

**Brukernes erfaringer  
med fastlegeordningen  
2001 - 2008**

Trender i bruk,  
tilgjengelighet og  
fornøydhhet

*Geir Godager*

*Tor Iversen*

*Avdeling for helseledelse  
og helseøkonomi*

*Institutt for helse og samfunn,  
Universitetet i Oslo*

**UNIVERSITETET  
I OSLO**

HELSEØKONOMISK  
FORSKNINGSPROGRAM

Skriftserie 2010: 1

**HERO**

# Brukernes erfaringer med fastlegeordningen 2001 - 2008

Trender i bruk, tilgjengelighet og fornøydhet<sup>1</sup>

## **GEIR GODAGER**

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo  
Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo  
E-post: [g.c.h.godager@medisin.uio.no](mailto:g.c.h.godager@medisin.uio.no)

## **TOR IVERSEN**

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo  
Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo  
E-post: [tor.iversen@medisin.uio.no](mailto:tor.iversen@medisin.uio.no)

*5. januar 2010*

**Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo  
HERO 2010**

<sup>1</sup> Arbeidet med denne rapporten er delvis finansiert av tilskudd fra Helse- og omsorgsdepartementet til Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo. Statistisk Sentralbyrå har foretatt kopling av datakildene. Forfatterne alene er ansvarlige for beskrivelser, analyser og tolkninger.

## Sammendrag

- Antallet selvoppgitte kontakter med allmennlege har økt i perioden 1999 til 2008. I 2008 er gjennomsnittlig antall kontakter i løpet av de siste 12 måneder 3,46, og dette er flere kontakter enn i noen tidligere levekårsundersøkelse.
- God kapasitet på legenivå samvarierer positivt med antall kontakter med allmennlege: antallet kontakter i 2008 er større dersom respondentens fastlege opplever knapphet på pasienter.
- Andelen som har hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten har ikke blitt mindre etter innføringen av fastlegeordningen i 2001.
- God kapasitet på kommunenivå samvarierer positivt med antall kontakter med spesialisthelsetjenesten: antallet kontakter med spesialisthelsetjenesten er større i kommuner der mer enn halvparten av legene har ledige listeplasser.
- Ventetiden fra timebestilling til konsultasjon hos allmennlege har falt jevnt fra 1999 til 2005, for så å flate ut. Andelen som får time samme dag, har økt, og det har i perioden vært en jevn nedgang i andelen som må vente mer enn 14 dager på konsultasjon.
- God kapasitet på kommunenivå gir kortere ventetid: Ventetiden er signifikant kortere i kommuner der det er mer enn 50 ledige listeplasser per tusen innbyggere.
- God kapasitet på legenivå gir kortere ventetid: Leger som har mer enn 100 ledige plasser på sin liste tilbyr kortere ventetid enn leger som ikke har ledig kapasitet.
- Legene med mange pasienter på listen tilbyr kortere ventetider enn leger med kortere lister. Kortest ventetid har leger med mer enn 2000 pasienter på listen.
- Det har skjedd en utvikling i befolkningens fornøydhet i perioden 2002-2008 sett under ett:
  - Befolkningen er mindre fornøyd med relasjonen til legen
  - Befolkningen er mindre fornøyd med legens faglige dyktighet.
  - Det er ingen endringer i oppfatningen av fastlegens henvisningspraksis
  - Det er ingen endringer i fornøydhet med konsultasjonslengden
  - Befolkningen er mer fornøyd med ventetiden til konsultasjon
- Internasjonale sammenlikninger har dokumentert at den norske allmennlegetjenesten skårer dårlig når det gjelder evne til å evaluere tjenestens tilgjengelighet og kvalitet. Myndighetene trenger et redskap for å overvåke utviklingen i befolkningens bruk av, tilgjengelig til og fornøydhet med fastlegene. Inntil videre er levekårsundersøkelsene koplet med fastlegedatabasen et hensiktsmessig og billig hjelpemiddel for å ivareta en slik overvåkingsfunksjon.

# 1. Introduksjon

Formålet med dette notatet er å beskrive trekk ved utviklingen i bruk, tilgjengelighet og fornøydhet med fastlegetjenesten etter at den ble etablert i 2001. Datamaterialet som er benyttet, er en kobling av Statistisk sentralbyrås (SSB) levekårsundersøkelser og fastlegedatabasen til Arbeids- og velferdsetaten (NAV). Notatet er en videreføring av Godager, Iversen og Lurås (2007).

Levekårsundersøkelsene inneholder informasjon om helsetilstand, bruk av helsetjenester og vurdering av fornøydhet med tjenestene (se vedlegg 1 for detaljer). Undersøkelsene er dermed et velegnet datamateriale til å følge utviklingen i fastlegeordningen over tid. SSB gjennomfører to ulike levekårsundersøkelser: En panelundersøkelse der en større andel av respondentene er med over flere år og en tverrsnittsundersøkelse med nye respondenter hvert år. Tallene vi bruker fra 1999, 2000, 2001, 2002<sup>2</sup> og 2003 er hentet fra panelundersøkelsen, mens tallene for 2005 og 2008 er fra tverrsnittsundersøkelsen. Vi har benyttet ubalansert panel ved analyser av paneldataene. Individuer som ikke er med i alle de tre årene 1999, 2001 og 2003 er altså ikke tatt ut<sup>3</sup>.

Det er grunn til å forvente at både fastlegenes tilgjengelighet og befolkningens bruk av fastlegene påvirkes av kapasiteten i allmennlegetjenesten. En beskrivelse av utviklingen i den samlede kapasiteten i fastlegeordningen er beskrevet i Tabell 1. Tabellen gjengir tall fra NAV og beskriver et utvalg aggregerte kapasitetsindikatorer for fastlegeordningen. I tabellen ser vi at selv om antall fastlegepraksiser har økt i perioden 2001-2008, så har det i perioden vært en reduksjon i tallet på ledige plasser og andelen åpne lister er redusert fra 54 % til 46 %. I tillegg ser vi at gjennomsnittlig antall ledige plasser på de åpne listene er redusert fra 266 i 2001 til 188 i 2008, en reduksjon på nær 30 %. I samme periode har antallet ledige plasser per tusen innbygger blitt redusert med over 40 % fra 122 til 72. Det er betydelig variasjon i andelen åpne lister og antall ledige listeplasser mellom kommunene. Senere i notatet vil vi beskrive hvordan ledig kapasitet på lege- og kommunenivå påvirker befolkningens bruk, tilgjengelighet og fornøydhet med fastlegeordningen.

---

<sup>2</sup> Et unntak er tall for bruk av legetjenester 2002, der vi bruker tverrsnittsundersøkelsen.

<sup>3</sup> Nærmere beskrivelse av utvalg, frafall etc kan man finne i dokumentasjonsrapportene på <http://www.ssb.no/emner/00/90/levakaar/> og <http://www.ssb.no/emner/00/02/levstat/>

**Tabell 1: Samlet beskrivelse av kapasiteten i fastlegeordningen. (Tall for 31. desember hvert av årene. Kilde: NAV, 2009)**

	År							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Antall fastlegepraksiser</b>	3693	3728	3737	3778	3782	3860	3909	3983
<b>Antall åpne lister</b>	1999	2087	1930	2050	1929	1895	1819	1818
<b>Antall ledige plasser</b>	532418	464085	414046	423500	404193	403840	372467	342688
<b>Ledige plasser per åpen liste</b>	266	222	215	207	210	213	205	188
<b>Ledige plasser per tusen innbyggere</b>	122	104	92	94	89	87	80	72
<b>Andel lister som er åpne (prosent)</b>	54 %	56 %	52 %	54 %	51 %	49 %	47 %	46 %

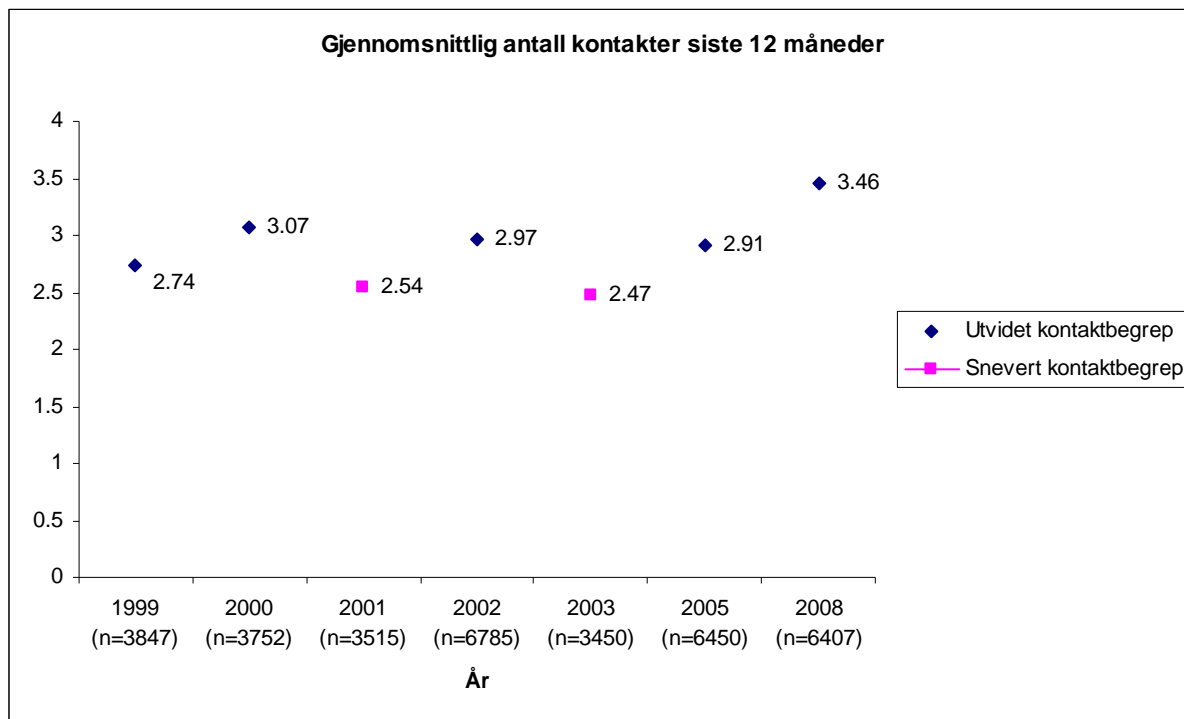
Den videre oppbygning av notatet er slik: Del 2 beskriver utvikling i befolkningens bruk av allmennlegetjenester og spesialisthelsetjenester. I del 3 beskriver vi utviklingen i tilgjengelighet i form av ventetid til legetime. Del 4 beskriver telefontilgjengelighet, mens del 5 beskriver utviklingen i befolkningens fornøydhhet med fastlegenes tjenester. Resultatene oppsummeres og drøftes i del 6.

## 2. Bruk av legetjenester

Denne delen inneholder en beskrivelse av antall kontakter befolkningen har med allmennlegene og en beskrivelse av befolkningens kontakter med spesialisthelsetjenesten utenfor sykehus og på sykehusenes poliklinikker. Datakildene er som i de øvrige delene av notatet levekårsundersøkelsene fra Statistisk Sentralbyrå koblet med fastlegedatabasen fra NAV.

Utviklingen i antall kontakter med allmennleger inkluderer observasjoner av levekårspanelet i 1999, 2000, 2001 og 2003 og observasjoner av tverrsnittsundersøkelsene i 2002, 2005 og 2008. Det er noe variasjon i hvordan spørsmålene er formulert i de enkelte år. I 1999, 2000, 2002, 2005 og 2008 spør man om alle kontakter (inkludert telefonkontakter) med allmennpraktiserende lege, legevakt, skolelege, studenthelsetjeneste eller bedriftslege de siste 12 måneder på grunn av egen sykdom. I 2001 og 2003 er formuleringene begrenset til "vært hos eller hatt besøk av allmennpraktiserende lege" (se vedlegg 1 for detaljer). Trolig vil derfor antallet kontakter som blir oppgitt være mindre i 2001 og i 2003 enn i de andre årene både fordi telefonkontakter ikke oppgis og fordi spørsmålsformuleringen begrenses til allmennpraktiserende lege.

**Figur 1: Gjennomsnittlig antall kontakter med allmennlege siste 12 måneder**



Figur 1 viser antall kontakter i alle de aktuelle årene. Gjennomsnittlig antall kontakter øker fra 2,74 i 1999 til 3,46 i 2008. Det tilsvarer en økning på 26 prosent i perioden. Som ventet er antallet oppgitte kontakter mindre i 2001 og 2003 enn i de øvrige årene. Vi har derfor unnlatt å binde sammen datapunktene.

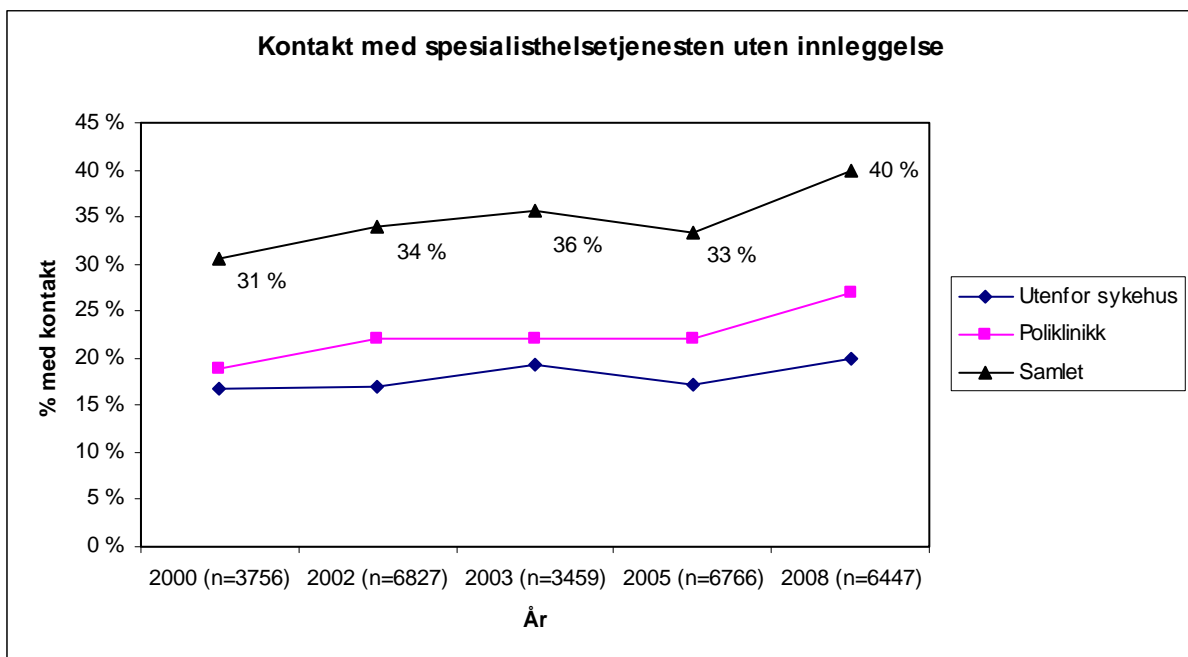
Fastlegene oppgir det maksimale antall pasienter de ønsker å ta ansvar for (listetak) til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) (tidligere til NAV). Leger som har en kortere liste enn de ønsker seg, kan sies å ha ledig kapasitet. Mens enkelte leger har fulle lister, opplever andre å ha ledig kapasitet. Med data fra 2008 har vi undersøkt om det er noen sammenheng mellom egenskaper ved fastlegemarkedet og antall kontakter. Vi splittet først datamaterialet i to avhengig av om fastlegen opplever pasientknapphet eller ikke. Fastleger med avvik mellom maksimalt antall pasienter (listetak) og faktisk antall pasienter på mer enn 100 sier vi opplever pasientknapphet og har ledig kapasitet. Over tid har det vært en reduksjon i andelen fastleger som opplever pasientknapphet. I 2008 var det 16,5 prosent av fastlegene som opplevde pasientknapphet definert på denne måten. Vi finner at personer med fastlege uten pasientknapphet oppgir totalt 3,41 kontakter med allmennlege siste 12 måneder, mens

personer som har fastlege med pasientknapphet oppgir 3,78 kontakter med allmennlege siste 12 måneder. Denne forskjellen er statistisk signifikant på fem prosent nivå.

Vi har også foretatt en splitting av datamaterialet avhengig av om mer eller mindre enn halvparten av legene i en persons bostedskommune har ledige listeplasser. Vi finner da at personer som bor i en kommune der halvparten eller mindre av fastlegene har ledige listeplasser, oppgir 3,51 kontakter med allmennlege, mens personer som bor i en kommune der mer enn halvparten av fastlegene har ledige listeplasser, oppgir 3,35 kontakter med allmennlege. Denne forskjellen er ikke statistisk signifikant.

Tabell 1 viste at legene med åpne lister over tid har fått færre ledige plasser. Det kan derfor ha skjedd en reduksjon i den ledige kapasiteten som ikke fanges opp av den noe grove kapasitetsindikatoren andel fastleger med ledige listeplasser. For 2008 har vi derfor også undersøkt om antallet kontakter med allmennlege er forskjellig mellom kommuner avhengig av om det er flere eller færre enn 50 ledige listeplasser per tusen innbyggere. Heller ikke med denne indikatoren finner vi forskjeller i allmennlegekontakter i kommuner med god og mindre god kapasitet i allmennlegetjenesten.

**Figur 2: Prosentandel som har hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten uten innleggelse de siste 12 måneder**





Andelen som har hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten har ikke blitt mindre etter innføringen av fastlegeordningen i 2001. Mens 31 % hadde slik kontakt i løpet av de siste 12 måneder i 2000, var prosentandelen 40 % i 2008. Både andelen som oppgir å ha hatt kontakt med poliklinikk og andelen som oppgir kontakt med spesialist utenfor sykehus har økt betydelig fra 2005 til 2008. Vi kan ikke utelukke at presiseringen i 2008 om at konsultasjon hos lege på sykehus også skal omfatte dagbehandling og dagkirurgi kan ha bidratt til vekst fra 2005 til 2008. Det kan også tenkes at flere kontakter uten innleggelse i noen grad motsvares av en reduksjon i innleggelser. Vi har undersøkt utviklingen i sykehusinnleggelser (inkludert fødsler) fra 2005 til 2008. Mens 11 % svarte ja på at de var innlagt på sykehus i 2005, svarte 10,4 % ja i 2008.

Vi har også i dette tilfellet splittet datamaterialet for 2008 avhengig av om leger opplever pasientknapphet og avhengig av om det er en stor eller liten andel av legene i en kommune som har ledige listeplasser. Vi finner ingen statistisk signifikante forskjeller i kontakter med spesialisthelsetjenesten avhengig av om en lege opplever pasientknapphet. Derimot finner vi statistisk signifikante forskjeller avhengig av om mer eller mindre enn halvparten av fastlegene i en persons bostedskommune har ledige listeplasser. Mens 42 % av personene i en kommune der halvparten eller flere av fastlegene har ledige listeplasser, har hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten, har 39 % hatt slik kontakt i kommuner der mindre enn halvparten av fastlegene har ledige listeplasser. En tolking av dette resultatet er at konkurranse om pasientene bidrar til at porten til spesialisthelsetjenesten blir videre. I kommuner der mange av fastlegene har åpne lister, vil det være flere leger å velge mellom dersom en ønsker å bytte fastlege. Når mulighetene for bytte av lege er god, vil det kanskje kunne oppleves vanskeligere for den enkelte lege å foreslå å ”vente og se” framfor å henvise pasienten til spesialisthelsetjenesten.

Det kan tenkes at personer som bor i kommuner med god kapasitet i primærhelsetjenesten også har god tilgjengelighet (kort avstand og god kapasitet) til spesialisthelsetjenesten. Så langt har vi ikke hatt mulighet til å trekke inn betydningen av tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten for bruk av spesialisthelsetjenester. Vårt mål er å gjøre dette i oppfølgende analyser.

### 3. Ventetid

I dette kapitlet beskriver vi hvordan ventetid til konsultasjon med allmennlege har utviklet seg over tid. Med ventetid menes tiden det tar fra en pasient kontakter legekantoret til konsultasjonen finner sted. Informasjon om ventetid og kjennetegn ved respondenten er hentet fra levekårsundersøkelsene<sup>4</sup>, mens kjennetegn ved legen og legens pasientliste, samt kjennetegn ved legens praksiskommune, er hentet fra fastlegedatabasen.

I 1999 ble respondenter som hadde vært i kontakt med allmennpraktiserende lege, legesenter, legevakt, skolelege, studenthelsetjeneste eller bedriftslege i løpet av de siste 12 måneder, spurt om hvor lang tid det vanligvis tar å få time hos lege. I årene 2001, 2003, 2005 og 2008 ble respondenter som faktisk hadde bestilt time hos allmennlege de siste 12 måneder, spurt hvor lenge de måtte vente. Forskjellen i spørsmålsformulering er liten og gjenspeiler trolig at folk tidligere benyttet en rekke ulike leger når de hadde behov for legehjelp (se vedlegg 1). Fordi intervjuene i 2001 ble gjennomført i løpet av første halvår beskriver observasjoner fra 1999 og 2001 situasjonen før innføringen av fastlegeordningen.

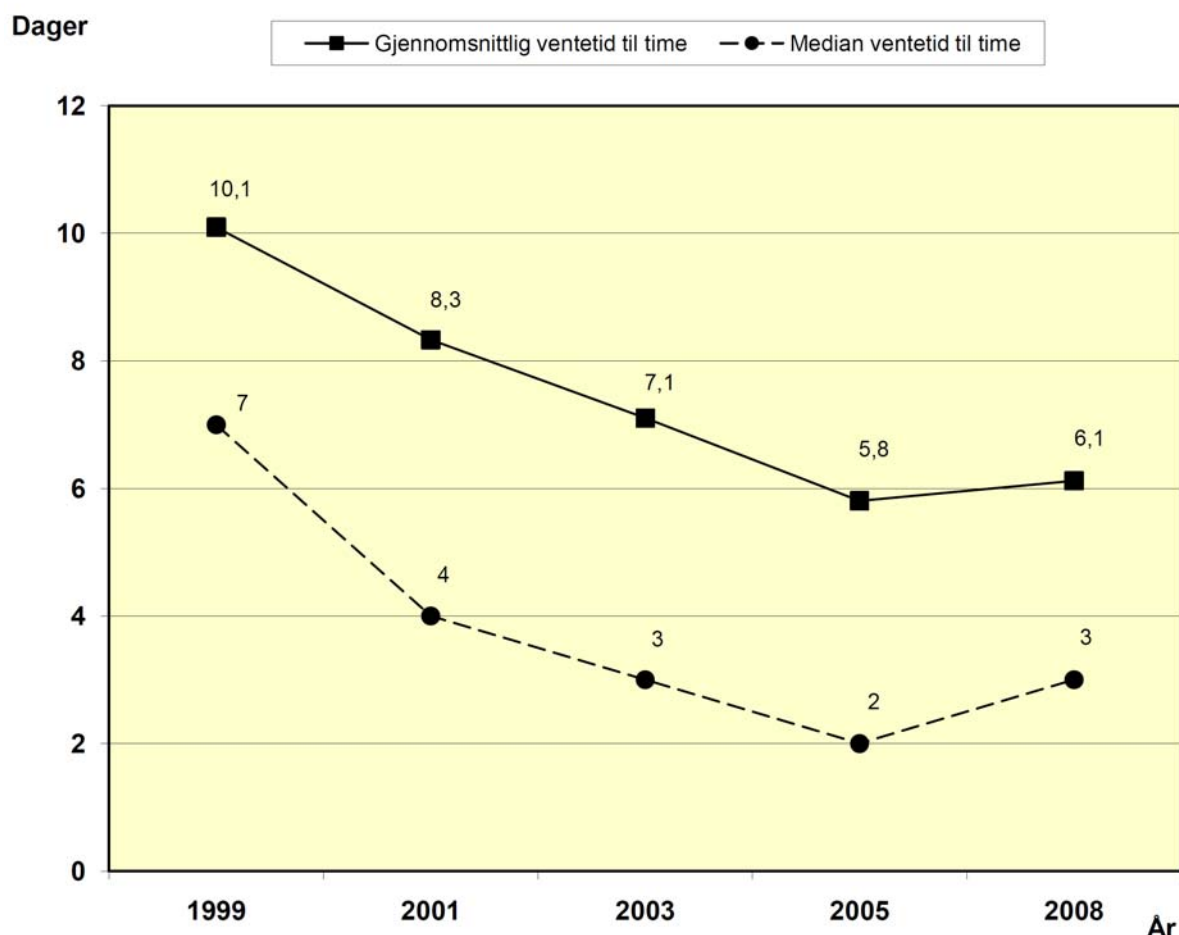
Figur 3 presenterer utviklingen i ventetid. Vi ser at ventetiden målt både ved gjennomsnittlig og median ventetid, er redusert i perioden fra 1999 til 2005. Forskjellene i ventetid mellom 2005 og 2008 er små, og en rimelig tolkning er at ventetidene i allmennlegetjenesten nå har flatet ut. Reduksjonen fra en gjennomsnittlig ventetid på i overkant av ti dager i 1999 til i overkant av seks dager i 2008 er på nær 40 %. Begrunnelsen for å studere median ventetid er at ulikheter i pasientens helsetilstand trolig innebærer at legen vil prioritere pasienter ulikt og dermed at noen pasienter må vente lenge på time. Selv om mange pasienter opplever korte ventetider, vil et mindre antall pasienter som opplever relativt lange ventetider kunne bidra til at gjennomsnittstallet for ventetid likevel blir høyt. Median ventetid uttrykker hvor mange dager som går før minst halvparten av respondentene har fått time. Vi ser at det har vært en reduksjon i ventetiden målt ved median ventetid fra syv dager i 1999 til tre dager i 2008. Den observerte økningen i median ventetid fra to dager i 2005 til tre dager i 2008, kan til en viss grad skyldes tilfeldigheter: I 2005 var det 51 % av respondentene som oppga to eller færre dagers ventetid, mens det i 2008 var 45 % av respondentene som oppga to eller færre dagers

---

<sup>4</sup> Tallene fra 1999 til 2003 er hentet fra paneldatundersøkelsen, mens tallene for 2005 og 2008 er fra tverrsnittundersøkelsen.

ventetid. En bør altså være varsom med å tolke økningen i *median* ventetid fra to til tre dager som en stor relativ økning i ventetid.

**Figur 3: Uviklingen i ventetid<sup>5</sup>**

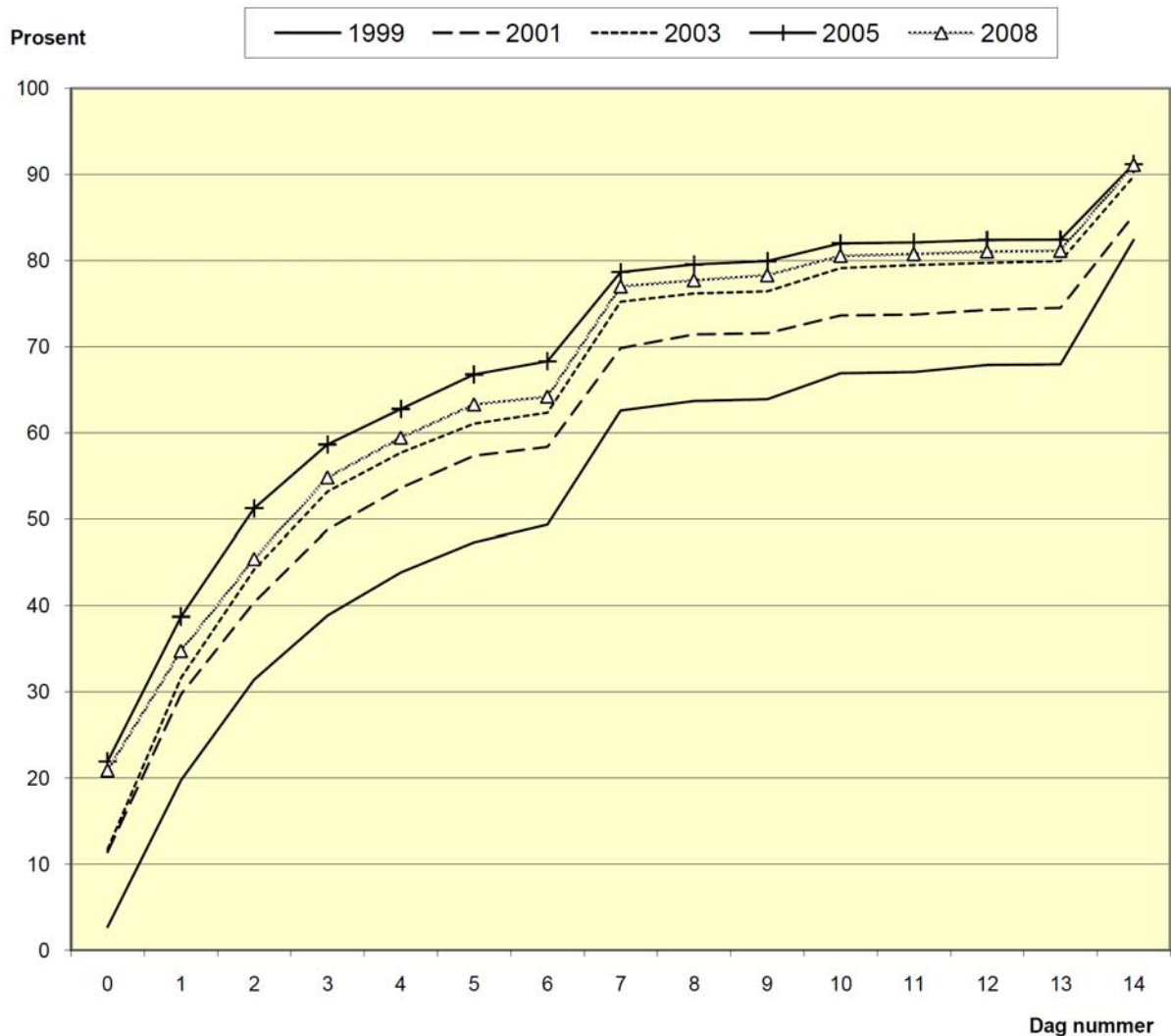


I figur 4 studerer vi prosentandelen som fikk time innen angitt dag (kumulativ prosentandel). Tallgrunnlaget for figuren er gjengitt i tabell 2. Vi ser at mens kun 3 % av de spurte oppga at de fikk time samme dag i 1999, har andelen økt til 21 % i 2008. Videre ser vi at andelen som fikk time innen to dager har økt fra 31 til 45 %, mens andelen som fikk time innen en uke har økt med 14 prosentpoeng i perioden. Utviklingen har ikke bare medført at flere får time relativt raskt, vi ser også at utviklingen har gått i retning av at det er stadig færre som må vente lenge. I 1999 var det 18 % som ventet mer enn 14 dager på konsultasjon, mens bare 9 %

<sup>5</sup> Antall observasjoner av ventetider i hvert av årene: Vi har 2537 observasjoner i 1999, 1263 observasjoner i 2001, 1331 observasjoner i 2003, 3455 observasjoner i 2005 og 3059 observasjoner i 2008.

måtte vente så lenge i 2008. Andelen pasienter som må vente mer enn 14 dager på legetime, er dermed halvert i denne perioden.

**Figur 4: Kumulativ prosent. Prosentandel som fikk time innen dag nummer 0-14.**



**Tabell 2: Kumulativ prosent. Prosentandel som fikk time innen dag nummer.**

År	Dag nummer														
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1999	3	20	31	39	44	47	49	63	64	64	67	67	68	68	82
2001	11	30	40	49	54	57	58	70	71	72	74	74	74	75	85
2003	12	32	44	53	58	61	62	75	76	76	79	79	80	80	90
2005	22	39	51	59	63	67	68	79	80	80	82	82	82	82	91
2008	21	35	45	55	59	63	64	77	78	78	81	81	81	81	91

I kommuner hvor mange leger har ledig plasser på sin liste er det grunn til å forvente at fastlegene er ekstra nøye med å unngå lange ventetider. Tilbys for lange ventetider, vil legen kunne oppleve at pasienter bytter til en lege med kortere ventetid. Ledig listekapasitet kan dermed forventes å påvirke ventetiden på to nivåer: På legenivå, ved at den enkelte lege på grunn av ledig kapasitet kan tilby kortere ventetid, og på kommunenivå ved at det i kommuner med mange leger med ledig kapasitet trolig vil være mer konkurranse om pasientene.

Figur 5 viser hvordan ventetiden påvirkes av hvor stor andel av legene i bostedskommunen som har åpen liste. Vi har delt respondentene i to grupper avhengig av om henholdsvis mer eller mindre enn halvparten av fastlegene i kommunen hadde ledige listeplasser. Vi kan dermed undersøke om respondenter som bor i kommuner hvor flertallet av fastlegene har ledige kapasitet, opplever kortere ventetider enn respondenter som bor i kommuner hvor flertallet av legene har lukkede lister<sup>6</sup>. Fra figuren ser vi at reduksjonen i ventetid gjør seg gjeldende både i kommuner med mye ledig kapasitet og i kommuner med lite ledig kapasitet. Vi ser også at gjennomsnittlig ventetid i årene fram mot 2003 gjennomgående var kortere i kommuner hvor det var mye ledig kapasitet, og forskjellen i ventetid utgjorde omtrent en dag i disse kommunene. Tallene kan tyde på at utviklingen har gått i retning av at ventetidene i de to typene av kommuner har nærmet seg hverandre. Forskjellen i ventetid mellom de to kommunetypene var statistisk signifikant i 2001 og 2003. I 2005 og 2008 er det derimot ikke lenger statistisk signifikante forskjeller i ventetid mellom disse kommunetypene. Vi så i Tabell 1, side 4, at legene med åpne lister over tid har fått færre ledige plasser. Det kan derfor ha skjedd en reduksjon i den ledige kapasiteten som ikke fanges opp av den noe grove kapasitetsindikatoren som er benyttet i figur 5. For ventetidene i 2008 har vi derfor undersøkt hvorvidt ventetiden er forskjellig mellom kommuner avhengig av om det er flere enn 50 ledige listeplasser per tusen innbyggere. Resultatene beskrives i Tabell 3. Vi ser at ventetiden er kortere i kommuner med relativt mange ledige listeplasser. Forskjellen i ventetid mellom disse kommunetypene utgjør mer enn 1 dag i gjennomsnitt og er statistisk signifikant<sup>7</sup>

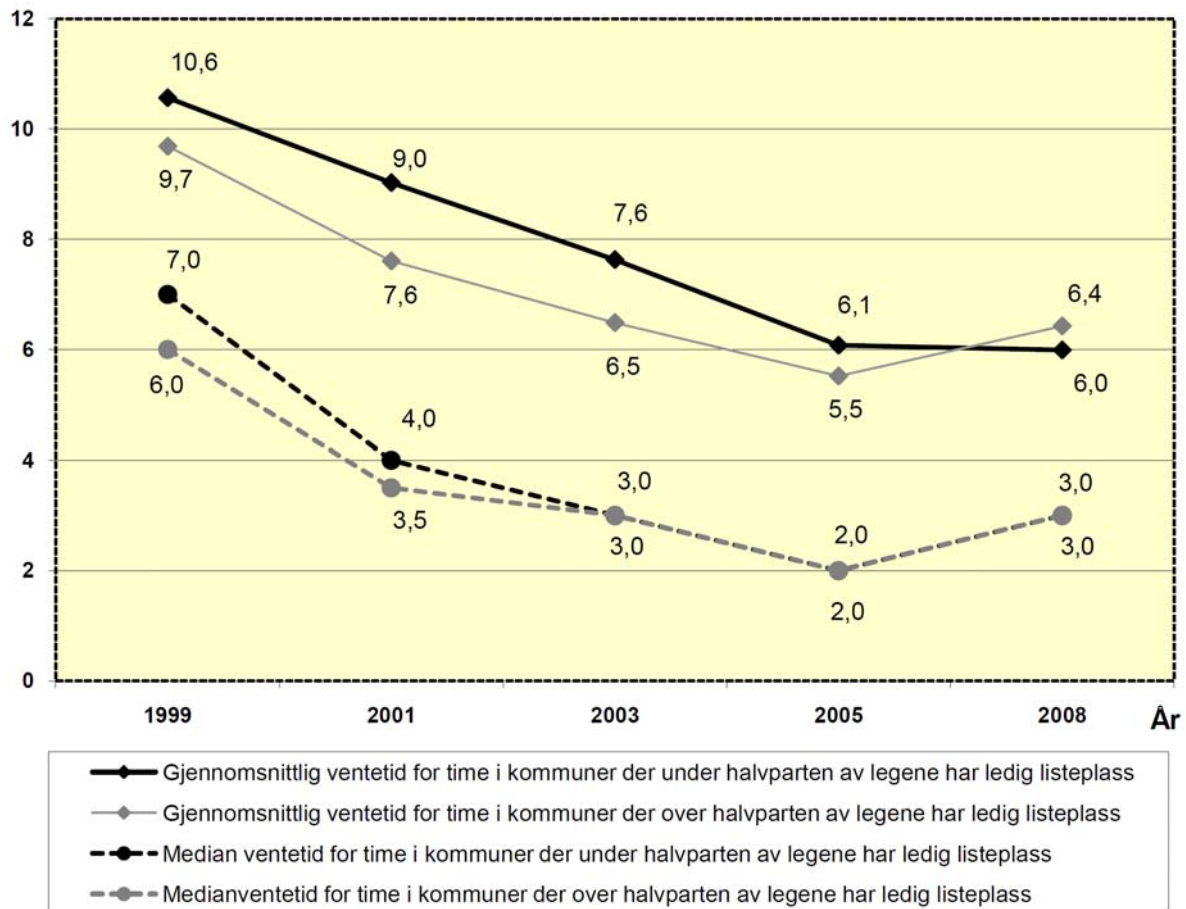
---

<sup>6</sup> Ventetidene i 1999, 2001 og 2003 assosieres her med andelen åpne lister i 2003, mens ventetidene i henholdsvis 2005 og 2008 assosieres med andelen åpne lister i det aktuelle året.

<sup>7</sup> Forskjellen i ventetid er statistisk signifikant med signifikansnivå 1% i en tosidig t-test.

**Figur 5: Utviklingen i ventetid avhengig av legekapasiteten i kommunen. 1999-2008.**

Dager



**Tabell 3: Gjennomsnittlig (Median) antall dagers ventetid for legetime avhengig av antall ledige listeplasser per 1000 innbyggere, 2008**

Kommunetype	Antall dagers ventetid for legetime
Færre en 50 ledig listeplasser per tusen innbygger i kommunen	6,8 (3)
Flere en 50 ledig listeplasser per tusen innbygger i kommunen	5,5 (3)

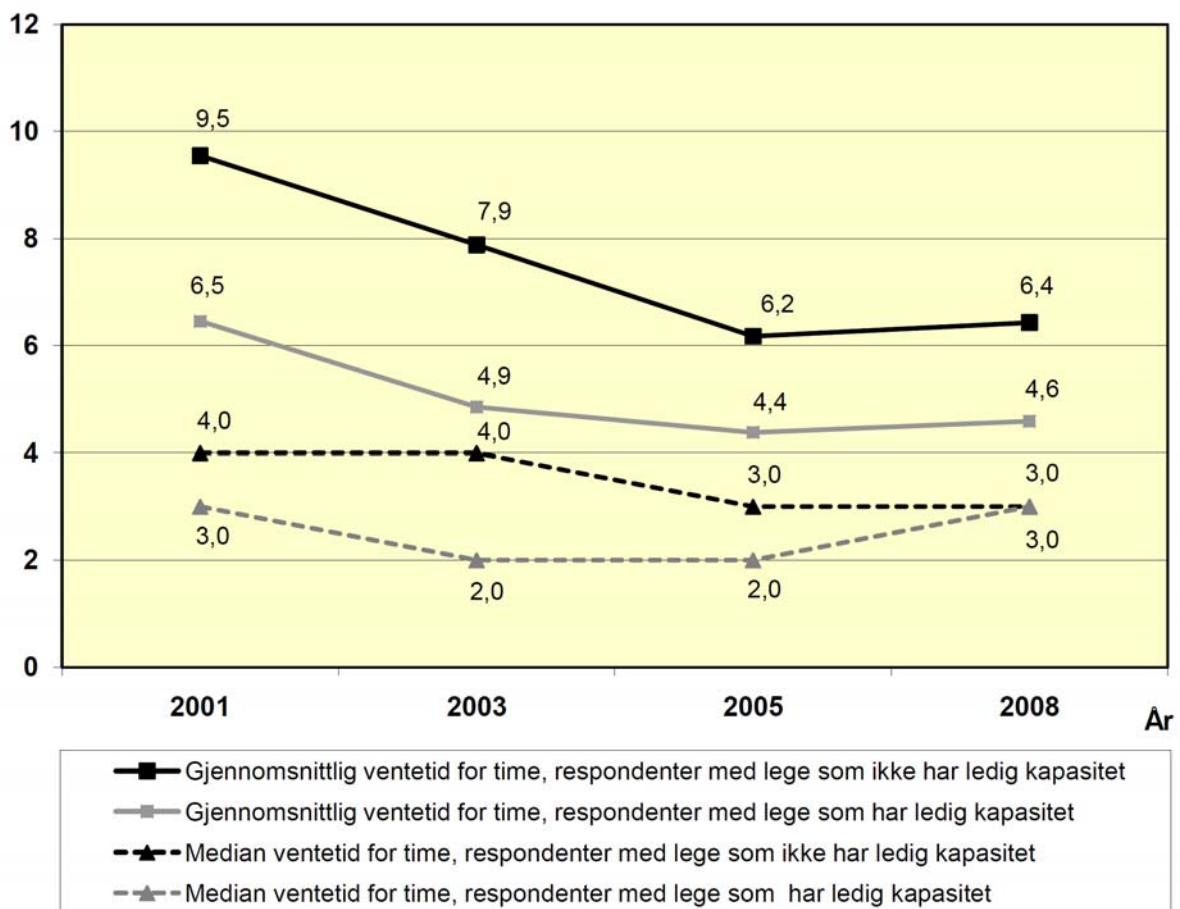
Vi skal nå se om ventetiden varierer avhengig av om den enkelte fastlege har ledig kapasitet eller ikke<sup>8</sup>. Som tidligere defineres ledig kapasitet på legenivå ved at fastlegen har mer enn 100 ledige listeplasser. Fordi den enkelte leges pasientpopulasjon er ukjent før innføringen av fastlegeordningen ser vi her kun på utviklingen i perioden 2001 til 2005<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> Mekanismer som trekker i denne retningen, er beskrevet i Iversen og Lurås (2002).

<sup>9</sup> Fordi de aller fleste fikk en lege de kjente fra før i forbindelse med tildeling av fastlege i 2001 (Finnvold m.fl. 2003) assosieres ventetiden respondenten oppgir første halvår 2001 med den fastlegen respondenten hadde i andre halvår 2001.

**Figur 6: Utviklingen i ventetid etter innføringen av fastlegeordningen avhengig av om fastlegen har ledig kapasitet.**

Dager

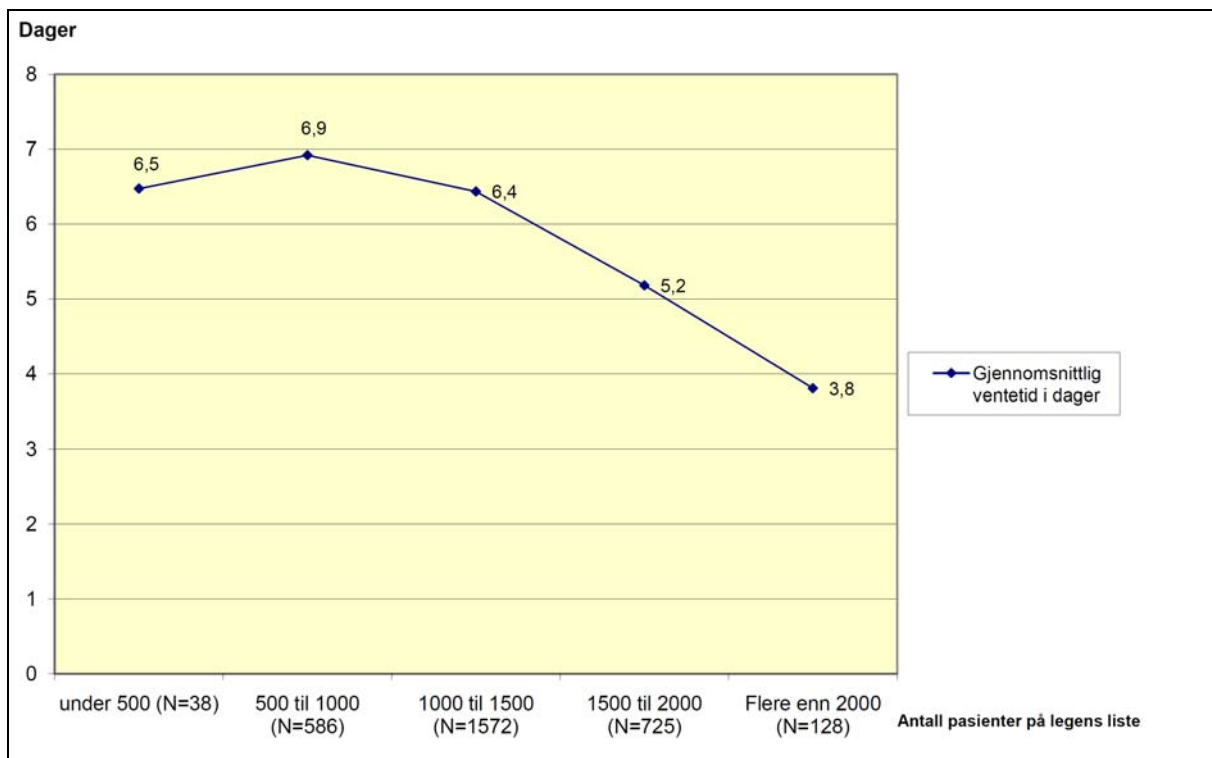


Fra figur 6 ser vi at reduksjonen i gjennomsnittlige ventetider som vi observerte i figur 3, gjør seg gjeldende for begge kategorier av fastleger. Vi ser også at respondenter som har en fastlege med ledig kapasitet, opplever betydelig kortere gjennomsnittlig ventetid enn respondenter som har fastleger med nær fulle lister. I hvert av de fire årene er forskjellen i gjennomsnittlig ventetid statistisk signifikant. Vi ser samtidig at forskjellen i ventetid mellom de to legekategoriene er blitt mindre over tid. I 2001 hadde leger med ledig kapasitet gjennomsnittlig tre dager kortere ventetid, mens forskjellen i gjennomsnittlig ventetid mellom legekategoriene utgjorde knappe to dager i 2008. Det er nærliggende å tenke seg at noe av årsaken til at forskjellene i ventetid mellom de to legekategoriene har blitt mindre, er at *antallet* ledige listeplasser er blitt redusert over tid.

En aktuell debatt det siste året har vært om det bør gjennomføres tiltak for å redusere listelengdene til de av legene som i dag har særlig mange pasienter. Det har vært fremmet

argumenter om at et slikt tiltak vil kunne bidra til å bedre tilgjengeligheten til allmennlegetjenesten. Vi har derfor undersøkt hvorvidt det er sammenheng mellom den enkelte leges listelengde og ventetiden deres pasienter opplever. En beskrivelse av ventetiden for fem grupper av listestørrelser er gjengitt i Figur 7.

**Figur 7: Sammenheng mellom legens listelengde og ventetid til legetime (2008)**



Resultatene fra levekårsundersøkelsen 2008 tyder på at sammenhengen mellom legenes listelengde og pasientenes ventetider er motsatt av hva mange har hevdet i den offentlige debatt. Resultatene tyder på at leger med lange liste tilbyr *kortere* ventetider enn leger som har korte lister. Leger med færre enn tusen listepasienter tilbyr lengre ventetider enn leger med flere enn tusen listepasienter, og forskjellen er statistisk signifikant<sup>10</sup>. Vi har også undersøkt om leger med særlig lange lister (flere enn 2000 listepasienter) tilbyr lengre ventetider enn de øvrige fastleger. Vi finner at legene med over 2000 listepasienter tilbyr kortere ventetider enn legene med kortere lister. Forskjellen er i gjennomsnitt hele 2,3 dager og er statistisk signifikant<sup>11</sup>. Årsaken til at legene med de lengste pasientlistene tilbyr de korteste ventetidene kan være at leger med særlige lange lister i større grad enn de øvrige

<sup>10</sup> Statistisk signifikant på 5 prosent nivå i en tosidig t-test

<sup>11</sup> Statistisk signifikant på 1 prosent nivå i en tosidig t-test.

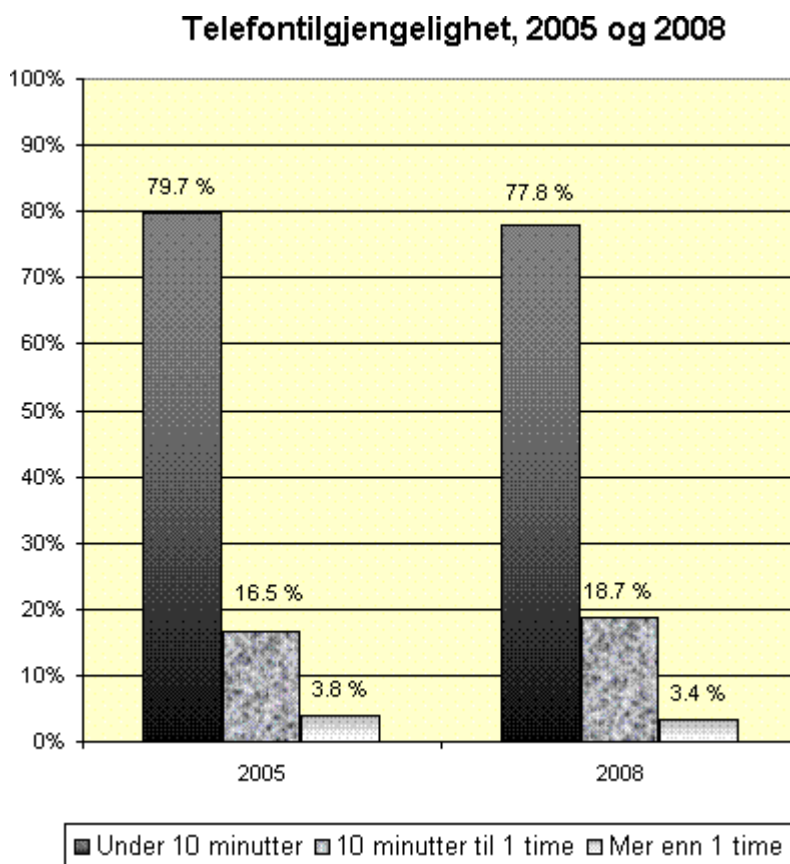


legene arbeider full tid. Resultatene tyder altså på at fastlegene med lange lister tilpasser sin praksis på en måte som gjør det mulig å tilby korte ventetider.

## 4. Telefongjengelighet 2005 og 2008

I denne delen skal vi se beskrive fastlegenes telefongjengelighet slik dette er belyst i levekårsundersøkelsene fra 2005 og 2008. Spørsmålet respondentene ble stilt var: "Hvor lang tid tok det å ta kontakt med fastlegens kontor over telefon ved siste henvendelse. Tok det under 10 minutter, 10 minutter til 1 time eller mer enn 1 time." Svarfordelingen presenteres i Figur 8.

**Figur 8: Telefongjengelighet<sup>12</sup> i 2005 (N=3395) og 2008 (N=2945)**



<sup>12</sup> I 2005 var det fire respondenter som ikke ønsket å svare på spørsmålet mens 46 svarte "vet ikke". I 2008 var det fire respondenter som ikke ønsket å svare på spørsmålet mens 41 svarte "vet ikke". I 2008 svarte 96 respondenter at spørsmålet ikke var relevant, da timebestilling ble gjort ved bruk av internett.

Vi ser at i 2005 var det 80 % av respondentene som oppga at de fikk kontakt med fastlegens kontor i løpet av 10 minutter, mens tilsvarende tall fra 2008 er 78 %. I 2005 oppga 16 % at de måtte vente mellom 10 minutter og én time, mens 19 % opplevde det samme i 2008. Relativ få personer opplever å vente mer enn en time på kontakt. I 2005 oppga 4 % at de måtte vente over én time, mens tilsvarende tall for 2008 er 3 %.

## 5. Fornøydhet

Et halvt år etter innføringen av fastlegeordningen ble respondenter i levekårspanelet som hadde vært i kontakt med sin tildelte fastlege, bedt om ta stilling til fem påstander om legen. De samme påstandene ble inkludert i levekårsundersøkelsen i både 2005 og 2008, og i denne delen beskriver vi om det har skjedd noen endringer i befolkningens oppfatning av sin fastlege i perioden mellom 2002 og 2008.

Påstandene respondentene ble stilt overfor, ivaretar ulike sider av befolkningens forhold til sin lege (Williams og Calnan, 1991, Sitizia og Wood, 1997). Utsagnet (1) ”Legen tar meg og mine problemer på alvor” er ment å fange opp den enkeltes relasjon til sin lege, mens (2) ”Jeg har full tillitt til den behandlingen legen gir” forteller oss noe om hvordan den enkelte opplever legens medisinske kvalifikasjoner. Respondentenes oppfatning av legens rolle som portvakt i forhold til spesialisthelsetjenesten er kartlagt ved påstanden (3) ”Jeg blir henvist videre hvis jeg har behov for det”. Utsagnet (4) ”Legen gir meg ikke nok tid” er ment å fange opp legens tilgjengelighet under konsultasjonen, mens den generelle tilgjengeligheten til fastlegen eller oppfatningen av legens kapasitet, er kartlagt ved påstanden (5) ”Det tar alt for lang tid å få time hos legen”. Tabell 4 gjengir resultatene fra de tre årene 2002, 2005 og 2008. Vi ser at det for alle fem utsagn kun er små endringer fra 2005 til 2008, og disse forskjellene er ikke statistisk signifikante.

Ser vi imidlertid perioden under ett finner vi at utviklingen i responsen på utsagnene om relasjonen til legen (1) og tillit til legen (2) har vært negativ. Færre sier seg *helt enig* samtidig som flere uttrykker at de er *litt*, eller *helt uenig* i de to utsagnene. Endringen over perioden er statistisk signifikant på en prosent nivå<sup>13</sup>. Respondentenes fornøydhet med legens henvisningspraksis (3) og konsultasjonslengde (4) er stabil over perioden vi ser på, og det er

---

<sup>13</sup> Endringene er statistisk signifikant både når 2005 tallene og 2008 tallene sammenliknes med tallene fra 2002. Vi har benyttet en tosidig Mann–Whitney U test. Respondenter som svarte ”vil ikke svare” og ”vet ikke” ble tatt ut da vi gjorde denne testen.

ingen signifikante endringer. Det kan se ut til at reduksjonen i ventetid, beskrevet i kapittel 3, har gitt seg utslag i at respondentene over tid har blitt mindre misfornøyd med ventetiden. Flere av respondentene uttrykker nå at de er *litt uenig* eller *helt uenig* i utsagnet om at ventetiden er for lang (5). Endringen over perioden er statistisk signifikant på en prosent nivå<sup>14</sup>.

**Tabell 4: Fornøydhet med fastlegens tjenester i 2002, 2005 og 2008.**

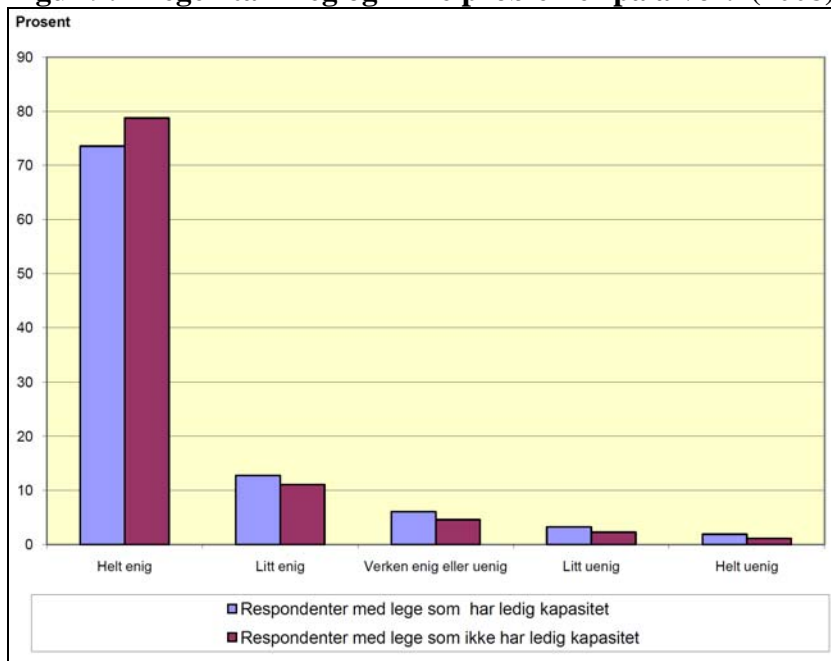
Utsagn	Svarkategorier	År 2002	År 2005	År 2008
		Prosent (antall)	Prosent (antall)	Prosent (antall)
<b>(1) Legen tar meg og mine problemer på alvor</b>	Helt enig	83,8% (1949)	78,8% (2445)	77,8 (4 733)
	Litt enig	10,6% (247)	10,1% (314)	11,3 (688)
	Verken enig eller uenig	2,2% (52)	4,2% (131)	4,9 (297)
	Litt uenig	2,0% (47)	2,9% (89)	2,4 (148)
	Helt uenig	0,9% (20)	1,3% (39)	1,2 (76)
	<i>Vil ikke svare og Vet ikke</i>	0,5% (11)	2,8% (85)	2,3 (142)
<b>(2) Jeg har full tillit til den behandlingen legen gir</b>	Helt enig	78,8% (1832)	73,2% (2272)	72,1 (4389)
	Litt enig	13,8% (320)	14,2% (442)	15,5 (940)
	Verken enig eller uenig	2,8% (64)	4,3% (133)	5,0 (302)
	Litt uenig	3,3% (76)	4,2% (131)	3,6 (222)
	Helt uenig	1,1% (26)	1,5% (45)	1,5 (90)
	<i>Vil ikke svare og Vet ikke</i>	0,3 % (8)	2,6% (80)	2,3 (141)
<b>(3) Jeg blir henvist videre hvis jeg har behov for det</b>	Helt enig	76,8% (1786)	76,3% (2368)	77,6 (4723)
	Litt enig	7,3% (169)	7,6% (236)	8,0 (484)
	Verken enig eller uenig	8,1% (188)	7,6% (235)	7,2 (437)
	Litt uenig	1,2% (27)	1,8% (55)	1,7 (102)
	Helt uenig	2,0% (46)	2,0% (63)	1,9 (118)
	<i>Vil ikke svare og Vet ikke</i>	4,7% (110)	4,7% (146)	3,6 (220)
<b>(4) Legen gir meg ikke nok tid</b>	Helt enig	11,1% (259)	9,2% (285)	9,3 (567)
	Litt enig	12,9% (301)	11,9% (369)	11,1 (673)
	Verken enig eller uenig	2,6% (60)	4,9% (151)	6,2 (378)
	Litt uenig	14,3% (333)	13,4% (416)	14,4 (875)
	Helt uenig	58,5% (1361)	57,9% (1796)	56,6 (3443)
	<i>Vil ikke svare og Vet ikke</i>	0,5 % (12)	2,8% (86)	2,4 (148)
<b>(5) Det tar alt for lang tid å få time hos legen</b>	Helt enig	22,2% (517)	14,8% (460)	14,7 (897)
	Litt enig	16,9% (393)	15,0% (465)	15,3 (928)
	Verken enig eller uenig	4,5% (105)	6,3% (196)	7,7 (471)
	Litt uenig	12,1% (281)	13,0% (404)	12,8 (781)
	Helt uenig	43,6% (1013)	47,9% (1485)	46,9 (2856)
	<i>Vil ikke svare og Vet ikke</i>	0,7 % (17)	3,0% (93)	2,5 (151)
<b>Utvalgstørrelse (N)</b>		<b>2326</b>	<b>3103</b>	<b>6 084</b>

For tallene for 2008 har vi også undersøkt om respondentens fornøydhet påvirkes av hvorvidt pasientens fastlege har ledig kapasitet. Svarfordelingen, avhengig av hvorvidt respondentens fastlege har ledig kapasitet eller ikke, er beskrevet i Figurene 9-13. Vi har også undersøkt om

<sup>14</sup> Endringene er statistisk signifikant både når 2005 tallene og 2008 tallene sammenliknes med tallene fra 2002. Vi har benyttet en tosidig Mann–Whitney U test. Respondenter som svarte ”vil ikke svare” og ”vet ikke” ble tatt ut da vi gjorde denne testen.

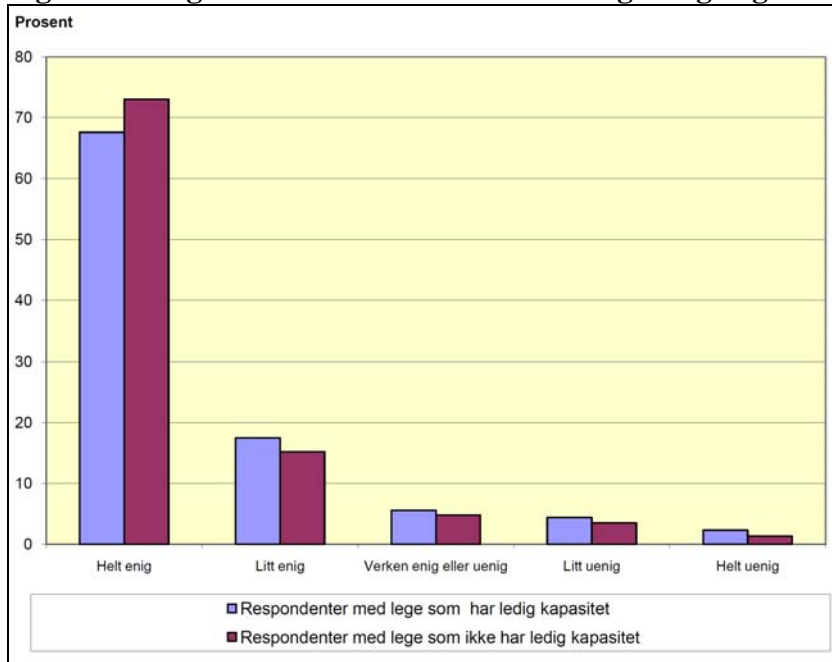
forskjellene i svarfordelingen mellom legekategoriene er statistisk signifikante<sup>15</sup>. For alle dimensjonene av fornøydhets, med unntak av konsultasjonslengde, finner vi at svarene fordeler seg signifikant forskjellig avhengig av hvorvidt respondentens fastlege har ledig kapasitet. Vi finner at respondentene i større grad er enig i at “Legen tar meg og mine problemer på alvor” dersom de selv har en fastlege som ikke har ledig kapasitet. Respondenter som har en fastlege uten ledig kapasitet, uttrykker også i større grad at de har full tillit til den behandlingen legen gir. Videre finner vi at respondenter med fastlege uten ledig kapasitet også uttrykker større grad av tilfredshet med legens henvisningsbeslutning. Det er interessant å observere at fastleger med ledig kapasitet skårer bedre enn fastleger uten ledig kapasitet langs én av dimensjonene: Respondenter med fastleger som har ledig kapasitet uttrykker større fornøydhets med ventetiden, noe som er konsistent med resultatene i kapittel 3.

**Figur 9: “Legen tar meg og mine problemer på alvor.”(2008)**

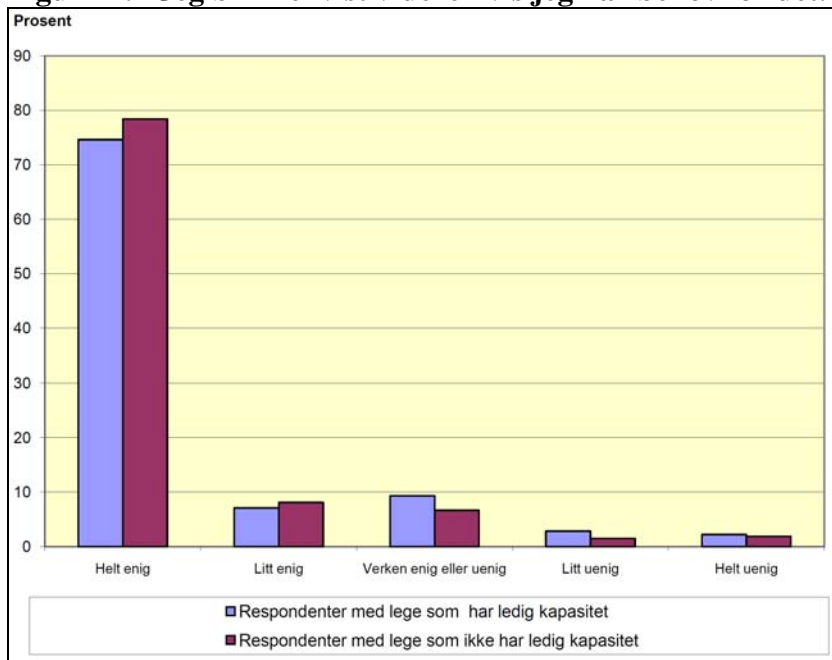


<sup>15</sup> Forskjeller i svarfordeling er testet ved bruk av en Mann-Whitney U Test. Respondenter som svarte ”vil ikke svare” og ”vet ikke” ble tatt ut da vi gjorde denne testen.

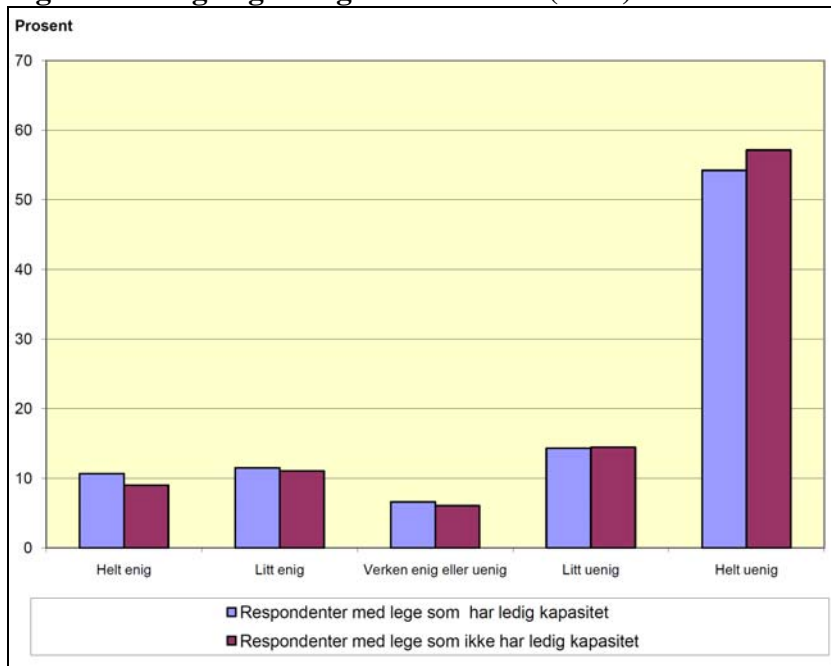
**Figur 10: ”Jeg har full tillit til den behandlingen legen gir”**



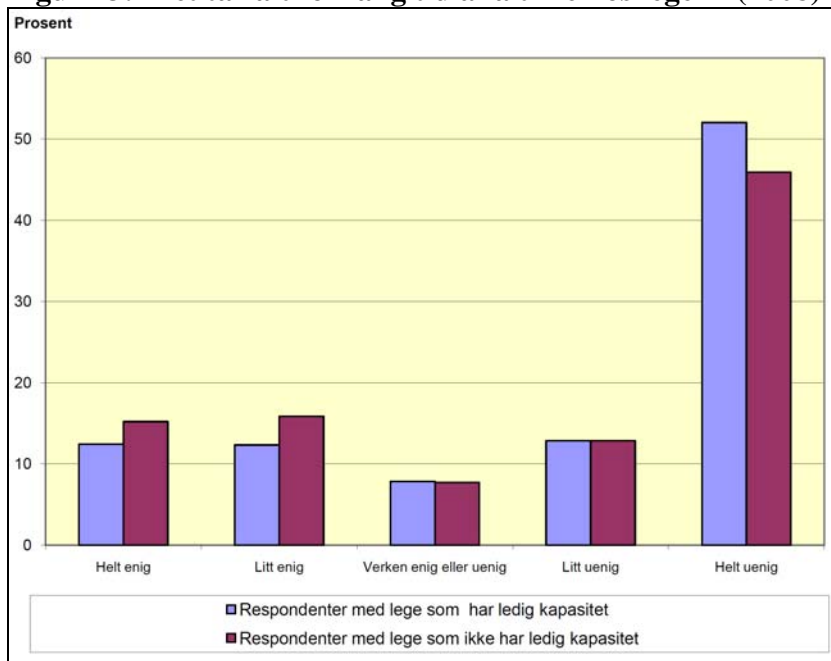
**Figur 11: ”Jeg blir henvist videre hvis jeg har behov for det.” (2008)**



**Figur 12: "Legen gir meg ikke nok tid" (2008)**



**Figur 13: "Det tar alt for lang tid å få time hos legen" (2008)**



## 6. Oppsummering og diskusjon

Antallet kontakter med allmennlege har økt i perioden 1999 til 2008. Gjennomsnittlig antall kontakter i løpet av de siste 12 måneder har økt fra 2,74 i 1999 til 3,46 i 2008, en økning på over 26 prosent. Vi finner i 2008 ingen forskjeller i antall kontakter avhengig av kapasitet i fastlegeordningen på kommunenivå.

Andelen som har hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten har ikke blitt mindre etter innføringen av fastlegeordningen i 2001. Umiddelbart vil en kanskje tro at fastlegeordningen bidrar til mindre bruk av spesialisthelsetjenesten siden allmennlegene nå har et mer forpliktende og varig forhold til sine pasienter. Men et forpliktende forhold kan også medføre at legen i større grad oppfatter seg som pasientens advokat og dermed i større grad enn tidligere vil være portåpner til spesialisthelsetjenesten. For øvrig vil selvfølgelig bruken av spesialisthelsetjenester ikke bare avhenge av pasientenes etterspørsel, men også av kapasiteten i spesialisthelsetjenesten.

Vi har undersøkt om det er sammenheng mellom andelen åpne fastlegelister i kommunen og antallet kontakter med spesialisthelsetjenesten, og vi finner at god kapasitet på kommunenivå samvarierer positivt med antall kontakter med spesialisthelsetjenesten. En tolking av dette resultatet er at konkurranse om pasientene bidrar til at porten til spesialisthelsetjenesten blir videre. God kapasitet i fastlegeordningen ser altså ikke ut til å begrense bruken av spesialisthelsetjenesten i dagens system. Dette samsvarer med resultater fra fokusgruppeintervjuer med fastlegene (Carlsen and Norheim, 2003). Vi har så langt ikke korrigert for variasjon mellom kommuner når det gjelder kapasitet og tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten. Det vil vi gjøre i kommende analyser.

Vi har sett at ventetid til time hos allmennlege har falt i perioden fra 1999 til 2005 for så å flate ut. Vi har også sett at folk er blitt mer tilfredse med ventetiden i løpet av perioden fra 2002 til 2008. Videre fant vi at nær 80 % av respondentene forteller at de når fram til sin fastlege på telefon før det har gått ti minutter. Med mer generell begrepsbruk kan det synes som om tilgjengeligheten til allmennlegetjenesten har blitt bedre i løpet av perioden, og at et hovedtrekk er at tilgjengeligheten nå er relativt god.

Trolig er det flere faktorer som har bidratt til forbedret tilgjengelighet, men det kan være grunn til å fremheve to: Økt kapasitet og endret organisering. Det har vært en økning i den samlede kapasiteten i allmennlegetjenesten målt både ved antallet legeårsverk og ved antallet fastlegeavtaler. Samlet antall legeårsverk i kommunehelsetjenesten har økt fra 3752 årsverk i 1999 til 4 533 årsverk i 2008, en økning på over 20 % prosent (se figur 14 i vedlegg 2). Ser vi separat på de arbeidsfeltene som omfatter allmennpraksis ("Diagnose, behandling og rehabilitering") ser vi at det har vært en økning fra 3044 årsverk i 1999 til 3 749 årsverk i 2008, en økning på over 23 %. En stor del av kapasitetsøkningen skjedde i forbindelse med innføringen av fastlegeordningen. I henhold til NAVs tall for fastlegepraksiser, gjengitt i tabell 1, økte antall fastlegepraksiser med 7,9 prosent i perioden fra 2001 til 2008. Til sammenlikning økte innbyggertallet i Norge med 5,2 % i perioden fra 2001 til 2008<sup>16</sup>. Det kan dermed se ut til at kapasiteten i allmennlegetjenesten har vokst betydelig raskere enn befolkningen i perioden vi studerer.

En annen viktig årsaksfaktor er trolig de endringer selve fastlegeordningen har medført. Fastlegereformen handlet om mer enn innføring av en ny finansieringsordning for allmennlegetjenesten. Den enkelte lege har også fått flere virkemidler for å påvirke sin egen praksisprofil. Før innføringen av fastlegeordningen var ansvaret for den enkelte pasient ikke plassert hos en bestemt lege. Dette innebar at legene ikke hadde anledning til å begrense sin arbeidsmengde ved å redusere listelengden, slik de har mulighet til i dag. Ved å bruke listelengden til å påvirke arbeidsmengden er det mulig både å være en populær lege, og samtidig tilby kort ventetid. Innføringen av fastlegeordningen med delvis per capita finansiering har dessuten gitt den enkelte pasient anledning til å signalisere misnøye med ventetiden på en måte som har økonomiske konsekvenser for legen i og med at pasienten har anledning til å bytte til en annen lege.

Vi har undersøkt sammenhengen mellom legenes listelengde og ventetid til legetime. Med utgangspunkt i koblingen mellom levekårsundersøkelsen og fastlegedatabasen er det ikke belegg for å hevde at fastlegene med særlig lange pasientlister er lite tilgjengelig for sine pasienter. Vi finner tvert i mot at legene med særlig lange pasientlister tilbyr de korteste ventetidene. Resultatene tyder på at opplevd ventetid avtar med fastlegens listelengde. Bakgrunnen kan være at legene med lange lister arbeider mer og har en bedre

---

<sup>16</sup> Befolkningen økte fra 4 503 436 i 2001 til 4 737 171 i 2008 (SSB).



praksisorganisering. Den kan også være at leger med lange lister gjennomgående har mindre arbeidskrevende pasienter. Vi ønsker å undersøke betydningen av hver av disse faktorene i oppfølgende studier.

Vi finner at det har skjedd en utvikling i befolkningens fornøydhets i perioden 2002-2005, men vi finner ingen signifikante endringer fra 2005 til 2008. Befolkningen er mer fornøyd med ventetiden til konsultasjon. Samtidig er befolkningen mindre fornøyd med relasjonen til sin faste lege og med den faste legens faglige dyktighet. Det er ingen endringer i oppfatningen av fastlegens henvisningspraksis og konsultasjonslengden i perioden. Med utgangspunkt i tallene fra 2008 har vi undersøkt om ledig kapasitet på legenivå påvirker respondentens fornøydhets med sin fastlege. Vi finner at folk er mer fornøyd med relasjonen til legen, og at de uttrykker større grad av tillit til legen dersom de selv har en fastlege *uten* ledig kapasitet. Respondenter med fastlege uten ledig kapasitet uttrykker også større grad av tilfredshets med legens henvisningsbeslutning. Respondentene uttrykker imidlertid større grad av tilfredshets med ventetiden til konsultasjon dersom de har en lege som opplever knapphet på pasienter.

Det eksisterer per i dag ikke et nasjonalt system for å samle inn informasjon om indikatorer på kvalitet og tilgjengelighet i den norske allmennlegetjenesten. Med utgangspunkt i data samlet inn fra allmennleger i 11 land beskriver Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2009) hvordan den norske allmennlegetjenesten skårer dårligst av samtlige land på gjennomføringen av rutinemessige tiltak for å fange opp eventuelle behov for kvalitetsforbedringer.

Vi tror myndighetene trenger et redskap for å overvåke hovedtrekk i utviklingen i befolkningens bruk av, tilgjengelig til og fornøydhets med fastlegene. Levekårsundersøkelsene koplet med fastlegedatabasen peker seg ut som et nyttig og lite kostnadskrevenets redskap til dette formålet. Til nå har tverrsnittundersøkelsene hatt helse som tema hvert tredje år, og det er trolig en passende hyppighet for dette formålet. For å undersøke utvikling over tid kreves enhetlig spørsmålsformuleringer fra gang til gang. Det har ikke alltid vært tilfelle til nå. Hvis myndighetene finner det hensiktsmessig å bruke levekårsundersøkelsene koplet med fastlegedatabasen til overvåkingsformål, vil det kreves noe mer arbeid med standardisering enn tilfellet synes å være i dag.

## Referanser

- Carlsen, B., Norheim, O. F., 2003. Introduction of the patient-list system in general practice: Changes in Norwegian physicians' perception of their gatekeeper role. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 21, 209-213.
- Finnvold, J. E., Lurås, H., Paulsen, B., 2003. De fleste fikk den de ville ha. *Samfunnsspeilet* 5/2003. Statistisk sentralbyrå, Oslo.
- Godager, G.; Iversen, T., Lurås, H., 2007. Fastlegeordningen: Utvikling i bruk, tilgjengelighet og fornøydhet. *HERO Skriftserie* 2007:6. Oslo: Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo.
- Iversen, T. and Lurås, H., 2002. Waiting time as a competitive device: an example from general medical practice. *International Journal of Health Care Finance and Economics* 2, 189-204.
- NAV (2009): Styringsdata for fastlegeordningen, 4 kvartal 2008
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2009. Commonwealth Fund-undersøkelsen i 2009 blant allmennleger: Resultater fra en komparativ undersøkelse i 11 land, Rapport nr 24 –2009. link:  
<http://www.kunnskapssenteret.no/binary?download=true&id=11386>
- Sitzia, J., Wood, N., 1997. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science and Medicine* 45, 1829-1843.
- Williams, S., Calnan, M., 1991. Key determinants of consumer satisfaction with general practice. *Family Practice* 8, 237-42.

# Vedlegg 1: Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse

Her følger spørsmålsformuleringene slik de inngår i Statistisk sentralbyrås (SSB) dokumentasjonsrapporter.

## 1. Legekontakter

### 1999

H13a:

”Omtrent hvor mange kontakter med allmennpraktiserende lege, legesenter, legevakt, (SKOLELEGE), (STUDENTHELSETJENESTE) eller (BEDRIFTSLEGE) hadde du siste 12 måneder pga egen sykdom?”

### 2000

Leg4b:

“Omtrent hvor mange kontakter hadde du på grunn av egen sykdom med allmennpraktiserende leger ellers, legesenter eller (SKOLELEGE)/ (STUDENTHELSETJENESTE)/(BEDRIFTSLEGE) siste 12 måneder?”

### 2001

Leg5b:

“Omtrent hvor mange ganger har du i løpet av de siste 12 månedene vært hos eller hatt besøk av allmennpraktiserende lege på grunn av egen sykdom?”

### 2002

H13a:

“Omtrent hvor mange kontakter med allmennpraktiserende lege, legesenter, kommunelege, legevakt, skolelege, studenthelsetjeneste eller bedriftslege hadde du siste 12 måneder pga egen sykdom?”

### 2003

Leg7b:

“Omtrent hvor mange ganger har du i løpet av de siste 12 månedene vært hos eller hatt besøk av allmennpraktiserende lege eller fastlege på grunn av egen sykdom?”

### 2005

H13a:

“Omtrent hvor mange kontakter med allmennpraktiserende lege, legevakt, skolelege, studenthelsetjeneste eller bedriftslege hadde du siste 12 måneder pga egen sykdom?”

### 2008

H13a

”Omtrent hvor mange kontakter hadde du med fastlege eller annen allmennlege på legekontor, legevakt, skole-, student- eller bedriftshelsetjeneste siste 12 måneder? Vi tenker på alle slags kontakter. Ikke regn med tilfeller der du fulgte barn, ektefelle eller andre.”

## **2. Kontakter med spesialisthelsetjenesten utenom innleggelse**

### **2000**

Leg7a:

“Har du på grunn av egen sykdom vært hos legespesialist utenfor sykehus i løpet av de siste 12 måneder?”

Leg7c:

“Har du på grunn av egen sykdom, vært hos legespesialist på sykehus for poliklinisk konsultasjon, i løpet av de siste 12 måneder? Regn ikke med innleggelse.”

### **2002**

H14:

“Har du i løpet av de siste 12 måneder vært hos legespesialist utenfor sykehus på grunn av egen sykdom?”

H16:

“Har du i løpet av de siste 12 måneder vært hos legespesialist på sykehus for poliklinisk konsultasjon på grunn av egen sykdom?” REGN IKKE MED INNLEGGELSE

### **2003**

Leg14a:

“Har du på grunn av egen sykdom vært hos legespesialist utenfor sykehus i løpet av de siste 12 måneder?”

Leg14c:

“Har du på grunn av egen sykdom, vært hos legespesialist på sykehus for poliklinisk konsultasjon, i løpet av de siste 12 måneder?” Regn ikke med innleggelse.

### **2005**

H14:

“Har du i løpet av de siste 12 måneder vært hos legespesialist utenfor sykehus på grunn av egen sykdom?”

H16:

“Har du i løpet av de siste 12 måneder vært hos legespesialist på sykehus for poliklinisk konsultasjon på grunn av egen sykdom?” REGN IKKE MED INNLEGGELSE OVER NATTEN.

### **2008**

*ALLE*

H14

”Har du i løpet av de siste 12 måneder vært hos legespesialist utenfor sykehus? Vi tenker på alle slags kontakter. Ikke regn med tilfeller der du fulgte barn, ektefelle eller andre.”

JA

NEI

*ALLE*

\*H16

”Har du i løpet av de siste 12 måneder vært til timeavtale hos lege på

sykehus? Det kan være poliklinisk behandling/utredning, dagbehandling, dagkirurgi. Vi tenker på alle slags kontakter. Regn ikke med innleggelse over natten. Regn ikke med tilfeller der du fulgte barn, ektefelle eller andre.”

JA

NEI

*HVIS JA I H16*

H16a

”Kan du si hvor mange ganger?”

### **3. Ventetid til time hos allmennlege/fastlege**

**1999**

H13c:

H13c stilles til personer som har hatt legekontakt siste 12 måneder. Andre går til spm14  
”Hvor lang tid tar det vanligvis å få time hos lege? Vi tenker på vanlig legetime, ikke øyeblikkelig hjelp.”

**2001**

”Stilles hvis kontakt med lege (Leg5a=1)

Leg7a:

Har du de siste 12 månedene bestilt time hos allmennlege på grunn av egen sykdom? Ikke regn med situasjoner der du trengte øyeblikkelig hjelp

1. JA Leg7b

2. NEI”

”Leg7b

Hvor mange dager måtte du vente på å få time sist gang du bestilte?”

**2003**

”Hvis Leg7a=1:

Leg9a:

Har du de siste 12 månedene bestilt time hos allmennlege eller fastlege på grunn av egen sykdom? Ikke regn med situasjoner der du trengte øyeblikkelig hjelp

1. JA Leg9b

2. NEI Leg10a”

”Hvis Leg9a = 1

Leg9b Hvor mange dager måtte du vente på å få time sist gang du bestilte?”

**2005**

”Hvis Sp1 = 'ja, en fastlege'

Leg7a1:

Har du i løpet av de siste 12 månedene bestilt time hos din fastlege på grunn av egen sykdom? Ikke regn med situasjoner der du trengte øyeblikkelig hjelp.

1. JA

2. NEI”

”Hvis Leg7a1 = ja

Leg7b2:

Hvor mange dager måtte du vente på å få time sist gang du bestilte?”

**2008**

*Hvis H13a = >1*

Leg7a

Har du i løpet av de siste 12 månedene bestilt time hos din fastlege på grunn av egen sykdom? Ikke regn med situasjoner der du trengte øyeblikkelig hjelp.

1. JA
2. NEI

*Hvis Leg7a = ja*

Leg7b

Hvor mange dager måtte du vente på å få time sist gang du bestilte?  
HVIS IO FIKK TIME PÅ DAGEN SKRIV <0>

#### **4. Telefongjengelighet**

**2005 og 2008**

Sp4:

”Hvor lang tid tok det å ta kontakt med fastlegens kontor over telefon ved siste henvendelse. Tok det under 10 minutter, 10 minutter til 1 time eller mer enn 1 time.”

#### **5. Fornøydhet**

**2002, 2005 og 2008**

”Hvis Sp1 = ja

Jeg skal nå lese opp en del påstander om din faste lege. For hver påstand vil jeg at du skal svare om du er helt enig, litt enig, VERKEN ENIG ELLER UENIG, litt uenig eller helt uenig?

Lege7a Legen tar meg og mine problemer på alvor

Lege7b Jeg har full tillit til den behandlingen legen gir

Lege7c Legen gir meg ikke nok tid

Lege7d Det tar alt for lang tid å få time hos legen

Lege7e Jeg blir henvist videre hvis jeg har behov for det”

## Vedlegg 2:

**Figur 14: Utviklingen i antall årsverk i hhv hele kommunehelsetjenesten og årsverk innen feltene diagnose, behandling, rehabilitering 1999-2008. (Kilde: SSB)**

