

Småbarnsfamiliers erfaringer med legetjenesten:

Når barna er syke

De fleste familier med små barn er tilfreds med hjelpen de får av legen når barna er syke. Avhengig av hvilket tema det gjelder var mellom 13 og 28 prosent misfornøyd, og mener at barnet har fått feil medisiner, at informasjonen om barnets helse-tilstand er for dårlig, eller at legens tilgjengelighet ikke er god nok. Artikkelen drøfter årsaker til variasjoner i tilfredshet mellom ulike pasientgrupper. Negative erfaringer med legetjenesten knyttes til variasjoner i kommunenes evne til å bygge ut og skape stabilitet i det kommunale legetilbudet.

Jon Erik Finnvold

Kvalitet i helsetjenesten: hva kan pasientene fortelle?

Det er forsøkt å finne ut hva som kjennetegner en god allmennlegetjeneste. Olav Rutle har kommet til at klinisk kompetanse er et sentralt element. Klinisk kompetanse har to bestanddeler: En teknisk og en personlig del (Rutle 1986). Den tekniske delen består av yrkesutøverens evne til å finne ut hva pasienten feiler og foreslå en adekvat behandling. Den personlige delen går på mer mellommenneskelige kvaliteter. Legen må ha en evne til å lytte til pasienten, og kunne formidle trygghet og kunnskap. Dette er avgjørende både for legens muligheter til å lykkes med den tekniske delen, og for pasientenes motivasjon til å følge legens råd og henvisninger.

En kilde for informasjon om legenes kliniske kompetanse er pasientene selv. De fleste undersøkelser om pasienttilfredshet legger stor vekt på pasientenes vurderinger av legens personlige egenskaper (f.eks. Baker 1990, 1991). Den gode lege er ifølge pasientene et medmenneske som lytter, forstår og bryr seg, og som behandler pasienten som en likeverdig (Arborelius, Timpka og Nyce 1992). Evne til å gi informasjon er en viktig del av legens personlige egenskaper, men også vurdering av tilgjengelighet, ventetid og venteværelsers fysiske utforming er temaer som er undersøkt i ulike studier av brukernes erfaringer med legetjenesten.

Høsten 1994 gjennomførte Statistisk sentralbyrå en spørreundersøkelse blant et utvalg kvinner med ett år gamle barn. Disse ble blant annet spurt om hvilke erfaringer de hadde hatt med legekontakter når barna var syke. Svarpersonene ble bedt om å vurdere informasjonen de fikk av legen om barnets sykdom, legens foreskriving av medisin til barnet og legetjenestens tilgjengelighet. Valg av

småbarnsforeldre som utvalgsmengde var motivert ut fra et ønske om å beskrive brukernes erfaringer med konkrete situasjoner. Kvinner med ett år gamle barn er en gruppe vi forventet hadde konkrete erfaringer med helsetjenesten. De fleste (84 prosent) hadde hatt kontakt med lege på grunn av sykdom hos barnet, og det er deres erfaringer som blir belyst i artikkelen¹.

De fleste er fornøyd

Et klart flertall har positive erfaringer fra møtet med legetjenesten. Avhengig av hvilket tema det ble spurt om, var det mellom 73 og 87 prosent som oppgav at de hadde hatt positive erfaringer med den hjelpen de fikk av legen når barna var syke. De fleste mente de fikk god informasjon om hva som feilte barnet, at det ikke tok for lang tid å få kontakt med lege, og at legen forordnet de medisiner barnet hadde behov for. Disse resultatene står i en viss kontrast til et medieskapt bilde av en helsetjeneste i krise. Småbarnsforeldrenes situasjonsbeskrivelse samsvarer imidlertid med etablert samfunnsfaglig kunnskap om pasienttilfredshet. En ofte valgt framgangsmåte i forskning om pasienttilfredshet er å stille generelle spørsmål til representative utvalg av befolkningen (f.eks. Judge og Solomon 1993). Slike undersøkelser finner som regel at et stort flertall er tilfreds med helsetjenesten. En alternativ strategi er å ta utgangspunkt i konkrete situasjoner, og stille detaljerte spørsmål om brukernes opplevelser. Valg av framgangsmåte påvirker omfanget av de positive og negative erfaringene intervjupersonene rapporterer: mer konkrete og detaljerte undersøkelser modifierer inntrykket av tilfredshet (Williams og Calnan 1991). Selv om det er sistnevnte strategi som er valgt i Statistisk sentralbyrås undersøkelse, er det et klart mindretall som har negative erfaringer.

14

En av fem misfornøyd med informasjon om barnets helsetilstand

Legens evne til å gi informasjon er en viktig side ved legens personlige egenskaper. Til sammen 21 prosent mente at de ikke fikk tilfredsstillende informasjon om barnets helsetilstand, dvs. svarte at de var uenig eller helt uenig i utsagnet "Legen gir meg tilfredsstillende informasjon om hva som feiler barnet".

Tabell 1: Småbarnsfamiliers erfaringer med legetjenesten. Respons på spørsmålet "Legen gir meg tilfredsstillende informasjon om hva som feiler barnet". Prosent. 1994 (N=5539)

Svaralternativer	Prosent
I alt	100
"Helt enig"	21
"Enig"	58
"Uenig"	17
"Helt uenig"	4

Hver syvende opplevde feilmedisinering

I undersøkelsen ble også småbarnsfamiliens erfaringer med legens forordning av medisiner belyst. I alt 14 prosent mente at barnet hadde fått feil medisiner, dvs. svarte ja på spørsmålet "Har det hendt at legen har gitt barnet medisiner du ikke syntes det hadde behov for?" Til sammen 13 prosent hadde opplevd at barnet i sitt første leveår ikke hadde fått medisiner det hadde behov for, dvs. svarte ja på spørsmålet "Har det hendt at legen ikke har gitt barnet medisiner du syntes det hadde behov for?"

Det er vanskelig å bedømme om den medisin legen valgte eller lot være å gi var riktig. Svarpersonenes vurdering av legens evne til å foreskrive medisiner kan gi ulike tolkninger:

Vurderingene kan betraktes som indikatorer på teknisk kompetanse (WHO 1990:6). Informasjonen fra

Datagrunnlag
Utvalg

I oktober/november 1994 mottok 9 800 kvinner med ett år gamle barn et spørreskjema som omhandlet ulike sider ved deres erfaringer med helsetjenesten i kommunene. Utvalget bestod av alle kvinner født i Norge som fikk barn i august og september 1993. I tillegg ble innvandrere som fikk barn i juli, august og september inkludert i utvalget. Kvinner som fikk dødfødte barn, eller barn som senere døde ble unntatt fra utvalget. Også innvandrere med første oppholdsdato i Norge etter 1989 ble unntatt. Svarprosenten var 75, altså relativt god. Den var imidlertid relativt lav for innvandrere fra den tredje verden, svarpersoner som var separert eller hadde lav inntekt, lav utdanning, eller var under 22 år.

Informasjon fra undersøkelsen

I tillegg til spørreskjema-opplysningene ble sosiodemografisk bakgrunnsinformasjon koblet til utvalget fra ulike SSB-registre, f.eks. inntekt, utdanning og opplysninger om ulike sider ved tjenestetilbudet i svarpersonenes bostedskommune. Spørreskjemaet inneholder bl.a. opplysninger som egenvurdert sykdom hos mor og barn, uformelt nettverk og kontakthypighet med ulike kommunale helsetilbud.

Pasienters vurdering av kvalitet i helsetjenesten: feilkilder

Undersøkelsens hovedmål er å kartlegge svarpersonenes erfaringer med fire ulike kontekster i primærhelsetjenesten: Legekontakter ved barns sykdom, legekontakter ved egen sykdom, svangerskapskontroller og kontakter med helsestasjonstjenesten. Det er grunn til å være kritisk til pasientenes vurdering av helsetjenesten. Dag Hofoss har gjennom en litteraturstudie funnet tre hovedgrunner til dette (Hofoss 1986): For det første er legfolks kunnskap om medisin begrenset, mange forstår f.eks. ikke mange av medisinske vanligste faguttrykk. For det andre vil registreringsmåten påvirke svargivningen. Hvordan spørsmål og svaralternativene er formulert, hvor mange svaralternativer som er oppgitt osv. vil påvirke andelen med negative erfaringer. Positive utsagn gir ofte en overrepresentasjon av positive vurderinger (jf. tabell 1), negative utsagn kan gi et mer negativt bilde av situasjonen enn det som faktisk er tilfelle (jf. tabell 2). For det tredje kan svargivningen påvirkes av respondentenes personlige kritiske legning, forventninger eller helsemessige og sosiale livssituasjon. Ifølge dette synspunktet er det ulike forventninger til helsetjenesten, levekårsbetingelser og helsetilstand som kommer til uttrykk i brukernes vurderinger, ikke bare deres "faktiske" erfaringer.

foreldrene er viktig fordi de følger barnets sykdomsforløp over tid, og får gjennom observasjon av endringer i barnets helsetilstand og eventuelle nye legekontakter et grunnlag for å vurdere de medisiner barnet fikk.

Når så mange som 13 til 14 prosent opplever at barnet fikk feil medisiner, er dette også et uttrykk for usikkerhet

om barnets sykdomstilstand, både fra legens og foreldrenes side. Ofte vil det være stor usikkerhet om hva som egentlig feiler barnet. Usikkerheten om diagnostisering må antas å være særlig stor når det gjelder små barn, som ikke selv kan beskrive sine plager. En undersøkelse viser at legene i mellom 20 og 50 prosent av konsultasjonene i allmennpraksis ikke kan

sette en klar diagnose, men må nøye seg med symptombeskrivelser (Grimsmo 1994:10).

Rapportering av feilmedisinering kan også være en indikasjon på mangel-full informasjon og kommunikasjon. En forventning om f.eks. foreskriving av antibiotika som ikke innfris, kan skape misnøye dersom legen ikke lykkes med å informere foreldrene om de medisinske kriteriene beslutningen bygget på.

Nær tre av ti har negative erfaringer med tilgjengeligheten

Ikke minst for småbarnsfamilier kan det være avgjørende at legetjenesten er tilgjengelig. Når tilgjengeligheten blir vurdert som dårlig, kan dette bety at ventetiden på legekontolet er for lang, eller at det tar for lang tid å få lege på sykebesøk når behovet melder seg. Det var 28 prosent av foreldrene som ikke opplevde tilgjengeligheten som god nok. Dette dreier seg ikke nødvendigvis om dårlige egenskaper ved den enkelte lege, men peker mot kommunenes evne til å organisere og bygge ut en velfungerende legetjeneste.

Tabell 2: Småbarnsfamiliers erfaringer med legetjenesten. Respons på spørsmålet "Det tar alt for lang tid å få legehjelp når barna er syke". Prosent. 1994 (N=5539)

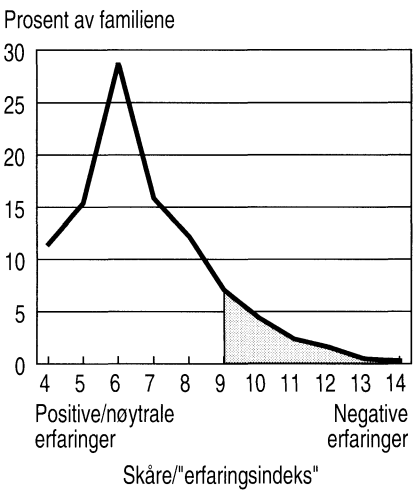
Svaralternativer	Prosent
I alt	100
"Helt enig"	12
"Enig"	16
"Uenig"	45
"Helt uenig"	27

Hoping av negative erfaringer i enkelte familier

Har man negative erfaringer med en side ved helsetjenesten, viser det seg at sannsynligheten for å ha negative erfaringer også med andre kvaliteter ved helsetjenesten øker.² De som ikke

var fornøyd med tilgjengeligheten, oppgav oftere enn andre negative erfaringer med både informasjon og medisiner. Med utgangspunkt i opplysningene i spørsmålene om informasjon, medisiner og tilgjengelighet er det utarbeidet et samlet mål for småbarnsfamiliens erfaringer. Vi kan kalle målet en erfaringsindeks (figur 1). Negative svaralternativer ble gitt høye verdier, positive svar-

Figur 1: Indeks¹ for omfang av negative erfaringer med legetjenesten hos småbarnsfamilier. Prosent (N=5539)



¹ På spørsmålet om tilgjengelighet er de som har svart "helt enig" tildelt verdien 4, "enig" 3, "uenig" 2 og "helt uenig" 1. Spørsmålet om respondentenes erfaringer med informasjonen de fikk av legen er et positivt utsagn, slik at de som svarte "helt enig" fikk verdien 1, "enig" verdien 2 osv. På spørsmålene om medisiner fikk de som svarte at de hadde fått feil medisiner, eller ikke hadde fått medisiner barnet hadde behov for, verdien 3, de øvrige verdien 1. Legger man sammen de fire spørsmålene er maksimum skåre 14. Dette er respondenter som valgte det mest negative svaralternativet på samtlige spørsmål. Den laveste verdien det er mulig å oppnå er 4. Dette er respondenter som er fornøyd med tilgjengelighet og informasjon, og som ikke har opplevd at barnet har fått feil eller mangelfull medisiner

Kilde: Undersøkelse om erfaringer med helsetjenesten

alternativer lave verdier. Svarpersoner med mange negative erfaringer får en høy skåre, og befinner seg i den høyre enden av skalaen. Som figuren viser, er svarpersoner med positive og nøytrale erfaringer i flertall, svarpersonene er klart overrepresentert i den venstre enden av skalaen.

Familier med en skåre på 9 eller høyere er kjennetegnet ved negative erfaringer med to eller flere aspekter ved tjenesten. Denne gruppen utgjorde vel 16 prosent av de som hadde hatt legekontakt på grunn av barns sykdom. Den laveste verdien det er mulig å oppnå er 4. Dette er svarpersoner som ikke hadde opplevd feilmedisinering, og som hadde valgt det mest "positive" svaralternativet på spørsmålene om tilgjengelighet og legens evne til å gi informasjon. Nesten 12 prosent av svarpersonene tilhørte denne gruppen med svært positive erfaringer.

Hvem har negative erfaringer?

Mange undersøkelser har forsøkt å måle tilfredshet med helsetjenesten, for så å undersøke om noen brukergrupper er mer fornøyd enn andre. Det er en etablert oppfatning at de som anser seg selv som relativt syke, oftere har negative erfaringer enn andre. De fleste konkluderer i tillegg med at negative erfaringer er mer utbredt blant yngre mennesker. Mange hevder også at kvaliteten i offentlig tjenesteyting er sosialt skjevfordelt, at de minst ressursrike får det dårligste tilbudet (Jensen og Bommann-Larsen 1991). Egenskaper som utdanning, inntekt, sosioøkonomisk status, familietype, etnisk bakgrunn eller familiestørrelse viser i ulike undersøkelser sammenhenger med tilfredshet. Hall og Dornan har gjennomgått over 200 studier av sammenhenger mellom sosiodemografiske forklaringsfaktorer og tilfredshet med helsetjenesten. De konkluderer at sosiodemografiske faktorer i be-

skjeden grad kan forklare variasjoner i tilfredshet (Hall og Dornan 1990). Ulike forventninger til hva helsetjenesten kan hjelpe den enkelte med er også ansett som en viktig forklaring på variasjoner i tilfredshet (Fox og Storms 1981).

I det følgende skal vi undersøke om legedekning og manglende tilknytning til en fast lege hos barnet påvirker sannsynligheten for å tilhøre gruppen med negative erfaringer.

Legedekning i bostedskommune påvirker kvaliteten i tjenesteytingen

Sammenhenger mellom lokale variasjoner i tjenestetilbud og brukernes erfaringer med helsetjenesten er i liten grad undersøkt. Ulikheter i personellinnsats er typisk for de fleste kommunale tjenester. Variasjonene er tolket på ulike måter. Mange ser variasjonene som et uttrykk for tilfelle, urettferdige eller irrasjonelle tilpasninger mellom behov og tjenestetilbud. Andre ser variasjoner som noe positivt: Når de lokale forutsetningene er forskjellige, er det ønskelig å opprettholde variasjoner, fordi det er disse som kan gi et likeverdig resultat. Disse perspektivene er ikke nødvendigvis gjensidig utelukkende. Det er påvist systematiske sammenhenger mellom ulike behovs- og kostnadskrevende forhold og kommunenes satsning på ulike helsetilbud, også når det gjelder legedekning (Finnvold 1993, 1996). Dette betyr at kommuner med relativt store behov for legetjenester i mange tilfeller også har relativt mange leger i forhold til innbyggertallet. Kommunale ulikheter er derfor ikke et entydig uttrykk for noe negativt.

Med utgangspunkt i kunnskapen om sammenhengene mellom legedekning og variasjoner i behovsskapende forhold mellom kommunene er det beregnet et standardisert mål for

legedekning.³ Anvendelse av dette målet i en analyse av sammenhengen mellom negative erfaringer og legedekning avslører at kommunale variasjoner også er et problem: Andelen som tilhører gruppen med negative erfaringer med helsetjenesten varierer systematisk med legedekning i bostedskommunen (jf. figur 1).⁴ Andelen med negative erfaringer økte fra 13 prosent i kommuner med høy legedekning (over 8,9 legeårsverk pr. 10 000 innb.) til 18 prosent i kommuner med lav legedekning (under 3,5 legeårsverk pr. 10 000 innb.). Hvilken mekanisme som knytter legedekning til brukernes erfaringer kan vi ikke slutte noe sikkert om. Det er likevel grunn til å anta at legene i kommuner med lav legedekning er under et større tidspress, og av den grunn er mindre tilgjengelige eller har kortere konsultasjonstid enn andre leger.

Barn som mangler fast lege får et dårligere tilbud

En undersøkelse har vist at legen får bedre kunnskap om og interesse for sine faste pasienter enn andre (Hjortdahl 1992). Flere har påvist at personer som ofte bytter lege er mer misfornøyd med helsetjenesten (Kasteler et al. 1976, Hjortdahl og Lærum 1992). Pasienter som har en fast lege er også relativt mottakelige for å følge legens råd og anbefalinger. Det er

altså flere positive sider ved det å ha en fast lege. En utvalgsundersøkelse viser da også at et stort flertall ønsker en fast lege (Oppdahl Mo 1995). Overraskende er det derfor ikke at det er en klar sammenheng mellom kontinuiteten i barnets legerelasjon, og omfanget av negative erfaringer foreldrene rapporterer. Mens en av fire blant de som oppgir at barnet ikke benytter en fast lege har negative erfaringer, er det bare en av ti blant de som oppgir at barnet har en fast lege som har negative erfaringer (tabell 3).

Mangel på kontinuitet utviser altså en klar sammenheng med misnøye. Det er flere måter å forstå denne sammenhengen på. Det kan tenkes at det finnes en gruppe mennesker som i utgangspunktet er vanskelige å tilfredsstille, og derfor velger hyppige legebytter. I så fall gjenspeiler sammenhengen mellom negative erfaringer og kontinuitet en bestemt atferd hos familiene, og ikke at de faktisk har fått et dårligere tilbud fra helse-tjenesten.

En alternativ tolkning er at mangel på kontinuitet er påtvunget mer enn valgt av familiene selv, og at det å konfronteres med stadig nye leger får negative konsekvenser for innholdet i konsultasjonene. Dette kan anses som en rimelig tolkning dersom man-

Tabell 3: Omfang av negative erfaringer med legetjenesten hos småbarnsfamilier etter fast lege tilknytning. Prosent (N)				
Respons på spørsmålet "Bruker barnet alltid den samme legen?"	I alt	Andel med positive/nøytrale erfaringer ¹	Andel med negative erfaringer ¹	(N)
I alt	100	84	16	(5 513)
"Ja, nesten alltid"	100	89	11	(1 824)
"Ja, som regel"	100	85	15	(1 333)
"Nei, ikke alltid"	100	80	20	(2 004)
"Nei, bruker aldri samme lege"	100	75	25	(352)

¹ Mottakere med indeksverdier høyere eller lavere enn 9, jf. figur 1

gel på kontinuitet kan knyttes til variasjoner i kommunenes evne til å skape stabilitet i det kommunale legetilbudet. I tabell 4 ser vi at det er entydige sammenhenger mellom kommunenes organisering av legetjenesten og kontinuitet.

Omfanget av turnuskandidater vil i seg selv påvirke gjennomtrekken i legestillingene. Høy andel turnuskandidater kan også betraktes som en generell indikator på høy turnover i legestillingene, fordi turnuskandidater brukes som et virkemiddel for å opprettholde legetilbudet i kommuner som ellers har vansker med å rekruttere leger. Turnuskandidater er typisk overrepresentert i små og perifere kommuner, gjerne langt nord i landet. Tabell 4 viser at andelen uten fast lege til barnet er nesten dobbelt så høy i kommuner med mer enn 10 prosent turnuskandidater enn den er i kommuner uten turnuskandidater blant personellet i legetjenesten.

Mangel på stabilitet i legestillingene kan også knyttes til kommunenes organisering av legetjenesten. Den enkelte lege kan ha ulike tilknytninger til kommunen han eller hun arbeider for. De to mest vanlige tilknytningsformene er såkalt *fastlønn* og *avtale*. Leger med fastlønsordning er kommunale lønnstakere, og er tilsatt i stillinger som kommunen har utlyst som kommuneleger. Arbeidsoppgavene til fastlønte leger fastsettes gjennom kommunale instruksjer. Yrkesutøvere med kommunal avtale er i utgangspunktet privatpraktiserende leger som inngår en avtale med kommunen eller bydelen. Disse legene forplikter seg til å delta i legevakt og i noen grad kommunale oppgaver som f.eks. eldreomsorg. Kommunen/bydelen inngår avtaler med den enkelte lege som blant annet definerer hvilken åpningstid den kurative praksisen skal ha. Fastlønte leger dominerer legetilbudet i små og perifere

Tabell 4: Fastlegetilknytning ¹ hos barn og organisering av legetjenesten i bostedskommune. Fastlønsleger og turnuskandidater. Prosent. 1994 (N)				
	I alt	Fast lege ¹	Uten fast lege ¹	(N)
I alt	100	57	43	(5 742)
0-25 prosent fastlønte leger				
I alt	100	67	33	(2 790)
Ingen turnuskandidater	100	69	31	(1 984)
0-10 prosent turnuskandidater	100	69	31	(538)
Over 10 prosent turnuskandidater	100	48	52	(268)
25-50 prosent fastlønte leger				
I alt	100	52	48	(1 828)
Ingen turnuskandidater	100	70	30	(385)
0-10 prosent turnuskandidater	100	47	53	(1 288)
Over 10 prosent turnuskandidater	100	45	55	(155)
Over 50 prosent fastlønte leger				
I alt	100	43	57	(1 124)
Ingen turnuskandidater	100	54	46	(550)
0-10 prosent turnuskandidater	100	38	62	(117)
Over 10 prosent turnuskandidater	100	30	70	(457)

¹ Fast lege inkluderer svarpersoner som oppgav at barnet nesten alltid eller som oftest brukte samme lege. Uten fast lege inkluderer svarpersoner som oppgav at barnet aldri eller ikke alltid brukte samme lege, jf. tabell 3.

kommuner, men er også representert i store og mellomstore kommuner. Et av formålene med fastlønsordningen er å sikre et legetilbud i kommuner som manglet et pasientgrunnlag for privatpraktiserende leger. I det senere er det hevdet at både lønns- og arbeidsbetingelsene til fastlønte leger er blitt dårligere sammenlignet med leger med kommunal avtale, og at dette fører til manglende kontinuitet i fastlønsstillingene. Dette er ikke bare et problem for små perifere kommuner, også større kommuner opplever problemer med å sikre rekruttering og stabilitet i de fastlønte stillingene (Oslo kommune 1994:12). Ustabilitet i fastlønsstillingene gir en viktig bakgrunn for å forstå mønstret i tabell 4. Mens 33 prosent av barna i kommuner med lav andel fastlønte leger (under 25 prosent) er uten fast lege, øker denne andelen til 57 prosent i kommuner med høy andel fastlønte leger (over 50 prosent).

Blant barn som bor i kommuner uten turnuskandidater og lav andel fastlønte leger, er det 67 prosent som har fast lege. Bor barna derimot i kommuner med en legetjeneste basert på turnuskandidater og fastlønte leger, er andelen med fast lege sunket til 30 prosent (tabell 4).

Disse resultatene tyder på at mangel på kontinuitet er påtvunget mer enn valgt av pasientene selv. Satt på spissen kan vi si det slik at det først og fremst er legene som bytter pasienter, ikke omvendt. Det kan derfor hevdes at de negative erfaringene småbarnsfamiliene rapporterer i noen grad uttrykker manglende stabilitet i det kommunale legetilbudet.

Helsepolitiske utfordringer
Stadig flere av velferdsstatens tjenester er blitt et kommunalt ansvar. I Norge er denne desentraliseringen en spesiell utfordring. En forvaltnings-

struktur med mange små organisatoriske enheter (over 200 kommuner har mindre enn 5 000 innbyggere) åpner for et mangfold av lokale tilpasninger. Undersøkelsen av småbarnsfamiliene retter oppmerksomheten mot enkelte problemer ved dette mangfoldet. Flere har negative erfaringer i kommuner med lav legedekning. I betydelig grad er også sammenhengen mellom kontinuitet og erfaringer et uttrykk for manglende stabilitet i tjenestetilbudet. Sosial- og helsedepartementet vurderer å innføre et listepasientsystem for allmennlegetjenesten. Listepasientsystemet knytter den enkelte innbygger til en bestemt lege, med begrensede muligheter å benytte andre leger. I lys av småbarnsfamiliens erfaringer kan et listepasientsystem ha positive konsekvenser, og skape mer kontinuerlige relasjoner mellom barna og legetjenesten. Mulighetene til å oppnå dette er imidlertid begrensede. Pasientene forplikter seg gjennom et listepasientsystem til å holde seg til en fast lege. Legene er ikke på samme måte forpliktet til å holde seg til de samme pasientene, problemet med å sikre stabilitet i legestillingene er ikke løst gjennom et listepasientsystem.

1. Jeg takker Hanna Bild, Rannveig Nordhagen og Kari Kveim Lie ved Statens institutt for folkehelse, som har vært til stor hjelp ved utarbeidningen av spørreskjemaet artikkelen bygger på, og gitt nyttige kommentarer til tidligere utkast.

2. Det er statistisk signifikante korrelasjoner mellom alle fire spørsmål (Pearsons R mellom 0,10 og 0,34). Korrelasjonene er svake/middels, men viser at dersom en respondent oppgir å ha negative erfaringer med et aspekt ved tjenesten, øker sannsynligheten for å oppgi negative erfaringer også ved andre aspekter. Det er særlig informasjon som er korrelert med andre aspekter. De som ikke synes de har fått tilstrekkelig informasjon har relativt ofte opplevd dårlig tilgjengelighet, eller fått feil medisiner av legen.

3. Det er systematiske sammenhenger mellom legedekning og behovsskapende forhold som kommunestørrelse og reiseavstander. Ved bruk av lineær regresjonsanalyse er det standardisert for systematiske sammenhenger mellom årsverksinnsats og kostnadskrevende forhold i kommunene. For nærmere redegjørelse for standardiseringsmetode, se Finnvold 1996.

4. Ved hjelp av logistisk regresjonsanalyse ble det undersøkt om standardiserte mål for legedekning i svarpersonenes bostedskom-

mune, målt som kontinuerlig variabel, øker eller minker sannsynligheten for å tilhøre gruppen med negative erfaringer. Sammenhengen viste seg å være statistisk signifikant ($P=0,0024$). Bruk av et standardisert mål for legeårsverk pr. 10 000 innb. gir ikke signifikant utslag i tilsvarende analyse. I en undersøkelse fra 1982 ble det heller ikke funnet sammenhenger mellom publikums tilfredshet og legedekning (Sønbø Kristiansen og Hansen 1989). Dette kan ha sammenheng med måten legedekning er målt på. Det er også andre feilkilder knyttet til målet på legedekning. Blant annet er ikke legevakt inkludert, og målet fanger heller ikke opp variasjoner mellom bydeler.

Litteratur

Arborelius, Elisabeth, Toomas Timpka og James N. Nyce (1992): "Patients comment on video-recorded consultations - the "good" GP and the "bad"." *Scandinavian journal of social medicine* nr. 4.

Baker, Richard (1990): "Development of a questionnaire to assess patients satisfaction with consultations in general practice". *British journal of general practice*, vol. 40.

Baker, Richard (1991): "The reliability and criterion validity of a measure of patients satisfaction with their general practice". *Family practice* nr. 8.

Finnvold, Jon Erik (1993): "Personellinnsatsen i helsetjenesten: behov eller økonomi avgjør?" *Samfunnsspeilet* nr. 2. Statistisk sentralbyrå.

Finnvold, Jon Erik (1996): *Kommunale helsetilbud: Organisering, ulikhet og kontinuitet*. Rapport. Under publisering, Statistisk sentralbyrå.

Fox, John G. og Doris M. Storms (1981): "A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care". *Social science and medicine* vol. 15.

Grimsø, Anders (1994): *Innsamling av sammenligningstall fra EDB-baserte driftssystemer i kommunene*. Samfunnsmedisinsk forskningssenter Surnadal/Universitetet i Trondheim, Rapport 150194.

Hall, Judith A. og Michael C. Dornan (1990): "Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis". *Social science and medicine* nr. 7.

Hjortdahl, Per (1992): "Continuity of care: General practitioners knowledge about, and sense of responsibility toward their patients". *Family practice* vol. 9, no. 1.

Hjortdahl, Per og Even Lærum (1992): "Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction". *British medical journal*, vol. 304.

Hofoss, Dag (1986): "Hva vet vi om pasienttilfredshet". Hva kan vi bruke kunnskapen til? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* nr. 14.

Jensen, Thor Øyvind og Petter Bomann-Larsen (1991): "Pasienterfaringer med helsevesenet". I Hroar Piene (red.): *Helsevesen i knipe. En antologi om helsetjenesteforskning*. Ad Notam.

Judge, Ken og Michael Solomon (1993): "Public opinion and national health service: Patterns and perspectives in consumer satisfaction". *Journal of social policy* nr. 3.

Kasteler, Josephine et al. (1976): "Issues underlying prevalence of "doctor-shopping" behaviour". *Journal of health and social behaviour*, 17, 328-339.

Opdahl Mo, Tone (1995): *Evaluerings av fastlegeforsøket. Årsrapport fra andre forsøksår i Trondheim kommune*. SINTEF/Norsk institutt for sykehusforskning.

Oslo Kommune (1994): *Byrådets årsmelding for bydelene*.

Ross, Catherine og Raymond S. Duff (1982): "Returning to the doctor. The effect of client characteristics, type of practice, and experience with care". *Journal of health and social behaviour*, vol. 23, 119-131.

Rutle, Olav (1986): "Kvalitet i allmennpraksis". *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* nr. 23.

Sønbø Kristiansen, Ivar og Finn Henry Hansen (1989): "Hva mener publikum om distriktslegetjenesten? En spørreskjemaundersøkelse fra Nord-Norge". *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* nr. 6.

WHO (1990): *Evaluating the adequacy of health care through a study of consumer satisfaction. Report on a WHO study*. Regional office for europe, WHO.

Williams, Somon J. og Michael Calnan (1991): "Convergence and divergence: Assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings". *Social science and medicine* nr. 6.

Jon Erik Finnvold er førstestokonsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helse- og sosialstatistikk.