

## **Hvordan påvirker fastlegeordningen legens skjønnsmessige avgjørelser?**

*Benedicte Carlsen*

*Rokkansenteret, Universitetet i Bergen, Nygårdsgaten 5, 5015 Bergen, Tlf: 55 58 83 78,*

*e-post: benedicte.carlsen@rokkan.uib.no*

**Paper presentert på seminaret Skjønn og dømmekraft ved Senter for profesjonsstudier, Høgskolen i Oslo, våren 2003. Arbeid under utarbeidelse. Vennligst ikke siter!**

### **Sammendrag**

Studien fokuserer på fastlegen som forvalter av helsevesenets ressurser og undersøker hvilken innvirkning fastlegereformen har på legenes skjønnsmessige avgjørelser. Resultatene er basert på data fra 11 gruppeintervjuer med 81 leger. Vi finner at legene opplever økt konkurranse, sterkere press fra pasienter og kollegaer og at det faglige ansvaret for pasientene er blitt større som en følge av reformen. Legene mener selv at dette gir dem motiver for å være mindre strenge som portvakter og gjøre mer for hver pasient. Samtidig ser det ut til at de i mindre grad tar hensyn til helsevesenets ressursbruk i kliniske valgsituasjoner.

### **Bakgrunn**

Fastlegeordningen (FLO), som ble innført 1. juni 2001, er en omfattende reform som berører alle landets kommuner, 3700 allmennleger og 99,5% av landets befolkning direkte (Rikstrygdeverket 2002). I tillegg får ordningen etter all sannsynlighet konsekvenser for ressursbruksmønsteret i primær- og sekundærhelsetjenesten samt i trygdeetaten. Målsetningen med FLO har vært å forbedre kvaliteten i allmennelegetjenesten gjennom å gi alle innbyggere rett til å bli registrert hos en fast primærlege, men samtidig skal ordningen bidra til en mer rasjonell bruk av ressursene i helsesektoren (Ot.prp. nr. 99 (1998-99)).

Denne studien er en del av den nasjonale evalueringen av Fastlegeordningen som organiseres av Norges forskningsråd. Studien undersøker hvordan FLO påvirker legens skjønnsmessige avgjørelser som portvakt for ressursbruken i helsevesenet. I gruppeintervjuer med fastleger drøftet vi hvordan FLO har fått konsekvenser for hvilke hensyn som influerer et bredt spekter av skjønnsmessige avgjørelser, som f. eks henvisning, forskrivning på blå resept og sykemelding.

I internasjonal litteratur blir portvaktbegrepet først og fremst brukt i forbindelse med henvisninger til sekundærhelsetjenesten, men fastlegene i Norge har også en klar portvaktrolle i forhold til sykemeldinger, søknader om uføretrygd, attester til forsikringsselskaper og forskrivninger på blå resept. Vi var i tillegg interessert i andre skjønnsmessige avgjørelser om aktiviteter på fastlegekontoret som genererer kostnader i form av refusjoner fra Rikstrygdeverket. Fastlegene er uten tvil nøkkelpersoner for en betydelig del av ressursbruken i helse- og sosialsektoren uten at det er undersøkt akkurat hvor stor denne andelen er.

Gjennom FLO har portvaktfunksjonen blitt viktigere ved at primærlegene har fått en mer sentral posisjon i helsevesenet. Dette kommer blant annet til uttrykk gjennom den nye henvisningsordningen<sup>i</sup> som ble innført sammen med FLO.

Vi har også drøftet om FLO endrer legenes selvstendige motiver til å øke aktivitetsnivået. Det er ikke nødvendigvis sånn at legene i utgangspunktet ser på seg selv som portvakter som ønsker å begrense ressursbruken mens pasientene alltid ønsker å øke den. Ofte kan faglige eller økonomiske insentiver som berører legen føre til at denne genererer aktiviteter på tross av pasientens ønsker.

I en stor del av avgjørelsene primærlegene tar i sin praksis finnes det ingen klar medisinsk indikasjon på hva som er den rette avgjørelsen og legen må bruke skjønn utover det faglige i sine avgjørelser. I mange tilfeller er det helt nødvendig å ta hensyn til andre forhold enn de medisinske for å fatte en beslutning. Studier har vist at leger, i tillegg til sine faglige vurderinger, blant annet blir påvirket av økonomiske og sosiale insentiver som f. eks betalingssystemet og forholdet til kollegaer og pasienter (Iversen and Lurås 1998; Fidler, Lockyer et al. 1999); (Virji and Britten 1991); (Bradley 1992); (Webb and Lloyd 1994); (O'Donnel 2000).

FLO innebærer både en endring i organiseringen av primærhelsetjenesten med vekt på kontinuitet og nærere bånd mellom primærlege og pasient, samt en endring i betalingssystemet ved at betalingen delvis er knyttet til listelengden. Fastlegene er ansvarlig for å tilby allmennt medisinsk behandling av sine listepasienter og å prioritere pasienter som står på listen. Listene skal i utgangspunktet være på mellom 500 og 2500 pasienter, men legene kan sette et listetak under maksimumsgrensen. Når listen er fylt opp, kan legen velge å lukke den for nye pasienter. Pasientene har rett til å skifte lege to ganger i året så lenge andre fastleger med ledig listekapasitet er tilgjengelige (1999) (2000). Legene mottar en månedlig oppdatering fra Rikstrygdeverket der det går frem hvilke pasienter som har skiftet til og fra listen.

I mars 2002 hadde 53% av legene åpne lister, dvs. færre pasienter enn de ønsket seg på listen. Iversen og Lurås fra Senter for helseadministrasjon, som har evaluert fastlegeforsøket<sup>ii</sup>, bruker betegnelsen "rasjonert" for disse legene, og har vist at rasjonerte leger sammenliknet med ikke- rasjonerte leger kompenserer ved å øke aktivitetsnivået (Iversen and Lurås 2000). I Oslo var 75% av fastlegene rasjonerte i den perioden vår undersøkelse ble gjennomført (Tabell 1). Fastlegenes inntjening består av en kommunal godtgjørelse knyttet til antallet pasienter på listen, som skal utgjøre ca 30% av inntekten, mens de resterende 70% er knyttet til pasientenes egenbetaling og aktivitetsbaserte refusjoner fra RTV. Før reformen hadde størstedelen (ca 66%) av primærlegene en driftsavtale som var knyttet til åpningstid, der driftstilskuddet utgjorde rundt 40% av inntekten mens resten av inntekten var aktivitetsbasert.

## Metode

To forskere, Ole Frithjof Norheim, som er samfunnsmedisiner og fastlege og Benedicte Carlsen, som er samfunnsviter, samlet inn data gjennom 11 gruppeintervjuer med et utvalg av veiledningsgrupper og smågrupper<sup>iii</sup> for allmennleger og samfunnsmedisinere i Hordaland og Oslo. Dette omfatter 81 informanter (hvorav 77 var fastleger) som ble intervjuet i løpet av våren 2002. Tabell 1 viser en profil av utvalget samt nøkkeltall for de to fylkene og for landet som helhet. Hordaland er på mange måter statistisk sett et gjennomsnittsfylke i FLO, mens Oslo skiller seg ut med større legetetthet og flere rasjonerte leger, dvs knapphet på pasienter og hardere konkurranse om pasientene. Både land- og by kommuner er representerte. Vi tok først kontakt med alle gruppene (23 grupper) i de to fylkene per brev og fulgte opp med

telefonkontakt. Av disse var to grupper negative til å delta, åtte ble ikke nådd på telefon og 13 stilte seg positive. Av disse plukket vi ut 10 grupper til intervju og én til pilotintervju. Seks av gruppene er veiledningsgrupper og fem er smågrupper. Gruppene er homogene i forhold til alder og arbeidserfaring og heterogene i forhold til kjønn, med unntak av én gruppe med bare kvinnelige leger. Alle deltakerne kjente hverandre fra tidligere gruppemøter.

Studien bygger på en kombinasjon av kvalitative og kvantitative data. Hoveddelen av materialet stammer fra gruppeintervjuene, men vi delte også ut et kort spørreskjema til alle deltakerne før hvert intervju. I ettertid ble også enkelte av opplysningene fra intervjuene kvantifisert, som f. eks type praksis, relativ taletid og holdning til FLO (Tabell 1). Intervjuene ble gjennomført av en eller begge forskerne og varte fra en og en halv til to timer. Diskusjonen ble tatt opp på bånd og transkribert. Hvert intervju startet med en kort introduksjon der en av forskerne klargjorde problemstillingen for studien og definerte sentrale begreper som *portvaktrolle* og *skjønnsmessige avgjørelser*. Vi fulgte en intervjuguide som ble moderat endret etter erfaringene fra pilotintervjuet, men siden ble det ikke gjort nye endringer. Vi oppfordret deltakerne til å diskutere spørsmålene som ble presentert seg i mellom heller enn å rette svar til forskerne. Målet var at forskerne skulle fungere som ordstyrere for å holde diskusjonen innenfor de relevante tema og for å se til at alle deltakere kom med innspill.

### **Analyse**

Intervjuene ble analysert ved å kombinere en metode der en bruker koding og kategorisering (Kvale 1996) med det som kalles "kondensering" beskrevet av Giorgi (Giorgi 1985). Forfatterne leste gjennom transkripsjonene først med tanke på spørsmålene som ble stilt på intervjuene og så også med fokus på meningskategorier som går igjen i intervjuene. Forfatterne drøftet så disse kategoriene og ble enige om et sett med koder for intervjuene. Den ene forskeren (Carlsen) kodet intervjuene og laget så på grunnlag av dette et nytt og kondensert dokument organisert etter de fremkomne meningskategoriene. Dette dokumentet danner grunnlaget for forfatterens drøfting og konklusjoner om dominerende tema og sammenhenger som er relevante for problemstillingen, legens skjønnsmessige avgjørelser i FLO. Noen av uttalelsene ble også kvantifisert og knyttet til hver enkelt informant, som f. eks variabelen "Syn på FLO" i Tabell 1.

### **Resultater**

*Alle har vi vel skrevet resepter på kortisonkremer og astmamedisin på blå resept og litt sånt. Har vi ikke det? Jeg mener den kombinasjonen av å ha faste pasienter og forbrukersamfunnets kundekrav; skal ikke vente, skal ha, sant? Og jeg vet ikke hvor gode vi er, jeg vet i hvert fall ikke hvor god jeg er, til å sette grenser i forhold til å styre det.*

Mannlig fastlege, 48 år.

Informantene uttrykte i varierende grad at reformen hadde konsekvenser for hvordan de tenkte rundt og utførte portvaktrollen. Noen av legene, særlig leger med veletablert praksis i landkommuner, mente at FLO ikke hadde noen innvirkning på portvaktrollen. De fleste mente at det hadde en moderat innflytelse, og et mindretall, spesielt nyetablerte leger i Oslo, mente at FLO hadde forandret mye på lege - pasient forholdet og synet på portvaktrollen. Av dem som opplevde en endring med FLO, mente de fleste at portvaktrollen er blitt svekket, og det var det stor samstemthet om hva denne endringen besto i:

De hevdet at de i mindre grad er aktive som portvakter ved at de i første omgang søker å unngå konflikt med pasienter, og når konflikter oppstår, er mer ettergivende, dvs at de mer tilbøyelige til å tøye sine faglige vurdering og statlige retningslinjer for å gjøre pasientene

tilfredse. I FLO er de mindre villige til å bruke tid og innsats på å diskutere med pasienter for å begrense unødvendige tiltak. I et materiale som omfatter 330 sider med intervjudata, fikk vi bare en håndfull anekdotiske referanser til hendelser der portvaktrollen ble gjennomført til tross for pasientens eksplisitte ønske om det motsatte.

Legenes forklaringer på denne holdningsendringen kan fordeles i tre hovedkategorier som følger under:

#### *1. Skjerpet konkurranse*

Det var stor enighet blant informantene om at pasientene har fått mer makt i forhold til å fremme krav til fastlegen. Dette ble knyttet til en voksende følelse av konkurranse om pasientene.

*Enkelte pasienter kan presse legen for å forskrive sykemelding eller resepter som kanskje ikke er indisert. Og hvis man ikke gjør det, kan man bli presset og da vandrer de rundt.*

Mannlig fastlege, 39 år

*Nei, det har ikke blitt respektert av oss legene, [viser til blåreseptforskriften]. Og det kan jo være fordi kravene er urealistiske, og vi prøver jo liksom å få pasientene våre fornøyde, og nå er det flere og flere leger, og faktisk i Oslo så er det for mange leger, og mange vil gjerne ha pasienter. En kan ikke diskutere masse sånn at de blir misfornøyde. Plutselig så har de en annen lege da, ikke sant? Sånn at – greit, skal du gå til meg så kan du få kolesterolsenkende på hvit resept, det koster deg ti tusen mer i året, men han der, han er litt mer luring, så han gir deg det på blå resept.*

Mannlig fastlege, 33 år

For en liten del av informantene, som av forskjellige grunner manglet en stor del pasienter for å nå listetaket, var pasientmangel et reelt økonomisk problem. Dette var mer uttalt i Oslo-gruppene enn i Hordaland-gruppene og reflekterer sannsynligvis det relative fastlegeoverskuddet i Oslo. Flertallet av informantene betraktet pasientmangel som et potensielt, men usannsynlig økonomisk problem. De fleste var fornøyde med listelengden sin på intervjudispunktet. De uttrykte at de hadde råd til å miste en del pasienter fordi det var lett å kompensere for tapet i listebasert inntekt ved å øke aktivitetsnivået. Gruppediskusjonene inneholder lengre bolker med detaljerte drøftinger av takstsystemet og hvordan en kan få mest mulig ut av det. Det var likevel flere som mente at de i større grad var styrt av konkurransen om pasientene nå enn før: En full liste gjør det lettere å ta upopulære avgjørelser overfor pasientene, mens dårlig tilgang på pasienter fører til at enkelte føler de strekker seg ubehagelig langt for å gjøre pasientene fornøyde:

*H: Jeg tror jeg er blitt litt mer kynisk nå etter flo i det å tenke sånn at jeg sier klart til pasienten at dette mener jeg er riktig, og hvis pasientene ikke aksepterer det, så kan de skifte lege. [...] Jeg er ikke redd for at listen min skal bli kortere, fordi listen min er full. Og jeg er veldig glad for at jeg ikke er i en situasjon hvor jeg har halvparten av den listelengden jeg ville ønsket, for da ville jeg nok kanskje oftere ha følt meg litt presset i å følge pasientens ønsker, og vært mindre portvakt og mer advokat.*

*E: Jeg som ikke har lista full, det er klart det er en sånn fare. Jeg må kjempe mot meg selv noen ganger, for det kan være litt vanskelig å si nei til pasienter når du trenger flere.*

*E2: Jeg har merket forskjell, for min liste var litt underdekket inntil for en måned siden, og i begynnelsen var jeg usikker på om jeg ville få fylt opp, da manglet jeg 150 av 750. Og i den perioden*

*tror jeg at jeg var i noen grad en selger, jeg var veldig hyggelig og forekommende og var glad for de som sluttet seg til rekkene. Og det gjorde noe med måten min å være på. Kanskje litt lavere terskel for å etterkomme krav og forventninger som jeg ellers ville jobbet mer med å argumentere mot.*  
(Flere informanter, veiledningsgruppe, Hordaland)

En annen side ved FLO som kom frem i gruppediskusjonene var at listesystemet gjør konkurransesituasjonen mer synlig. Også leger med mer enn nok tilgang på pasienter, beskrev hvordan den nye oversikten over pasientenes valg av lege gir dem en følelse av uttalt og kontinuerlig evaluering av deres profesjonelle kvaliteter. Både etableringen av listen og de månedlige oppdateringene fra Rikstrykdeverket gjorde inntrykk på legene i så måte. Samtidig som det ble uttalt at den nye gjennomsiktigheten gjør det lettere å se om en er i fare for å lide økonomiske tap, var det flere som understreket at denne tilbakemeldingen fra pasientene var mye viktigere av faglige enn av økonomiske årsaker. Hver fastlege har i snitt 12-14 pasientskifter i måneden. Dvs at når en pasient skifter fastlege kan fastlegen ofte knytte dette til en spesiell episode som kan ha utløst skiftet. Flere av informantene fortalte at pasienter anklager dem for å ha for lang liste eller truer med å skifte lege når de mener at fastlegen er for vanskelig tilgjengelig eller at de mottar for dårlig service.

*Du vil være opptatt av å yte litt service. Det er jo litt forsmedelig hvis de, neste gang du får utskrift fra RTV, ikke er på listen din lenger. Det tyder på at du ikke har gjort jobben din eller at de har vært misfornøyde.*

Mannlig fastlege, 53 år

Enkelte informanter beskrev hvordan de etter hvert tok hensyn til slike opplevelser i utøvelsen av portvaktrollen. Den responsen som var hyppigst nevnt i intervjuene var at en bestreber seg på å forbedre tilgjengeligheten ved legekantoret, gi bedre service og at pasienten får oppfylt forventningene sine. Konkrete eksempler var utvidet telefontilgjengelighet, kortere ventetid for ordinære timer, sykemelding per telefon og å oppfylle pasientens ønsker om sykemelding og henvisning.

Informantene følte at det er viktigere enn før å unngå konflikter og å tilfredsstille pasientene for å vise at en gjør en innsats for sine pasienter. Disse faktorene overskygger tilsynelatende irritasjonen ved å tape diskusjonen med pasienten og kompromittere sin faglige vurdering eller hensynet til rasjonelt ressursbruk. I noen få tilfeller fortalte informantene om eksempler på at de ikke hadde gitt etter for pasientens krav i en konfliktsituasjon. I alle disse tilfellene var det faglige motiver som lå bak og ikke idealer om prioriteringer i helsevesenet. Et eksempel som ble nevnt flere ganger var når pasienten ønsket B-preparater<sup>iv</sup> uten at det foreligger tilstrekkelig medisinsk begrunnelse for dette.

Flere informanter refererte til et annet aspekt ved konkurransesituasjonen som ser ut til å påvirker legenes adferd. De hevdet at det hersker en indre justis blant legene som sier at det er ukollegialt å ha lang liste, og leger med lange lister ble negativt omtalt i flere gruppeintervjuer. Et par av informantene hevdet at legene ved legevakten legger merke til hvilke fastleger som sender pasienter til legevakten på dagtid fordi de ikke har nok øyeblikkelig hjelp kapasitet selv, og at dette stort sett er leger med meget lange lister. Slike "listebaroner" ble beskyldt for å ikke være i stand til å gjøre en grundig jobb for alle sine pasienter og at de belaster legevakten og andre kollegaer fordi de ikke makter å ekspedere alle henvendelser fra det store antallet listepasienter.

*Det er litt sånn indre justis i kollegiet og. Allmennlegeutvalget i bydelen har jo ganske klart sagt fra at de som har altfor lang ventetid, de burde vær så god se å redusere lista si. Og jeg tror at i bydelen så er det nå åtte - ni som har bedt om å få redusert lista si, men bare to som ba om å få den øket. Det blir og litt mer dårlig samvittighet for dine pasienter hvis ventelistene er for lange.*

Kvinnelig fastlege, 54 år

En uskreven enighet om at pasientene burde fordeles noenlunde likt ser ut til å råde blant legene, og at å holde på en liste med over 2000 pasienter er usolidarisk og vitner om at en lar økonomiske motiver overskygge faglig ansvar. Flere fortalte at de hadde blitt enige internt i praksisgruppen om hvilket listetak de skulle be om ved innføringen av FLO. I tillegg til den generelle pasientmangelen, ser det ut til at presset fra kollegaer blir et argument for å holde listelengden på et moderat nivå og heller kompensere ved å gjøre mer for hver enkelt pasient og dermed øke refusjonsinntekten. Ingen av informantene uttalte seg negativt om det å gjøre mer for hver enkelt pasient, dette ble sett på som en lønnsom og faglig forsvarlig strategi:

*Hvis du går inn på tilbudet til hver enkelt pasient, så er det sånn at jo bedre jobb du gjør, jo større inntjening har du. Og helseøkonomisk så er det og rasjonelt at du gjør mest mulig lokalt, så det er jo sammenfallende interesser.*

Mannlig fastlege, 41 år.

## *2. Økte forventninger til legene*

Informantene fortalte at de følte økte forventninger, noen ganger i form av krav fra pasientene. Dette ble beskrevet som en markert endring ved innføringen av FLO. I begynnelsen hendte det at pasienter bestilte time bare for å hilse på fastlegen sin. Dette kunne gi legen en følelse av økte, om enn noe uklare, forventninger til den nye ordningen og fastlegens rolle:

*Jeg synes de har noe annet i blikket, en litt annen forventning når de kommer inn nå. Og når du ser at det står på journalkortet, ok, det er min pasient, det lyser mot deg hver gang du slår opp – det er min pasient som er inne her nå. Og har du en 45-50-åring inne, så er det klart at du vet at han skal du følge, han forventer at du gjør noe i forhold til det forebyggende også. Så jeg må si at jeg føler det annerledes nå enn før, selv om jeg hadde faste pasienter da også.*

Mannlig fastlege, 44 år

*Men jeg merker veldig forventninger fra pasienter som kommer og sier at du er blitt fastlegen min. Det ligger noe udefinert i luften som jeg aldri opplevde før, sånn at jeg føler meg veldig forpliktet i forhold til dem.*

Kvinnelig fastlege, 60 år

Men forventningene til fastlegen ble ikke alltid oppfattet som så vage. Flere av legene opplevde at pasientene var tydelige på at de forventet at fastlegen skulle ta seg av deres medisinske problem og tilby dem det de måtte be om uten forsinkelser. Noen ganger ble forretningene eksplisitt knyttet til FLO. I tillegg til betegnelsen “advokat” som vi innførte i gruppediskusjonene, kom ord som “tjener” og “kelner” opp flere ganger for å beskrive hvordan informantene noen ganger opplevde sin rolle som fastleger.

*En merker forventningene på en litt annen måte, at det er bilen min og huset mitt og legen min og jobben min. Og du ser det på henvisninger og sånt, at de forventer at du skal ordne ting nesten i det øyeblikket de knipser. Så du blir dradd litt mer enn det som er behagelig av og til.*

Mannlig fastlege, 33 år

*Det jeg oppfatter som en endring er at pasientene mener at de har rett på min tid på en annen måte enn før. [...] Det er sånn at min fastlege skal betjene mine problemstillinger når jeg har behov for det og ikke når det er ledig tid en eller annen gang i en fjern framtid eller når det passer fastlegen. Det er et sånt stemningsskifte, synes jeg.*

Mannlig fastlege, 41 år

*De ringer og sier at ja, du er jo min fastlege, så da må du ordne det. [...] Det er mer tidspress, liksom – alt skal skje fort. Og i forhold til forsikringsselskap og sånne ting; de kommer jo med sånne forsikringsgreier som man skal fylle ut og “du er jo min advokat, altså du er jo på mitt parti”, ikke sant?*

Mannlige fastlege, 40 år.

Ettersom vi kun har intervjuet leger, er det vanskelig å vurdere i hvilken grad pasientenes forventninger faktisk har endret seg og hvor mye av den rapporterte endringen som springer ut fra legenes egne forventninger til sin rolle i FLO, men for vårt formål er det uansett relevant at legene opplever økt forventningspress fra pasientene og at de bruker dette som en forklaring på egne endrede holdninger til portvaktrollen.

*Mitt inntrykk er at det har påvirket forholdet mellom meg og pasientene på den måten at det blir en sterkere binding. Jeg føler et press som jeg ikke gjorde før av en eller annen grunn. Om det kan være fordi jeg har satt meg inn i FLO og vet forventningene til den, eller om det er pasientene som faktisk presser meg, det tør jeg ikke si.*

Mannlig fastlege, 41 år

### 3. Økt ansvar

Informantene var spesielt opptatte av at FLO innebærer en endret ansvarsstruktur. Ansvaret oppleves større men samtidig tydeligere og klarere avgrenset.

Ettersom fastlegen nå i stor grad er den eneste legen pasientene oppsøker, har legene bedre kontroll og oversikt over pasientens helse, men dette betyr også at om det blir begått en feil eller hvis en sykdomstilstand blir oversett, er ansvaret lett å plassere.

*G: Det å overse en cancerdiagnose, ville det oppleves verre nå overfor en fast pasient enn hva det ville ha vært overfor en sånn som gikk stort sett til deg, men som ellers brukte litt andre?*

*P: Du ville føle deg – dummere, for å si det sånn.[...]*

*G: Ja, du kan regne med at du kan få den igjen, at det der var feil, sant?*

*K: Ja, enten bytter de veldig bevisst lege etterpå og da er det jo så synlig.*

*G: Du blir jo ikke akkurat portvakt, det blir kanskje det motsatte fordi at, altså rent faglig, ønsker du å få dem tilbake igjen. Før var det liksom ikke så fast, men nå sitter du med ansvaret...*

(Flere informanter, smågruppe, Hordaland)

Enkelte uttalelser fra informantene kan tyde på at det hersker en gjensidig følelse av eierskap mellom fastlegene og listepasientene. Informantene mente pasientene til dels opplever større barrierer på å skifte lege nå: De hadde inntrykk av at veldig få pasienter i utgangspunktet vet hvordan en skifter lege, og noen av legene nevnte også at det kan føles som sosial belastende for pasienter å ”svikte” legen sin, særlig på mindre steder. Fra legens side oppleves også bindingen som sterkere og legens ansvar for pasientpopulasjonen er understreket som en forpliktelse i legens kontrakt med kommunen(2000).

*Jeg tror vel at på en måte alle konsultasjoner står i en litt større sammenheng, altså det er mindre rent tilfeldige. Det var jo en del som kom innom, og som vi visste at det er i dag, og så er det ikke flere ganger. Nå er det en del av et slags skjebnefellesskap som du har med pasienten din. Du må følge opp uansett hva du velger, og det står i en større sammenheng, fordi at du får ham jo tilbake igjen, sjøl om han har vært hos spesialist, så det å henvise løser jo veldig sjelden et problem, det er bare å få hjelp til en vurdering, og så må du sjøl følge opp videre.*

Fastlege, mann, 15 års erfaring

Legene har imidlertid mistet noe av muligheten til å manipulere med pasientpopulasjonen. Fastlegene mener at det er blitt vanskeligere å skyve ut brysomme pasienter.

*Det er lettere for pasienten å bytte lege enn for legen å kvitte seg med ubehagelige pasienter.*  
Kvinnelig fastlege, 54 år.

På den annen side er ansvaret begrenset til listebefolkningen. Flere informanter uttrykte lettelse over at de nå kunne avvise og videresende pasienter som ikke var deres med god samvittighet. Denne tosidigheten ved ansvarsforholdet i FLO, var det flere som beskrev at de hadde et ambivalent forhold til.

*Du føler at du har et større ansvar. Du kan liksom ikke bare si at du får gå til legen når du føler for det. Du gjør heller en avtale om tre - fire måneder igjen for å følge opp pasienten og har legitimitet på det. Men samtidig, [når andres pasienter konsulterer], så har du igjen en legitimitet til å kunne bli kvitt det ansvaret. Du har ikke noe oppfølgingsansvar. Det ansvaret jeg har for pasienten, det er her og nå, og da har pasienten selv et ansvar for å oppsøke sin fastlege, og fastlegen har et ansvar for å ta pasienten. Det synes jeg er en kjempefordel for uten kan du bli hengende igjen med en del sanne utskudd.*

Mannlig fastlege, 44 år

Informantene mente ikke at de kjente pasientene sine bedre ennå, tatt i betraktning den korte tiden FLO hadde eksistert på intervju tidspunktet. Men mange følte likevel at tilknytningen til pasientene var blitt nærere. Noen få mente at bedre kjennskap til pasientene ville gjøre det lettere å være streng portvakt, men ingen av disse hadde ennå gjort seg erfaringer i den retning.

Informantene hadde gjennomgående en oppfatning om at ansvaret er større etter reformen, men om de opplevde dette som positivt eller negativt, varierte. Det var en tendens til at kvinner syntes ansvaret var mer tyngende enn menn. Noen av de kvinnelige informantene mente dette skyldes at deres mannlige kollegaer i større grad klarer å koble ut tanken på jobben ved arbeidsdagens slutt. Ellers var det en del felles elementer som ble trukket frem av dem som følte ansvaret tyngende: I FLO er det vanskeligere å koble ut jobben etter arbeidstid, en er mer alene om ansvaret og det er nødvendig å ha oppdatert kunnskap over et bredere felt, fordi en ikke lenger kan "spesialisere seg" gjennom at pasientene går til en for spesielle problemer og til andre med andre typer problemer. Andre var opptatt av at en er mer bundet til praksisen fordi en må skaffe vikar ved ferie, sykdom eller permisjon. Av positive sider mente flere at ansvaret ikke hadde økt like mye som kontrollen med pasienten. Ettersom pasienten nå har et ansvar for å samle "hele kroppen" hos fastlegen, og denne også får oversikt over tiltak satt i verk av spesialister, er det blitt lettere å gjøre en ansvarlig jobb.

*Det er ok å ha bedre kontroll og kanskje forventninger til at jeg i større grad må ta ansvaret og være orientert om alle sider av de som har kanskje gått og shoppet noe her og noe der, så var det lettere*



egentlig å ikke prøve å ta tak i alle problemstillingene rundt pasienten tidligere kanskje. Og nå virker det, iallfall for meg, som at jeg har et mer helhetlig ansvar og vet at det preger hvordan jeg tenker eller agerer.

Mannlig fastlege, 42 år.

Legene hevdet at det mer omfattende ansvaret fikk dem til å arbeide etter mer langsiktige og forebyggende strategier forhold til pasientene. Flere nevnte at de laget en profil over nye pasienter, spesielt om de var i en risikogruppe, at de kalte inn oftere til kontroll og gjorde grundigere undersøkelser av pasientene. Noen syntes å ha blitt mer risikoaverse og nevnte faren for at tiden ville bringe "amerikanske tilstander" i forhold til at de kunne bli holdt juridisk ansvarlige eller få erstatningskrav om de skulle gjøre noe feil.

## Diskusjon

Undersøkelsen tyder på at fastlegeordningen får konsekvenser for legenes skjønnsmessige avgjørelser ved at de er mer ettergivende som portvakt i avgjørelser som taes i møte med listepasientene. De sier også at de har faglige og økonomiske motiver til å øke aktivitetsnivået per pasient.

Informantene sier de opplever mer press på tilgjengelighet og service fra pasienter, at pasientene har fått mer makt i forhold til legen og at de har et større ansvar for sine pasienter.

Litt på siden av fokus for studien, fant vi at forholdet mellom kollegaer i primærhelsetjenesten har endret seg og at dette ser ut til å ha en indirekte innvirkning på portvaktrollen og aktivitetsnivået. På grunn av konkurransesituasjonen presser kollegaer hverandre til å holde listelengden på et moderat nivå. Sammen med et aktivitetsbasert betalingsdel som kan utgjøre opp til 70% av inntektene, gir dette incentiver til å sette listetaket lavt og kompensere for en relativt kort liste med å øke aktivitetsnivået.

Informantene hevder at de responderer med bedre tilgjengelighet, at de strekker seg lenger for at pasientene skal få oppfylt sine forventinger og at de legger mer vekt på å arbeide grundig og anvende langsiktige strategier i de kliniske avgjørelsene. Det ser ut til at FLO innebærer et hopp i en pågående trend mot mer pasientautonomi i kliniske avgjørelser.

Fastlegene opplever altså at faglige, sosiale og privatøkonomiske insentiver i FLO driver dem til å gjøre så mye som mulig for hver listepasient som kontakter dem. De fleste mener at dette gir et bedre helsevesen, gjør pasientene fornøyde og er økonomisk gunstig for fastlegene. Samtidig er det grunn til å tro at insentivene til å begrense ressursbruken i helsevesenet er blitt tilsvarende svekket i den nye ordningen.

Det er vanskelig å si hvor stor denne endringen er. Vi hadde ikke muligheten til å samle inn tilsvarende data fra før innføringen av FLO, men vi vet at en stor del av norske allmennleger tradisjonelt har oppfattet seg som portvakter i helsetjenesten (Getz, Westin et al. 1994). Angela Coulter (og mange andre) har påpekt at i land hvor pasienter henvender seg direkte til spesialisthelsetjenesten (som f.eks. USA, Tyskland, Frankrike og Sverige) er kostnadspresset høyere enn i land hvor pasientene 'filtreres' gjennom en velfungerende primærhelsetjeneste (Coulter 1998). Samtidig vet vi at mange allmennleger i økende grad også oppfatter seg som pasientens advokat (Schei, Norheim et al. 2000; Wyller 2000). I en norsk studie fra 1993 fant man at blant 109 allmennpraktikere rapporterte 68 % at de hadde avstått fra å anbefale beste behandling fordi den var for kostbar (Arnesen and Fredriksen 1995). Ettersom Arnesen og Fredriksens studie var basert på en survey, er det vanskelig å sammenlikne resultatene direkte

og dermed estimere om endringen vi finner er betydelig. Det er mulig at portvaktrollen blir praktisert så lenge legen og pasienten er enige eller når legen klarer å overbevise pasienten om sitt syn, men sjelden når det motsatte er tilfelle. En senere norsk studie (Gulbrandsen, Førde et al. 2002) viser at mer enn halvparten av primærlegene (før FLO) noen ganger eller ofte vurderte pasientens ønsker som mer avgjørende enn sine egne faglige vurderinger for avgjørelser om tiltak, og primærlegenes villighet til å innta portvaktrollen ser ut til å være synkende. Forfatterne fremholder også at det moderne fokus på pasientens rett til å bestemme over egen behandling kan bli en unnskyldning for å unngå den ubehagelige oppgaven å sette grenser ut fra økonomiske argumenter.

*Jeg oppfatter det sånn at vi som allmennleger veldig sjelden tenker på dette aspektet med samfunnsøkonomi, at vi for eksempel lar være å foreta en henvisning p.g.a. at dette vil koste samfunnet mye penger. Vi pleier jo vanligvis å begrunne det ut fra mer rasjonelle argumenter om hva som er best for pasienten, og så sier vi det at det vil komme lite nytte ut av den og den henvisningen, derfor så lar vi være å gjøre det. At det implisitt også medfører en besparelse for samfunnet, det tror jeg vi prøver å ikke tenke så veldig mye på, sånn at vi i liten grad tar avgjørelser ut fra hva som samfunnet er mest tjent med.*

Mannlig fastlege, 33 år.

Utvalget er ikke tilfeldig, men når en sammenlikner profilen av utvalget med tall for hele fastlegebefolkningen i Norge ser utvalget ut til å representere hoveddelen av fastlegene (se Tabell 1). Utvalget ser likevel ut til å skille seg fra fastlegebefolkningen for øvrig på to måter som kan tenkes å ha betydning for resultatene. På den ene siden er alle informantene medlemmer i veiledningsgrupper eller smågrupper for å oppnå eller vedlikeholde spesialitet i allmenntillegener eller samfunnsmedisin. Dette kan tyde på at informantene er mer enn gjennomsnittlig bevisste på tema som angår legerollen og FLO og at de dermed er mer oppmerksomme på endringer og kanskje oppfatter endringer som større enn det andre fastleger gjør. På den annen side er utvalget i mindre grad rasjonert enn fastlegebefolkningen. Den forventede effekten av dette vil være at deres oppfattelse av konkurranse og konsekvensene av dette er mindre fremtredende enn for snittet av fastlegene.

En generell utfordring ved gruppeintervjuer er at enkelte informanter kan komme til å dominere gruppen både når det gjelder taletid og ved å uforholdsmessig påvirke de andre informantenes holdninger. I denne studien registrerte vi mer eller mindre livlige diskusjoner i alle intervjuene der forskjellige holdninger ofte ble prøvet mot hverandre og utfordret. På den annen side er det alltid vanskelig å gjette det som måtte være usagt. Vi registrerte hver informants andel av samtalen, og det viste seg at denne varierte betydelig (Tabell 1). Vi finner at de informantene som snakker mest er de som hadde sterkest uttalt sympati eller antipati for FLO, mens de som snakker lite hadde mer moderate holdninger til ordningen. Her er selvsagt kausaliteten uavklart.

En annen metodisk begrensning med intervjuundersøkelser er at informanter ikke alltid gjør det de sier at de gjør. Dette kan skyldes mangel på oversikt over egne handlinger eller bevisst forledning. Uansett betyr dette at resultatene bør tolkes med forsiktighet når det gjelder praktiske konsekvenser av holdningsendringen. Det vil etter hvert foreligge offentlig statistikk som viser faktiske endringer på makronivå for en del av fastlegenes aktiviteter.

I følge våre informanter er norske primærleger reelle portvakter i enda mindre grad enn før FLO. Aktivitetene er i større grad enn før pasientstyrt, men dette fører ikke nødvendigvis til et økt aktivitetsnivå i primær og/eller sekundærhelsesektoren og dermed til et dyrere

helsevesen. Enkelte studier indikerer at kontinuitet i lege - pasient forholdet reduserer kostnader på lang sikt, men sammenhengen mellom kontinuitet og ressursbruk er kompleks, f. eks ser en at med økende kontinuiteten går konsultasjonstiden ned og prøvetaking reduseres, men sykemeldinger og henvisninger øker (Hjortdahl and Borchgrevink 1991; Weiss and Blustein 1996). Studier fra USA viser at velinformerte pasienter gjerne avstår fra "lovende" eller eksperimentelle tiltak, som f. eks fjerning av prostata ved prostata kreft (Flood, Wennberg et al. 1996); (Wolf, Nasser et al. 1996). Når det gjelder kontinuitet mellom lege og pasient i FLO, var det for tidlig å se noen effekt av dette på intervju tidspunktet.

At legene uavhengig av portvaktrollen har motiver til å øke aktivitetsnivået er spesielt aktuelt i dagens situasjon med relativ knapphet på pasienter i FLO. Vi fant flere eksempler på at rasjonerte leger sier de øker aktivitetsnivået for å tjene mer per pasient gjennom refusjoner. Dette bekrefter andre studier som indikerer at aktivitetsbaserte betalingsordninger fører til økt aktivitetsnivå. Aktivitetsbasert finansiering ser ut til å øke aktivitetsnivået på legekantoret og begrense henvisninger, men resultatene er usikre, og det finnes meget få studier der en har hatt tilgang til en kontrollgruppe. Når det gjelder hvordan den listebasert refusjonsdel påvirker aktivitetsprofilen, ser dette ut til å avhenge av konkurransesituasjonen. Med knapphet på pasienter, vil legene ha insentiver til å gjøre så mye for hver pasient at de ikke skifter lege (Chaix-Couturier, Durand-Zaleski et al. 2000); (Gosden, Forland et al. 2002); (Krasnik, Groenewegen et al. 1990); (McGuire 2000) (Scott 2000).

Dersom FLO fører til en aktivitetsøkning i primærhelsesektoren på bekostning av aktiviteter i sekundærhelsesektoren, er dette effektiv ressursbruk og i tråd med myndighetenes intensjoner om at FLO skal føre til mest mulig ressursbruk på et lavest mulig behandlingsnivå.

I den offentlige debatt i forkant av reformen har det blitt uttrykt en viss bekymring for at barrierene på å skifte fastlege ville hemme konkurransen og at pasientene dermed ville få dårligere service ved legekantorene (Fjell 2001; Mjør 2001). Eksempler på fastleger med mer enn 2000 pasienter på listen har blitt trukket frem i media for å vise at fastlegene kan håve inn en god inntekt uten å se en eneste pasient, og at FLO dermed fører til at legene gjør mindre innsats for pasientene enn før (Hansen and Wang 2001; Tjersland, Mjør et al. 2001; Vollset 2001; Holterman and Egeberg 2002). Denne studien viser at fastlegene er klar over at mange pasienter opplever barrierer på å skifte lege men at de likevel opplever at de er i en tydeligere konkurransesituasjon i FLO. Dermed handler de med tanke på trusselen om å miste pasienter. Fastlegenes holdninger til dette kan endre seg med tiden når de erfarer hva som skal til for at pasienter etter hvert skifter fastlege eller dersom konkurransesituasjonen endres. Denne studien ble gjennomført mindre enn et år etter at FLO trådte i kraft, og det er ikke gitt at effektene av FLO på konkurransesituasjonen vil fortsette på samme måte i fremtiden.

### **Avsluttende kommentar**

I fastlegeordningen har primærlegene en mer sentral rolle som forvalter av helsevesenets ressurser, og pasientenes muligheter til å "shoppe" mellom leger er redusert. I kontrast til dette indikerer denne studien at legene i mindre grad tar hensyn til offentlig ressursbruk i sine skjønnsmessige vurderinger og at portvaktfunksjonen hos allmennlegene er blitt svekket som en følge av reformen. Om dette medfører et mindre effektivt helsevesen i Norge er utenfor rammen av studien og muligens for tidlig å si noe om, men ikke desto mindre bør helsemyndighetene være seg bevisste risikoen for å miste primærlegene som reelle portvakter. Det er et tankekors at det politisk aktuelle budskapet om å styrke pasientens autonomi kanskje ikke er kompatibelt med å bruke primærlegen som portvakt. Et annet paradoks er at

store deler av ressursbruken i helsevesenet styres av portvakter som er i konkurranse med hverandre.

## Referanser

<http://www.ssb.no/emner/03/02/helsetjko/arkiv/tab-2001-10-12-11.html>, Statistisk sentralbyrå, SSB. 2000.

(1999). Ot. prp. nr 99. 1998-99. Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen).

(2000). I-0988/2-B Fastlegeordningen i kommunene (Forskrift av 14. april 2000).

Arnesen, T. and S. Fredriksen (1995). "Coping with obligations towards patient and society: an empirical study of attitudes and practice among Norwegian physicians." Journal of medical ethics 21: 158-161.

Bradley, C. P. (1992). "Factors which influence the decision whether or not to prescribe: the dilemma facing general practitioners." British Journal of General Practice 42: 454-458.

Chaix-Couturier, C., I. Durand-Zaleski, et al. (2000). "Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues." Int J Qual Health Care 12(2): 133-142.

Coulter, A. (1998). "Managing demand at the interface between primary and secondary care." British Medical Journal 316: 1974-1976.

Fidler, H., J. Lockyer, et al. (1999). "Changing Physicians' Practices: The Effect of Individual Feedback." Academic Medicine 74: 702-714.

Fjell, K. (2001). Fastlåst i legeordning. NHH Silhuetten. 17: 2.

Flood, A. B., J. E. Wennberg, et al. (1996). "The importance of patient preference in the decision to screen for prostate cancer." J Gen Intern Med 11: 342-349.

Getz, L., S. Westin, et al. (1994). "Lege og sakkynndig - mellom barken og veden?" Tidsskrift for den norske Lægeforening 114(12): 1435-1440.

Giorgi, A. (1985). Phenomenology and psychological research. Pittsburgh, Duquesne University Press.

Gosden, T., F. Forland, et al. (2002). Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians (Cochrane Review). The Cochrane Library, Oxford: Update Software.

Gulbrandsen, P., R. Førde, et al. (2002). "Hvordan har legen det som portvakt?" Tidsskrift for Den norske lægeforening 122: 1874-1879.

Hansen, C. K. and K. E. Wang (2001). Umulig å nå frem til legen. Bergens Tidende. Bergen: 3.

Hjortdahl, P. and C. F. Borchgrevink (1991). "Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations." British Medical Journal 303: 1181-1184.

Holterman, S. and K. Egeberg (2002). Fastlegen kan tjene 750 000 før han har sett en eneste pasient. Dagbladet. Oslo: 8-9.

Iversen, T. and H. Lurås (1998). The effect of capitation on GP's referral decisions. Oslo, University of Oslo: Senter for helseadministrasjon skriftserie/Center for Health Administration Working Paper: 30.

Iversen, T. and H. Lurås (2000). "Economic motives and professional norms: The case of general medical practice." Journal of Economic Behavior and Organization 43: 447-470.

- Krasnik, A., P. P. Groenewegen, et al. (1990). "Changing remuneration systems: effects on activity in general practice." *BMJ* **300**(6741): 1698-1701.
- Kvale, S. (1996). *Interviews. An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, SAGE Publications.
- McGuire, T. G. (2000). Physician agency. *Handbook of Health Economics*. A. J. Culyer and J. P. Newhouse. Amsterdam, Elsevier: Chapter 9.
- Mjør, K. (2001). Fastlegeordningen hemmer den frie konkurransen. *Bergens Tidende*. Bergen: 2.
- O'Donnel, C. A. (2000). "Variation in GP referral rates: What can we learn from the literature?" *Family Practice* **17**(6): 462-471.
- Rikstrygdeverket (2002). Styringsdata for fastlegeordningen, 3. kvartal 2002, Trygdeetaten. **2002**.
- Schei, E., O. F. Norheim, et al. (2000). "Legen - den enøydte samaritan?" *Tidsskrift for Den norske lægeforening* **120**(10): 1207-1209.
- Scott, A. (2000). Economics of General Practice. *Handbook of Health Economics*. A. J. Culyer and J. P. Newhouse. Amsterdam, Elsevier Science B.V. **1**.
- Tjersland, E., K. Mjør, et al. (2001). Mindre enn ti minutter på hver pasient. *Bergens Tidende*. Bergen: 3.
- Virji, A. and N. Britten (1991). "A study of the relationship between patients' attitudes and doctors' prescribing." *Family Practice* **8**(4): 314-319.
- Vollset, M. (2001). 695.000 uten å jobbe. *Bergens Tidende*. Bergen: 3.
- Webb, S. and M. Lloyd (1994). "Prescribing and referral in general practice: a study of patients' expectations and doctors' actions." *British Journal of General Practice* **44**: 165-169.
- Weiss, L. J. and J. Blustein (1996). "Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans." *American Journal of Public Health* **86**: 1742-47.
- Wolf, A. M. D., J. F. Nasser, et al. (1996). "The impact of informed consent on patient interest in prostate-specific antigen screening." *Arch Intern Med* **156**: 1333-1336.
- Wyller, V. B. (2000). "Gi keiseren hvad keiserens er..." *Tidsskrift for Den norske lægeforening*(25): 3062-3065.

## Noter

<sup>i</sup> Henvisningsordningen ble skjerpet samtidig med innføringen av FLO. Det ble blant annet innført høyere egenandel for pasienter som kommer til spesialist uten å ha henvisning fra annen lege, og gyldigheten av en henvisning ble fastsatt til maksimalt ett år. Fra 01.01.2002 ble ordningen moderert for noen pasientgrupper.

<sup>ii</sup> Fastlegeforsøket omfatter 4 kommuner som har hatt fastlegeordning siden 1993.

<sup>iii</sup> Veiledningsgrupper er ledet av en spesialist i allmennmedisin eller samfunnsmedisin og gruppene er en del av spesialistutdanningen. Smågrupper er grupper for spesialister som ønsker å vedlikeholde spesialiteten.

<sup>iv</sup> B-preparater er beroligende medikamenter, sovemedisiner og enkelte smertestillende preparater som kan være vanedannende.

**Tabell 1: Profil av utvalget og bakgrunnsdata over fastlegene i Hordaland, Oslo og hele landet.**

Variabler	Utvalg*	Min	Max	Hordaland***	Oslo***	Hele landet***
-----------	---------	-----	-----	--------------	---------	----------------

<b>Fastleger</b>	<b>81</b>			<b>369</b>	<b>447</b>	<b>3692</b>
<b>Kjønn: Mann</b>	<b>58%</b>					<b>71%</b>
<b>Alder</b>	<b>43</b>	<b>30</b>	<b>60</b>			<b>46</b>
<b>Erfaring</b>	<b>11</b>	<b>0.5</b>	<b>27</b>			
<b>Listetak</b>	<b>1273</b>	<b>330</b>	<b>2500</b>	<b>1291</b>	<b>1347</b>	<b>1301</b>
<b>Listestørrelse</b>	<b>1215</b>	<b>330</b>	<b>2000</b>	<b>1132</b>	<b>1139</b>	<b>1152</b>
<b>Åpen liste</b>	<b>39%</b>			<b>52%</b>	<b>75%</b>	<b>53%</b>
<b>Spesialist</b>	<b>44%</b>			<b>53%</b>	<b>57%</b>	<b>59%</b>
<b>Praksis i by</b>	<b>68%</b>					
<b>Fylke; Hordaland</b>	<b>80%</b>					
<b>Gruppepraksis**</b>	<b>93%</b>					<b>78%</b>
<b>Taletid, kvinner**</b>	<b>0.007</b>	<b>0.001</b>	<b>0.020</b>			
<b>Taletid, menn**</b>	<b>0.009</b>	<b>0.002</b>	<b>0.024</b>			
<b>Syn på FLO**</b>	<b>0.6</b>	<b>-1</b>	<b>1</b>			

\* Data fra spørreskjema utfylt av informantene før gruppeintervju. (Andelene er beregnet på grunnlag av antall svar på spørsmålene.)

\*\* Kvantifiserte data fra intervjumaterialet.

\*\*\* Data fra Rikstrygdeverket: Aktuell informasjon. Finnes på: <http://www.trygdeetaten.no/aktuelt/2001-05-10.html>. 30.04. 2002.

Styringsdata fra Fastlegeordningen. I. kvartal 2002. Finnes på:

[http://www.trygdeetaten.no/default.asp?strTema=trygdeetaten&path=tall\\_mrog\\_mrfakta&path\\_sub=styringsdata](http://www.trygdeetaten.no/default.asp?strTema=trygdeetaten&path=tall_mrog_mrfakta&path_sub=styringsdata). 05.11. 2002.