

HELED skriftserie 2014:2

Hvor tilfredse er pasientene med fastlegene?

En beskrivelse av anonyme
brukervurderinger på en åpen
internettside

Christina Sivertsen

**Hvor tilfredse er pasientene med fastlegene?
En beskrivelse av anonyme brukervurderinger på en åpen internettside¹**

Christina Sivertsen

1

Vi vil rette en stor takk til Legelisten.no ved Lars Haakon Søråas, for å ha utlevert datasettet over brukerevalueringene til Institutt for helse og samfunn ved Universitet i Oslo. Arbeidet med denne rapporten er utført av mastergradsstudent Christina Sivertsen, med veiledning fra Geir Godager. Studien er finansiert av Institutt for helse og samfunn gjennom midler fra *Småforsk*.

Innholdsfortegnelse

0 Introduksjon	3
1. Beskrivelse av variablene i analysen	5
2 Populasjon og utvalg.....	7
3 Fornøydhet.....	8
3.2 Respondentenes vurdering og alder	10
3.3 Respondentens vurdering og kjønn	18
3.4 Respondents vurdering og geografi	26
4. Fastlegen	28
5. Fastlegens marked	32
6. Listelengde	38
7. Ledig kapasitet.....	41
8. Lege- og pasientmatching.....	45
9. Oppsummering og diskusjon.....	48
Referanseliste	51

0. Introduksjon

Kvalitetsmåling av helsetjenester har i de senere årene fått en større plass i helsevesenet i mange land, og stadig søkes det etter å utvikle nye målbare kvalitetsindikatorer. Et eksempel er økt fokus rettet mot brukerevalueringer ettersom pasienten er den eneste som erfarer det komplette behandlingsforløp (Maintz, Vedested & Olesen, 2000). Commonwealth Fund har gjennomført en komparativ undersøkelse på allmennleger i 11 land som rapporterte nedslående resultater for Norge i 2009 (Kunnskapssenteret, 2009). Norge fikk dårligere resultater enn de andre landene på alle hovedområder, og særlig gjaldt dette rutiner på kvalitetsmåling og kvalitetsvurdering. Basert på resultatene i denne rapporten konkluderte nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten at Norge har et behov for å måle og gi tilbakemeldinger om klinisk kvalitet og brukertilfredshet til fastlegene. Slik kan vi fange opp forbedringsområder på en systematisk måte (Kunnskapssenteret, 2009). Myndighetenes eneste overvåkningsfunksjon til nå har vært levekårsundersøkelsene som baserer seg på fastlegeordningen (Godager og Iversen, 2010). Disse resultatene kan tjene til myndighetenes overvåkningsfunksjon. Ofte uttrykkes det at pasientenes valgfrihet kan være et virkemiddel for å fremme kvalitet. Basert på utvalgte offentlige kvalitetsindikatorer kan pasienter velge hvilket sykehus de vil behandles på. Ved valg av fastlege har det vært lite kvalitetsinformasjon tilgjengelig for pasientene. Lenge besto offentlig tilgjengelig informasjon kun av hvor mange pasienter som stod på den enkelte leges liste samt antall ledige listeplasser.

Internettsiden Legelisten.no ble lansert 26 mai 2012. Målsetningen var å gjøre relevant informasjon om fastlegene tilgjengelig slik at folk kunne benytte seg av informasjonen ved valg av fastlege.

På denne internettsiden kan de som ønsker det tildele sin nåværende eller tidligere fastlege fra en til fem stjerner på en rekke variabler og gi en kvalitativ beskrivelse basert på egen erfaring med legen. Alle vurderinger er anonyme og det er opprettet flere tiltak for å sile ut eventuelle useriøse eller falske vurderinger.

Det faktum at Legelisten.no er basert på subjektive og anonyme vurderinger har høstet kritikk i media, særlig blant fastleger. Fastlegene er bekymret for å bli uthengt med

usaklige og negative vurderinger. (Nordlys, 2012). Men hvis brukerevalueringer skal inkluderes i kvalitetsmåling må man ta et standpunkt med hensyn til hvorvidt de er til nytte eller ikke. Surowiecki (2004) påpeker at grupper ofte er smartere enn enkeltindividene i gruppen, dermed må vi åpne opp for meningene til mengden framfor å kun stole på ekspertene. Bacon (2009) påpeker at detaljerte tilbakemeldinger er det eneste som kan drive fram profesjoner og industrier, inkludert helsevesenet. Forskning fra England har påvist at brukere av helsevesenet ikke bare kan si noe om egen opplevelse av tjenestene, men også om faglig kvalitet (Greaves, Pape, King, et.al., 2012; Bardach, Penaloza, Boscardin & Dudley, 2012).

Legelisten.no er den første internettsiden i Norge som har publisert brukevurderinger av fastleger. Dette gir en unik mulighet til å få større innsikt i hva pasientene mener om fastlegene sine og hvilke karakteristikk som påvirker fornøydheden. Dersom fastlegene etterhvert anerkjenner internettsiden som en viktig arena, kan det tenkes at ønsket om god omtale fører til en endret praksis. Selv om brukerne som har registrert sine vurder på internettsiden ikke utgjør et representativt utvalg av befolkningen, kan denne kilden til informasjon om tilfredshet bidra til økt kunnskap om- og forståelse for brukerpreferanser. Slik kunnskap er viktig i forbindelse med utviklingen av verktøy for kvalitetsmåling i primærhelsetjenesten.

1. Beskrivelse av variablene i analysen

Alle vurderingene på Legelisten.no gjennomgår ulike silingsmekanismer og kvalitativ gjennomlesing. Vurderinger som mistenkes å være falske, eller ikke oppfyller de kvalitative formkrav blir enten avvist eller fryst for videre undersøkelser. I denne analysen blir kun publiserte evalueringer analysert. Videre kan det nevnes at antallet vurderinger vil variere. Dette er fordi det kun er en vurdering som er obligatorisk, den såkalte "samlet vurdering". For alle de andre vurderinger varierer det hvor mange som har svart, dette gjelder også brukekarakteristikkene alder og kjønn.

Tabell.1.1 Beskrivelse av variabler

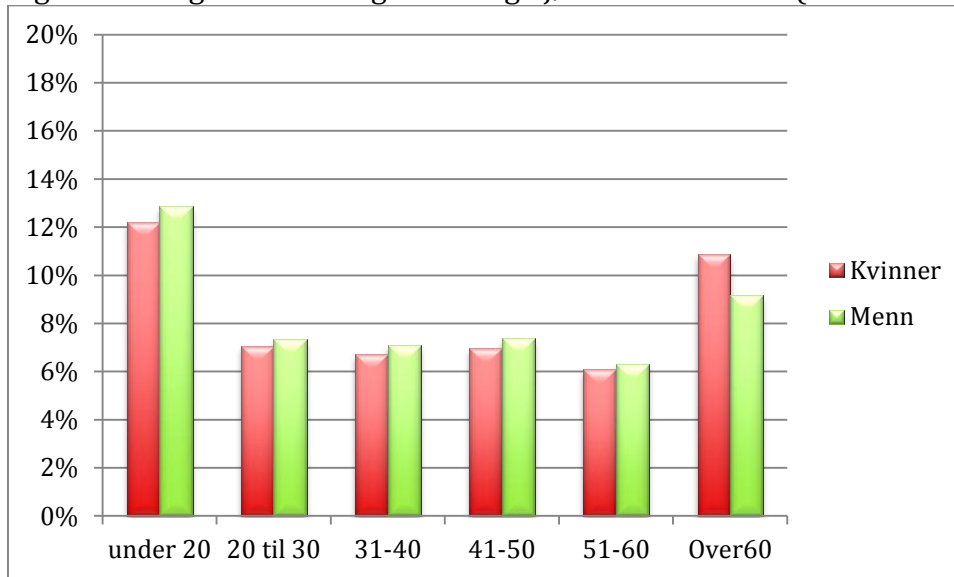
Variabel	Beskrivelse
Brukeren	
ID	Vurderingens unike identifikator
Brukerens kjønn*	Mann/Kvinne
Brukerens alder*	Under 20, 21-30, 31-40, 41-50, 51-60, over 60
Hypighet*	Hvor ofte brukeren går til legen pr.år
Vurderinger	
Samlet vurdering	Hvor fornøyd brukeren er med legen
Gjennomsnittlig vurdering	GJ.snitt av alle samlet vurderinger
Telefonkø*	Hvor lenge brukerne venter i telefonkø
Timebestilling*	Hvor fort brukeren får time
Ventetid*	Hvor lenge brukeren venter på kontoret
Rådgivning*	Brukerens tillitt til råd og anbefalinger
Innsikt*	Om legen bidrar til brukers egen forståelse av sykdommen
Lytting*	Brukerens opplevelse av at legen lytter
	og svarer på spørsmål
Tidsbruk*	Brukerens opplevelse om legen bruker tilstrekkelig med tid
Åpningstid*	Brukerens fornøydhet med åpningstid
Personale*	Brukerens fornøydhet med øvrig
	personale
Fasiliteter*	Standard, beliggenhet, annet ved legekantoret
Publisert vurdering	Kun de publiserte vurderinger om legen inkluderes i analysen
Legen	
LegelID	Fastlegens unike identifikator
Legekjønn	Mann/Kvinne
Legealder	Kontinuerlig
Gruppepraksis	Hvorvidt legen deltar i gruppepraksis
Fylke	Hvilket fylke praksisen tilhører
Kommune	Hvilken kommune praksisen tilhører
Bydel	Hvilken bydel praksisen tilhører
Ledig kapasitet	Hvor mange ledige plasser på listen
Listelengde	Hvor lang legens pasientliste er
HHI	Herfindahl Index på konkurransetetthet med 10 km radius
SSB	
SSBalder	Aldersfordeling i Norges befolkning
SSBkjønn	Kjønnsfordeling i Norges befolkning

*Betegner frivillige vurderinger.

2 Populasjon og utvalg

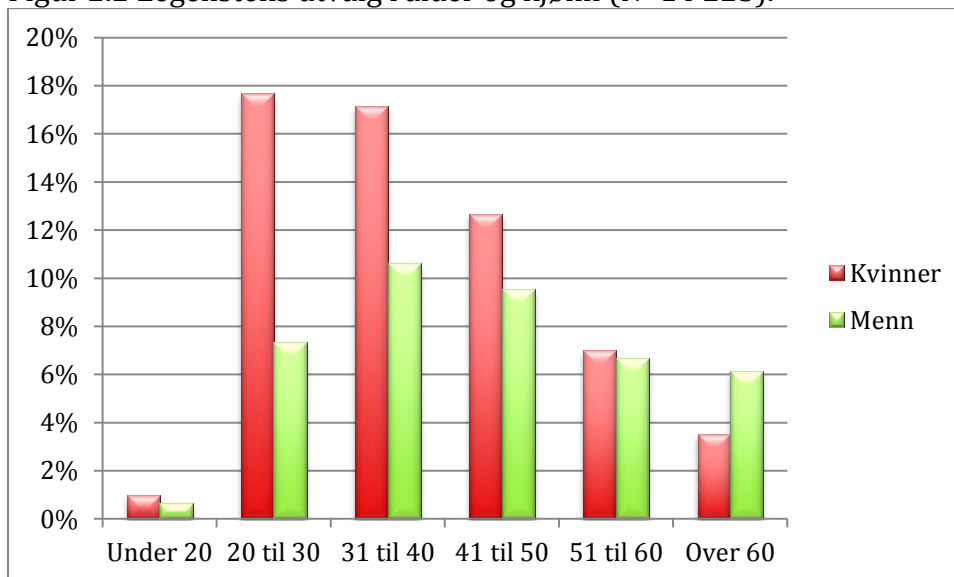
Under følger to figurer som gir et bilde av alder og kjønn på populasjon og utvalg. Med dette kan vi få en oversikt over om legelistens respondenter er et representativt utvalg når det gjelder de brukerkarakteristikker vi har informasjon på. Ettersom det ikke er obligatorisk å svare på kjønn og alder, ser vi kun på de som har svart på begge i figur 2.2.

Figur 2.1 Norges befolkning i alder og kjønn fra SSB 2012 (N=4 985 870).



Figur 2.1 viser andel kvinner og menn gruppert i seks aldersgrupper for Norges befolkning. De største aldersgruppene er under 20 og over 60. Det er en relativt lik fordeling mellom kvinner og menn.

Figur 2.2 Legelistens utvalg i alder og kjønn (N=14 225).



Figur 2.2 viser andel kvinner og menn fordelt på seks aldersgrupper for legelistens respondenter. Totalt er det 23 970 respondenter i vårt datasett fra Legelisten. Grunnet manglende svar på kjønn og alder får vi et utvalg på 14 225 hvorav 8395 er kvinner og 5830 er menn. Aldersgruppen under 20 er underrepresentert. Siden det er så få respondenter i denne aldersgruppen har vi valgt å ekskludere disse i videre analyser i denne omgang. Videre ser vi at aldersgruppen over 60 også er underrepresentert. Dette kan skyldes lavt internettbruk blant de eldste. Når det gjelder kjønn ser vi at utvalget inneholder flest kvinner.

3 Fornøydhhet

Resultatet over den samlede tilfredsheten til legelistens respondenter reflekterer det som er funnet i tidligere tilfredshetsstudier. Williams & Calnan (1991) fant at den generelle tilfredsheten er relativt høy, men ved de mer spesifikke faktorene og ved ulike subgrupper ser man en større grad av ulikhet i tilfredshet. Blant annet hvordan pasienten opplever å kunne betro seg til fastlegen, informasjon og råd angående sykdom og livsstil, og lengde på konsultasjonen. Samtidig fant de at de dimensjonene som ble høyest evaluert omhandlet lege- og pasient relasjonen, kommunikasjonsferdigheter og faglig dyktighet. Denne studien fant også noen demografiske forskjeller som at de yngre er mer kritiske og eldre mer tilfredse på tvers av alle mål og at kvinner er mindre tilfredse enn menn. Hvorvidt slike kjønnsforskjeller representerer ekte forskjeller ved pasientenes opplevelse av tjenester, eller om kvinner og menn har ulike behov og forventinger vet vi lite om (Williams & Calnan, 1991).

Cartwright og Anderson (1981 i Williams & Calnan, 1991) har diskutert hvordan ulik alder kan generere ulike resultater for tilfredshet. En mulig årsak er at eldre over 65 år forventer mindre informasjon om egen sykdomshåndtering. Dagens eldre kan tenkes å være mer opplyste, men forventningsforskjeller kan likevel være en årsak til variasjon.

Danmark har deltatt i et internasjonalt studie om brukertilfredshet og rapporterer lignende funn (Maintz, Vedsted & Olesen, 2000). Den generelle tilfredsheten i studiet var relativt høyt. Flest var mest fornøyde med følgende elementer assosiert med tilfredshet ved fastlegen; taushetsplikten, hurtig hjelp ved akutt sykdom og fastlegens

evne til å lytte. Elementene som ble lavest assosiert med tilfredshet var; ventetiden på venterommet, grad av informasjon, telefonkø og muligheten til å få kontakt med legen på telefon. De to sistnevnte er samtidig ikke høyt prioritert av pasientene. Tiden brukt i konsultasjonen genererte middels skår. Av subjektive attributter rapporterer de at eldre pasienter over 50 år var mer positive enn de yngre, pasienter med lavere utdanning mer fornøyd enn de med høy. Pasienter med hyppig kontakt, (>5 i året) var mer positive enn de med færre (Maintz, Vedsted & Olesen, 2000).

Tabell 3.1 Respondentenes vurderinger i prosent og antall. Vurderingene er målt i stjerner fra en til fem hvor fem er best. Kun publiserte vurderinger er inkludert (N=17967).

Vurdering	1	2	3	4	5	Ikke vurdert
Samlet	10,54% (1893)	6,94% (1247)	5,42% (973)	9,65% (1733)	67,46% (12121)	-
Telefonkø	15,38% (2764)	17,17% (3085)	18,48% (3320)	18,82% (3381)	8,20% (1473)	21,95% (3944)
Timebestilling	11,44% (2055)	13,69% (2459)	21,25% (3818)	12,96% (2329)	19,66% (3533)	21% (3733)
Ventetid	5,60% (1007)	13,38% (2404)	22,36% (4017)	24,22% (4352)	13,90% (2498)	20,53% (3689)
Rådgivning	4,85% (872)	4,90% (881)	5,93% (1066)	12,26% (2202)	54,95% (9873)	10,13% (3073)
Innsikt	7,02% (1261)	5,72% (1027)	5,36% (963)	12,04% (2164)	51,93% (9330)	17,93% (3222)
Lytting	7,09% (1273)	5,14% (924)	4,85% (872)	8,10% (1456)	57,85% (10394)	16,96% (3048)
Tidsbruk	6,85% (1231)	5,14% (924)	6,11% (1098)	12,35% (2219)	52,10% (9361)	17,44% (3134)
Åpningstid	1,95% (351)	3,11% (559)	12,42% (2231)	28,8% (5046)	32,06% (5760)	22,37% (4020)
Personale	3,71% (667)	4,25% (764)	10,35% (1859)	22,51% (4045)	37,15% (6675)	22,02% (3957)
Fasiliteter	2,08% (373)	2,92% (525)	9,86% (1772)	22,34% (4014)	40,74% (7319)	22,06% (3964)

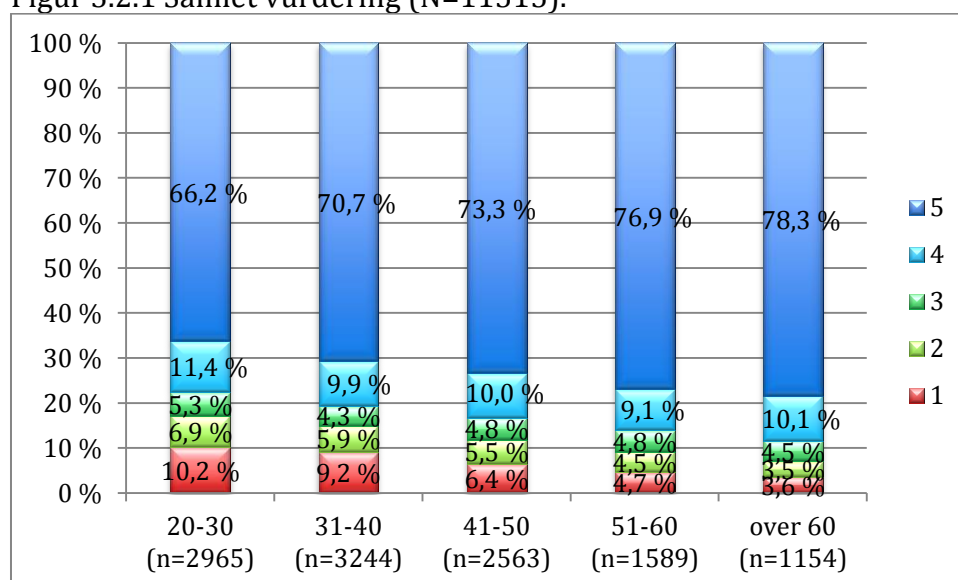
Tabell 3.1 viser en oversikt over prosentandel og antall respondenter som har avgitt vurdering fra en til fem i alle vurderingsvariablene på Legelisten. Omtrent 20% av respondentene har unnlatt å svare på de frivillige vurderingene. Oppsummert er respondentene relativt fornøyde med fastlegen sin. Det er få som er veldig misfornøyde og flest som er veldig fornøyde. Vi kan se at det er vurderingene som omhandler lege-pasientrelasjonen som får høyest andelen gode skårer og stemmer mest overens med

den samlede vurderingen. Dette er i samsvar med tidligere studier (Williams & Calnan, 2000). De lavere og mer spredte skårene under tilgjengelighet er også i samsvar med hva Maintz, Vedsted & Olesen (2000) fant.

3.2 Respondentenes vurdering og alder

Under vil vi se på hvordan brukernes tilfredshet fordeler seg inndelt i de fem aldersgruppene. 1 står for lavest tilfredshet, 5 står for høyest tilfredshet. Vurderingene er som over kategorisert som; samlet vurdering, tilgjengelighet, tillitt og kommunikasjon og service. Kun publiserte vurderinger er inkludert, aldersgruppe under 20 (n=186) og uspesifisert alder (n=6265) er ekskludert. Forskjellen mellom vurderingene for aldersgruppene er signifikantstestet med en Kruskal- Wallis test.

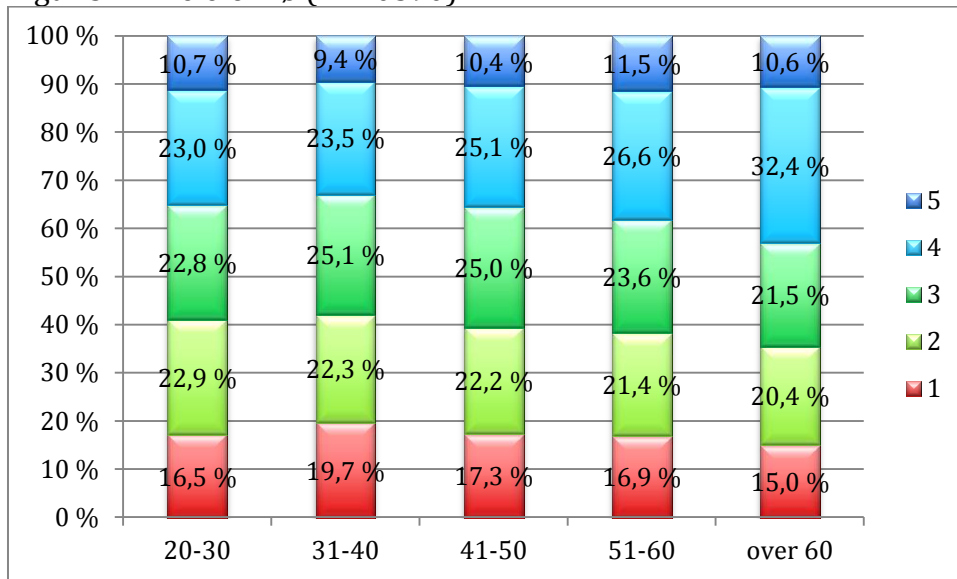
Figur 3.2.1 Samlet vurdering (N=11515).



Figur 3.2.1 over samlet vurdering er den eneste obligatoriske vurderingen. Samlet vurdering viser at legelistens brukere er relativt fornøyde med sin fastlege. Det ser ut til at fornøydhetsgrad øker med alderen. De yngste har den laveste andelen med høyeste skåre på 66,12% som øker gradvis til 78,34% blant dem over 60. Tilfredsheten mellom aldersgruppene er signifikant forskjellige ($p=0,0001$). Dette er i samsvar med funnene til Williams & Calnan (1991) og Maintz, Vedsted & Olesen (2000).

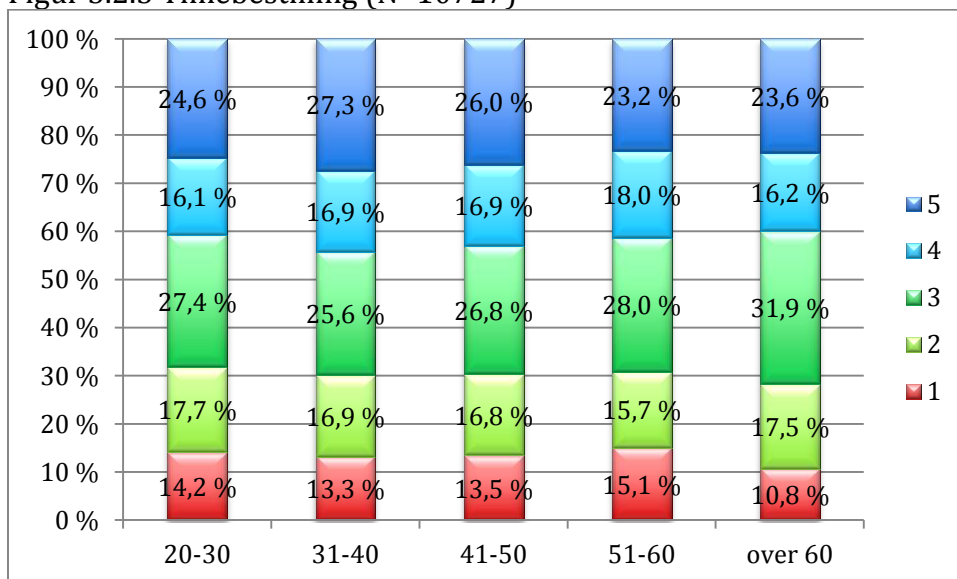
Tilgjengelighet

Figur 3.2.2 Telefonkø (N=10590)



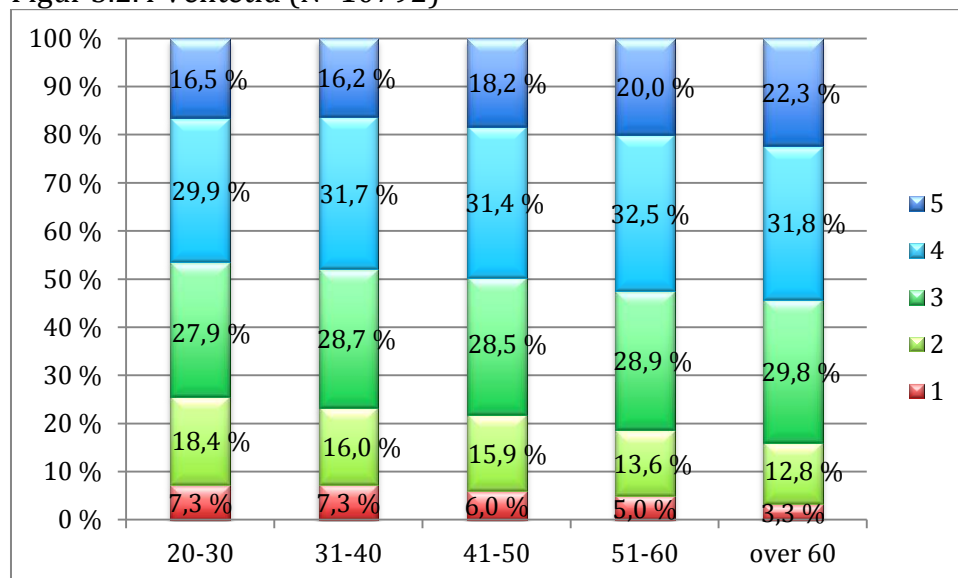
Figur 3.2.2 viser hvordan vurderinger av telefonkø fordeler seg inndelt etter respondentenes aldersgrupper. Det kan se ut til at aldersgruppen 31-40 er de mest kritiske, deretter øker fornøydheten med alder. De over 60 er mest fornøydde med telefonkø. Det er signifikante forskjeller mellom aldersgruppene på fornøydhet med telefonkø ($p=0,0001$). Telefonkø var noen av de lavest rangerte vurderingene i studien av Maintz, Vedsted og Olesen (2000), men også rangert som mindre viktig i total sammenheng.

Figur 3.2.3 Timebestilling (N=10727)



Figur 3.2.3 viser vurdering for ventetid på å få time. Fordelingen er relativt lik mellom aldersgruppene. Vi kan se at aldersgruppen 31-40 er noe mer fornøyde med høyeste andel av beste skåren på 27,3%. De eldste er mindre fornøyde enn de yngste og legger seg mer på midten. Tilfredsheten er ikke signifikant forskjellige ($p=0,144$).

Figur 3.2.4 Ventetid (N=10792)

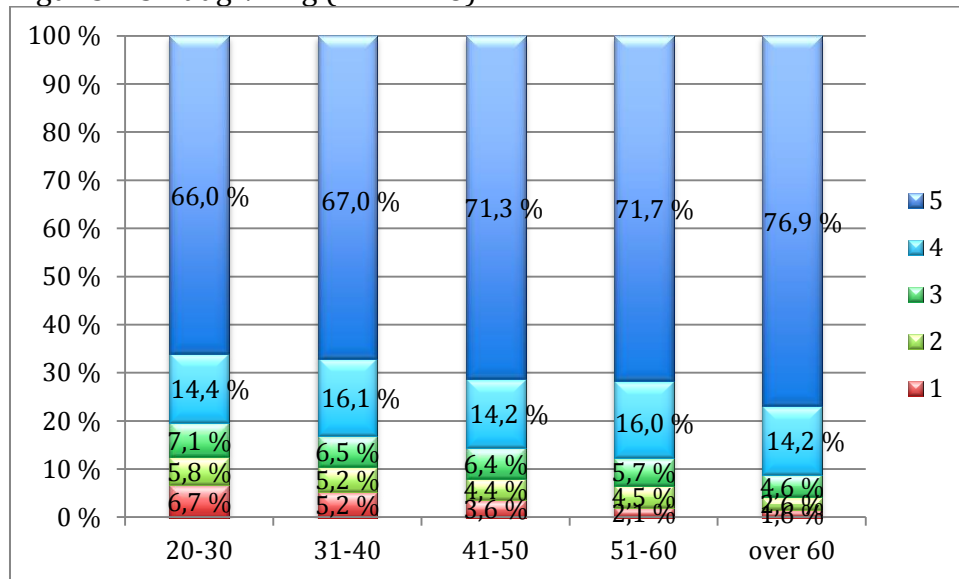


Figur 3.2.4 viser ventetiden på legekantoret. Det er få som er veldig misfornøyde, en høy andel vurderer den til skåre 3 og 4 for alle aldersgruppene. De yngste og de på 31-40 er noe mer kritisk til ventetid enn de andre aldersgruppene med høyest andel lavere skåre på 7,3% og beste skåre på 16,2%. De to eldste aldersgruppene er noe mer fornøyde ettersom over 50% vurderer ventetid til skåre 4 og 5. Sammenlignet med funnene til Maintz, Vedsted, Olesen (2000) er det ganske likt, eller noe bedre skår. Aldersgruppene er signifikant forskjellige ($p=0,0001$).

De tre vurderingene under tilgjengelighet er de som samsvarer minst med samlet vurdering. Skårene har en høyere spredning under tilgjengelighet. Forskjellen mellom aldersgruppene er små, men det kan se ut som at det er de eldste som er litt mer fornøyde med tilgjengelighet, unntatt for timebestilling hvor de to midterste gruppene var mer fornøyde.

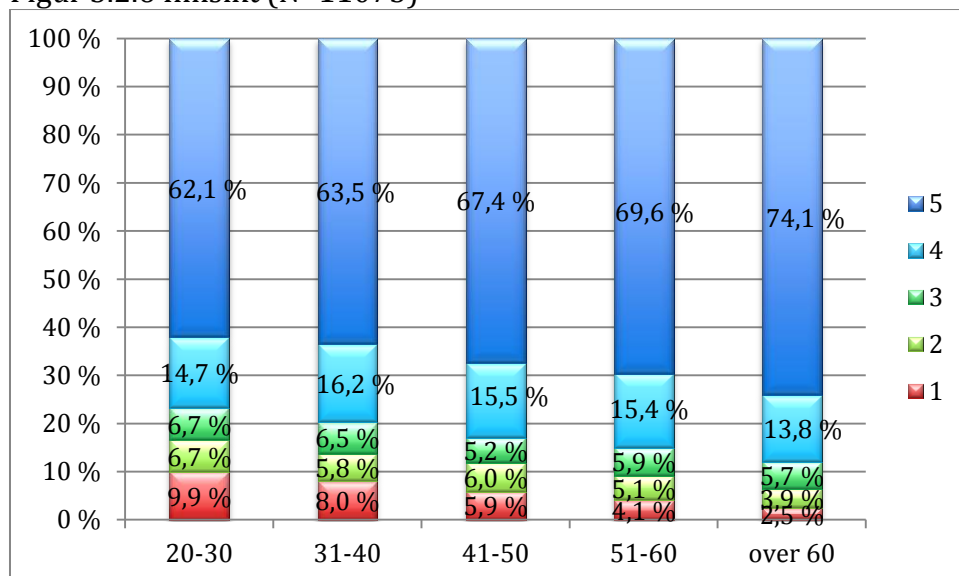
Tillitt og kommunikasjon

Figur 3.2.5 Rådgivning (N=11148)



Figur 3.2.5 viser andelen brukere i ulike aldersgrupper som er fornøye med og har tillitt til fastlegens råd. En stor andel i alle aldersgruppene er veldig fornøye. Av de yngste gir 66% den beste skåren, som øker med alderen opptil 76,9% blant de eldste, en differanse på 10,9%. Av dette ser det ut som at de eldste har mer tillitt til fastlegens kompetanse. Tilfredsheten er signifikant forskjellig mellom aldersgruppene ($p=0,0001$).

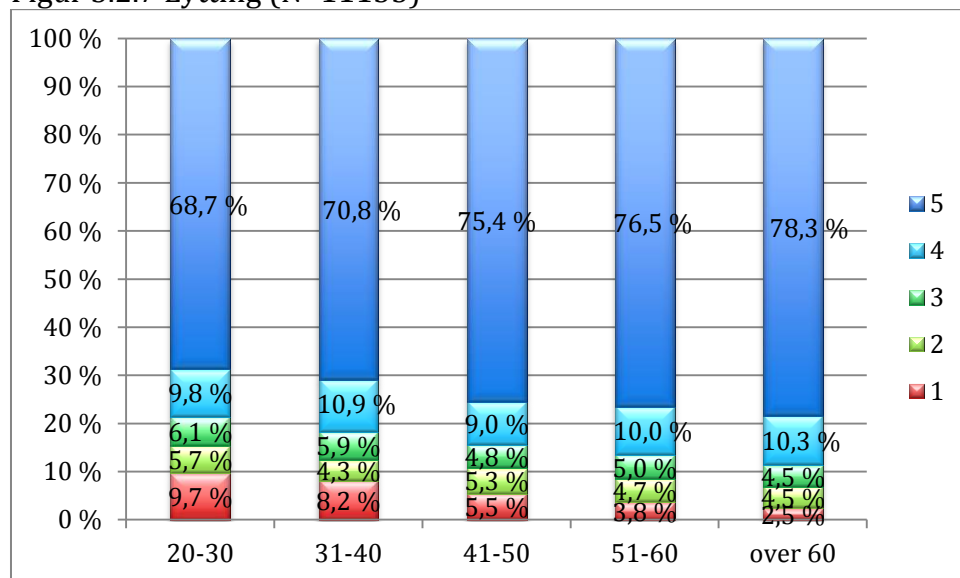
Figur 3.2.6 Innsikt (N=11073)



Figur 3.2.6 viser hvor fornøye de ulike aldersgruppene er med legens bidrag til brukerens egen sykdomsforståelse. Graden av fornøydhet øker jevnt med alder. De eldste er mest fornøye med 74,1%. Blant de de yngste er 62,1% veldig fornøye, en

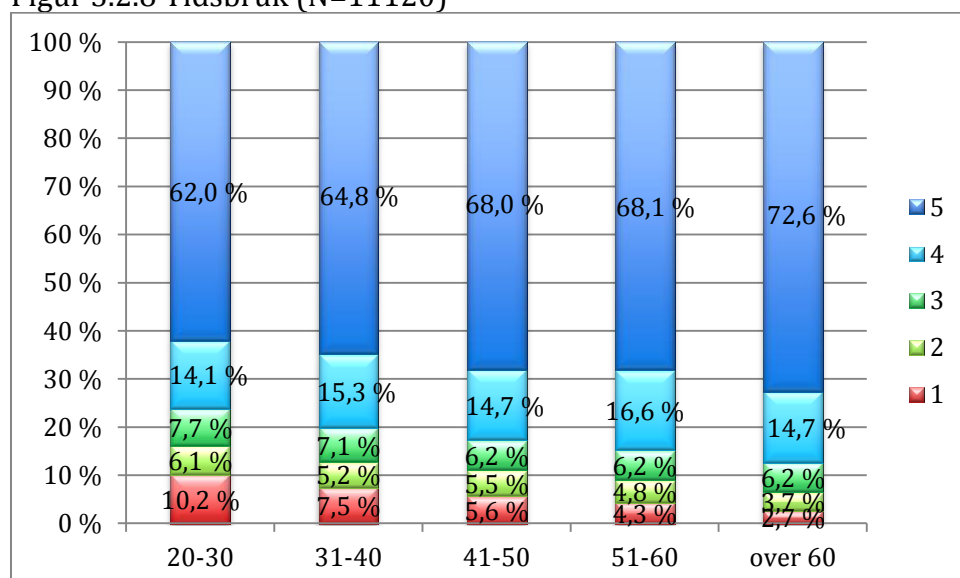
differanse på 12%. Tilfredsheten mellom aldersgruppene er signifikant forskjellige ($p=0,0001$). Denne vurderingen kan tenkes være noe av det samme som vurderingene av hvilken informasjon som blir gitt i studiet til Maintz, Vedsted og Olesen, hvor respondentene var misfornøyde (2000).

Figur 3.2.7 Lytting (N=11155)



Av figur 3.2.7 kan vi se at de eldste er mest fornøyd med lytteevnene til fastlegen sin. Fornøydheten øker med alderen fra 68,7% blant de yngste til 78,3% blant de eldste, en differanse på 9,6% på den høyeste skåren. Denne vurderingen har tidligere også generert gode skårer (Mantz, Vedsted & Olesen, 2000). Tilfredsheten er signifikant forskjellig ($p= 0,0001$).

Figur 3.2.8 Tidsbruk (N=11120)

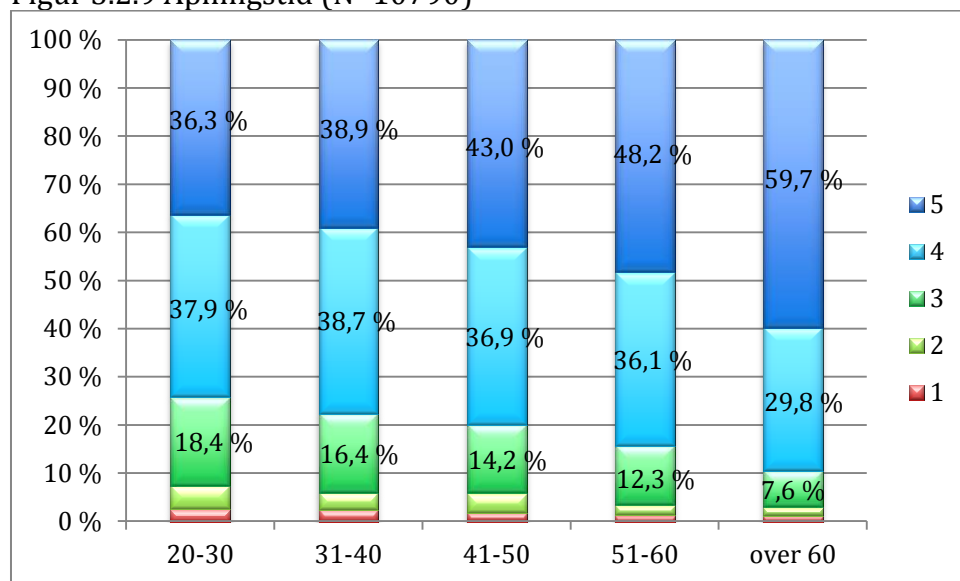


Figur 3.2.8 viser hvorvidt legen bruker tilstrekkelig tid på konsultasjonen. Det er de eldste som er mest fornøyde. Blant de yngste gir 62 % den beste skåren, som øker med alderen til de eldste på 72,6%, en differanse på 10,6%. Tilfredsheten mellom aldersgruppene er signifikant forskjellig ($p=0,0001$). Tidsbruk i konsultasjon ble også vurdert i studiet til Maintz, Vedsted og Olesen (2000) og generert en middels skåre. Utvalget til Legelisten er altså muligens mer fornøyde med tidsbruk enn utvalget i den internasjonale studien.

Kategori tillitt og kommunikasjon har generert høye prosentandeler på beste skårer og samsvarer med samlet vurdering. Legelistens brukere opplever gode relasjoner med fastlegen sin hvor over halvparten i alle aldersgruppene gir den beste skåren. De eldre er mer fornøyde enn de yngre.

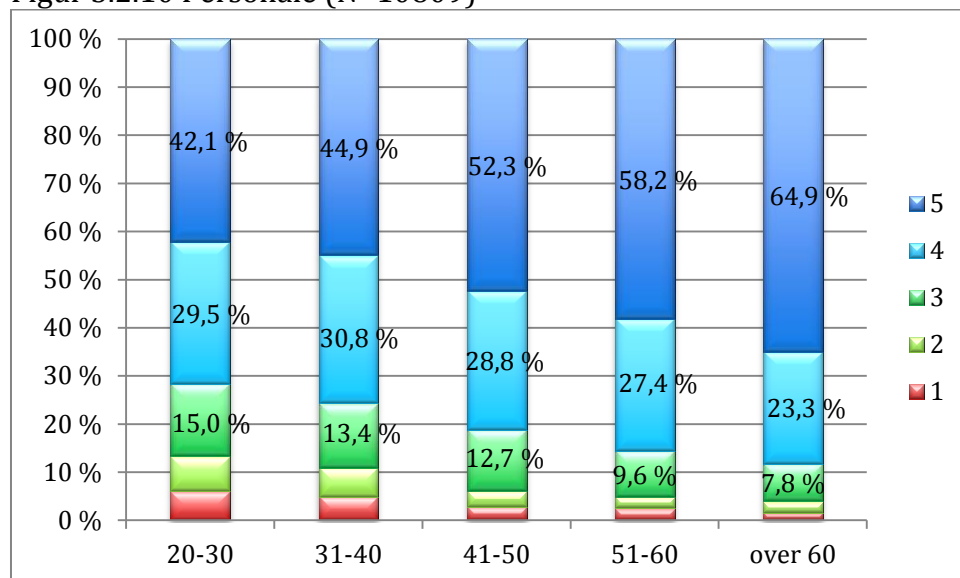
Service

Figur 3.2.9 Åpningstid (N=10790)



Figur 3.2.9 viser fornøydhetsgrad med praksisens åpningstid og viser klare forskjeller mellom aldersgruppene. Blant de yngste gir 36,3% den beste skåren. Fornøydhetsgraden øker med alder opp til 59,7% blant de eldste, en differanse på 23,4%. Tilfredsheten mellom aldersgruppene er signifikant forskjellige ($p=0,0001$).

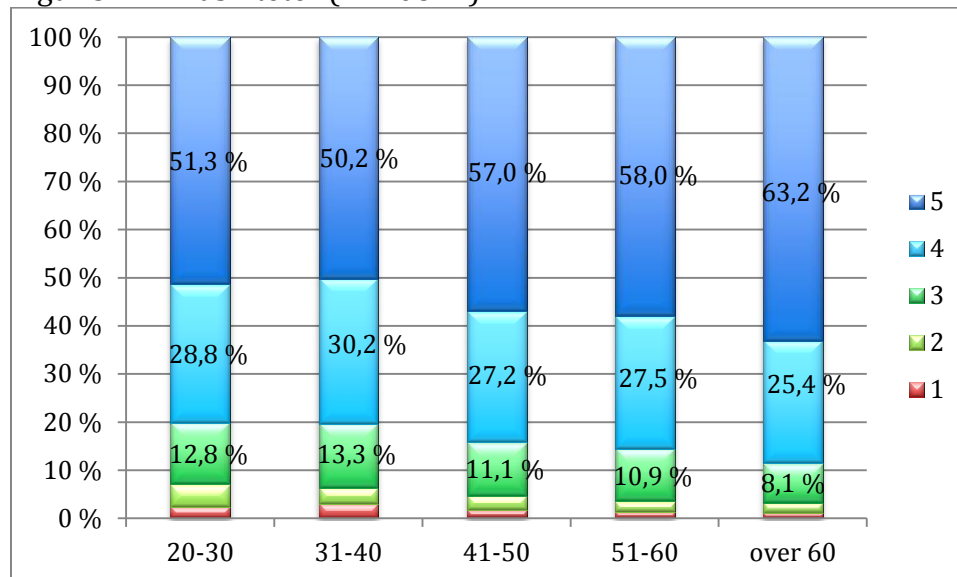
Figur 3.2.10 Personale (N=10809)



Figur 3.2.10 viser graden av fornøydhetsgrad med øvrig personale og vi ser også her store forskjeller. Blant de yngste er 42,1% helt fornøyde som videre øker med alderen til

64,9% blant de eldste. En differanse på 22,8%. Tilfredsheten mellom aldersgruppene er signifikant forskjellig ($p=0,0001$).

Figur 3.2.11 Fasiliteter (N=10822)



Figur 3.2.11 viser forskjellene mellom aldersgruppene på grad av tilfredshet med fasiliteter. Fornøydheten øker med alderen med en differanse på 11,9% mellom de yngste og eldste brukerne. Tilfredshet er signifikant forskjellig mellom aldersgruppene ($p=0,0001$).

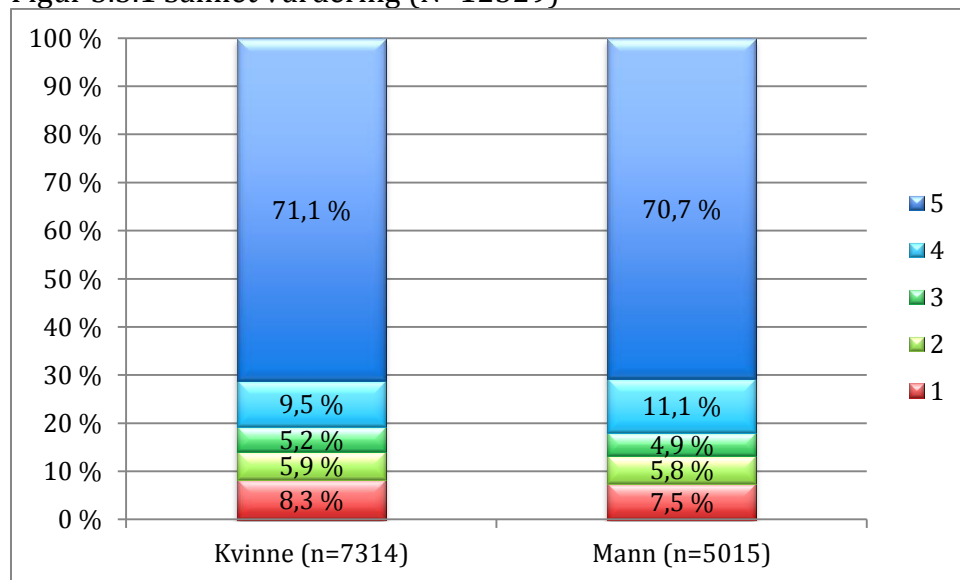
Under service er det høyere spredning på graden av fornøydhet enn for tillitt og kommunikasjon. Det ser ut som at forskjellen på tilfredshet blir større, spesielt for åpningstider og kontorets personale hvor de eldste er de mest fornøyde.

Generelt for vurderingene inndelt etter aldersgruppe ser vi en tendens i samsvar med tidligere studier at eldre brukere er mer fornøyde enn de yngre (Williams & Calnan, 1991; Maintz, Vedsted og Olesen, 2000).

3.3 Respondentens vurdering og kjønn

Under følger vurderinger på fastlegen og praksisen gruppert etter brukerens kjønn. Vurderingene er oppdelt i fire kategorier som over; samlet vurdering, tilgjengelighet, tillitt og kommunikasjon og service og er målt på en skala fra en til fem hvor fem er best. Kun publiserte vurderinger er inkludert og observasjoner med uspesifisert kjønn er ekskludert (n=5637). Tidligere studier har rapport om at kvinner er mer kritiske enn menn (Williams & Calnan, 1991). De kommende vurderingene er testet for signifikante forskjeller med Wilcoxon rank sum test.

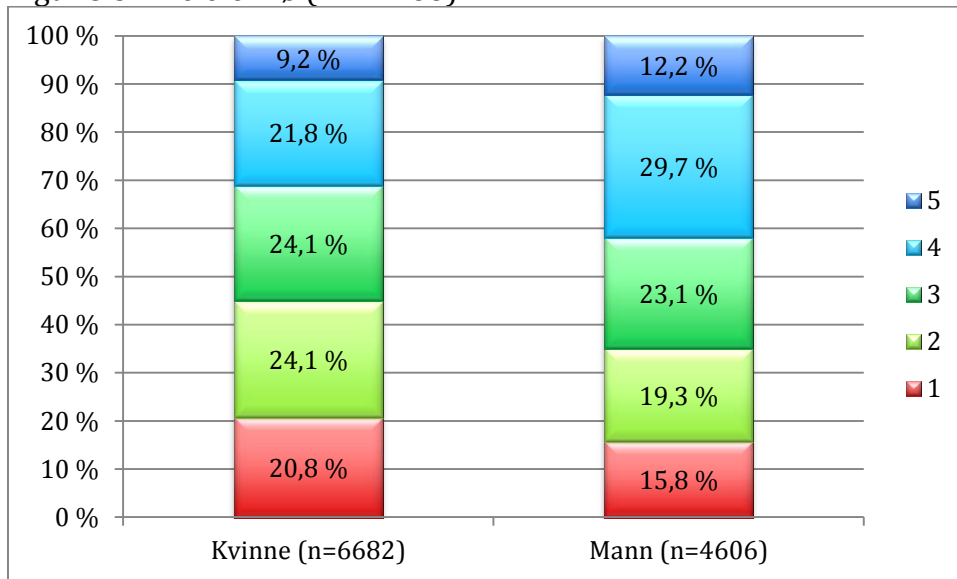
Figur 3.3.1 Samlet vurdering (N=12329)



Figur 3.3.1 viser samlet vurdering inndelt etter respondentenes kjønn. Det er ingen tydelige kjønnsforskjeller på den samlede vurderingen av fastlegen. Andel kvinner som vurderer fastlegen til skåre fem er på 71,1%. Blant menn synes 70,7% det samme. Det er ikke en signifikant forskjell mellom kjønnene for samlet vurdering (p=0,8969). Denne samlede vurderingene er ikke samsvar med tidligere studier, hvor man har funn om at kvinner er mer kritiske enn menn (Williams & Calnan, 1991).

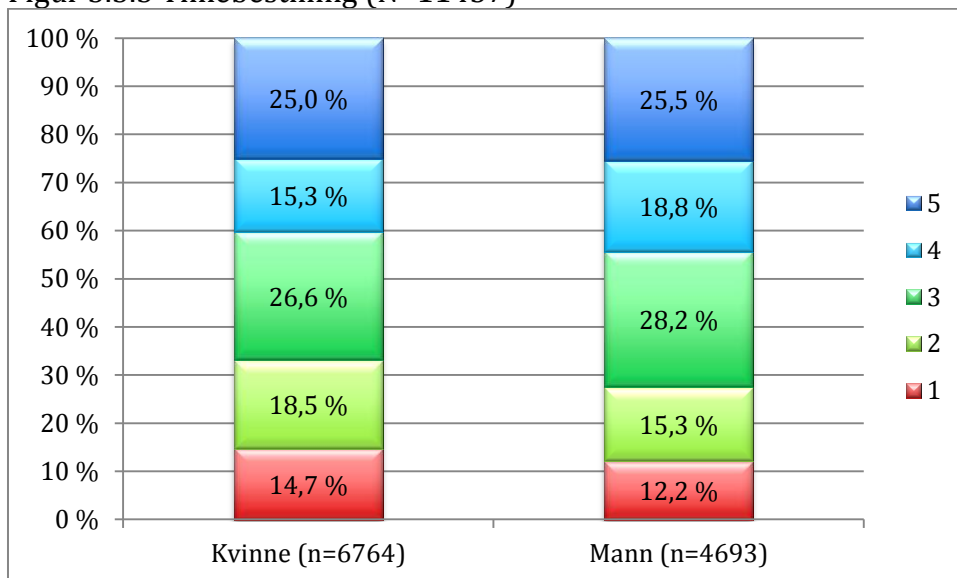
Tilgjengelighet

Figur 3.3.2 Telefonkø (N=11288)



Figur 3.3.2 viser vurderingen for telefonkø inndelt etter kjønn. Menn er mer fornøyd med telefonkøen enn kvinner. 31% av kvinnene er fornøyd i grad 4 og 5. Blant menn er andelen på 41,9%, en differanse på 10,9%. Det er en signifikant forskjell på tilfredshet mellom kjønn ($p=0,000$).

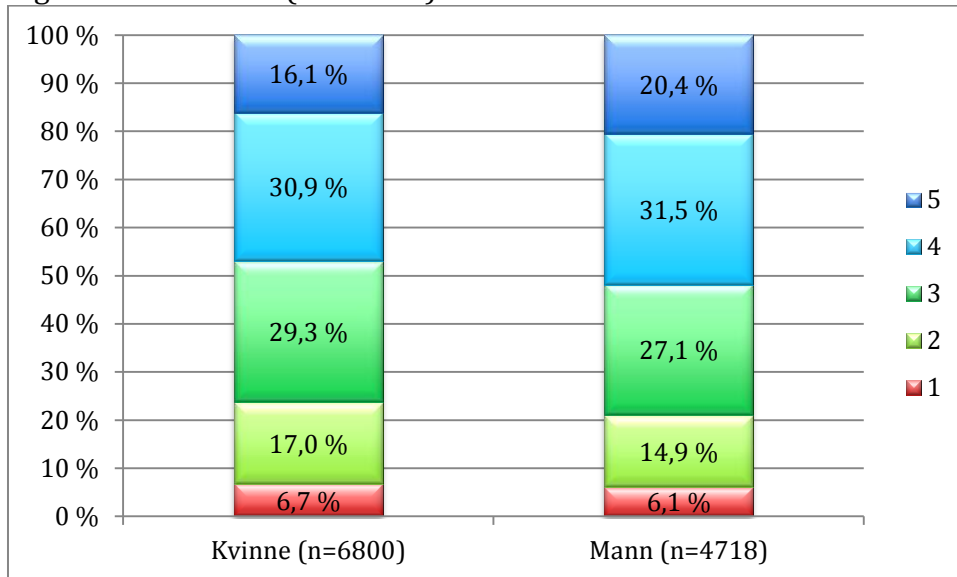
Figur 3.3.3 Timebestilling (N=11457)



Figur 3.3.3 viser vurdering for timebestilling inndelt etter kjønn. Det er en jevn fordeling av skårene med små antydninger til kjønnsforskjeller. Menn er noe mer fornøyd enn kvinner. 40,3% av kvinnene gir ventetid på time skår 4 eller 5. Andelen

fornøyde menn er på 44,3%, en differanse på 4 %. Vi får en signifikant forskjell på tilfredshet mellom kvinner og menn ($p=0,000$).

Figur 3.3.4 Ventetid (N=11518)

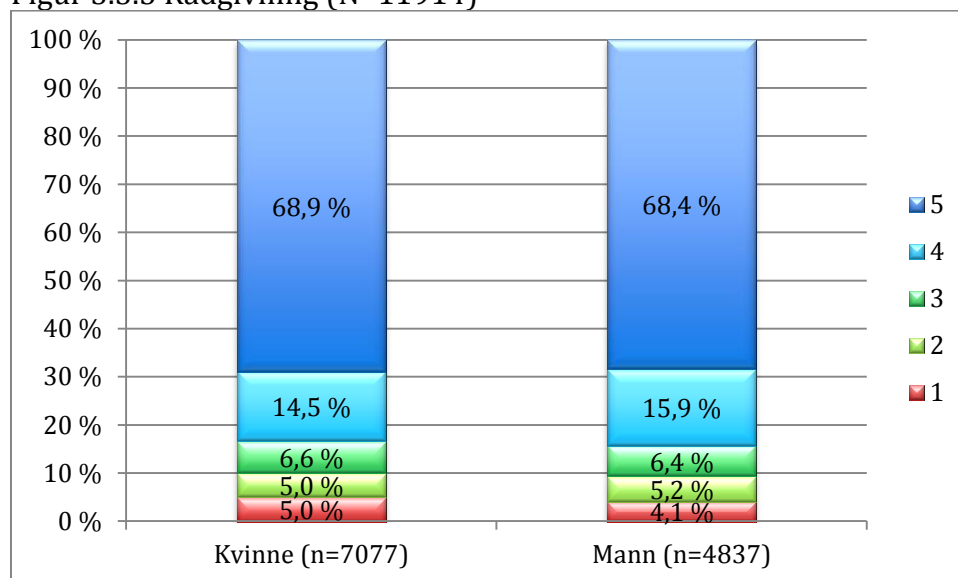


Figur 3.3.4 viser vurderingene for ventetid inndelt etter kjønn. Menn er mer fornøyd enn kvinner med ventetiden på legekantoret. 51,9% blant menn avgir skår 4 og 5. Andel kvinner som er like fornøyd er på 47%, en differanse på 4,9%. Også på ventetid er det en signifikant forskjell mellom menn og kvinner ($P=0,0000$).

For vurderingene under kategorien tilgjengelighet er Legelistens mannlige brukere mer fornøyd enn kvinner, til forskjell fra samlet vurdering. Denne kjønnsforskjellen er i samsvar med tidligere studier om at kvinner er mer kritiske enn menn (Williams & Calnan, 1991).

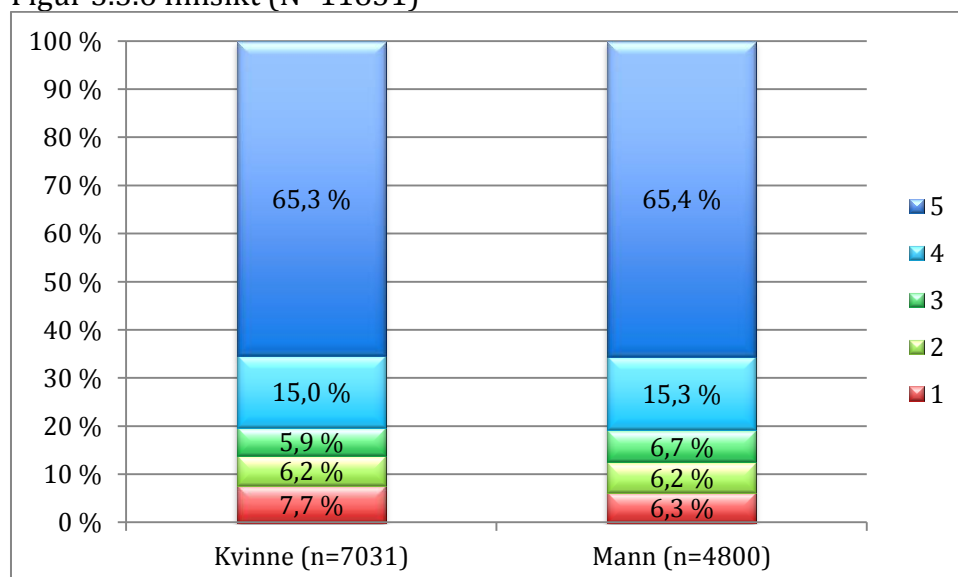
Tillitt og kommunikasjon

Figur 3.3.5 Rådgivning (N=11914)



Figur 3.3.5 viser vurderingene av rådgivning inndelt etter kjønn. Med hensyn til i hvilken grad brukerne stoler på fastlegens råd og anbefalinger er det små forskjeller på vurderingene mellom kvinner og menn. 83,4% av kvinnene har gitt skår 4 eller 5. 84,3% blant menn har avgitt samme skår. Menn og kvinner er ikke signifikant forskjellige i vurderingene om rådgivning ($p=0,897$).

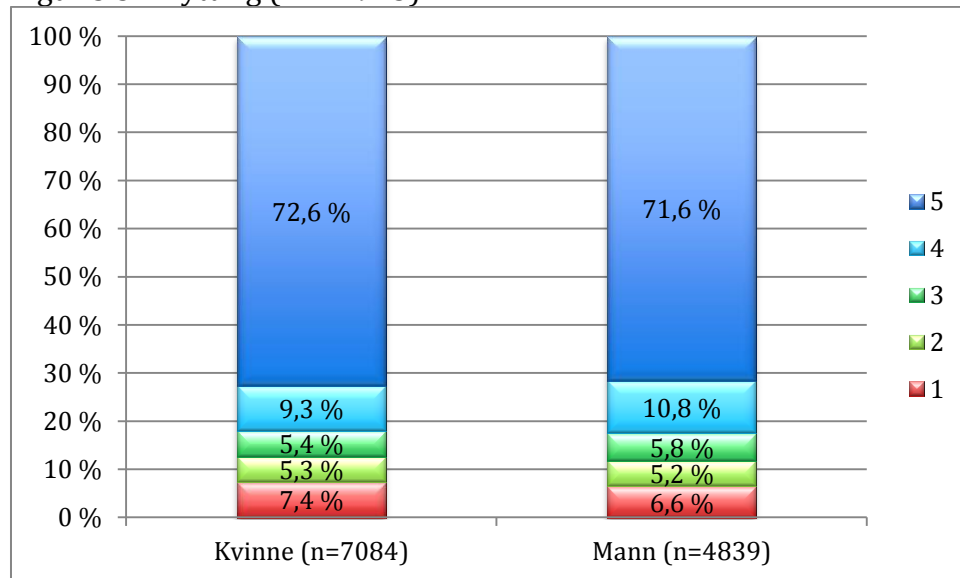
Figur 3.3.6 Innsikt (N=11831)



Figur 3.3.6 viser vurderingene av innsikt inndelt etter kjønn. Kvinner og menn ser ut til å vurdere dette nesten helt likt. De er godt fornøyde med fastlegens bidrag til å øke egen

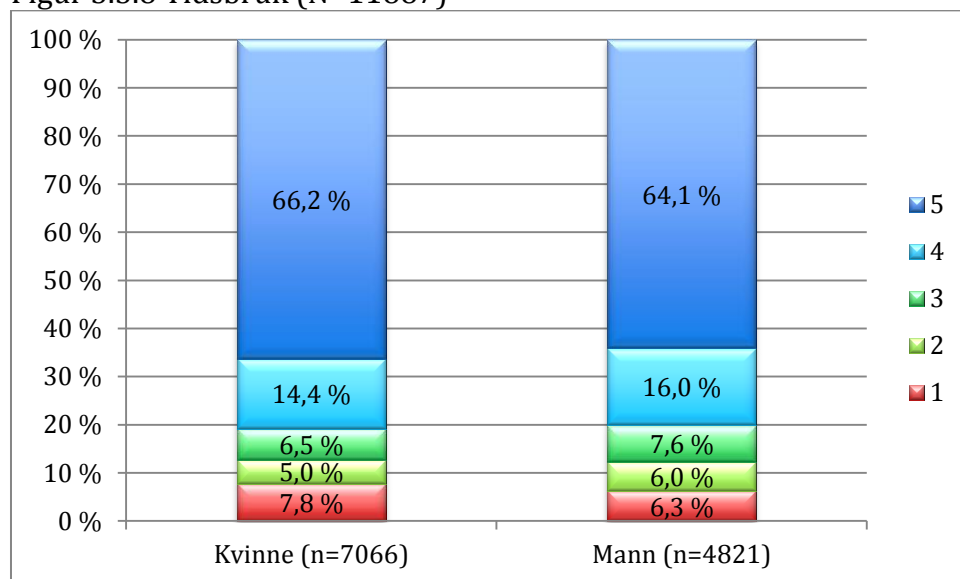
forståelse for egen sykdom. 80,3% av kvinnene har vurdert fastlegen til skåre 4 eller 5. Av menn har 80,7% vurdert det samme. Det er ikke en signifikant forskjell på tilfredsheten mellom kjønn ($p=0,496$).

Figur 3.3.7 Lytting (N=11923)



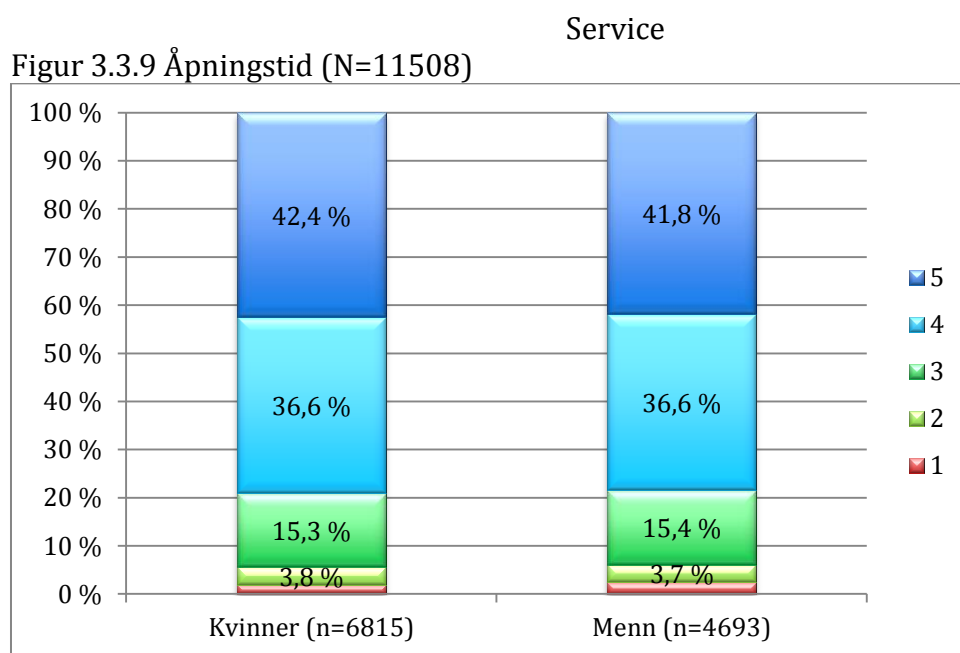
Figur 3.3.7 viser vurderingene av lytting inndelt etter kjønn. Oppfattelsen av at fastlegen lytter til brukeren ser heller ikke ut til å differensiere mellom menn og kvinner. 81,9% av kvinnene har vurdert fastlegen til en skåre 4 eller 5. 82,4% av menn har vurdert det samme. Tilfredsheten er ikke signifikant forskjellig ($p=0,503$).

Figur 3.3.8 Tidsbruk (N=11887)



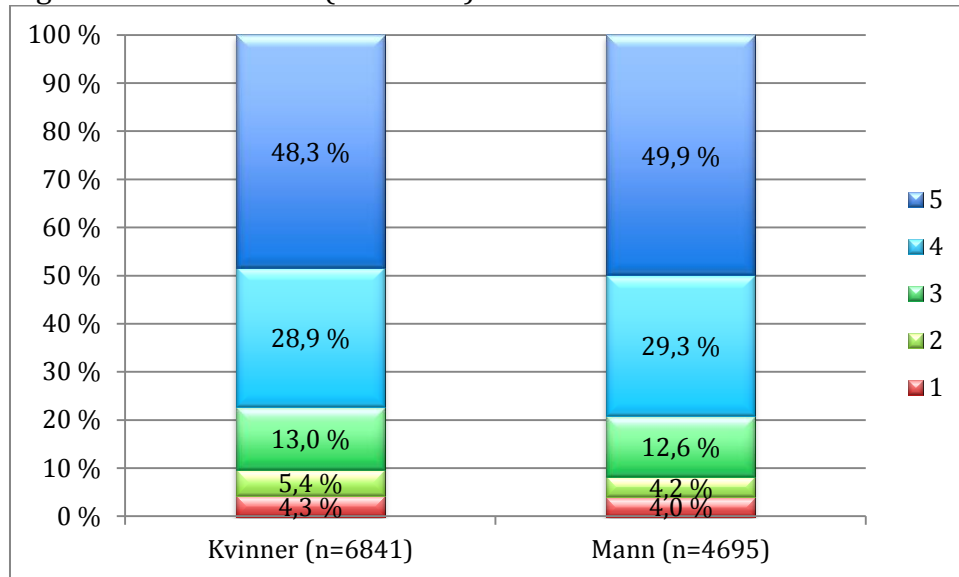
Figur 3.3.8 viser vurderingene av tidsbruk inndelt etter kjønn. Fornøydheten med tidsbruk ved konsultasjon er også veldig høy blant begge kjønn. Hvis vi kun ser på den beste skåren er kvinnene mer fornøyde enn menn med en differanse på 2,1%. Ved skåre 4 og 5 sammenlagt synker differansen til 0,5%. Det er ikke en signifikant forskjell mellom menn og kvinner på denne vurderingen ($p=0,069$).

Av vurderingene innenfor tillitt og kommunikasjon ser det ut til at kvinnene er litt mer fornøyde enn menn. Ingen av disse variablene tester signifikant med Wilcoxon rank sum test. Dette er kategorien som samsvarer mest med fordelingen for samlet vurdering.



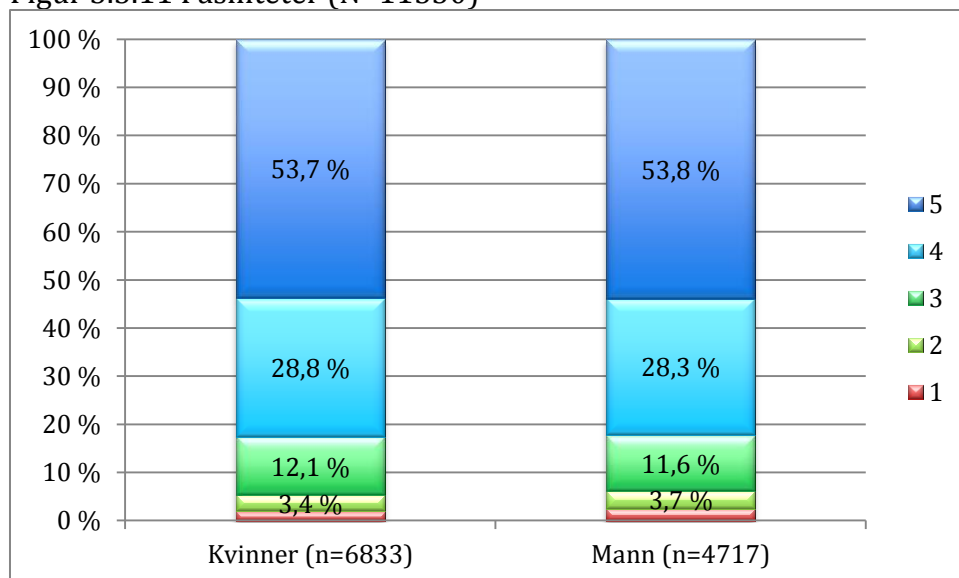
Figur 3.3.9 viser vurderingene av åpningstid inndelt etter kjønn. Kvinner og menn er tilnærmet identisk fornøyde med fastlegens åpningstider. Figuren viser også at vurderingene fordeler seg hovedsakelig på skåre 3, 4 og 5, hvor 42,4% av kvinnene og 41,8% av menn har avgitt beste skår. Det er en ikke-signifikant forskjell mellom kvinner og menn på vurdering av åpningstider ($p=0,356$).

Figur 3.3.10 Personale (N=11536)



Figur 3.3.10 viser vurderingene av personale inndelt etter kjønn. Menn er noe mer fornøyde enn kvinner i sin vurdering om personale. Andelen som har vurdert personalet til skåre 4 og 5 er 77,2% blant kvinner og 79,2% blant menn. . Fornøydheten med personale ved praksisen viser en liten, men signifikant forskjell ($P=0,021$) mellom kvinner og menn.

Figur 3.3.11 Fasiliteter (N=11550)



Figur 3.3.11 viser vurderingene av fasiliteter inndelt etter kjønn. Menn og kvinner vurderer også fasilitetene nesten helt likt, det er ikke en signifikant forskjell mellom dem. Nesten 54% av begge kjønn har vurdert fasilitetene til den beste skåren, og andelen som har gitt 4 eller 5 er omtrent 82%.

Blant vurderingene under service er kvinner og menn relativt like i vurderingene sine, bortsett fra vurderingen av personale hvor menn er noe mer fornøyde enn kvinner. Menn og kvinner vurderer elementene under tillitt og kommunikasjon, service og den samlede vurderingen relativt likt.

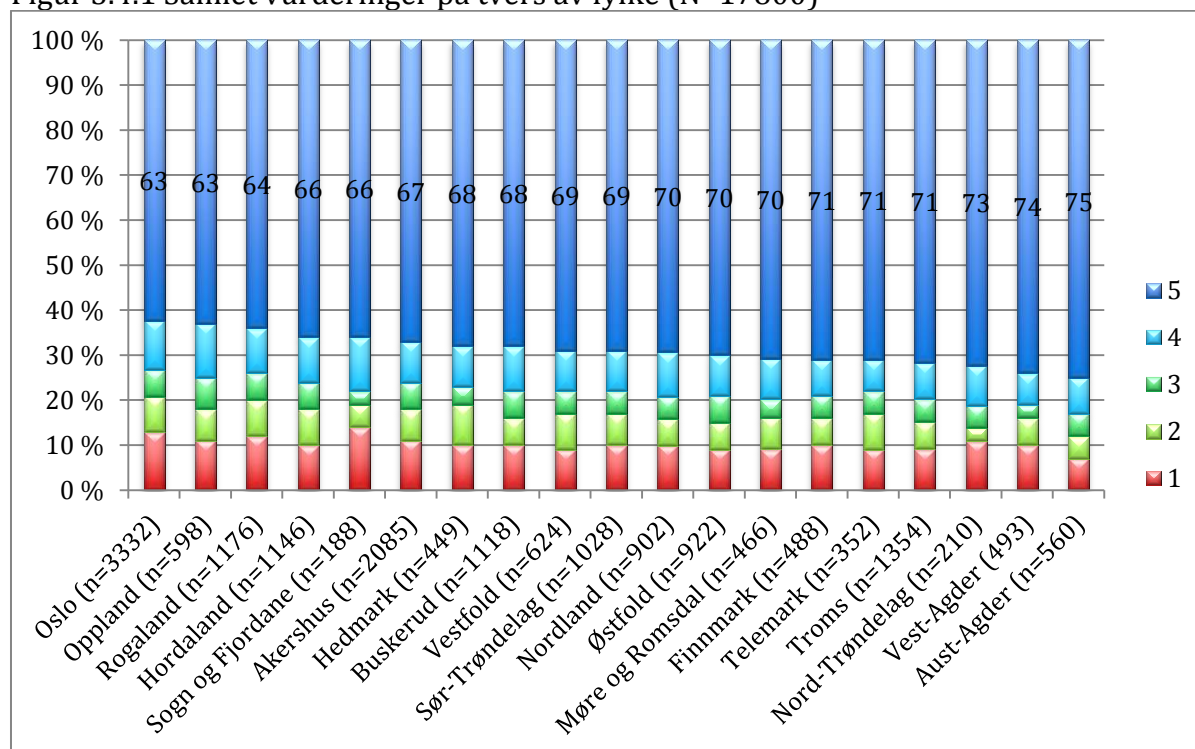
Ut ifra dette utvalget kan det ikke rapporteres noen særlige kjønnsforskjeller som kan være med på å forklare variasjoner i brukerens tilfredshet i motsetning til studiet av Williams og Calnan (1991). Det er kun for vurderingene under tilgjengelighet og personale under service at vi ser at kvinnene er signifikant mindre fornøyde enn menn. Dette kan bety at legelistens utvalg med respondenter skiller seg fra utvalget i tidligere studier. En annen forklaring kan være at spekteret med vurderinger på nettsiden har klart å fange opp hvor kjønnsforskjellen faktisk ligger. Det kan være problematisk å sammenligne rapporterte kjønnsforskjeller med tidligere studier ettersom det ikke er helt klart hvilke elementer kjønnsforskjellene gir utslag på.

Generelt kan vi se at det er pasient- legerelasjonen som forklarer samlet tilfredshet best kontra de håndgripelige som åpningstider og andre organisatoriske elementer som også ble rapportert om over (Williams & Calnan, 1991; Maitz, Vedsted & Olesen, 2000).

3.4 Respondents vurdering og geografi

Fylker kan ha ulikt tilbud av helsetjenester, ulik grad av konkurranse mellom tilbydere og ulik fordeling av sosialdemografisk status. Derfor kan det være interessant å se om vi kan observere noen forskjeller på tilfredshet mellom fylkene i Norge.

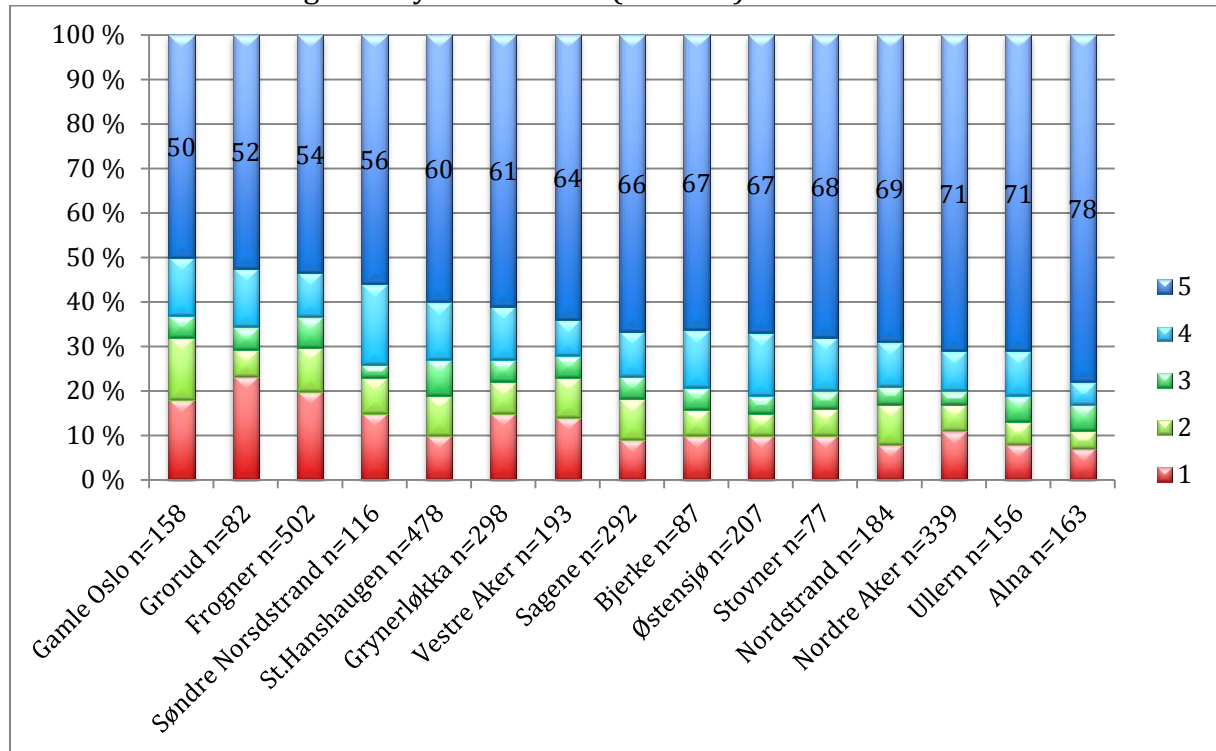
Figur 3.4.1 Samlet vurderinger på tvers av fylke (N=17800)



Figur 3.4.1 viser samlet fornøydhetsinnvurdering inndelt etter fylke. De tre fylkene med høyest skår på fornøydhetsinnvurdering er Nord-Trøndelag, Vest-Agder og Aust-Agder. Fylket med aller flest gode vurderinger er Aust-Agder med 75% mens fylket med dårligste toppskår er Oslo med en andel på 63%. Differanse mellom laveste og høyeste skår er på 13%. En Kruskal-Wallis test viser til signifikant forskjell mellom fylkene ($p=0.0001$). Hva som kan forklare forskjellene må analyseres videre.

Ettersom Oslo er det fylket med dårligste brukerevalueringer, høyest andel leger som deltar i et marked av høy konkurranse (452 av 488), har et høyt innbyggertall med differensierte bydeler når det kommer til sosialdemografi ser vi også på samlet fornøydhetsinnvurdering innad i Oslo under.

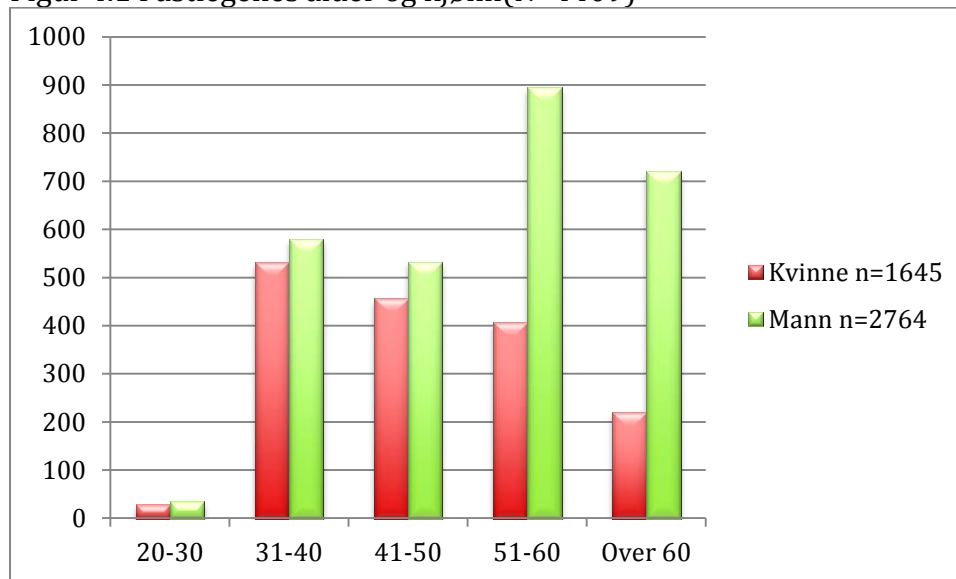
3.4.2 Samlet vurdering over bydelene i Oslo (N=3332)



Figur 3.4.2 viser samlet fornøydhet inndelt etter Oslos bydeler. Bydelene i Oslo er rangert fra lavest til høyest på fornøydhet. Gamle Oslo har lavest grad av fornøyd hvor 50% har rangert fastlegen sin til beste skår. Alna kommer best hvor ut 78% har gitt den høyeste vurdering, en differanse på 28%. Bydelene tester signifikant forskjellig med Kruskal-Wallis test ($p=0.0001$).

4. Fastlegen

Figur 4.1 Fastlegenes alder og kjønn(N=4409)



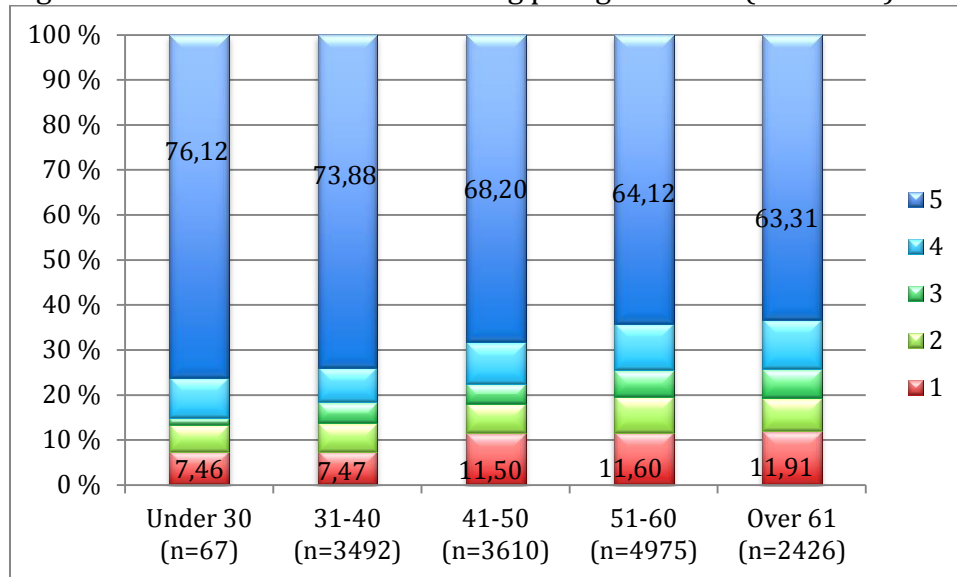
Figur 4.1 viser kjønn og alder på fastlegene i Norge. Gjennomsnittlig alder er 49 år. Vi ser at vi har mest mannlige fastleger i Norge og menn dominerer de eldre aldersgruppene. Denne fordelingen vil vi snart endres ettersom det er overvekt av kvinner på medisinstudiet i dag. Det er veldig få leger i en alder av 20 til 30.

Lurås (2004) har rapportert i sitt studie etter innføringen av fastlegeordningen at det er høyere sannsynlighet for at folk velger en eldre lege. Dette kan reflektere preferanse og tilfredshet med eldre leger, eller at folk foretrekker kontinuitet og velger legen de har en lengre relasjon med, uten at det har en direkte sammenheng med at legen er av eldre alder.

Santos, Gravelle & Propper (2013) fant i sitt studie på fastleger i England at trenden går mot å foretrekke kvinnelige og yngre leger. Kvinnelige pasienter foretrekker, og velger kvinnelig lege dersom de har mulighet til det. Dette kan ha to årsaker; Den første er at valget er et uttrykk for preferanse, uten at det nødvendigvis reflekter faktisk tilfredshet. Den andre mulige årsaken er at pasientene faktisk var mer fornøyde med de kvinnelige legene.

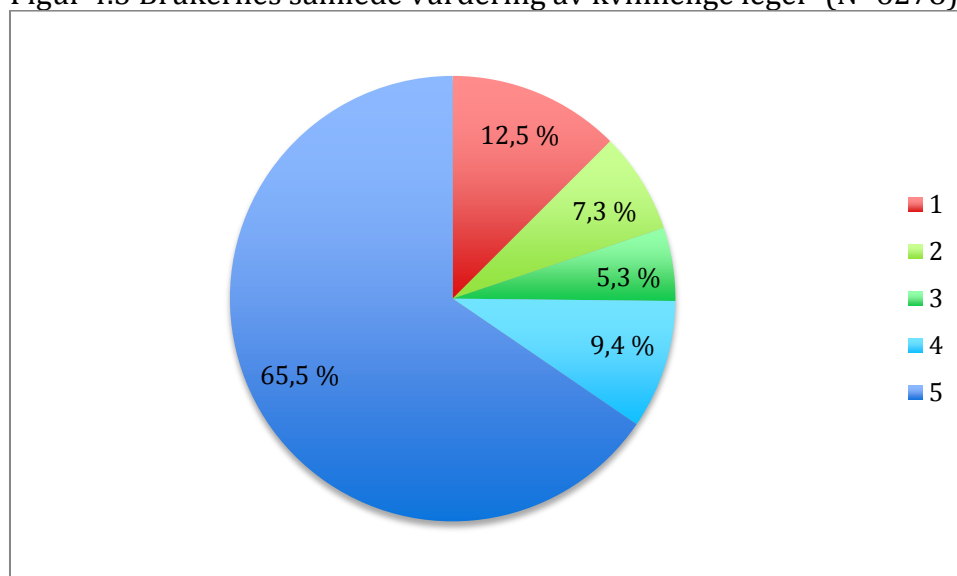
Under kan vi se hvor fornøyde brukerne er med ulike aldersgrupper og kjønn på fastlegene.

Figur 4.2 Brukernes samlet vurdering på legens alder (N=14570)



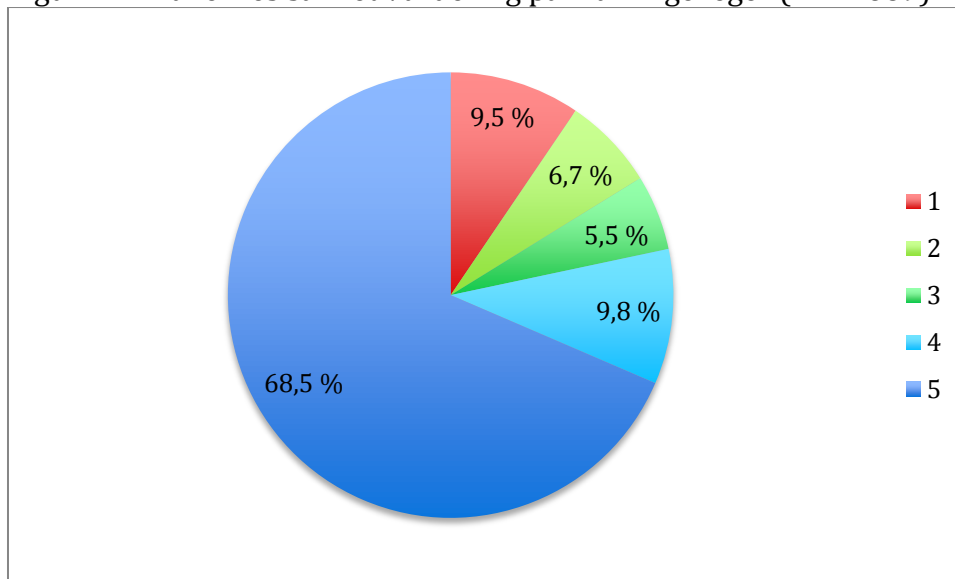
Figur 4.2 viser brukernes samlet vurdering inndelt etter fastlegens alder. Det ser ut til at folk er mest fornøyd med de yngre legene. Den beste skåren er på 76,12% for leger under 30 og synker ned til 63,31% for leger over 61 år gammel. Vi vet ikke om dette reflekterer at legelistens respondenter skiller seg fra utvalget i tidligere studier, eller at preferansen for eldre fastleger ved innføringen av fastlegeordningen egentlig ikke sier så mye om tilfredshet. Vurderingene mellom aldersgruppene er signifikant forskjellig ($p=0,0001$ ved en Kruskal-Wallis test).

Figur 4.3 Brukernes samlede vurdering av kvinnelige leger (N=6278)



Figur 4.3 viser vurderingene brukerne har gitt på sine kvinnelige leger. 65,5% av brukerne er veldig fornøyd med sin kvinnelige lege og 12,5% er veldig misfornøyd.

Figur 4.4 Brukernes samlet vurdering på mannlige leger (N=11689).

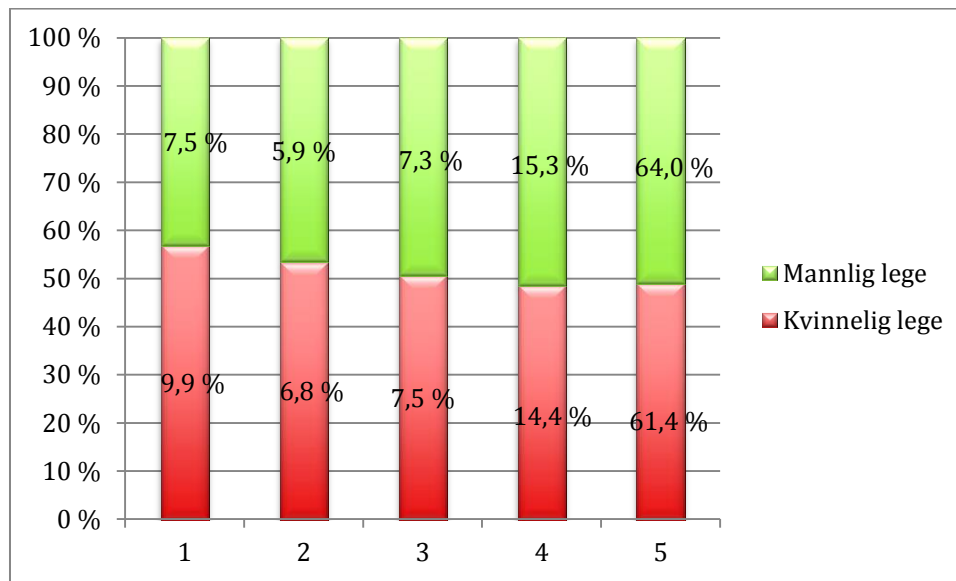


Figur 4.4 viser vurderingene brukerne har gitt sine mannlige leger. 68,5% av de som har mannlig lege er veldig fornøyde, samtidig som at 9,5% er veldig misfornøyde.

Det er en signifikant forskjell på hvor fornøyde pasientene er når det kommer til legens kjønn ($p=0,0000$ ved en Wilcoxon rank-sum). På den beste skåren gitt av pasientene er det en differanse på 3 % til de mannlige legers favør. De andre frivillige vurderingene gir samme bilde. Med tanke på at menn utgjør den største andelen av de eldre legene, vil det være vesentlig å se nærmere på alder og kjønn sammen siden menn har fått 3% mer av den beste vurderingen samtidig som at fornøydheten synker med legens alder.

Fang et.al (2004) fant i sitt studie at kvinner i økende grad velger kvinnelige leger og at kvinnelige leger i gjennomsnitt tilbyr 2 minutter lengre konsultasjoner. Det blir samtidig stilt spørsmål til at andre faktorer enn kjønn kan bidra til dette og etterspør studier som svarer på om samsvar av kjønn mellom pasient og lege fører til bedre helseutfall og tilfredshet. Fangs (2004) studie omhandlet forebyggende tjenester og må derfor tolkes med forsiktighet på den generelle basis ettersom kvinner spesielt foretrekker kvinnelige leger ved kjønnsspesifikke konsultasjoner som bryst og underlivsundersøkelser. Men det kan likevel være interessant å se om vi kan dokumentere samme effekt blant legelistens respondenter når det gjelder konsultasjonslengde.

Figur 4.5. Respondentenes vurderinger av tidsbruk inndelt etter mannlig og kvinnelig lege (N= 14833).



Figur 4.5 viser hvordan respondentene har opplevd tidsbruken i konsultasjon inndelt etter om de har kvinnelig eller mannlig lege. Vi kan se at respondentenes vurderinger er relativt like, men varierer noe på de høyeste vurderingene hvor det ser ut som at respondentene som er mest fornøyde er dem som har en mannlig lege. Dette er altså ikke i tråd med tidligere teori om at kvinner gir bedre tid i konsultasjonen. I den studien ble også tidsbruk målt mer objektivt. På legelisten.no vurderer man om man selv føler man fikk tilstrekkelig med tid. Av den grunn blir disse funnene noe vanskelig å sammenligne. En annen forklaring på disse ulike resultatene er at ettersom flere kvinner er på pasientlista til kvinnelige leger vil det generere flere negative vurderinger etter teorien om at kvinnelige pasienter er mer kritiske. Men vi fikk ikke signifikante kjønnsforskjeller mellom kjønn på pasientene på denne vurderingen i figur 3.3.8. Respondentenes vurderinger på tidsbruk er ikke signifikant forskjellig.

5. Fastlegens marked

Innføring av valgmuligheter i helsevesenet har økt og man antar at økte valgmuligheter vil øke kvalitet (Santos, Gravelle, propper, 2013). Det er et problem at selv om valgmuligheten øker, er velinformerte valg begrenset ettersom informasjon enten mangler, eller er vanskelig for pasienten å tolke. Santos, et al (2013) antar likevel at brukerne er oppmerksomme på kvalitet, slik at markeder med høy grad av konkurranse mellom tilbydere skaper insentiver til å øke kvalitet, og dermed tiltrekke seg høyere etterspørsel. De gjennomførte et studie i England og rapporterer at de praksisene som økte målbare kvalitetsindikatorer med et standardavvik, økte etterspørselen med 15% (Santos et.al,2013).

Tidligere studier har hovedsakelig fokusert på valg av sykehus hvor det er flere offentlige kvalitetsindikatorer. Ettersom slike indikatorer er mindre vanlig for fastleger har studiene fokusert på indirekte kvalitetsindikatorer. Eksempler på dette har vært mål for tilgjengelighet som avstand til praksisen, åpningstider, og personlig attributter på fastlegen som alder, kjønn og etnisitet. (Santos, Gravelle, Propper, 2013). Pike (2010) har også funnet at praksiser med flere rivaler i en radius på 500 m har høyere kvalitet, målt etter brukertilfredshet. Pasientene i disse studiene kunne velge fastlege basert på offentliggjorte kvalitetsindikatorer. Dette er foreløpig ikke mulig i Norge, men det kan likevel være interessant å se om legelistens brukere opplever høyere kvalitet med fastleger som møter større konkurranse.

Kan konkurransesituasjonen for fastlegene påvirke hvor fornøyde pasientene er? Er det faktum at fastlegene må konkurrere om pasientene en kilde til positive eller negative virkninger for pasienten? For å få en oversikt over hvordan markedet ser ut har vi kalkulert Herfindahl-Hirschman index (HHI) innen 10 km radius for hver av legene. En HHI-verdi på 0 tilsvarer høy grad av konkurranse, en HHI på 1 tilsvarer rent monopol. Vi har delt konkurransenivå inn i 4 grupper hvor gruppe 1 har høyest grad av konkurranse, mens gruppe 4 har lavest grad av konkurranse, altså nærmer seg en monopolsituasjon i markedet innen 10 km radius.

Tabell 5.1 Konkurransesituasjon for fastlegene i Norge, og konkurransesituasjon til respondentenes fastlege.

Konkurransenivå*	1	2	3	4	Totalt
Leger	685 (15,5%)	802 (18,2%)	970 (22%)	1952 (44,3%)	4409
Respondenter	5763 (24%)	5856 (24,4%)	5693 (23,8%)	6615 (27,8)	23927

*konkurransenivå 1 ($0 < ,0103013$), 2 ($,0103013 - ,028$), 3 ($,028 - ,0714511$), 4 ($,07145 < 1$).

Tabell 5.1 viser hvor mange fastleger i Norge som har en markedsandel tilsvarende disse fire grupperingene og hvor mange av legelistens respondenter som har en lege innenfor hver konkurransegruppering. Konkurransenivå 1 har høyest grad av konkurranse og konkurransenivå 4 nærmer seg en monopolsituasjon. Av tabellen ser vi at 44,3% av fastlegene i Norge befinner seg i en markedsituasjon karakterisert som lav konkurranse i gruppe 4. Av legelistens respondenter ser vi en relativ jevn fordeling over hvilken konkurransesituasjon deres fastlege er i. Den største andelen er på 27,6% som har en lege som opererer i et marked med lav konkurranse (gruppe4) innen 10km radius.

Tabell 5.2 Gjennomsnittet for respondenters vurderinger for leger som befinner seg i høy eller lav konkurransesituasjon

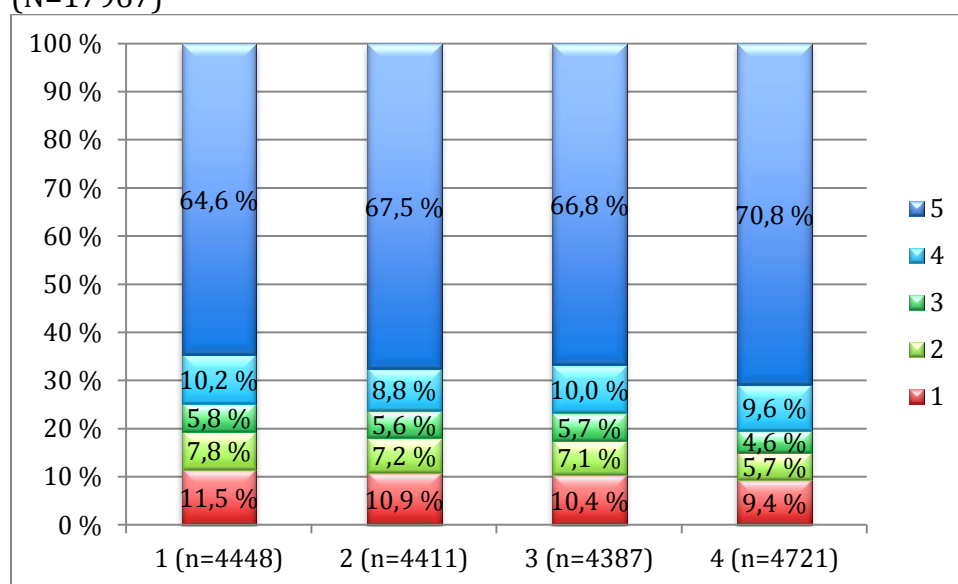
Vurderinger	Gjennomsnitt Høy	Gjennomsnitt Lav	Mest fornøyd med	Signifikant forskjell?	P-verdi
Samlet	3,81	3,91	Lav	Ja	p=0,000
Telefonkø	2,79	2,77	Høy	Nei	p=0,585
Timebestilling	3,17	3,12	Høy	Nei	p=0,1919
Ventetid	3,3	3,26	Høy	Nei	p=0,1313
Rådgivning	4,02	4,09	Lav	Ja	p=0,006
Innsikt	3,88	3,97	Lav	Ja	p=0,002
Lytting	3,97	4,06	Lav	Ja	p=0,009
Tidsbruk	3,91	4,01	Lav	Ja	p=0,0003
Åpningstid	4,02	4,03	Lav	Nei	p=0,204
Personale	3,98	4,05	Lav	Ja	p=0,008
Fasiliteter	4,14	4,16	Lav	Nei	p=0,448

*Konkurransenivå Høy (Markedsandel mellom 0 og ,028), Lav (markedsandel mellom ,028 og 1)

Tabell 5.2 viser gjennomsnittsverdien leger i høy og lav konkurranse har fått av respondentene og om det er signifikant forskjell mellom fornøydheten i høy og lav konkurransesituasjon testet med Wilcoxon rank sum test. Vurderingene under kategori tilgjengelighet har høyest gjennomsnitt for høy konkurranse, men det er ikke signifikant forskjeller. Resten av vurderingene (samlet, rådgivning, innsikt, lytting, tidsbruk,

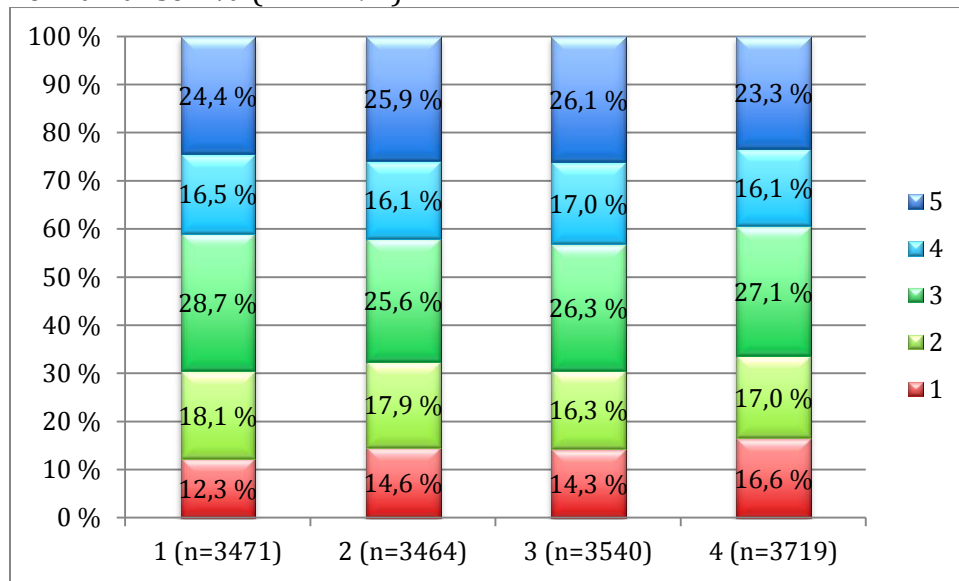
åpningstid, personale og fasiliteter) har høyest gjennomsnitt for lav konkurranse og alle er signifikant forskjellig bortsett fra åpningstider. Ut ifra resultatene i tabell 5.2 kan vi se at respondentene på legelisten er generelt mest fornøyde i områder hvor det er få leger og lav konkurranse om pasientene. Det kan utføres videre tester på dette for å se nærmere på hvorvidt dette er faktiske forskjeller forklart av konkurranse eller om det kan forklares av subjektive forskjeller for folk som bor i tettbebygde strøk og ikke.

Figur 5.1 Respondentens samlede fornøydhet etter legens konkurransesituasjon (N=17967)



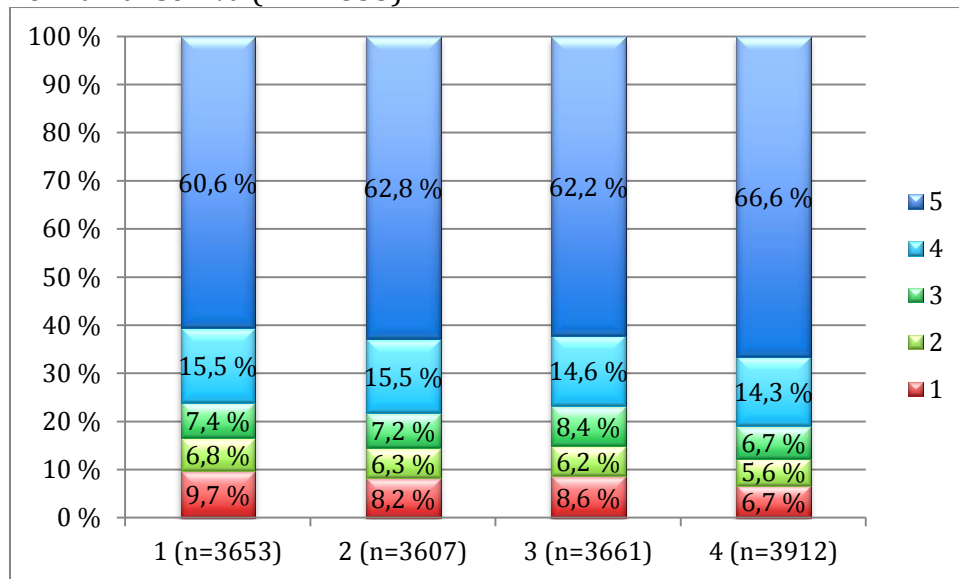
Figur 5.1 indikerer at samlet fornøydhet øker med lavere konkurranse. I konkurransenivå 4 gir 70,8% av respondentene legen full skår mot 64,6% i konkurransenivå 1. En Kruskal -Wallis viser signifikant forskjell mellom gruppene ($p=0,0001$). Ettersom denne testen ikke forklarer hvor forskjellene ligger kan en Wilcoxon rank sum test mellom to grupper, høyt og lavt konkurransenivå for oppsummert fornøydhet vise at det er signifikant forskjell mellom høy (HHI under 0,028) og lav konkurranse (HHI over 0,028), ($p=0,000$). Brukerne er mer fornøyde i monopollignende markeder enn i markeder med høy konkurranse. Dette er ikke i samsvar med tidligere studier med tanke på at konkurranse burde føre til økt kvalitet og dermed høyere tilfredshet. En forklaring kan være at i markeder hvor det er lite valgmuligheter er folk mer fornøyde av natur. En annen forklaring kan være om fastlegene i dette markedet har ledig kapasitet som muliggjør bedre tjenester og mer tilfredse pasienter.

Figur 5.2 Hvor fornøyde respondentene er med timebestilling fordelt på legens konkurransenivå (N=14194)



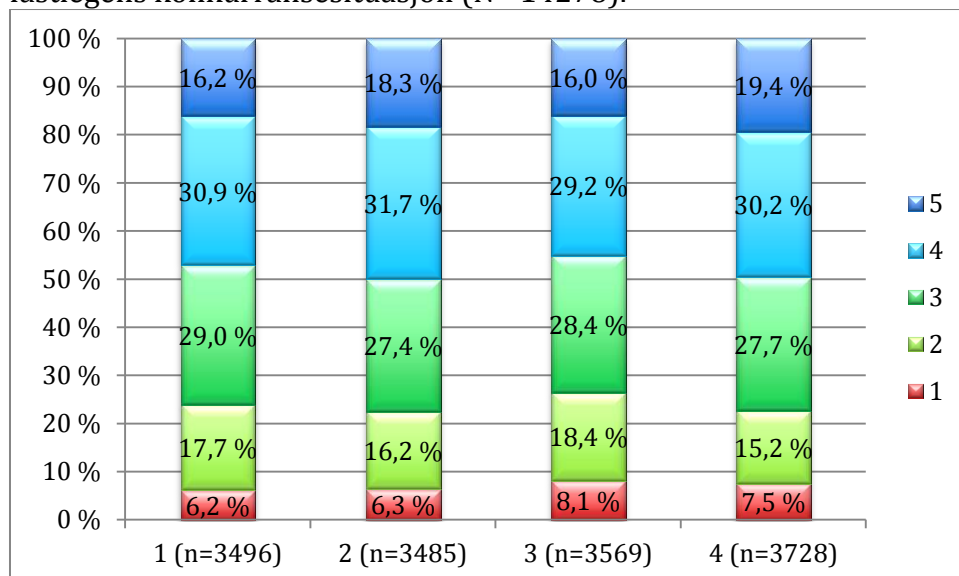
Figur 5.2 viser at respondenter med leger som møter lite konkurranse er minst tilfredse med timebestilling. Det er en svak økning i fornøydhet opp til konkurransenivå 3 før den synker ved nivå 4. Nivå 4 har den laveste andel med toppskår på 23,3% mot nivå 3 som har den høyeste andel toppskår på 26,1%. En Kruskal-Wallis test viser at det er en signifikant forskjell på hvor fornøyde respondentene er med timebestilling, gruppert etter legens konkurransenivå ($p=0,0021$). En Wilcoxon test derimot som tester for forskjell mellom høy og lav konkurranse får en ikke-signifikant forskjell ($p=0,1919$), ettersom de to gruppene med lavest konkurranse (3 og 4) har fått både høyeste og laveste skåre på fornøydhet blant de fire gruppene.

Figur 5.3 Respondentenes fornøydhetsgrad med fastlegens tidsbruk etter legens konkurransenivå (N=14833)



Figur 5.3 indikerer at respondentene er mer fornøyde med fastlegens tidsbruk ved lavere konkurranse blant legene. Toppskåren øker fra 60,6% ved nivå 1 til 66,6% ved nivå 4. En Kruskal-Wallis tester for signifikant forskjell på fornøydhetsgrad mellom konkurransenivåene ($p=0,0001$). En Wilcoxon test tester også for signifikant forskjell mellom lav og høy konkurranse ($p=0,0003$).

Figur 5.4 Respondentens fornøydhetsgrad med ventetiden på fastlegens kontor inndelt etter fastlegens konkurransesituasjon (N= 14278).



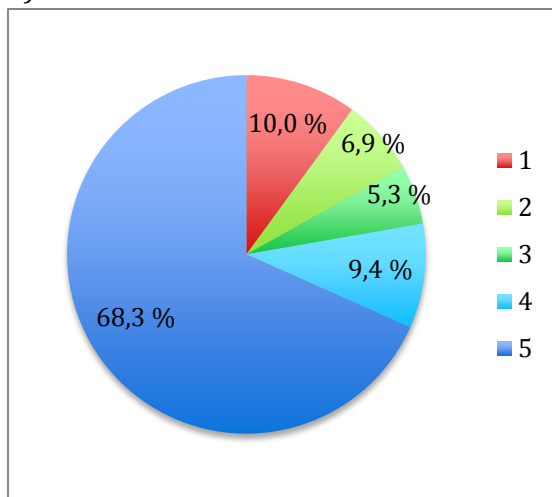
Skårefordelingene i figur 5.4 er relativt jevnt på tvers av de fire konkurransenivåene. En Kruskal Wallis test finner en signifikant forskjell mellom de fire konkurransenivåene ($p=0,0001$) mens en Wilcoxon rank-sum test som tester etter en signifikant forskjell

mellom to grupper (lav og høy konkurranse) ikke blir signifikant ($p=0,1313$). Vi kan se at gruppe 2 og 4 har noe mer fornøyde respondenter, men siden de befinner seg i hver sin gruppering mellom høy og lav blir det vanskelig å trekke noen tolkninger ut av dette.

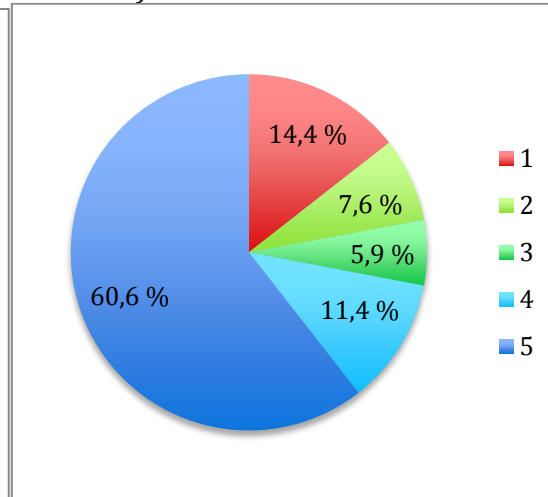
De fleste fastleger opererer i gruppepraksis som gir dem noen stordriftsfordeler som å dele på kostnader og mulighet til å delegerer pasienter hvis legen selv er fraværende. Tidligere studier (Maintz, Vedsted & Olesen, 2000) fant høyest tilfredshet med solopraksis. Kan det være noen forskjell på legelistens respondenteres fornøydhet ettersom fastlegen deltar i en gruppepraksis eller ikke?

Figur 5.6 Respondenters samlede fornøydhet for fastleger i og uten gruppepraksis N=15825.

a) n=15825



b) n=1975

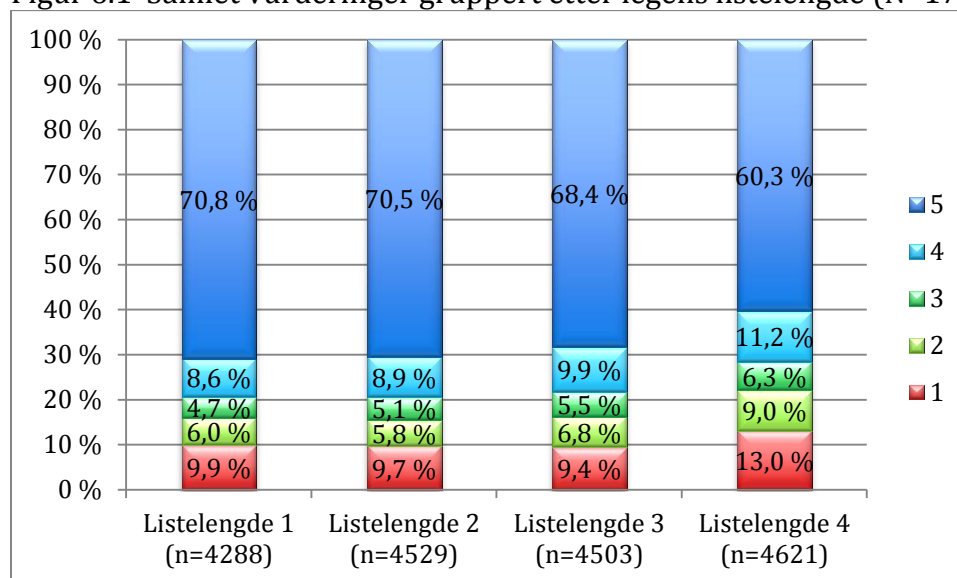


Figur 5.6 a) er respondentenes fornøydhet over fastleger i gruppepraksis, b) er over fastleger i solopraksis. Vi ser av figurene at fastlegene som deltar i gruppepraksis kommer best ut med høyest andel toppskår fra respondentene på 68,3% mot 60,5% for fastlegene som opererer alene. Forskjellen er signifikant med en Wilcoxon rank sum test ($p=0,000$). Disse resultatene er ikke samsvar med tidligere studier hvor flest var fornøyde med solopraksis (Maintz, et al, 2000).

6. Listelengde

Det har tidligere blitt gjort funn som tilsier at fastlegens listelengde ha noe å si for pasientenes opplevelse og tilfredshet. Lurås (2004) fant at det var høyere sannsynlighet for å velge en lege med lang pasientliste ved innføringen av fastlegeordningen. Godager (2010) rapporterte fra levekårsundersøkelsen at fastlegene med lange lister tilbyr kortere ventetider enn legene med korte lister. For å få en oversikt over dette har vi delt listelengde inn i 4 grupper basert på kvartilinndelingene. Tilfredshet blir signifikantstestet med Kruskal-Wallis test i de følgende vurderinger.

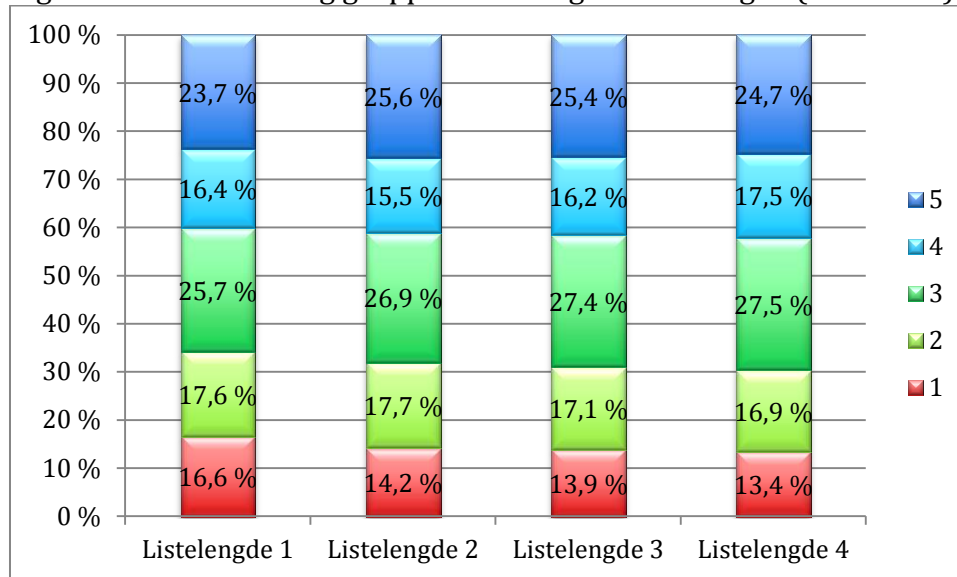
Figur 6.1 Samlet vurderinger gruppert etter legens listelengde (N=17941)



*Listelengde 1 (mindre enn 1077), 2 (mellom 1077 og 1290), 3 (mellom 1290 og 1501) 4 (over 1501).

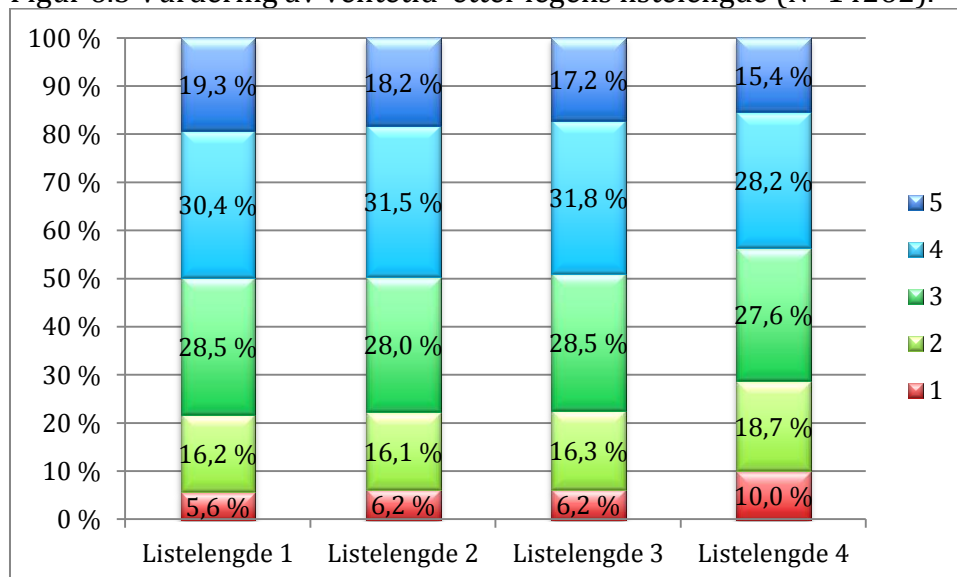
Figur 6.1 viser at pasientene er mer fornøyde med legene som har kortere pasientliste. Det er en differanse på over 10% mellom vurderingene gitt av pasientene som er på en kort liste og de som er på en lang liste (1 og 4). Vurderingene inndelt etter listelengde viser seg å være signifikant forskjellig ($p=0,001$).

Figur 6.2 Timebestilling gruppert etter legens listelengde (N=14177).



Figur 6.2 viser en spredt fordeling av fornøydhetsnivå med hvor lenge de må vente på å få time hos fastlegen etter hvor lang pasientlisten er. Her ser det ut som at de pasientene som befinner seg på en listelengde 2 og 3 er mer fornøyde med ventetiden enn de som har ekstra kort eller ekstra lang pasientliste. Det er en signifikant forskjell på tilfredshet mellom grupperingene for listelengde ($p = 0,0193$). Resultatene her er uklare sammenlignet med Godager (2010) hvor brukerne var mer fornøyd med ventetid på lange lister.

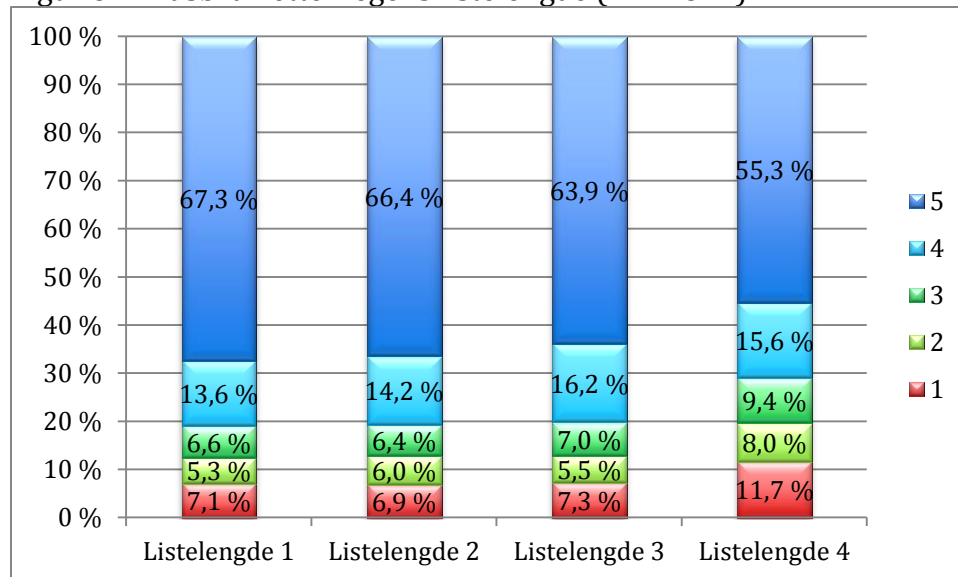
Figur 6.3 Vurdering av ventetid etter legens listelengde (N=14262).



Av figur 6.3 kan det se ut til at pasientenes vurdering av ventetid på fastlegens kontor oppleves som bedre hos fastleger med kortere pasientlister. Av Legelistens

respondenter har 19,3% som har en lege med kort pasientliste (under 1077) avgitt den beste skåren på ventetid. De som befinner seg på en lang liste (over 1501) har avgitt noe dårligere skårer hvor 15,4% har gitt toppskår. Dette resultatet er ikke i samsvar med Godager (2010) hvor folk var mer fornøyde med ventetid hos leger med lang liste. Vurderingene av ventetid er signifikant forskjellige ($p=0,001$).

Figur 6.4 Tidsbruk etter legens listelengde (N=14814)



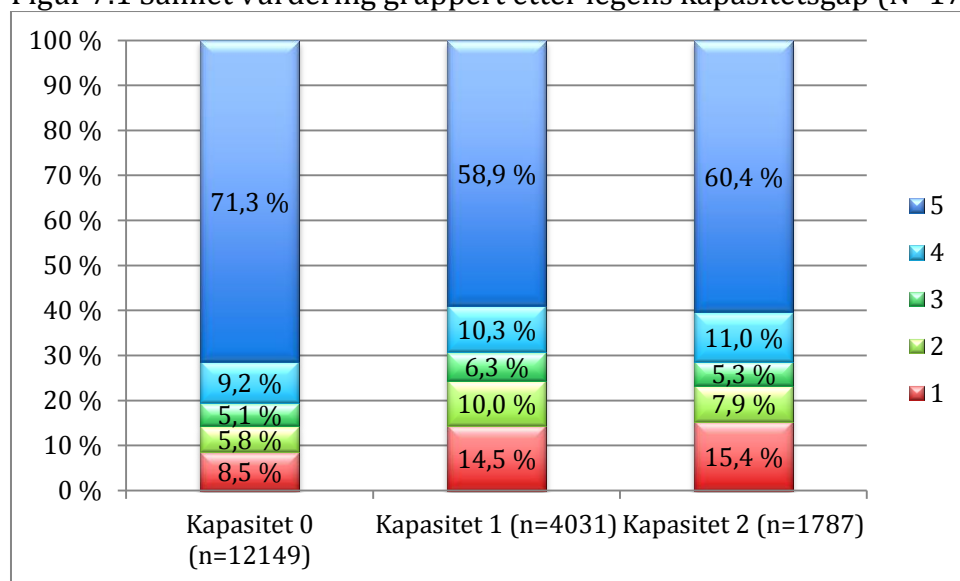
Figur 6.4 viser en tydelig forskjell på hvor fornøyde legelistens respondenter er med tiden fastlegen deres har brukt på dem. Fornøydheten synker med økende listelengde. Blant dem på en kort liste er 67,7% veldig fornøyde, mens blant dem på en lang liste er 55,3% veldig fornøyde, det utgjør en differanse på 12% mellom korteste og lengste pasientliste. En Kruskal-Wallis bekrefter at vurderingene er signifikant forskjellige ($p=0,001$).

7. Ledig kapasitet

Iversen og Lurås (2000) fant i sitt studie at leger med pasientmangel har vist seg å tilby lengre tidsbruk per konsultasjon og flere tjenester som et resultat av økonomiske insentiver. Flere tjenester har derimot ikke vist seg å gi spesielt utslag for økt tilfredshet, og pasienter på lister med ledig kapasitet bytter oftere (Iversen & Lurås, 2008). I tillegg har de også vist at mindre populære fastleger vil strekke seg for å tilby kortere ventetid for timebestilling og dermed øker antall konsultasjoner (Iversen & Lurås, 2002, Godager, 2010). Ledig kapasitet og kortere ventetid har vist seg å ha en sammenheng med hvor fornøyde pasientene er (Lurås, 2007). Hun fant at de pasientene som var oppført på en liste med ledig kapasitet var mer fornøyde med ventetiden enn de på fulle lister. På den andre siden var de samme pasientene mindre fornøyde med mellommenneskelig kommunikasjon, medisinske ferdigheter, portvaktrollen og tidsbruk på konsultasjonen. Basert på dette presenterer Lurås (2007) en teori om at pasientmangel er en indikator på mindre populære karakteristikk hos legen som støttes opp av tidligere teori og empiri angående grunner til å velge og bytte lege. Disse resultatene støttes opp av Godager (2010) som fant forskjeller på pasientenes fornøydhet mellom leger som har full, og for få pasienter på lista. Respondentene i levekårsundersøkelsen som var på ei pasientliste med ledig kapasitet var mest fornøyd med ventetider, men mindre fornøyd på de andre elementene. (Godager, 2010).

For å se hvordan legelistens respondenter har svart på dette har vi delt inn kapasitet i tre grupper etter hvor mange ledige plasser legene har. Kapasitet1 har ingen ledige plasser på lista, kapasitet 2 har opp til 135 ledige plasser på lista, og kapasitet 3 har over 135 ledige plasser på lista. Vurderingene under er signifikanstestet med Kruskal-Wallis test.

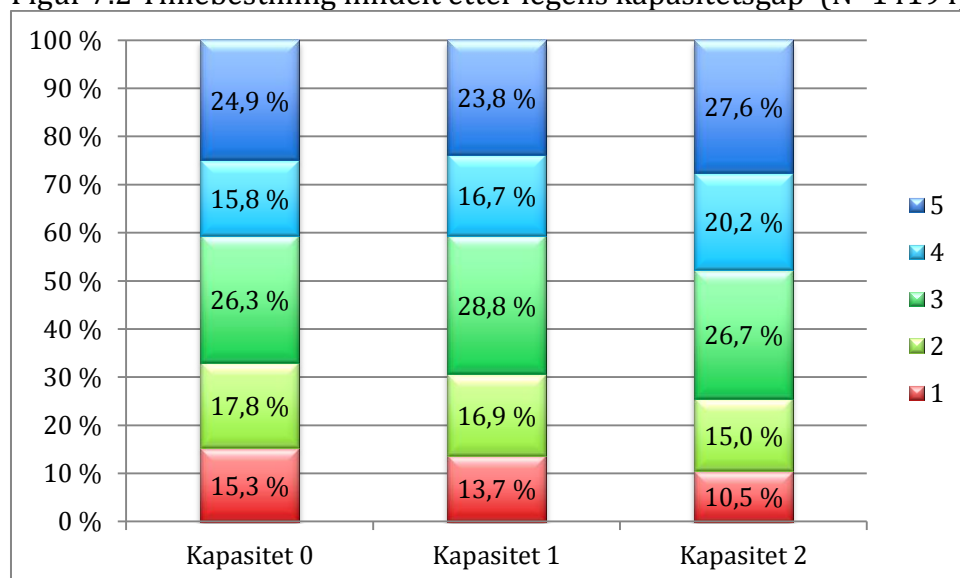
Figur 7.1 Samlet vurdering gruppert etter legens kapasitetsgap (N=17967).



*Ledig Kapasitet 0 (ingen), 1 (<135), 2 (135<).

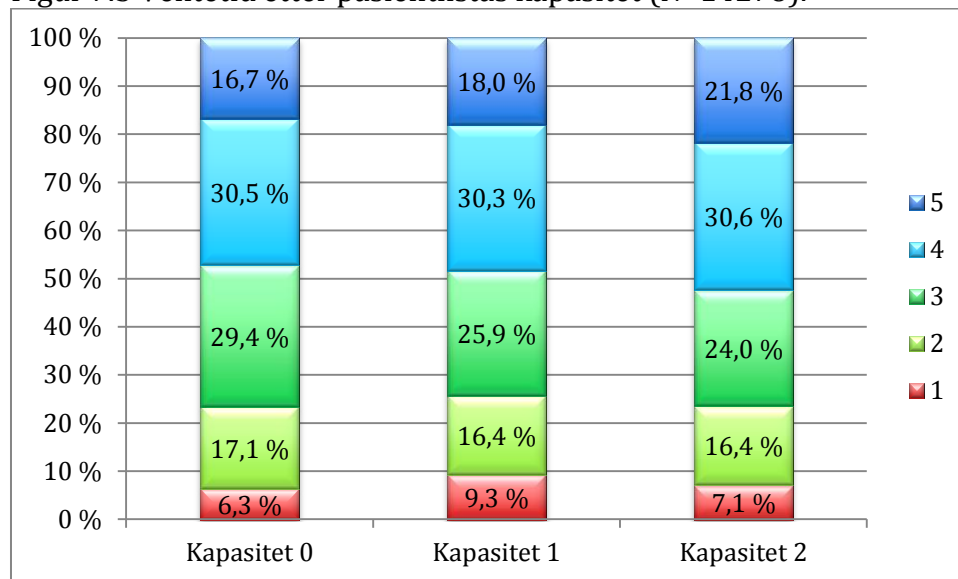
Figur 7.1 viser samlede vurderinger inndelt etter ledig kapasitet hvor pasienter på fulle lister er mest fornøyde. For kapasitet 0 (ingen ledig kapasitet) har 71,3% av pasientene gitt toppskår. For legene som har mye ledig kapasitet har 60,4% av respondentene gitt høyeste skår. Forskjellene på vurderingene gitt til leger med ulikt overskudd av kapasitet er signifikante ($p=0,001$). Hvis man skal ta utgangspunkt i teorien presentert av Lurås (2007) kan dette være en indikasjon på at de legene med fulle lister er leger med attraktive attributter fra pasientens ståsted.

Figur 7.2 Timebestilling inndelt etter legens kapasitetsgap (N=14194)



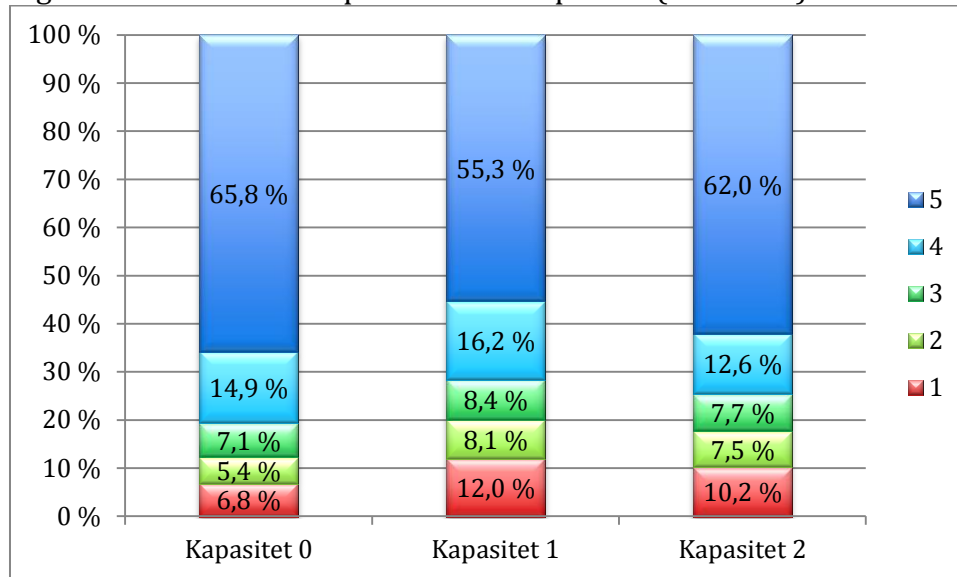
Figur 7.2 viser at pasientene som har en fastlege med ledig kapasitet på pasientlisten er noe mer fornøyde med ventetid på time. 27% av de på en liste med mye ledig kapasitet avgir toppskår kontra 24,9% og 23,8% for lister med ingen og litt ledig kapasitet. Vurderingene for de ulike kapasitetsnivåene er signifikant forskjellig ($p=0,001$). Dette resultatet er i samsvar med Luråsen (2007) og Godager (2010) hvor pasientene var mer fornøyde med ventetid på lister med ledige plasser.

Figur 7.3 Ventetid etter pasientlistas kapasitet (N=14278).



Figur 7.3 antyder at Legelistens respondenter er mer fornøyde med hvor lenge de må vente på venterommet hos leger som har ledig kapasitet på pasientlisten. Toppskåren stiger fra 16,7% til 21,8% fra ingen ledig kapasitet til kapasitetsnivå 2 som er mer enn 135 ledige plasser. Vurderingene er signifikant forskjellige ($p=0,005$). Ventetid på legekantoret er også i samsvar med Lurås (2007).

Figur 7.4 Tidsbruk etter pasientlistas kapasitet (N=14833).



Figur 7.4 antyder at det er pasientene på fulle lister som er mest fornøyde med fastlegens tidsbruk hvor 65,8% har avgitt toppskår. Vurderingene er signifikant forskjellige ($p=0,001$). Lurås (2007) hadde i forkant av sin studie forventet at leger med ledig kapasitet skulle bruke mer tid på konsultasjonen. Hennes resultater er i samsvar med denne analysen og viser at pasientene ikke er mer fornøyde med tidsbruk, men heller ventetid som vist over. Dette kan vise hvordan leger med ledig kapasitet velger å prioritere kortere ventetid og hyppigere konsultasjoner for å tiltrekke flere pasienter. Lurås (2007) presenterer en mulig forklaring for lav tilfredshet med tidsbruk. Hvis disse legene ikke er gode på mellommenneskelig kommunikasjon, kan det forklare at konsultasjonene blir korte. Det trenger altså ikke være en bevisst strategi fra legens side. Denne vurderingen kan gjenspeile at legene som har fulle lister er populære leger.

8. Lege- og pasientmatching

Teorien om preferanse for samsvar mellom pasient og lege har fått økt dekning de siste tiåret, hvor man foretrekker og opplever økt pasienttilfredshet med lege av samme kjønn (Fang, 2004) og alder (Lurås, 2004). Godager (2012) fant også resultater i sitt studie som indikerer at pasienter foretrekker fastleger som ligner dem selv på observerbare karakteristikk som alder og kjønn. Bakgrunnen til dette er fra prinsippal-agent teorien mellom lege og pasient som er en relasjon kjennetegnet av asymmetri. Legen sitter med mer kunnskap enn pasienten og pasienten har manglende ressurser eller avtaleverk for å kunne kontrollere at legen er opptatt av pasientens beste (Scott & Vick, 1999). Pasienten (prinsippal) kan minimere asymmetrien i relasjonen ved å velge en lege (agent) som er lik dem selv. Slik vil kommunikasjon og diagnosestilling fungere mer effektivt. På tvers av ulike kontekster blir det gjennomgående bevist at det er pasient-lege relasjonen som har størst utslag for tilfredshet i møte med helsevesenet. Det er også vist at pasienten er mest fornøyd med de relasjonene de har valgt selv (Crow, et.al, 2002).

Tabell 8.1 Antall pasienter i ulike aldersgrupper som har en lege i ulike aldersgrupper (N= 14509).

Pasientalder	Fastlegealder					Totalt
	20-30	31-40	41-50	51-60	Over 60	
20-30	30	991	881	1160	519	3581
31-40	29	969	1081	1311	580	3970
41-50	22	647	820	1139	541	3169
51-60	23	322	505	700	405	1955
Over 60	9	248	280	537	310	1384
						14059

Tabell 8.1 viser hvor mange som har en fastlege på lik alder som dem selv (uthevet), og hvor mange som har en lege som tilhører andre aldersgrupper. Det er ikke så mange av de yngste som har en ung lege, men det er også færre unge leger å velge imellom. Videre kan vi se at 969 (24,4%) av pasientene på 31-40 har en lege på samme alder, men flesteparten har en lege på alder fra 41 til 60. For de eldste pasientene er det 310 (22,4%) som har en lege på samme alder og er også den aldersgruppen hvor høyest prosentandel har en lege på over 60 år.

Tabell 8.2 Pasientenes samlet fornøydhet etter pasientens og fastlegens kjønn (N=12329)

Pasientkjønn	Fastlegekjønn	
	Kvinne	Mann
Kvinne	4,20 (3071)	4,35 (4243)
Mann	4,29 (1166)	4,32 (3849)

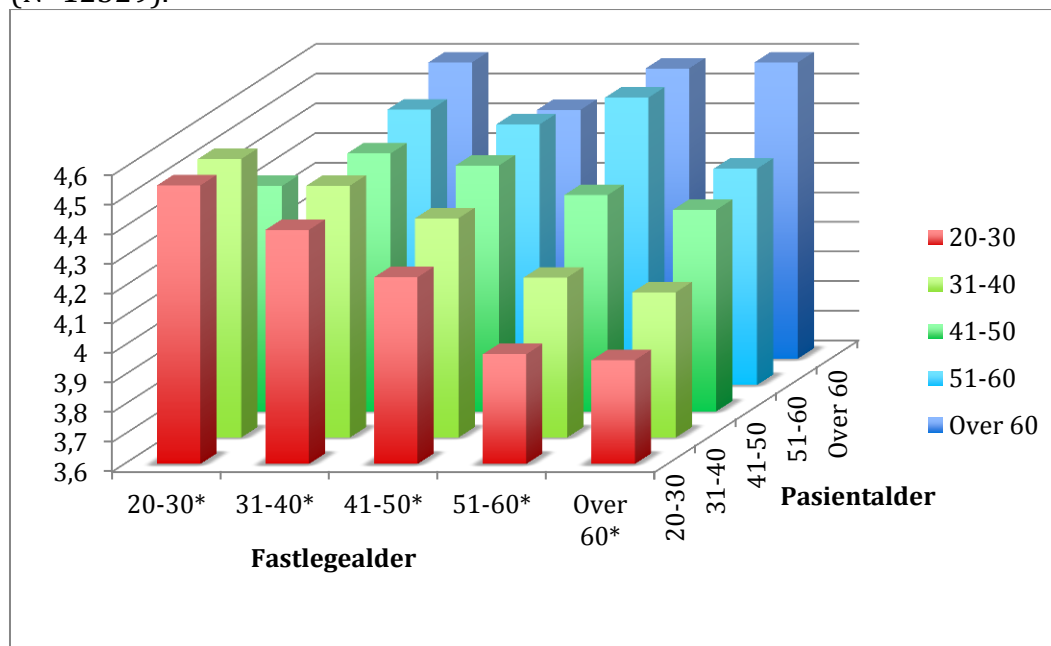
Tabell 7.2 viser gjennomsnittlig samlet fornøydhet og (antall) pasienter som har en fastlege med likt og ulikt kjønn som seg selv. Det ser ut til at kvinner som har en mannlig lege er litt mer fornøyde enn kvinner med kvinnelig lege. Men forskjellene er minimal. Menn som har mannlig fastlege er også noe mer fornøyd enn menn som har kvinnelig fastlege. Pasientenes samlede fornøydhet inndelt etter legens kjønn er signifikant forskjellige ($p=0,002$ ved en Kruskal-Wallis test).

Tabell 8.3 Gjennomsnittet for samlet fornøydhet inndelt etter pasientens og fastlegens aldersgruppe som i tabell 8.1 (N= 12329).

Pasientalder	Fastlegealder				
	20-30*	31-40*	41-50*	51-60*	Over 60*
20-30	4,54	4,39	4,23	3,97	3,95
31-40	4,54	4,45	4,34	4,14	4,09
41-50	4,36	4,47	4,43	4,33	4,28
51-60	4	4,53	4,48	4,57	4,33
Over 60	4	4,6	4,44	4,58	4,6

Tabell 8.3 viser gjennomsnittlig samlet fornøydhet for pasientene inndelt etter hvor gammel pasientene er og hvor gammel deres lege er. Som i tabell 8.1 er fornøydheten for pasienter med lege på lik alder uthevet. Her kan vi se at det er aldersgruppen på 20-30, 51-60 og over 60 som har høyest gjennomsnittlig fornøydhet med fastlegen på egen alder. Vi kan se igjen at fornøydheten synker med de eldre legene. Figur 8.1 under gir et bilde på denne tabellen.

Figur 8.1 Gjennomsnittlig samlet fornøydhetspoeng inndelt i pasientalder og deres legers alder (N=12329).



3D figur av tabell 8.1 viser et bilde på hvordan pasientenes fornøydhetspoeng fordeler seg etter hvilken alder fastlegen har i forhold til deres egen alder. De blå kolonnene viser gjennomsnittlig samlet fornøydhetspoeng blant pasientgruppen 20-30 år fordelt på fastlegens alder. Her kan vi se at de yngste pasientene som har unge leger er mest fornøyde, og den synker med legens økende alder. Dette kan bety at vi foretrekker leger på egen alder og opplever mindre tilfredshet ettersom avstanden til legens alder øker. Dette ser vi gjelder både for de unge pasientene og for de eldre.

Når det gjelder alder ser det ut til at matching teorien delvis støttes. Vi kan se slike preferanser når det gjelder alder, men det var ikke like tydelig for kjønn. Effekten av samme kjønn og alder bør undersøkes videre.

9. Oppsummering og diskusjon

Legelistens respondenter er ikke et representativt utvalg for Norges befolkning ettersom aldersgruppene under 20 og over 60 er underrepresentert og det er flere kvinner enn menn. Dette kan skyldes lavt internettbruk blant de eldste og at de yngste ikke har blitt beviste forbrukere av fastlegetjenestene enda. Ettersom det ikke er obligatorisk å svare på alder og kjønn mangler vi denne informasjonen på mange av respondentene, som kunne resultert i en annen fordeling.

Vi har sett at den generelle tilfredsheten er høy hvor 67, 5% av respondentene var svært fornøyde på samlet vurdering. Blant de andre frivillige vurderingene er det tillitt og kommunikasjon med fastlegen som har likest fordeling av tilfredshet som den samlede vurderingen. For de andre vurderingene under tilgjengelighet og service er fordelingen mer spredt og mindre vektlagt på de beste skårene.

Vi har undersøkt om subjektive karakteristikk kan forklare forskjeller av tilfredshet med fastlegen. Respondentenes alder kan bidra til å forklare tilfredshet. Det ser ut til at de eldre pasientene er mer tilfredse enn de yngre. Dette ser vi spesielt tydelig for vurderinger som omhandler relasjonen til fastlegen og service. Disse resultatene er i samsvar med tidligere studier (Williams & Calnan, 1991; Maintz, Vedsted & Olesen, 2000). For samlet vurdering fant vi ingen forskjell av tilfredshet mellom kvinner og menn. Men for enkeltvurderingene kan vi se noen variasjoner. Menn er mer fornøyde på vurderingene under tilgjengelighet (telefonkø, timebestilling og ventetid). Det er derimot ingen forskjell på hvor tilfredse menn og kvinner er på vurderingene som omhandler relasjon til fastlegen (rådgivning, innsikt, lytting og tidsbruk). Vi undersøkte også om geografi kan ha noe å si for tilfredshet. De mest tilfredse fylkene i Norge er Nord-Trøndelag, Vest-Agder og Aust-Agder, og de minst tilfredse er Oslo og Oppland. Det bør undersøkes videre om slike variasjoner i tilfredshet er et resultat på kvaliteten ved behandlingen eller om subjektive karakteristikk og valg av bosted kan forklare den generelle tilfredsheten ved disse personene.

Videre har vi også sett på om karakteristikk ved fastlegen kan forklare variasjon hos respondentenes tilfredshet. Respondentene på Legelisten er mer tilfredse med de yngre legene. Samtidig er de også mest fornøyde med mannlige leger. Ettersom det er de

mannlige legene som dominerer i de eldre aldersgruppene kan det være nyttig å se hvordan legens alder og kjønns samvariasjon kan forklare tilfredshet.

En annen faktor vi har sett på er om legens markedsandel kan forklare variasjon i respondentenes tilfredshet. Vi fant at respondentene på legelisten er mer tilfredse med leger som har en høy markedsandel. Dette betyr at tidligere teori om at leger som møter større konkurranse vil øke kvaliteten (Pike, 2010), ikke støttes. En mulig forklaring på dette er at respondentene som bor i større byer er prinsipielt forskjellig fra respondentene som bor i mindre byer. I så fall forklarer variasjonen av tilfredshet subjektive karakteristikk og kan ikke brukes som en indirekte indikator på om fastlegene konkurrerer på kvalitet ved høyere konkurranse. De vurderingene under tilgjengelighet (telefonkø, timebestilling og ventetid) skiller seg ut hvor respondentene var mer tilfredse med fastlegene i marked med høy konkurranse. Men denne forskjellen var ikke signifikant. Videre var respondentene som hadde en lege som deltok i gruppepraksis mer fornøyde enn de som hadde en lege i solopraksis. Dette resultater skiller seg fra tidligere funn (Maintz, et.al, 2000).

Tidligere funn viser til at man velger og er mer tilfredse med fastleger som har lang pasientliste (Lurås, 2004; Godager,2010). Blant Legelistens respondenter er ikke dette tilfellet. Vi fant at de var mer tilfredse med fastleger som har kort pasientliste.

Vi har undersøkt sammenhengen mellom ledig kapasitet og tilfredshet. Respondentene er mest tilfredse med fastleger som ikke har ledig kapasitet på samlet vurdering. Men på enkeltvurderingene varierer det. Fastlegene med ledig kapasitet har mer tilfredse respondenter med timebestilling og ventetid. Dette er i tråd med tidligere funn (Lurås, 2007;Godager, 2010). På tidsbruk er respondentene mest fornøyde med fastlegene som ikke har ledig kapasitet. Lurås (2007) hevder at fastleger med ingen ledig kapasitet er en indikator på populære leger. De legene som ikke er populære kan konkurrere på timebestilling og ventetid. Det er derimot vanskelig for fastlegen å påvirke lengde på konsultasjoner, som hun antok tidligere, ettersom det gjerne krever god kommunikasjon mellom lege og pasient.

Vi har tilslutt sett på om relasjonen mellom lege og pasient er bedre dersom de ligner på hverandre. Vi ser at det fleste respondentene er mer fornøyde når legen er på samme alder som seg selv hvor tilfredsheten synker med større avstand i alder.

Resultatene i denne analysen kan bidra til å få bedre forståelse for hvilke dimensjoner ved fastlegen pasienter verdsetter mest, og hvilke karakteristikk som påvirker deres personlige utgangspunkt for tilfredshet. Om fastleger anerkjenner dette nettstedet kan de velge å justere seg etter de dimensjonene de kan påvirke som de ser pasienter setter pris på. Etter hvert som utvalget blir større kan vi få sikrere resultater og se om det er noen utvikling i vurderingene til hver enkelt fastlege. Det kan være nyttig med informasjon om respondentene har byttet fastlege. Videre undersøkelser bør gjøres for å finne effektene av samvariasjon mellom variablene.

Referanseliste

- Bacon, N., 2009. Will doctor rating sites improve standards of care? Yes. *BMJ* 2009; 338 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b1030>.
- Bardach, N.S., Penaloza, R.A., Boscardin, W.J, Dudley,R.A., 2012. The relationship between commercial websites ratings and traditional hospital performance measures in the USA. *BMJ quality and safety*. doi: <http://10.1136/bmjqs-2012-001360>.
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, j., Kimber, A., Storey, l,Thomas,H., 2002. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of literature. *Health technology assessment*. Vol. 6 (32).
- Fang, M., McCarthy, E., Singer, E., 2004. Are patients more likely to see pphysicians of the same sex? Recent national trends in primary care medicine. *The American journal of medicine*. Vol. 117 (8): 575-581.
- Godager, G. og T. Iversen, 2010. Brukernes erfaringer med fastlegeordningen: trender I bruk, tilgjengelighet og fornøydhet . *HERO* Skriftserie 2010 (1). Oslo: Helseøkonomisk forskningsprogram ved universitet i Oslo.
- Godager, G., 2012. Birds of at feather flock together: a study of doctor-patient matching. *Journal of health economics*. Vol. 31 (1): 296-305.
- Greaves, F., Pape, U.J., King, D., et al. 2012. Associations Between Web-based patient Ratings and Objective Measures of Hospital Quality. *JAMA International Medicine* Vol 172, (5):435-436. doi:10.1001/archinternmed.2011.1675.
- Iversen, T., Lurås, H., 2000. Economic motives and professional norms: the case of general medical practice. *Journal of economic behavior & organization*. Vol. 43 (4): 447-470.
- Iversen, T., Lurås, H., 2002. Waiting time as a competitive device: An example from general medical practice. *International journal of health care finance and economics*. Vol. 2 (3): 189-204.
- Iversen, T., Lurås, H., 2008. Patient switching in a list patient system. *HERO* skriftserie 2008 (4). Oslo: Helseøkonomisk forskningsprogram ved univeristetet I oslo.
- Lurås, H., 2004. General Practice: four empirical essays on GP behavior and individuals preferences for GPs. *HERO* 2004 (1). Oslo
- Lurås, H., 2007. The association between patient shortage and patient satisfaction with general practitioners. *Scandinavian journal of primary health care*. Vol. 25: 133-139.
- Mainz, J., Vedsted, P., Olesen, F., 2000. Hvordan vurderer patienterne de praktiserende læger? Original meddelse (5). Institutt for almen medicin, forskningsenheden for almen medisin. Arhus univeristet.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2009. Commonwealth Fund-undersøkelsen I 2009 blant allmenleger: resultatet fra en komparativ undersøkelse i11 land. Rapport nr. 24- 2009. <http://www.kvalitetogprioritering.no/saker/commonwealth-fund->

[undersøkelsen-i-2009-blant-allmennleger-resultater-fra-en-komparativ-undersøkelse-i-11-land](#)

- Nordlys, 2013. <http://www.nordlys.no/nyheter/article6289903.ece> [28.02.2013]
- Pike, C., 2010. An empirical analysis of the effects of GP competition. *Co-operation and competition panel*. Working paper series. Vol. 1 (2)
- Santos, R., Gravelle, H., Propper, C., 2013. Does quality affect patients' choice of doctors? Evidence from the UK. *CMPO* The centre for market and public organization. Working paper nr. 13/306 University of Bristol.
- Scott, A., Vick, S., 1999. Patients, doctors and contracts: A application of principal-agent theory to the doctor-patient relationship. *Scottish Journal of political economy*. Vol.46 (2): 111- 134.
- Sitzia, J., Wood, N., 1997. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social science and medicine*. Vol.45 (2): 1829-1843.
- Surowiecki, J., 2004. *The Wisdom of Crowds*. Garden City: Doubleday:3-39.
- Williams, S., Calnan, M., 1991. Key determinants of consumer satisfaction with general practice. *Family practice*. Vol.8 (3): 237-242.
- Wolinsky, D.F., Steiber, S.R., 1982. Salient issues in choosing a new doctor. *Social science & Medicine*. Vol. 16 (7): 759-767