A cross-sectional study of pollution and health in the border area.
Av Tone Smith-Sivertsen, Valeri Tchachtchine, Eiliv Lund, Tor Norseth, Vladimir Bykov, 1997.
43. Use of alternative medicine by Norwegian cancer patients
Av Terje Risberg, 1998.
44. Incidence of and risk factors for myocardial infarction, stroke, and diabetes mellitus in a general population. The Finnmark Study 1974-1989.
Av Inger Njølstad, 1998.
45. General practitioner hospitals: Use and usefulness. A study from Finnmark County in North Norway.
Av Ivar Aaraas, 1998.
- 45B Sykestuer i Finnmark. En studie av bruk og nytteverdi.
Av Ivar Aaraas, 1998.
46. No går det på helsa laus. Helse, sykdom og risiko for sykdom i to nord-norske kystsamfunn.
Av Jorid Andersen, 1998.
47. The Tromsø Study: Risk factors for non-vertebral fractures in a middle-aged population.
Av Ragnar Martin Joakimsen, 1999.
48. The potential for reducing inappropriate hospital admissions: A study of health benefits and costs in a department of internal medicine.
Av Bjørn Odvar Eriksen, 1999.
49. Echocardiographic screening in a general population. Normal distribution of echocardiographic measurements and their relation to cardiovascular risk factors and disease. The Tromsø Study.
Av Henrik Schirmer, 2000.

50. Environmental and occupational exposure, life-style factors and pregnancy outcome in arctic and subarctic populations of Norway and Russia.
Av Jon Øyvind Odland, 2000.
- 50B Окружающая и профессиональная экспозиция, факторы
стиля жизни и исход беременности у населения
арктической и субарктической частей Норвегии и России
Юн Ойвин Удлан 2000
51. A population based study on coronary heart disease in families. The Finnmark Study 1974-1989.
Av Tormod Brenn, 2000.
52. Ultrasound assessed carotid atherosclerosis in a general population. The Tromsø Study.
Av Oddmund Joakimsen, 2000.
53. Risk factors for carotid intima-media thickness in a general population. The Tromsø Study 1979-1994.
Av Eva Stensland-Bugge, 2000.
54. The South Asian cataract management study.
Av Torkel Snellingen, 2000.
55. Air pollution and health in the Norwegian-Russian border area.
Av Tone Smith-Sivertsen, 2000.
56. Interpretation of forearm bone mineral density. The Tromsø Study.
Av Gro K. Rosvold Berntsen, 2000.
57. Individual fatty acids and cardiovascular risk factors.
Av Sameline Grimsgaard, 2001.
58. Finnmarkundersøkelsene
Av Anders Forsdahl, Fylkesnes K, Hermansen R, Lund E,
Lupton B, Selmer R, Straume E, 2001.
59. Dietary data in the Norwegian women and cancer study. Validation and analyses of health related aspects.
Av Anette Hjartåker, 2001.
60. The stenotic carotid artery plaque. Prevalence, risk factors and relations to clinical disease. The Tromsø Study.
Av Ellisiv B. Mathiesen, 2001.
61. Studies in perinatal care from a sparsely populated area.
Av Jan Holt, 2001.
62. Fragile bones in patients with stroke? Bone mineral density in acute stroke patients and changes during one year of follow up.
Av Lone Jørgensen, 2001.

63. Psychiatric morbidity and mortality in northern Norway in the era of deinstitutionalisation. A psychiatric case register study.
Av Vidje Hansen, 2001.
64. Ill health in two contrasting countries.
Av Tom Andersen, 1978/2002.
65. Longitudinal analyses of cardiovascular risk factors.
Av Tom Wilsgaard, 2002.
66. Helseundersøkelsen i Arkangelsk 2000.
Av Odd Nilssen, Alexei Kalinin, Tormod Brenn, Maria Averina et al., 2003.
67. Bio-psycho-social aspects of severe multiple trauma.
Av Audny G. W. Anke, 2003.
68. Persistent organic pollutants in human plasma from inhabitants of the arctic.
Av Torkjel Manning Sandanger, 2003.
69. Aspects of women's health in relation to use of hormonal contraceptives and pattern of child bearing.
Av Merethe Kunmle, 2003.