

**Brukernes erfaringer
med fastlegeordningen
2001 – 2015**

Geir Godager

Avdeling for helseledelse og
helseøkonomi, Universitetet i Oslo

Tor Iversen

Avdeling for helseledelse og
helseøkonomi, Universitetet i Oslo

**UNIVERSITY
OF OSLO**
HEALTH ECONOMICS
RESEARCH NETWORK

Working paper 2016: 10

HERO

Brukernes erfaringer med fastlegeordningen 2001 – 2015

Trender i bruk, tilgjengelighet og fornøydhets¹

Desember 2016

Geir Godager,
Tor Iversen
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Universitetet i Oslo

Health Economics Research Network at the University of Oslo

ISSN 1501-9071 (print version.), ISSN 1890-1735 (online), ISBN 978-82-7756-258-2

¹ Statistisk Sentralbyrå har levert data og foretatt kopling av datakildene dette arbeidet bygger på. Forfatterne alene er ansvarlige for beskrivelser, analyser og tolkninger.

Sammendrag

- Antallet selvoppgitte kontakter med allmennlege har økt i perioden 1999 til 2015. I 2015 er gjennomsnittlig antall kontakter i løpet av de siste 12 måneder 3,03. Dette er reduksjon sammenlignet med antallet oppgitt i levekårsundersøkelsen fra 2012.
- Vi finner i 2015 ingen sammenheng med kapasitet på legenivå og antall kontakter med allmennlege. Dette er tilsvarende 2012, men forskjellig fra 2008 da antallet kontakter med allmennlege var større dersom respondentens fastlege hadde ledig kapasitet.
- Vi finner heller ingen sammenheng mellom kapasitet i fastlegetjenesten på kommunenivå og antall kontakter med allmennlege.
- Andelen som har hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten, har ikke blitt mindre etter innføringen av fastlegeordningen i 2001. Det er samtidig en reduksjon i antallet kontakter med spesialisthelsetjenesten i perioden fra 2012 til 2015.
- Vi finner ingen sammenheng mellom kapasitet på kommunenivå i fastlegetjenesten og antall kontakter med spesialisthelsetjenesten. Dette er tilsvarende 2012, men forskjellig fra 2008 da vi fant at antallet kontakter med spesialisthelsetjenesten var 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 og reduseres igjen fra 2012 til 2015. Denne reduksjonen kan ha sammenheng med endringen i fastlegeforskriften fra 2013. Andelen som får time samme dag, har økt, og det er en betydelig økning i andelen som får time innen fem dager.
- Det er ingen tendens til at ventetiden er kortere i kommuner der det er mer enn 50 ledige listeplasser per tusen innbyggere enn i andre kommuner.
- God kapasitet på legenivå ga kortere ventetid i 2008. Det var ikke tilfelle i 2012 og heller ikke i 2015. Leger som har mer enn 100 ledige plasser på sin liste, tilbyr ikke lenger kortere ventetid enn leger som ikke har ledig kapasitet.
- Legene med mange pasienter på listen tilbyr kortere ventetider enn leger med korte lister. Fastleger med mer enn 2000 pasienter på listen har noe lengre ventetider enn fastlegene med noe kortere lister, men kortere ventetider enn dem med mindre enn 1000 personer på listen.
- Det har skjedd en utvikling i befolkningens fornøydhets i perioden 2002-2015 sett under ett:
 - Befolkningen er mindre fornøyd med at ”Legen tar meg og mine problemer på alvor”
 - Befolkningen er mer fornøyd med fastlegens henvisningspraksis
 - Befolkningen er mer fornøyd med konsultasjonslengden
- Vi har også undersøkt om respondentens fornøydhets påvirkes av hvorvidt pasientens fastlege har ledig kapasitet. Fastleger med ledig kapasitet skårer ikke bedre enn fastleger uten ledig kapasitet langs noen dimensjoner. 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. Videre finner vi at respondenter med fastlege uten ledig kapasitet også uttrykker større grad av tilfredshet med legens henvisningspraksis.

- OECD (2014) peker på et behov for mer informasjon om virksomhet og kvalitet i norsk primærhelsetjeneste og fastlegetjeneste. Myndighetene trenger et redskap for å overvåke utviklingen i befolkningens bruk av, tilgjengelighet til og fornøydhetsgrad med fastlegene. Inntil videre er levekårsundersøkelsene koplet med fastlegedatabasen et hensiktsmessig og billig hjelpemiddel for å ivareta en slik overvåkningsfunksjon.

1. Introduksjon

Formålet med dette notatet er å beskrive trekk ved utviklingen i bruk, tilgjengelighet og fornøydhetsgrad med fastlegetjenesten etter at den ble etablert i 2001. Datamaterialet som er benyttet, er en kobling av Statistisk sentralbyrås (SSB) levekårsundersøkelser og fastlegedatabasen til Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsetaten (NAV). Notatet er en videreføring av Godager, Iversen og Lurås (2007), Godager og Iversen (2010) og Godager og Iversen (2012).

Levekårsundersøkelsene inneholder informasjon om helsetilstand, bruk av helsetjenester og vurdering av fornøydhetsgrad med tjenestene (se vedlegg 1 for detaljer). Undersøkelsene gir 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, 2002² og 2003 er hentet fra panelundersøkelsen, mens tallene fra 2005, 2008, 2012 og 2015 er fra tverrsnittsundersøkelsen. Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt er fra og med 2015 slått sammen med den europeiske helseintervjuundersøkelsen (EHIS)³. 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 ut⁴.

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/Helsedirektoratet og beskriver et utvalg aggregerte kapasitetsindikatorer for fastlegeordningen. I tabellen ser vi at selv om antall fastlegepraksiser har økt i perioden 2001-2015, så har det i perioden vært en reduksjon i tallet på ledige plasser, og andelen åpne lister er redusert fra 54 % til 41 %. I tillegg ser vi at gjennomsnittlig antall ledige plasser på de åpne listene er redusert fra 266 i 2001 til 158 i 2015, en reduksjon på nær 41 %. I samme periode har antallet ledige plasser per tusen innbygger blitt nesten halvert fra 122 til 59. Det er betydelig variasjon i andelen åpne lister og antall ledige listeplasser mellom kommunene.

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

³ Noe nærmere dokumentasjon finnes på nettsidene til Statistisk Sentralbyrå besøkt 15.11.2016: <http://www.ssb.no/helse/statistikker/helseforhold/hvert-3-aar/2016-06-20?fane=om>

⁴ Nærmere beskrivelse av utvalg, frafall etc kan man finne i dokumentasjonsrapportene på <http://www.ssb.no/helse/statistikker/helseforhold> og <http://www.ssb.no/emner/00/02/levstat/>

Senere i notatet vil vi beskrive hvordan ledig kapasitet på lege- og kommunenivå påvirker befolkningens bruk, tilgjengelighet og fornøydhet med fastlegeordningen.

Tabell 1: Samlet beskrivelse av kapasiteten i fastlegeordningen. (Tall for 31. desember hvert av årene. Kilde: NAV 2001-2009, Helsedirektoratet 2010 - 2015)

	År							
	2001	2004	2006	2007	2010	2012	2014	2015
Antall fastlegepraksiser	3693	3778	3860	3909	4129	4299	4531	4602
Antall åpne lister	1999	2050	1895	1819	1812	1726	1987	1890
Antall ledige plasser	532418	423500	403840	372467	317402	290941	331663	297699
Ledige plasser per åpen liste	266	207	213	205	175	169	167	158
Ledige plasser per tusen innbyggere	122	94	87	80		58		59
Andel lister som er åpne (prosent)	54 %	54 %	49 %	47 %	44 %	40 %	45 %	41 %

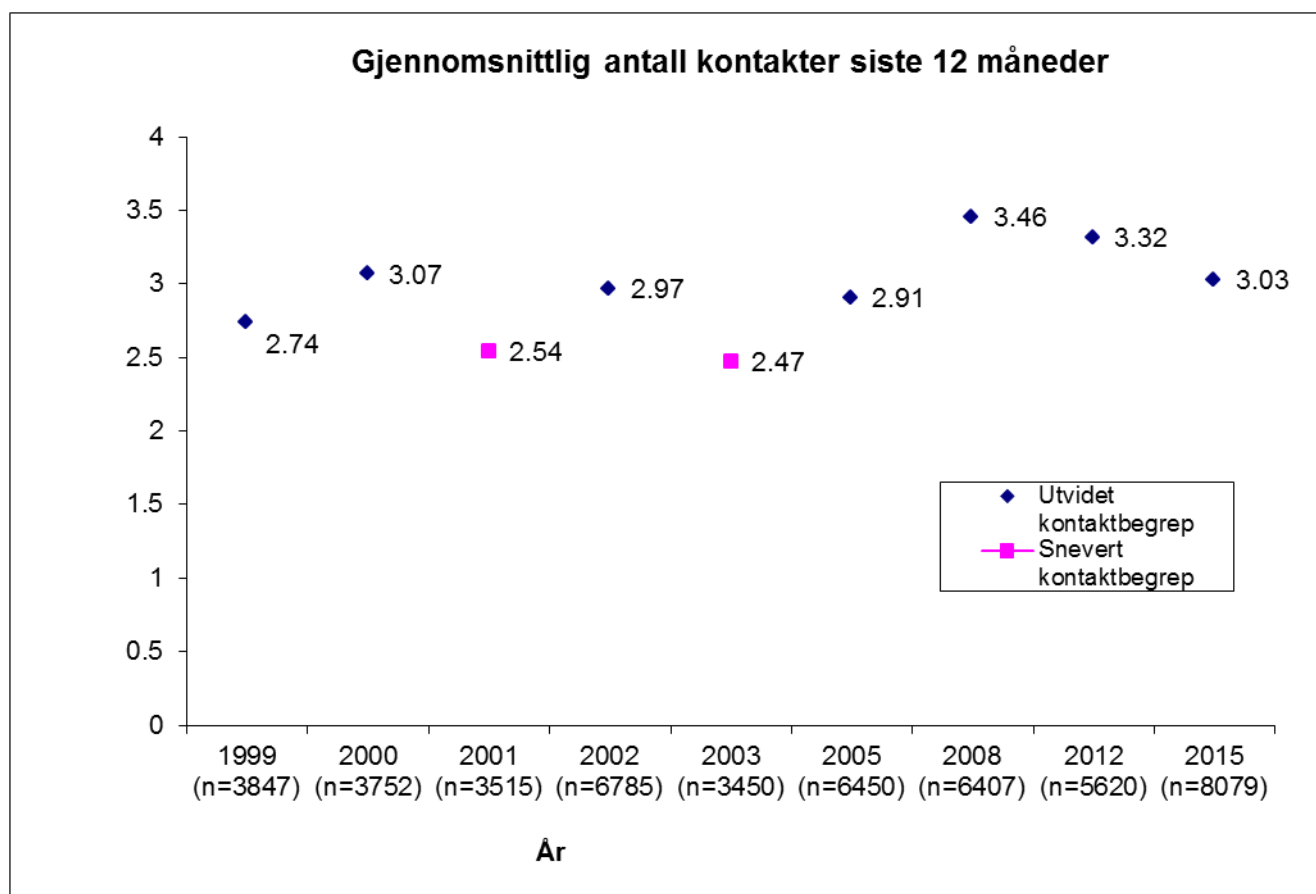
Den videre oppbygning av notatet er slik: Del 2 beskriver utvikling i befolkningens bruk av allmennlegetjenester og spesialisthelsetjenester. I del 3 beskriver vi utviklingen i tilgjengelighet i form av ventetid til legetime. Del 4 beskriver utviklingen i befolkningens fornøydhet med fastlegenes tjenester.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

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 Helsedirektoratet/NAV.

Utviklingen i antall kontakter med allmennleger inkluderer observasjoner av levekårspanelet i 1999, 2000, 2001 og 2003 og observasjoner av tverrsnittsundersøkelsene i 2002, 2005, 2008, 2012 og 2015. Det er noe variasjon i hvordan spørsmålene er formulert i de enkelte år. I 1999, 2000, 2002, 2005, 2008 og 2012 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 3,03 i 2015. Det tilsvarer en økning på 11 prosent i perioden. Det er samtidig reduksjon både fra 2008 til 2012 og fra 2012 til 2015 (9 prosent). 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). Mens enkelte leger har fulle lister, opplever andre å ha ledig kapasitet. Med data fra 2015 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 har ledig kapasitet eller ikke. Fastleger med avvik mellom maksimalt antall pasienter (listetak) og faktisk antall pasienter på mer enn 100 sier vi har ledig kapasitet. Over tid har det vært en reduksjon i andelen fastleger som har ledig kapasitet. I 2015 var det 13 prosent av fastlegene som er koblet på levekårsundersøkelsen,

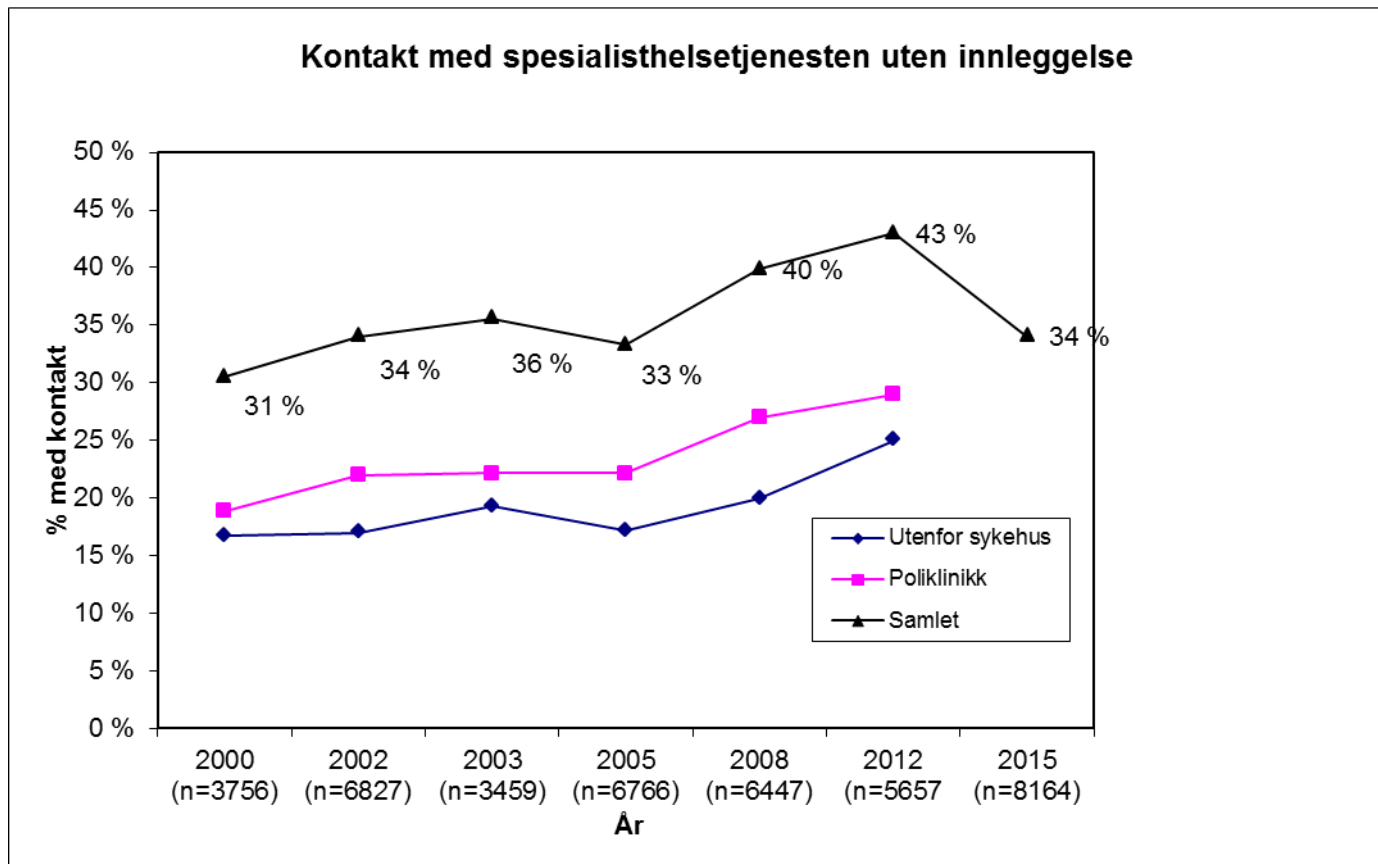
som opplevde ledig kapasitet definert på denne måten⁵. Vi finner at personer med fastlege uten ledig kapasitet oppgir totalt 3,05 kontakter med allmennlege siste 12 måneder, mens personer som har fastlege med ledig kapasitet oppgir 3,00 kontakter med allmennlege siste 12 måneder. Denne forskjellen er ikke statistisk signifikant på fem prosent nivå. Dette resultatet samsvarer med resultatet fra 2012.

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 3,10 kontakter med allmennlege, mens personer som bor i en kommune der mer enn halvparten av fastlegene har ledige listeplasser, oppgir 2,84 kontakter med allmennlege. Denne forskjellen er ikke statistisk signifikant på fem prosent nivå med en Mann-Whitney test. Det er dermed ikke grunnlag for å hevde at god kapasitet på kommunenivå gir mange konsultasjoner til innbyggerne.

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 2015 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. Vi finner ikke forskjeller i allmennlegekontakter i kommuner med god og mindre god kapasitet i allmennlegetjenesten målt med denne indikatoren.

⁵ Ikke alle respondentene fikk koblet på fastlege. Antallet observasjoner er her 5870.

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 prosent hadde slik kontakt i løpet av de siste 12 måneder i 2000, var prosentandelen 34 prosent i 2015. Det er samtidig en reduksjon fra 43 prosent i 2012. Andelen som oppgir kontakt med spesialist utenfor sykehus, økte fra 20 prosent i 2008 til 25 prosent i 2012. Andelen som oppgir konsultasjon hos lege på sykehus, økte fra 27 prosent i 2008 til 29 prosent i 2012. I 2015 er det ikke skilt mellom konsultasjon med lege utenfor sykehus og konsultasjon på sykehuspoliklinikk. Det kan tenkes at flere kontakter uten innleggelse i noen grad motsvares av en reduksjon i innleggelser. Vi har undersøkt utviklingen i sykehusinnleggelser (inkludert fødsler) fra 2008 til 2015. Mens 10,4 prosent svarte ja på at de var innlagt på sykehus i 2008, svarte 10 prosent ja i 2012 og 10,4 prosent ja i 2015.

Vi har også i dette tilfellet splittet datamaterialet for 2015 avhengig av om fastleger har ledig kapasitet 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 har ledig kapasitet. Vi finner heller ikke statistiske signifikante forskjeller avhengig av om mer eller mindre enn halvparten av fastlegene i en persons bostedskommune har ledige listeplasser. Dette er forskjellig fra hva vi fant i 2008.

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. Vi vil i oppfølgende analyser undersøke dette nærmere.

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 levekårsundersøkelsene⁶, mens kjennetegn ved legen og legens pasientliste, samt kjennetegn ved legens praksiskommune, er hentet fra fastlegedatabasen.

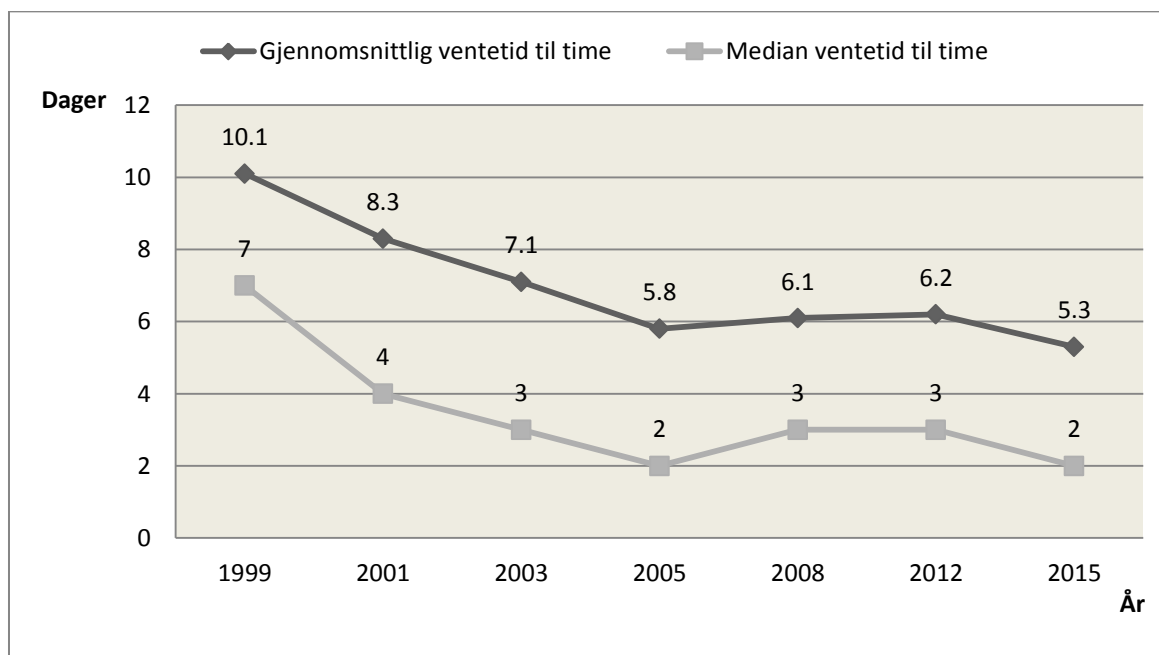
I 1999 ble respondenter som hadde vært i kontakt med allmennpraktiserende lege, legesenter, legevakt, skolelege, studenthelsetjeneste eller bedriftslege i løpet av de siste 12 måneder, spurt om hvor lang tid det vanligvis tar å få time hos lege. I årene 2001, 2003, 2005, 2008, 2012 og 2015 ble respondenter 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. I den reviderte fastlegeforskriften som gjelder fra 1.1.2013 ble det inkludert krav til fastlegens ventetid. Dersom forskriftsendringer har betydning for fastlegens virksomhet, vil vi forvente reduksjon i observerte ventetider i perioden fra 2012 til 2015. Bestemmelsene om tilgjengelighet formulert i fastlegeforskriftens § 21 sier at «..listeinnbyggeren skal få tilbud om konsultasjon så tidlig som mulig, og normalt innen fem arbeidsdager. Det innebærer at det kun unntaksvis skal være mer enn fem dagers ventetid».

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 i 2012 er både gjennomsnittlig ventetid og median ventetid uendret i forhold til 2008. I 2015 har ventetidene blitt redusert i forhold til 2012. Reduksjonen fra en gjennomsnittlig ventetid på i overkant av ti dager i 1999 til i overkant av fem dager i 2015 er på nær 48 %. 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

⁶ Tallene fra 1999 til 2003 er hentet fra paneldataundersøkelsen, mens tallene for 2005, 2008, 2012 og 2015 er fra tverrsnittsundersøkelsen.

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 to dager i 2015. Median ventetid er redusert med en dag fra 2012 til 2015.

Figur 3: Utviklingen i ventetid⁷

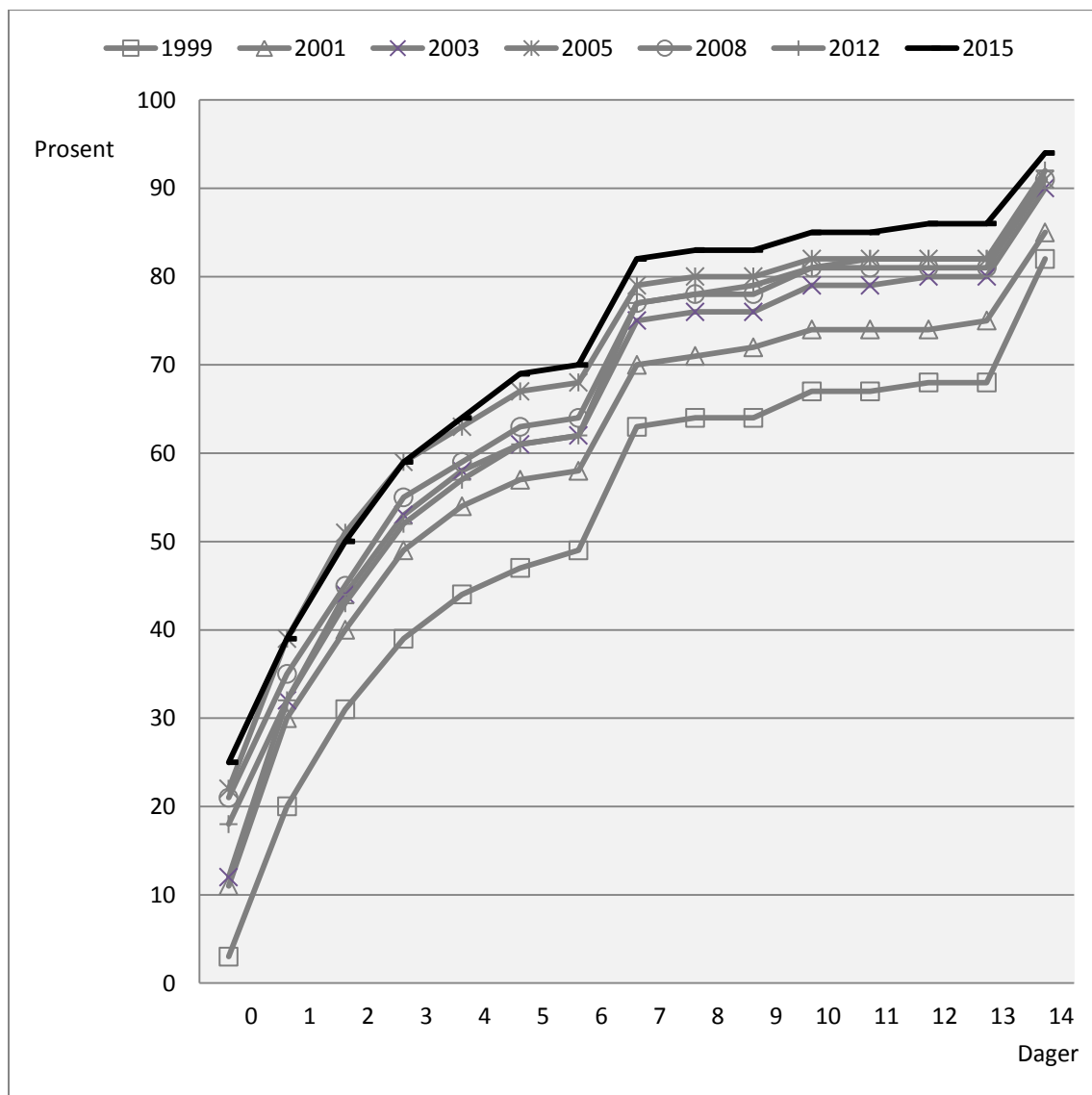


I figur 4 studerer vi prosentandelen som fikk time innen angitt dag (kumulativ prosentandel). Tallgrunnlaget for figuren er gjengitt i tabell 2. Vi ser at mens kun 3 % av de spurte oppga at de fikk time samme dag i 1999, har andelen økt til 18 % i 2012, og videre til 25 % i 2015. Videre ser vi at andelen som fikk time innen to dager har økt fra 31 % til 50 %, mens andelen som fikk time innen en uke har økt med 19 prosentpoeng i perioden. Tallene fra levekårsundersøkelsen tyder på at andelen som får time innen 5 dager har økt etter at fastlegeforskriften ble endret. I 2012 svarte 61 % at de fikk time innen 5 dager. I 2015 har andelen økt til 69 %. Utviklingen har ikke bare medført at flere får time relativt raskt, vi ser

⁷ 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, 3059 observasjoner i 2008, 2960 i 2012 og 5764 i 2015.

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 6 % måtte vente så lenge i 2015. Tallene tyder altså på at andelen pasienter som måtte vente mer enn 14 dager på legetime, var altså 3 ganger større i 1999 sammenlignet med 2015.

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



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
2012	18	32	43	52	57	61	62	77	78	79	81	82	82	82	92
2015	25	39	50	59	64	69	70	82	83	83	85	85	86	86	94

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

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.

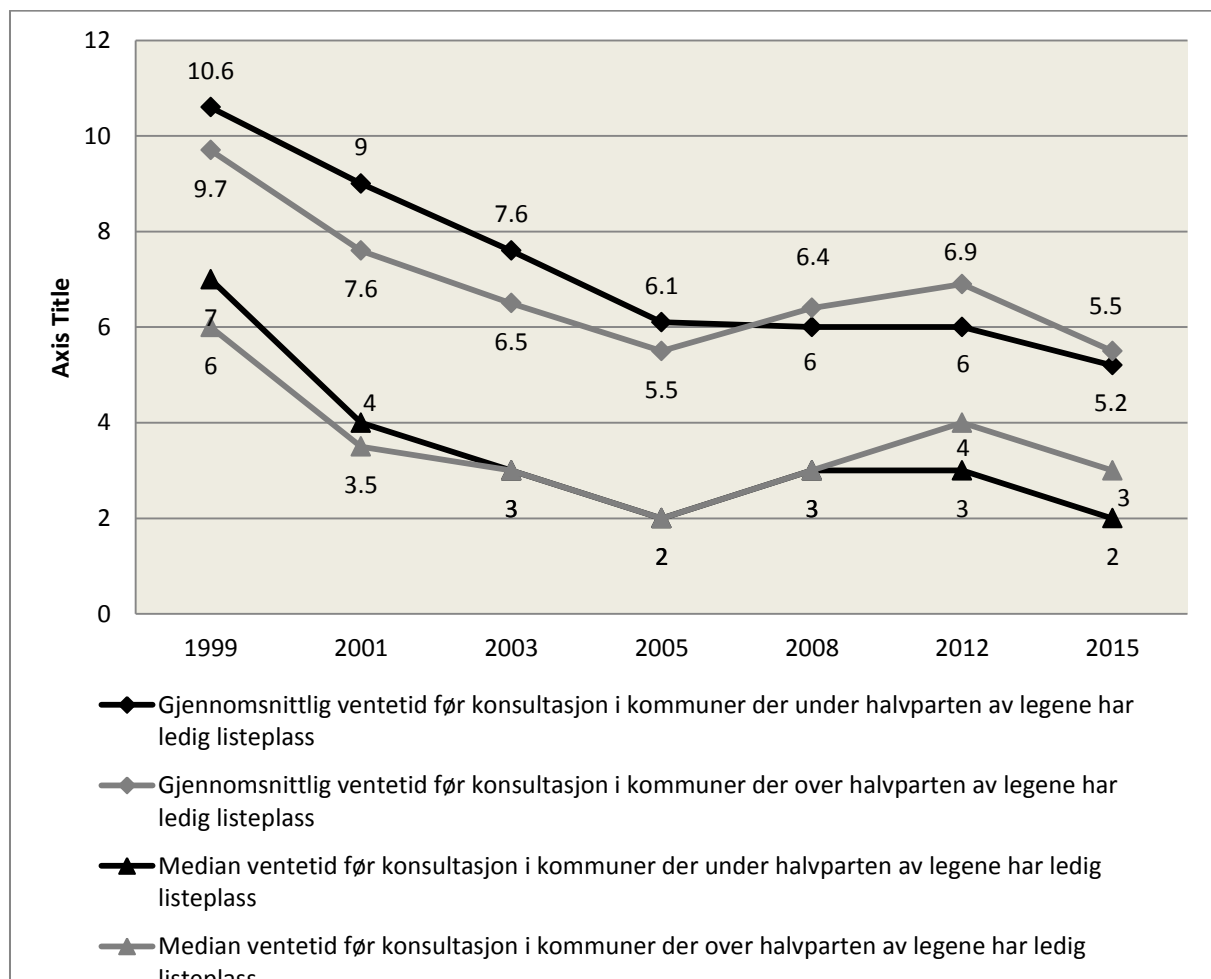
Figur 5 viser hvordan ventetiden påvirkes av hvor stor andel av legene i bostedskommunen som har åpen liste. Vi har delt respondentene i to grupper avhengig av om henholdsvis mer eller mindre enn halvparten av fastlegene i kommunen hadde ledige listeplasser. Vi kan dermed undersøke om respondenter som 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 lister⁸. 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. I 2012 er gjennomsnittlig ventetid nesten en dag lengre i kommuner med mye ledig kapasitet enn i

⁸ Ventetidene i 1999, 2001 og 2003 assosieres her med andelen åpne lister i 2003, mens ventetidene i henholdsvis 2005, 2008, 2012 og 2015 assosieres med andelen åpne lister i det aktuelle året.

kommuner med lite ledig kapasitet. I 2014 var forskjellen redusert til 0,3 dager. Forskjellene er statistisk signifikante på fem prosent nivå.

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 2015 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 litt kortere i kommuner med relativt mange ledige listeplasser. Forskjellen i ventetid mellom disse kommunetyperne er ikke statistisk signifikant⁹. Median ventetid er lik i de to kommunetyperne.

Figur 5: Utviklingen i ventetid avhengig av legekapasiteten i kommunen. 1999-2015



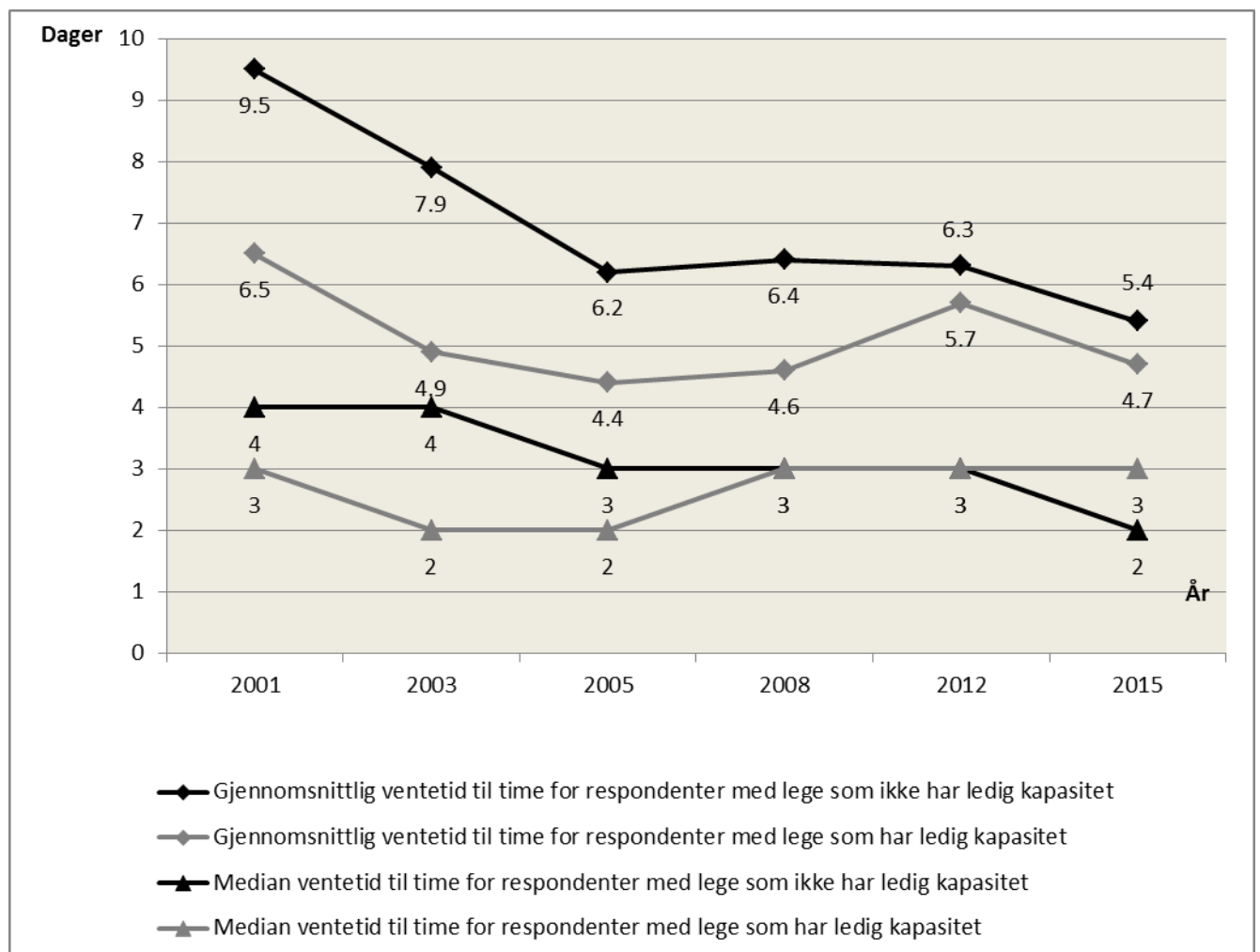
⁹ Forskjellen i ventetid er ikke statistisk signifikant med signifikansnivå 5% i en tosidig t-test.

Tabell 3: Gjennomsnittlig (Median) antall dagers ventetid for legetime avhengig av antall ledige listeplasser per 1000 innbyggere, 2015

Kommunetype	Antall dagers ventetid for legetime
Færre en 50 ledig listeplasser per tusen innbygger i kommunen	5,4 (2)
Flere en 50 ledig listeplasser per tusen innbygger i kommunen	5,2 (2)

Vi skal nå se om ventetiden varierer avhengig av om den enkelte fastlege har ledig kapasitet eller ikke¹⁰. 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 2005¹¹.

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



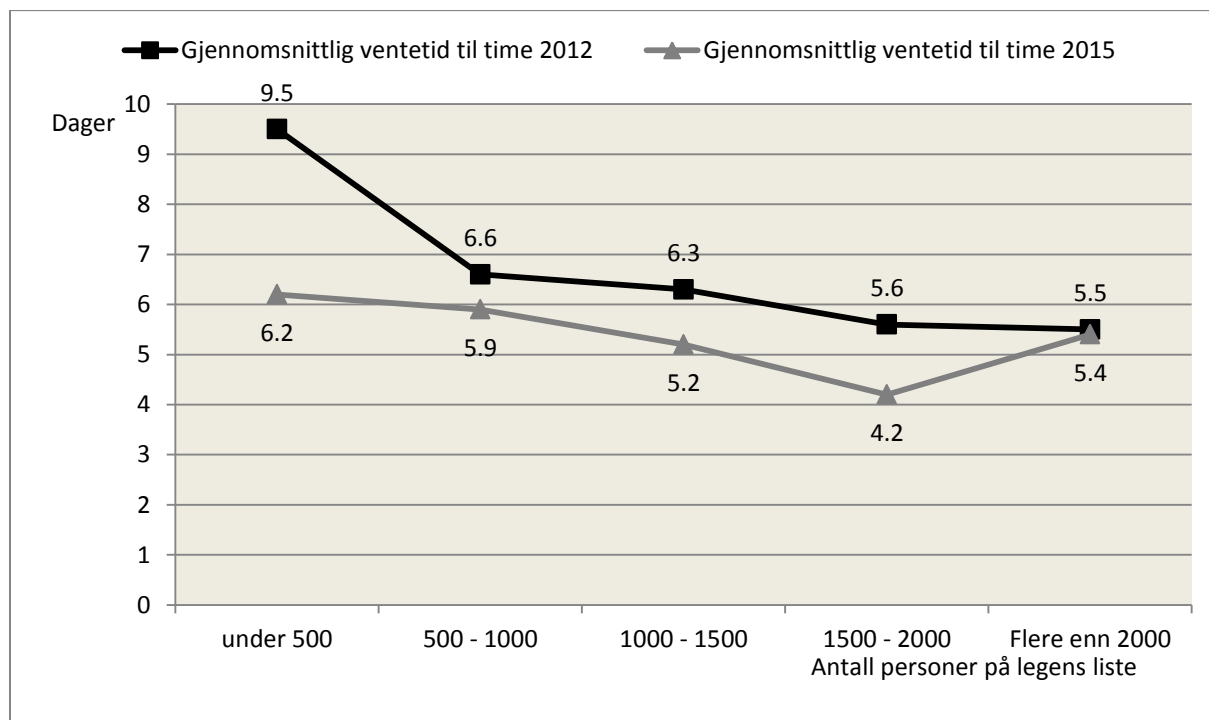
¹⁰ Mekanismer som trekker i denne retningen, er beskrevet i Iversen og Lurås (2002).

¹¹ 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.

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 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 ikke er statistisk signifikant på fem prosent nivå med tosidig test i 2015. 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. Vi ser også fra figur 6 at median ventetid for leger uten ledig kapasitet i 2015 er kortere enn for leger med ledig kapasitet. Sammenholdt med forskjellene i gjennomsnittlig ventetid betyr det at blant leger uten ledig kapasitet har enkelte lange ventetider.

Det har vært diskutert om det bør gjennomføres tiltak for å redusere listelengdene til de av fastlegene som i dag har særlig mange pasienter. Et argument har vært 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 (2012 og 2015)



Resultatene fra levekårsundersøkelsene i 2012 og 2015 tyder på at sammenhengen mellom legenes listelengde og pasientenes ventetider heller 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 de korteste listene. Leger med færre enn tusen listepasienter tilbyr lengre ventetider enn leger med flere enn tusen listepasienter, og forskjellen er statistisk signifikant¹². Sammenligningen av ventetider for 2012 og 2015 viser at reduserte ventetider observeres for både korte og lange pasientlister. Det ser ut til at reduksjonen i ventetid er størst blant legene med få pasienter, der ventetiden var lengst i utgangspunktet. En mulig tolkning av denne observasjonen er at endringer i fastlegeforskriften faktisk har medført endringer i fastlegenes praksis.

Mens gjennomsnittlig ventetid ble kortere når listelengden økte i 2008, var det utflating for de lengste listene i 2012. I 2015 er gjennomsnittlig ventetid for fastleger med flere enn 2000 pasienter (4,5 prosent av det samlede antallet) lengre enn for fastleger med mellom 1500 og 2000 pasienter. Men fortsatt er det kortere ventetider hos fastlegene med de lengste listene enn hva det er hos fastlegene med de korteste listene. Årsaken kan være at leger med lange lister arbeider full tid i større grad enn leger med korte lister. Resultatene tyder altså på at fastlegene med lange lister tilpasser sin praksis på en måte som gjør det mulig å tilby korte ventetider.

¹² Statistisk signifikant på 5 prosent nivå i en tosidig t-test i 2015 og statistisk signifikant på 10 prosent nivå i en tosidig t-test i 2012

4. Fornøydhet

Et halvt år etter innføringen av fastlegeordningen ble respondenter i levekårspanelet som hadde vært i kontakt med sin tildelte fastlege, bedt om å ta stilling til fem påstander om legen. De samme påstandene ble inkludert i levekårsundersøkelsen i både 2005, 2008 og 2012. I 2015 ble antallet påstander redusert til tre. I denne delen beskriver vi om det har skjedd noen endringer i befolkningens oppfatning av sin fastlege i perioden 2002 - 2015. Vi konsentrerer oss om de tre utsagnene som ble presentert i 2015.

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 tillit 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, 2012 og 2015.

Vi ser at det er visse endringer fra 2012 til 2015 i svarene på utsagnene. Respondentene uttrykker større grad av fornøydhet med henvisningspraksis og med å få nok tid med legen i 2015 sammenlignet med 2012¹³.

Ser vi perioden 2002-2015 under ett, finner vi at utviklingen i responsen på utsagnet (1) om legen tar meg om mine problemer på alvor har vært negativ. Færre sier seg *helt enig* samtidig som flere uttrykker at de er *litt*, eller *helt uenig* i utsagnet. Endringen over perioden er statistisk signifikant på en prosent nivå¹⁴. Respondentene er mer fornøyd med legens henvisningspraksis (3) og konsultasjonslengde (4) i 2015 enn hva de var i 2002.

Tabell 4: Fornøydhet med fastlegens tjenester i 2002, 2012 og 2015.

Utsagn	Svarkategorier	År 2002	År 2012	År 2015
--------	----------------	---------	---------	---------

¹³ $P < 0,01$ i Mann Whitney U test.

¹⁴ Endringene er statistisk signifikant både når 2012 tallene og 2015 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.

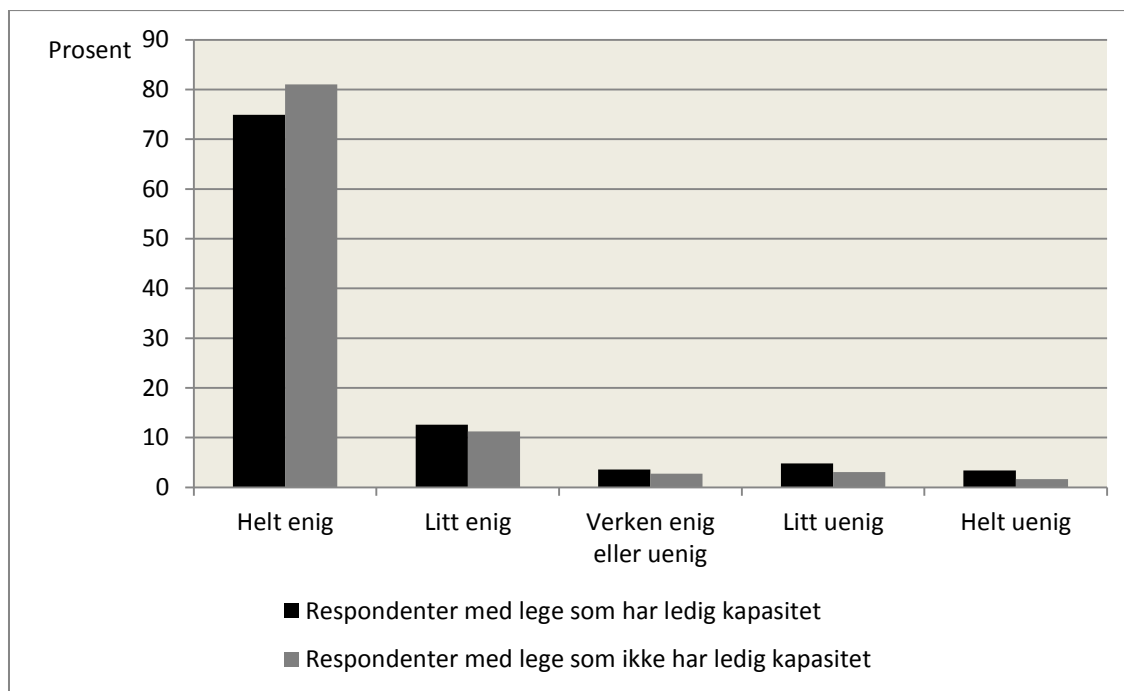
		Prosent (antall)	Prosent (antall)	Prosent (antall)
Relasjon til legen: (1) Legen tar meg og mine problemer på alvor	Helt enig Litt enig Verken enig eller uenig Litt uenig Helt uenig <i>Vil ikke svare og Vet ikke</i>	83,8 (1949) 10,6 (247) 2,2 (52) 2,0 (47) 0,9 (20) 0,5 (11)	75,4 (4267) 10,8 (609) 3,6 (202) 2,3 (128) 1,2 (66) 6,7 (388)	80,2 (4787) 11,5 (685) 2,9 (171) 3,3 (196) 1,8 (109) 0,3 (19)
Faglig dyktighet: (2) Jeg har full tillit til den behandlingen legen gir	Helt enig Litt enig Verken enig eller uenig Litt uenig Helt uenig <i>Vil ikke svare og Vet ikke</i>	78,8 (1832) 13,8 (320) 2,8 (64) 3,3 (76) 1,1 (26) 0,3 (8)	67,9 (3841) 16,7 (947) 3,9 (233) 3,5 (196) 1,1 (64) 6,9 (389)	
Henvissingspraksis: (3) Jeg blir henvist videre hvis jeg har behov for det	Helt enig Litt enig Verken enig eller uenig Litt uenig Helt uenig <i>Vil ikke svare og Vet ikke</i>	76,8 (1786) 7,3 (169) 8,1 (188) 1,2 (27) 2,0 (46) 4,7 (110)	74,7 (4229) 7,9 (447) 6,1 (343) 1,7 (96) 1,6 (89) 8,0 (456)	86 (5134) 5,6 (332) 3,4 (200) 2,0 (120) 1,7 (103) 1,3 (78)
Konsultasjonslengde: (4) Legen gir meg ikke nok tid	Helt enig Litt enig Verken enig eller uenig Litt uenig Helt uenig <i>Vil ikke svare og Vet ikke</i>	11,1 (259) 12,9 (301) 2,6 (60) 14,3 (333) 58,5 (1361) 0,5 (12)	8,1 (462) 10,8 (610) 4,6 (263) 15,3 (866) 54,0 (3059) 8,7 (492)	10,2 (611) 10,2 (607) 3,7 (223) 12,6 (752) 62,9 (3753) 0,4 (21)
Ventetid til time: (5) Det tar alt for lang tid å få time hos legen	Helt enig Litt enig Verken enig eller uenig Litt uenig Helt uenig <i>Vil ikke svare og Vet ikke</i>	22,2 (517) 16,9 (393) 4,5 (105) 12,1 (281) 43,6 (1013) 0,7 (17)	12,6 (713) 14,2 (804) 6,3 (356) 13,2 (748) 46,5 (2631) 7,2 (408)	
Utvalgsstørrelse (N)		2326	5660	5967

Med tallene for 2015 har vi også undersøkt om respondentens fornøydhets påvirkes av hvorvidt vedkommendes fastlege har ledig kapasitet. Svarfordelingen, avhengig av hvorvidt respondentens fastlege har ledig kapasitet eller ikke, er beskrevet i Figurene 9-11. Vi har også undersøkt om forskjellene i svarfordelingen mellom legekategoriene er statistisk signifikante¹⁵. For 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. Videre finner vi at respondenter med fastlege uten ledig kapasitet også uttrykker større grad av

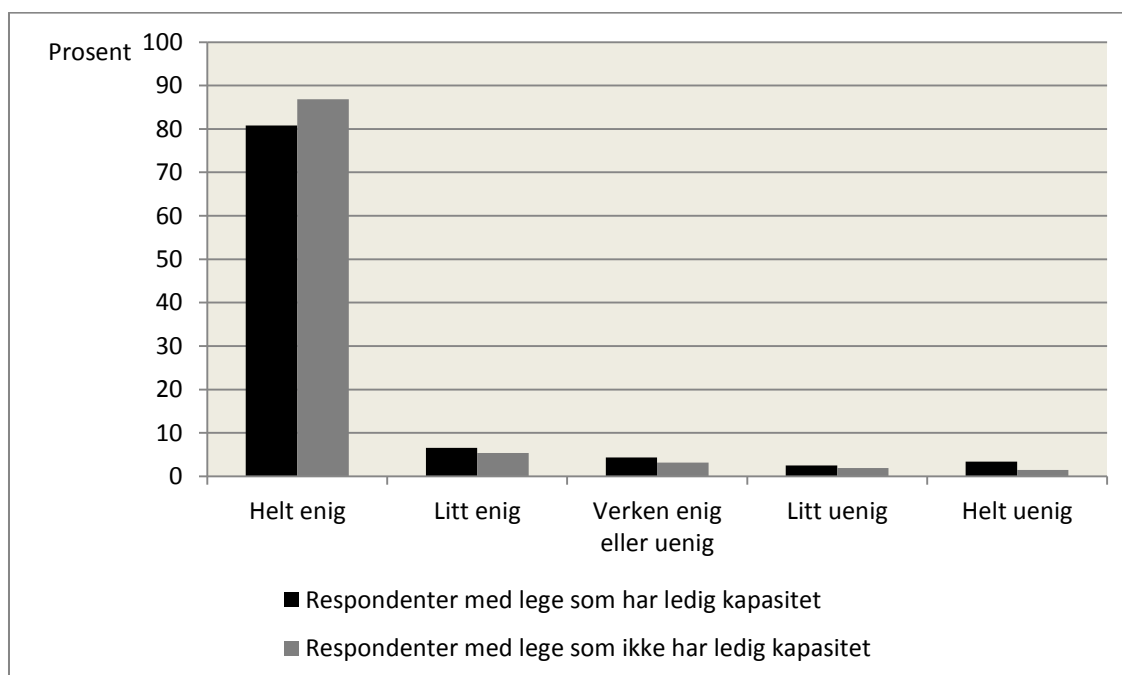
¹⁵ Forskjeller i svarfordeling er testet ved bruk av en Mann-Whitney U Test. Respondenter som svarte "vil ikke svare" og "vet ikke" ble tatt ut da vi gjorde denne testen.

tilfredshet med legens henvisningsbeslutning. Fastleger med ledig kapasitet skårer ikke bedre enn fastleger uten ledig kapasitet langs noen dimensjoner.

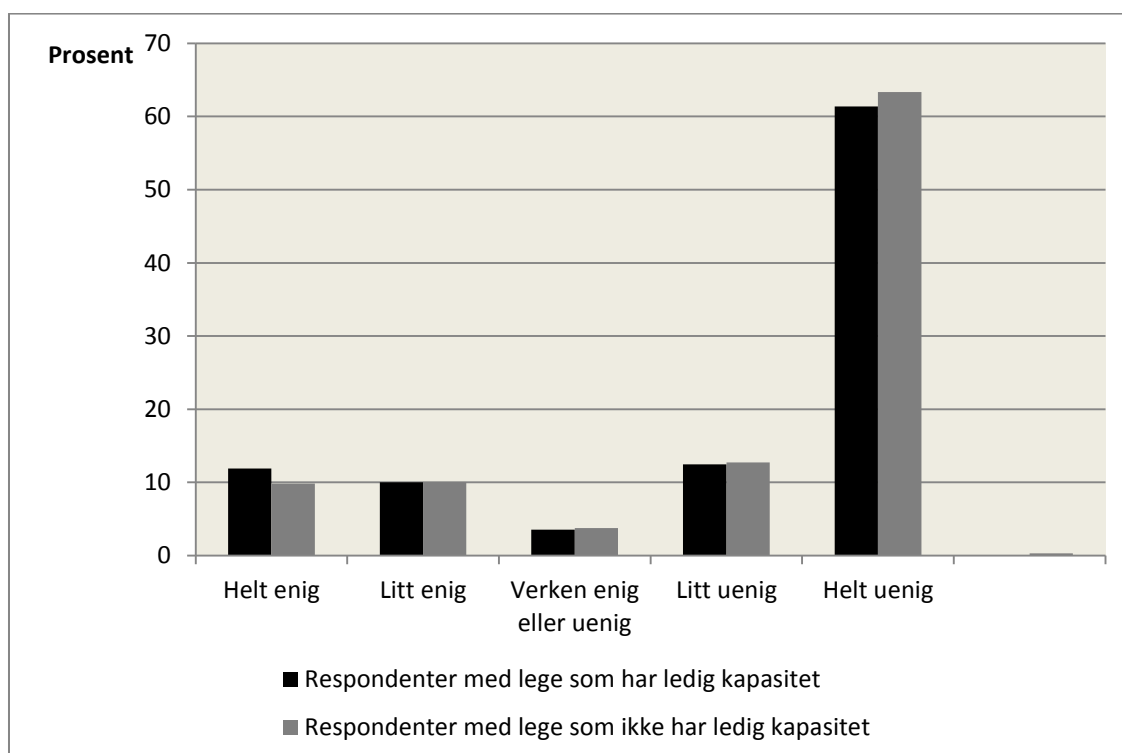
Figur 9: “Legen tar meg og mine problemer på alvor.”(2015)



Figur 10: ”Jeg blir henvist videre hvis jeg har behov for det.” (2015)



Figur 11: ”Legen gir meg ikke nok tid” (2015)



5. Oppsummering og diskusjon

Antallet kontakter med allmennlege har økt i perioden 1999 til 2008 for deretter å være nokså uendret fra 2008 til 2012 og bli redusert fra 2012 til 2015. Gjennomsnittlig antall kontakter i løpet av de siste 12 måneder har økt fra 2,74 i 1999 til 3,03 i 2015, en økning på 11 prosent. Vi finner i 2015 ingen forskjeller i antall kontakter avhengig av kapasitet i fastlegeordningen på legenivå eller kommunenivå.

Andelen som har hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten, har ikke blitt mindre etter innføringen av fastlegeordningen i 2001. Mens 31 prosent hadde slik kontakt i løpet av de siste 12 måneder i 2000, var prosentandelen 34 prosent i 2015. Det er samtidig en reduksjon fra 43 prosent i 2012. 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 finner ingen sammenheng mellom andelen åpne fastlegelister i kommunen og antallet kontakter med spesialisthelsetjenesten. God kapasitet i fastlegeordningen ser altså ikke ut til å begrense bruken av spesialisthelsetjenesten i dagens system og 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 oppfølgende analyser.

Vi har sett at ventetid til time hos allmennlege har falt i perioden fra 1999 til 2005, for så å flate ut. Vi ser igjen en reduksjon i ventetid fra 2012 til 2015, og det kan synes som om tilgjengeligheten til allmennlegetjenesten har blitt bedre etter innføring av ny fastlegeforskrift i 2013. Blant leger med korte pasientlister, der gjennomsnittlig ventetid var lengst, ser vi den største reduksjonen i gjennomsnittlig ventetid fra 2012 – 2015. Færre pasienter opplever nå å vente lenge: Andelen pasienter som oppgir at de må vente lenger enn 14 dager er redusert fra 18 % i 1999 til 6 % i 2015. 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 tre: Økt kapasitet, endret organisering og forskriftsfesting av krav til ventetid. 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 5457 årsverk i 2015, en økning på 45 % 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 4429 årsverk i 2015, en økning på 46 %. I henhold til Helsedirektoratets tall for fastlegepraksiser, gjengitt i tabell 1, økte antall fastlegepraksiser med 25 % i perioden fra 2001 til 2015. Til sammenlikning økte innbyggertallet i Norge med 16 % i perioden fra 2001 til 2015¹⁶. Det kan dermed se ut til at kapasiteten i allmennlegetjenesten har vokst noe raskere enn befolkningen i perioden vi studerer. Det går også fram av Tabell 15 som beskriver utviklingen i antall årsverk per 10000 innbyggere i henholdsvis hele kommunehelsetjenesten og årsverk innen feltene diagnose, behandling, rehabilitering i perioden 2001-2015.

En annen grunn til bedre tilgjengelighet 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 til å påvirke sin egen praksis. 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 leetime. Med utgangspunkt i koblingen mellom leveårsundersøkelsen og fastlegedatabasen er det ikke belegg for å hevde at fastlegene med lange pasientlister er lite tilgjengelig for sine pasienter. Vi finner at legene med lange pasientlister tilbyr kortere ventetider enn hva fastlegene med

¹⁶ Befolkningen økte fra 4 503 436 i 2001 til 5 213 985, 1/1 2016 (SSB).

korte pasientlister gjør. Resultatene tyder på at opplevd ventetid først avtar med fastlegens listelengde for deretter å stabilisere seg og øke noe igjen for de lengste listene. Bakgrunnen kan være at legene med lange lister arbeider mer og har en bedre 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 fornøydhet i perioden 2002-2015. Utviklingen i responsen på utsagnet (1) om legen tar meg om mine problemer på alvor har vært negativ. Færre sier seg *helt enig* samtidig som flere uttrykker at de er *litt*, eller *helt uenig* i utsagnet. Respondentene er samtidig mer fornøyd med legens henvisningspraksis (3) og konsultasjonslengde (4) i 2015 enn hva de var i 2002.

Med utgangspunkt i tallene fra 2015 har vi undersøkt om ledig kapasitet på legenivå påvirker respondentens fornøydhet med sin fastlege. 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. Videre finner vi at respondenter med fastlege uten ledig kapasitet også uttrykker større grad av tilfredshet med legens henvisningsbeslutning. Fastleger med ledig kapasitet skårer ikke bedre enn fastleger uten ledig kapasitet langs noen dimensjoner.

Det var 10,7 % av respondentene som hadde fastlege med ledig kapasitet i 2012. I 2015 var det 13 prosent av fastlegene som er koblet på levekårsundersøkelsen, som opplevde ledig kapasitet definert på denne måten. Det kan dermed se ut til at andelen fastleger med ledig kapasitet definert på denne måten har stabilisert seg. Samtidig er nå både tilgjengelighet og bruk av fastlege- og spesialisttjenester uavhengig av om en respondent er tilknyttet en fastlege *med* ledig kapasitet eller en fastlege *uten* ledig kapasitet. Forskjellene mellom de to typene fastleger er dermed mindre i 2012 og 2015 enn hva de var tidligere. Dette gjelder imidlertid ikke for tilfredshet: Respondenter som er tilknyttet et fastlege uten ledig kapasitet, uttrykker større grad av tilfredshet med sin fastlege enn respondenter som er tilknyttet en fastlege med ledig kapasitet.

Det eksisterer per i dag ikke et nasjonalt system for å samle inn informasjon om indikatorer for kvalitet og tilgjengelighet i den norske allmennlegetjenesten. OECD (2014) uttrykker i sin rapport om kvaliteten i det norske helsevesenet at det trengs mer informasjonen om virksomhet og kvalitet i primærhelsetjenesten og fastlegeordningen. Vi tror myndighetene

trenger et redskap for å overvåke hovedtrekk i utviklingen i befolkningens bruk av, tilgjengelig til og fornøydhet med fastlegene. Levekårsundersøkelsene koplet med fastlegedatabasen er et nyttig og lite kostnadskrevende 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. Standardisering av spørsmålene er derfor viktig å gi fortsatt oppmerksomhet.

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.
- Godager, G., Iversen, T., 2010. Brukernes erfaringer med fastlegeordningen 2001-2008 – Trender i bruk, tilgjengelighet og fornøydhet. *HERO Skriftserie* 2010:1. Oslo: Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo.
- Godager, G., Iversen, T., 2014. Brukernes erfaringer med fastlegeordningen 2001-2012 – Trender i bruk, tilgjengelighet og fornøydhet. *HERO Skriftserie* 2014:2. Oslo: Helseøkonomisk forskningsnettverk ved Universitetet i Oslo.
- Helsedirektoratet, 2014. Fastlegestatistikken 2013.
http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/refusjonsordninger/tall-og-analyser/fastlege/Documents/Hovedtallsrapport%202013_4.pdf
- 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.
- OECD, 2014. OECD reviews of health care quality: Norway 2014: Raising standards, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208469-en>
- 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.”

2012

H13a

«Omtrent hvor mange kontakter hadde du med fastlege eller annen allmennlege tilknyttet 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.»

2015

H13a

«Omtrent hvor mange kontakter hadde du med fastlege eller annen allmennlege siste 12 måneder. Vi tenker på alle slags kontakter.»

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 innleggelser 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?”

2012

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

HVIS JA I H14

H14a

«Kan du si hvor mange ganger?»

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 innleggelser over natten. Regn ikke med tilfeller der du fulgte barn, ektefelle eller andre.»

HVIS JA I H16

H16a

«Kan du si hvor mange ganger?»

2015

***AM4**

Når var du sist hos legespesialist på poliklinikk eller hos en privat spesialist. Er det ...

Ikke regn med tilfeller der du fulgte barn, ektefelle eller andre.

1. mindre enn 12 måneder siden,
2. 12 måneder siden eller lengre, eller
3. har du aldri vært hos legespesialist?

-1 vet ikke/vil ikke svare

Hvis AM4=1, har vært hos legespesialist siste 12 måneder

AM_X

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>

2012

Hvis H13fast =>1

Leg7a

Nå følger noen spørsmål om erfaringer du har med timebestilling hos lege.

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>

2015

Hvis H13a >0, vært hos allmennlege/fastlege siste år

Intro

Leg7b

Hvor mange dager måtte du vente på å få time siste gang du bestilte time hos fastlegen eller annen allmennlege?

Hvis IO fikk time på dagen skriv <0>

_____ antall dager

4. Fornøydhet

2002, 2005, 2008 og 2012

”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”

2015

Hvis H13a >0, vært hos allmennlege/fastlege siste år

Intro

Lege7a

Jeg skal nå lese opp noen påstander om kontakt med fastlegen eller allmennlegen du bruker. For hver påstand vil jeg at du sier om du er helt enig, litt enig, verken enig eller uenig, litt uenig eller helt uenig.

Legen tar meg og mine problemer på alvor.

1. helt enig,
 2. litt enig,
 3. verken enig eller uenig
 4. litt uenig eller
 5. helt uenig
- 1 vet ikke/vil ikke svare

Lege7c

Jeg skal nå lese opp noen påstander om kontakt med fastlegen eller allmennlegen du bruker. For hver påstand vil jeg at du sier om du er helt enig, litt enig, verken enig eller uenig, litt uenig eller helt uenig.

Legen gir meg ikke nok tid.

1. helt enig,
 2. litt enig,
 3. verken enig eller uenig
 4. litt uenig eller
 5. helt uenig
- 1 vet ikke/vil ikke svare
-2 NA

Lege7e

Jeg skal nå lese opp noen påstander om kontakt med fastlegen eller allmennlegen du bruker. For hver påstand vil jeg at du sier om du er helt enig, litt enig, verken enig eller uenig, litt uenig eller helt uenig.

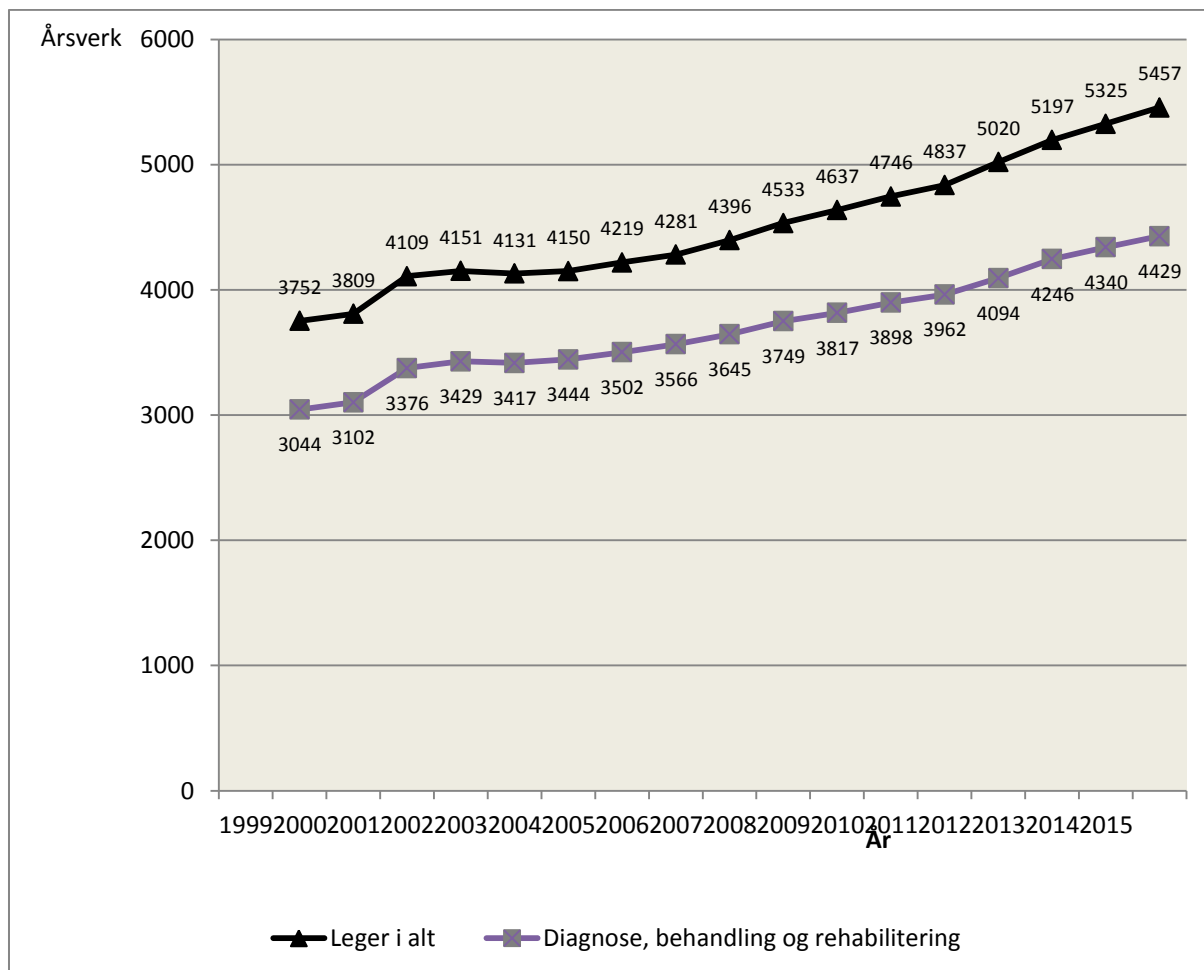
Jeg blir henvist videre hvis jeg har behov for det.

1. helt enig
2. litt enig
3. verken enig eller uenig

- 4. litt uenig
- 5. helt uenig
- 1 vet ikke/vil ikke svare
- 2 NA

Vedlegg 2:

Figur 14: Utviklingen i antall årsverk i hhv hele kommunehelsetjenesten og årsverk innen feltene diagnose, behandling, rehabilitering 1999-2015. (Kilde: SSB)



Figur 15: Utviklingen i antall årsverk per 10000 i hhv hele kommunehelsetjenesten og årsverk innen feltene diagnose, behandling, rehabilitering 2001-2015. (Kilde: SSB)

