

Påverkar legens kjønn og arbeidsbyrde pasientane?

Samandrag

Bakgrunn. I artikkelen diskuterast korleis variasjonar i legens kjønn og arbeidsbyrde verkar inn på pasientanes oppleving av tidsbruken i konsultasjonen, ventetida for legetime, bruken av legevakt og avtalte kontrolltimar.

Materiale og metode. Data er henta frå 2003-utgåva av Statistisk sentralbyrås levekårspanel (nettutval 5 000 personar) og Rikstrygdeverkets register over fastlegar.

Resultat. I stor grad er det variasjonar i helsetilstand som bestemmer pasientferingane. Arbeidsbyrden til legen har ikkje noko å seie for om pasienten brukar legevakt i staden for fastlege eller kor lenge pasienten oppfattar at konsultasjonen varte. Omfanget av avtalte kontrolltimar er òg lite påverka av arbeidsbyrde. Desse resultatane gjeld både kvinnelege og mannlege legar. For dei som brukar kvinneleg lege med stor arbeidsbyrde, tek det lengre tid å få time og fleire er misnøgd med ventetida. Tilsvarande samanheng er ikkje påvist for mannlege legar. Derimot har mannlege legar med låg arbeidsbyrde korte ventetider.

Talking. Få negative utslag for legar med høg arbeidsbyrde kan skuldast at pasientpopulasjonen deira var meir bevisste i sitt val av lege. Desse legane ville neppe hatt ein slik popularitet dersom pasientane sjeldnare hadde avtaler om kontrolltimar, kortare konsultasjonar eller oftare måtte bruke legevakt. Lengre ventetider for dei som brukar kvinnelege legar, kan ha samband med meir deltidssarbeid.

Jon Erik Finnvoll

jef@ssb.no

Seksjon for helsestatistikk
Statistisk sentralbyrå
Postboks 8131 Dep
0033 Oslo

Tre av ti fastlegar er kvinner. Dette talet har vore relativt stabilt i åra 2001–05, samtidig som rekrutteringa av kvinner til medisin har vore aukande. Det betyr at ein minkande del av kvinnelege legar er fastlegar (1). Data frå 2001 syner at 62 % av pasientane hos desse legane var kvinner, mens tilsvarande for mannlege fastlegar var 47 %. Dette har samband med at kvinner ofte helst vil ha ein kvinneleg lege (2). Ettersom kvinner oftare er hos legen og mottek fleire tenester enn menn (3), har det vore diskutert om kvinnelege legar er utsett for ei større arbeidsbelastning enn sine mannlege kollegaer (3, 4). Stort arbeidspress hos kvinnelege legar kan dermed gå utover tilhøvet til pasientane.

Samstundes kan det å ha kvinneleg lege bety noko positivt for pasienten. Legane sjølve ser ut til å meine at kjønnsespesifikke kvalifikasjonar faktisk blir avspegla i kontakten med pasientane (5). I ein litteraturgjennomgang blir det konkludert med at kvinnelege legar er meir involverte i og lydhøyre overfor pasienten (6). Andre undersøkingar har vist at kvinnelege legar i allmennpraksis brukar lengre tid på konsultasjonane og tek fleire prøver (7, 8). Likevel er det vanskeleg å konkludere om det verkeleg er forskjellar i arbeidsmåte, fordi kvinnelege legar ofte har ein pasientpopulasjon som er ulik den mannlege kollegaer har (9).

I denne artikkelen spør vi om det betyr noko for pasienten om fastlegen er kvinne eller mann i høve til ventetid på legetime, oppleving av om legen brukar nok tid i konsultasjonen, bruk av legevakt og omfang av avtalte kontrolltimar. Analysane tek omsyn til at arbeidsbyrde og pasientpopulasjon kan variere systematisk mellom kvinnelege og mannlege legar.

Materiale og metode

Datagrunnlaget byggjer i hovudsak på Levekårspanelet til Statistisk sentralbyrå, som blei etablert det første halvåret av 1997. Panelet omfattar eit utval på om lag 5 000 personar, der dei same personane blir kontakta år etter år. I 2003 var legetenester eit hovudtema. Opplysingar om fastlegane til deltakarane blei då henta frå Rikstrygdeverket sitt register over fastlegar. Koplinga tek ut-

gangspunkt i situasjonen ved utgangen av mars 2003, då intervjuinga av panelet var på sitt mest intense. Ettersom intervju blei gjennomført i tida frå februar til juni, greier ein ikkje å få nøyaktig samsvar mellom situasjonen til respondenten og det som er oppgitt i fastlegeregisteret.

Svarprosenten for panelet er normalt på omlag 70 %. For meir detaljerte opplysingar om utval og fråfall, sjå Finnvoll & Paulsen (10). I den enkelte analyse og tabell i artikkelen vil talet på personar som svarte variere. Utover fråfallet er den viktigaste grunnen at mange av spørsmåla berre er stilte til personar som har hatt legekontakt det siste året. Analysar som byggjer på koplingar av fleire årgangar vil òg ha færre som svarer.

Statistikk og variabeldefinisjonar

Ventetid for legetime. Ventetid er operasjonalisert på to måtar: Subjektiv tilfredsheit er målt med fråsegna: «Det tok alt for lang tid å få time hos legen» (svarkategoriane var «helt enig», «litt enig», «litt uenig», «helt uenig»). Antall dagar med ventetid er fanga opp med formuleringane: «Har du de siste 12 månedene bestilt time hos allmennlege eller fastlege på grunn av egen sykdom? Ikke regn med situasjonar der du trengte øyeblikkelig hjelp» og «Hvor mange dagar måtte du vente på å få time sist gang du bestilte?»

Tidsbruk i konsultasjonen. Fråsegna «Legen gav meg ikke nok tid» med svar-kategoriane «helt enig», «litt enig», «litt uenig», «helt uenig» definerer pasientanes subjektive oppleving.

Avtalte kontrolltimar. Vi målte respons på spørsmålet «Har du i dag faste avtaler med allmennlege eller fastlege om legesjekk eller legekontroller av egen helse, avtaler som gjelder uavhengig av om du er syk eller ikke?»

Legevakt. Her såg vi på respons på spørsmålet «Omtrent hvor mange kontakter had-

Hovudbodskap

- Høg arbeidsbyrde hos kvinnelege legar fører til lengre ventetider for pasientane
- Pasientar med dårleg helse opplever oftare at legen brukar nok tid
- Tilfredsheit med legetilbodet var høg og lite påverka av legens arbeidsbyrde

Tabell 1 Pasienterfaringar og bruk av legetenester mellom deltakarar i Statistisk sentralbyrås levekårspanel, 2003, i prosent og tal (N)

	Pro- sent	(N)
<i>Avtalte kontrolltimar¹</i>		
Ein eller fleire kontaktar siste 12 md.	14	(437)
Ingen kontaktar	86	(2 590)
Alle	100	(3 027)
Ikkje oppgitt	–	(9)
<i>Legevakt</i>		
Ein eller fleire kontaktar siste 12 md. pga. eigen sjukdom	22	(677)
Ingen kontaktar	78	(2 356)
Alle	100	(3 033)
Ikkje oppgitt	–	(3)
<i>Ventetid på legetime²</i>		
Meir enn fire dagars ventetid	47	(631)
Mindre enn fire dagars ventetid	53	(564)
Alle	100	(1 195)
Ikkje oppgitt	–	–
<i>Tilfredsheit med ventetid³</i>		
Misnøgd	26	(750)
Nøgd	74	(2 105)
Alle	100	(2 855)
Ikkje oppgitt	–	(181)
<i>Tilfredsheit med tid i konsultasjonen⁴</i>		
Misnøgd	19	(532)
Nøgd	81	(2 319)
Alle	100	(2 851)
Ikkje oppgitt	–	(185)

¹ Svar på spørsmålet «Har du i dag faste avtaler med allmennlege eller fastlege om legesjekk eller legekontroller av egen helse, avtaler som gjelder uavhengig av om du er syk eller ikke? Dersom ja, var det du selv eller var det legen din som foreslo at dere skulle ha faste avtaler om kontrollar?» (svaralternativ: «1. Jeg selv, 2. Legen min, 3. Husker ikke»)

² Spørsmålet blei stilt til dei som hadde bestilt legetime for eigen sjukdom dei siste 12 månadane

³ Respons på spørsmålet «Det tok alt for lang tid å få time hos legen». Misnøgd = «helt enig/litt enig», nøgd = «litt uenig/helt uenig»

⁴ Respons på spørsmålet «Legen gav meg ikke nok tid». Misnøgd = «helt enig/litt enig», nøgd = «litt uenig/helt uenig»

de du med legevakten på grunn av egen sykdom siste 12 måneder?»

Fastlegens kjønn og indikatorar for kapasitet. I fastlegeregisteret står faktisk og ønskt listelengd. Differansen mellom faktisk og ønskt listelengd er bruka til å definere legar med høg arbeidsbyrde (30 eller fleire pasientar meir enn ønskt) og legar med låg arbeidsbyrde (30 eller fleire pasientar færre enn ønskt). I desse to kategoriane av legar er også kjønn skilt ut, slik at analysen definerer fire ulike pasientgrupper: Dei som brukar kvinnelege eller mannlege legar meg høg

arbeidsbyrde, og dei som brukar mannlege eller kvinnelege legar med låg arbeidsbyrde.

I tillegg er indikatorar for sjuklegheit (alder, kronisk sjukdom og eigenvurdert helsetilstand) innarbeidd i analysane.

Resultat

14 % av svarpersonane hadde avtale om kontrolltime, mens 22 % hadde vore hos legevakt i løpet av dei siste 12 månadane. Nesten halvparten rapporterte meir enn fire dagar med ventetid for legetime, mens 74 % var fornøgd med ventetida (tab 1). I alt 81 % var nøgd med tida dei fekk i legekonsultasjonen. 40 % av dei mannlege legane ville helst hatt fleire pasientar, mens denne delen var 28 % for kvinnelege legar (tab 2). 17 % av dei mannlege legane hadde ei relativt høg arbeidsbyrde, mens 14 % av dei kvinnelege legane kom i denne kategorien. Berekning av listelengder bekreftar at kvinnelege legar gjennomgåande har kortare listelengder (gjennomsnitt på 1 189 pasientar for kvinnelege legar og 1 402 for mannlege).

Den typiske brukaren av legevakt er 16–24 år og har relativt dårleg eigenvurdert helse (tab 3) (11). Alder og helsetilstand er avgjerande for kven som har avtaler om kontrolltimar. Legens kjønn eller arbeidsbelastning har ingen innverknad på bruken av legevakt. Det er ein tendens til at legar med låg arbeidsbyrde noko sjeldnare avtaler kontrolltimar med pasientane sine.

Jo dårlegare pasienten oppfatar sin eigen helsetilstand, jo meir misnøgd er han med tida som konsultasjonen varte. Det er ikkje signifikante funn som tyder på at legens kjønn eller arbeidsbyrde har konsekvensar for subjektive erfaringar med lengda på konsultasjonen.

Pasientar som brukar mannleg lege med låg arbeidsbyrde, har relativt kort ventetid og opplever sjeldan at det tek for lang tid å få legetime. For dei som brukar kvinneleg fastlege med låg arbeidsbyrde, finn ein ikkje slike samanhengar. Derimot må pasientar på lista til kvinner med høg arbeidsbyrde vente lenger på å få time og er oftare misnøgd med tida det tek å få legetime. For dei med mannlege legar med stor arbeidsbyrde er det ikkje påvist tilsvarende samanhengar.

Diskusjon

Mange har vore redd for at legar med lange lister i mindre grad greier å dekkje behov for hjelp i akutte situasjonar (12). Denne undersøkinga gjev ikkje grunnlag for ei slik bekymring. Relativt høg arbeidsbyrde hos kvinnelege eller mannlege legar fører ikkje til at pasientane oftare må ty til legevakt.

Låg terskel til allmennlegenesta har vore eit sentralt mål ved fastlegeordninga. Tidlegare analysar syner at ventetida er blitt kortare etter innføring av reforma og at fleire er blitt meir nøgde med tida det tek å få legetime (13). Det er rimeleg å vente at legens arbeidsbyrde har konsekvensar for kor lenge pasienten ventar på time. Resultata viser òg at det er

Tabell 2 Svarpersonar i Statistisk sentralbyrå sitt levekårspanel, 2003, etter legerelasjonar, alder og helsetilstand

	Pro- sent	(N)
<i>Legens kjønn og arbeidsbyrde¹</i>		
Kvinner		
Låg arbeidsbyrde	28	(213)
Middels	58	(437)
Høg arbeidsbyrde	14	(109)
Alle	100	(759)
Menn		
Låg arbeidsbyrde	40	(893)
Middels	43	(955)
Høg arbeidsbyrde	17	(365)
Alle	100	(2 213)
Ikkje oppgitt	–	(65)
<i>Pasientens alder (år)</i>		
16–24	12	(369)
25–44	40	(1 217)
45–66	35	(1 070)
67–79	11	(322)
80 år og over	2	(58)
Alle	100	(3 036)
<i>Eigenvurdert helse²</i>		
Svært god	25	(770)
God	47	(1 422)
Verken god eller dårleg	20	(594)
Dårleg/svært dårleg	8	(245)
Alle	100	(3 031)
Ikkje oppgitt	–	(5)
<i>Kronisk sjukdom³</i>		
Har kronisk sjukdom	49	(1 481)
Utan kronisk sjukdom	51	(1 555)
Alle	100	(3 036)

¹ Legar med høg arbeidsbyrde har 30 eller fleire pasientar meir enn ønskt, mens legar med låg arbeidsbyrde har 30 eller fleire pasientar færre enn ønskt

² Svar på spørsmålet «Hvordan vurderer du din egen helse sånn i sin alminnelighet?»

³ For definisjonar, sjå Finnold & Svalund (11)

slik. I alle fall når det gjeld kvinnelege legar. Men pasientane til mannlege legar med høg arbeidsbyrde har ikkje lengre ventetider. Hos mannlege legar med låg arbeidsbyrde er det kort ventetid, utan at det same gjeld for kvinnelege legar med tilsvarende arbeidsbyrde. Kva er det med kvinnelege legepraksisar som gjer dei mindre tilgjengelege? Det kan vere at pasientar hos kvinnelege legar har preferansar som analysen ikkje tek høgde for, og som gjer at dei aksepterer lange ventetider òg alternativet er å bytte til ein mannleg lege. Dei som brukar kvinneleg lege tolererer kanskje lengre ventetider fordi det kan vere vanskeleg å finne ein ny kvinneleg lege. Ei anna moglegheit er at kvinnelege praksisar er mindre fleksible. Når kvinnelege legar gjennomgåande har færre pasientar på listene, vert dette tolka som

Tabell 3 Verknad av legens arbeidsbyrde, kjønn og pasientens helse og alder mellom deltakarar i Statistisk sentralbyrås levekårspanel, 2003. Oddsratio [95 % konfidensintervall] frå multivariat logistisk regresjonsanalyse

	Legevakt ¹	Lang ventetid ²	Misnøye med ventetid ³	Misnøye med tid i konsultasjonen ⁴	Legeinitierte kontaktar ⁵
(N)	(2 967)	(1 170)	(2 798)	(2 795)	(2 962)
<i>Legens kjønn og arbeidsbyrde⁶</i>					
Kvinner med høg arbeidsbyrde	0,8 [0,4–1,3]	1,8 [1,1–3,2]	1,7 [1,2–2,6]	0,9 [0,5–1,5]	1,2 [0,7–1,9]
Kvinner og menn med middels arbeidsbyrde	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse
Kvinner med låg arbeidsbyrde	1,4 [1,0–1,9]	0,8 [0,5–1,3]	0,9 [0,6–1,3]	1,2 [0,9–1,8]	1,0 [0,6–1,6]
Menn med høg arbeidsbyrde	1,0 [0,7–1,3]	1,4 [0,9–2,0]	1,0 [0,7–1,2]	0,8 [0,6–1,1]	1,2 [0,8–1,6]
Menn med låg arbeidsbyrde	1,1 [0,9–1,3]	0,5 [0,4–0,7]	0,6 [0,5–0,7]	1,0 [0,8–1,2]	0,8 [0,6–1,0]
<i>Pasientens alder</i>					
16–24	1,6 [1,2–2,1]	0,9 [0,6–1,3]	1,1 [0,8–1,4]	1,3 [1,0–1,8]	0,4 [0,2–0,8]
25–44	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse
45–66	0,9 [0,7–1,1]	1,4 [1,1–1,8]	0,8 [0,6–0,9]	0,9 [0,7–1,2]	2,1 [1,6–2,8]
67–79	1,0 [0,7–1,3]	1,7 [1,1–2,6]	0,7 [0,5–0,9]	1,0 [0,7–1,4]	4,0 [2,9–5,5]
80 år og over	1,1 [0,6–1,9]	0,6 [0,2–1,5]	0,6 [0,3–1,0]	1,0 [0,5–2,0]	3,6 [2,0–6,6]
<i>Eigenvurdert helse</i>					
Svært god	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse
God	1,3 [1,0–1,6]	1,0 [0,7–1,5]	1,1 [0,9–1,4]	1,4 [1,1–1,9]	1,6 [1,1–2,2]
Verken god eller dårleg	1,6 [1,2–2,1]	1,5 [1,0–2,1]	1,1 [0,8–1,4]	1,9 [1,4–2,6]	2,7 [1,9–4,0]
Dårleg/svært dårleg	2,4 [1,7–3,4]	1,3 [0,9–2,1]	1,2 [0,9–1,8]	2,1 [1,4–3,1]	3,3 [2,2–5,0]
<i>Kronisk sjukdom</i>					
Har kronisk sjukdom	1,1 [0,9–1,4]	1,3 [1,1–1,7]	1,2 [1,0–1,4]	1,1 [0,9–1,4]	1,6 [1,2–2,0]

¹ Svarpersonar som hadde hatt ein eller fleire kontaktar med legevakt pga. eigen sjukdom siste 12 månader = 1, ingen kontaktar = 0
² Svarpersonar som hadde venta fire dagar eller meir på å få time hos legen = 1, mindre enn fire dagar = 0
³ Personar som svarte «helt enig» eller «litt enig» på utsegna «Det tok alt for lang tid å få time hos legen» = 1, «litt uenig» eller «helt uenig» = 0
⁴ Personar som svarte «helt enig» eller «litt enig» på utsegna «Legen gav meg ikke nok tid» = 1, «litt uenig» eller «helt uenig» = 0
⁵ Svarpersonar som svarte ja på spørsmålet «Har du i dag faste avtaler med allmennlege eller fastlege om legesjekk eller legekontroller av egen helse, avtaler som gjelder uavhengig av om du er syk eller ikke?» = 1, dei som svarte nei = 0
⁶ Legar med høg arbeidsbyrde har 30 eller fleire pasientar meir enn ønskt, mens legar med låg arbeidsbyrde har 30 eller fleire pasientar færre enn ønskt

eit bevisst val for å kompensere for eit høgare arbeidspress (14). Kortare lister kan bety at deltidsarbeid er meir utbreidd og at kvinner er mindre involverte i arbeid utanfor regulær arbeidstid (7). Slike forhold kan tilseie at besøktida til kvinnelege legar er meir avgrensa eller at arbeidstida i mindre grad enn for menn forlengjast for å ta unna arbeidstoppar. Dei lange ventetidene er truleg ikkje berre eit spørsmål om legens kjønn, men korleis mannlege og kvinnelege legar organiserer praksisen sin. Data frå panelet viser at kvinner oftare driv i gruppepraksis framfor solopraksis, slik studiar frå andre land også viser (7). Det har likevel vore ei klar forbetring av ventetid i gruppepraksis etter innføringa av fastlegereforma (13), slik at dette ikkje kan forklare lengre ventetider hos kvinnelege legar.

Tidsbruk i konsultasjonen har serleg vore framme i diskusjonen omkring den britiske fastlegeordninga, der ein har erfart at lange lister fører til korte konsultasjonar (14). Resultata frå panelundersøkinga syner at det ikkje er noko samband mellom kapasitet og pasientanes oppleving av tidsbruk i konsultasjonane. Reduksjon av listelengda vil difor ikkje vere eit tilstrekkeleg tiltak dersom ein vil auke konsultasjonstida. Auka konsultasjonstid er ikkje nødvendigvis eit mål i seg sjølv. Det kan derimot vere eit mål at legen

differensierer tidsbruken sin og set av meir tid til dei med svakast helse. Resultata viser at det er eit potensial for kvalitetsforbetring på dette punktet. Pasientar med svak eigenvurdert helse rapporterer klart oftare misnøye med tida dei får tildelt av legen. Ei fastlegeordning med populasjonsansvar kan i større grad leggje til rette for differensiering mellom pasientgrupper med ulike behov.

Analysen av kontrolltimar viste eit tett samband mellom alder og helsetilstand. Derfor er det truleg behovsvurderingar som ligg til grunn for slike avtaler. Andre analysar av datasettet viser at det var legane som tok initiativ til vel 70 % av desse avtalene (13). Ein skulle dermed tru at avtalte kontrolltimar lettare blir påverka av variasjonar i arbeidspress, fordi det er lettare å rasjonere konsultasjonar som legen sjølv initierer. Det er ingen indikasjonar på at dette er tilfelle. Det kan også verke overraskande at mannlege legar med lite arbeidspress sjeldnare har slike timar. Forklaringa kan vere at omfang av kontrolltimar er eit uttrykk for korleis legen administrerer praksisen. Har legen korte ventetider, er det ikkje så viktig å avtale ny kontrolltime. Dersom legen er meir travel, er det viktigare å setje opp pasienten til ny time og dermed ha kontroll over eigen arbeidssituasjon.

Med unnatak av lange ventetider hos kvinnelege legar er det ikkje observert negative utslag av høg arbeidsbyrde. Dette resultatet er i tråd med det Grytten og medarbeidarar tidlegare har funne med utgangspunkt i registerdata (15). Kva er bakgrunnen for dette? I kva grad det dreier seg om «for høg» arbeidsbyrde, er ikkje vurdert. Definisjonen reflekterer eit pragmatisk val som er gjort for å slå fast om legar i kvar ende av skalaen skil seg frå legar med «normal» arbeidsbyrde. Målt på denne måten, ser det ikkje ut til at høg arbeidsbyrde fører til kortare konsultasjonar og heller ikkje til meir bruk av legevakt eller færre kontrolltimeavtaler. Panelundersøkinga har også data om omstenda rundt sjølve legevalsprosessen i 2001, då fastlegeordninga blei etablert. Analysar av dette materialet viser at pasientar som har legar med høg arbeidsbyrde, var meir bevisste i sitt val av lege (11). Typisk for desse pasientane var òg større grad av kontinuitet og vidareføring av tidlegare legerelasjonar. Det handlar altså om populære legar og relativt bevisste pasientar.

Eg vil takke Noregs forskingsråd, som har støtta undersøkinga som artikkelen byggjer på, og Elisabeth Gjerberg og Kari Eika som har hatt nyttige innspel til arbeidet med manuskriptet.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Feiring E. Forgubbingstendens blant fastlegene. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1467.
2. Elstad JI. Foretrekker kvinner kvinnelige leger? INAS-notat 1992: 5. Oslo: Institutt for samfunnsforskning, 1992.
3. Grytten J, Skau I, Aasland OG. Arbeidsbelastning blant kvinnelige og mannlige fastleger. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1850–2.
4. Skogsholm A, Hasvold T. Er fastlegesystemet mer krevende for kvinnelige enn for mannlige leger? Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3417–20.
5. Korremann G. Læger og køn. Spiller det en rolle? TemaNord 1994: 597. København: Nordisk ministerråd, 1994.
6. Gjerberg E. Leger og kjønn – spiller det noen rolle? I: Dahle R, Thorsen K, red. Velferdstjenester i endring: når politikk blir praksis. Bergen: Fagbokforlaget, 2004: 112–34.
7. Boerma WG, van den Brink-Muinen A. Gender-related differences in the organization and provision of services among general practitioners in Europe. A signal to health care planners. Med Care 2000; 10: 993–1002.
8. Franks P, Bertakis KD. Physician gender, patient gender, and primary care. J Womens Health 2003; 12: 73–80.
9. Arouni AJ, Rich EC. Physician gender and patient care. J Gend Specif Med 2003; 6: 24–30.
10. Finnvold JE, Paulsen B. Før innføring av fastlegeordning – brukervurderinger av allmennlegetjenesten i et veiskille. Sintef-rapport STF78 A025008. Oslo: SINTEF/Statistisk sentralbyrå, 2002.
11. Finnvold JE, Svalund J. Pasienterfaringer i allmennlegetjenesten før og etter fastlegeordningen. Del 1 Kronikerens erfaringer. Del 2 Kapasitetsforskjeller hos allmennlegene. Rapport nr. 34/2005. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2005.
12. Sundelin F. Flere fastleger – med bedre tilgjengelighet. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2680.
13. Finnvold JE, Svalund J, Paulsen B. Etter innføring av fastlegeordning – brukervurderinger av allmennlegetjenesten. Rapport nr. 1/2005. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2005.
14. Hasvold T. Listestørrelse og kvalitet i fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 786–7.
15. Grytten J, Skau I, Sørensen R et al. Endringer i tjenesteproduksjon og tilgjengelighet under fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 362–4.

Manuskriptet ble mottatt 11.5. 2006 og godkjent 15.6. 2008. Medisinsk redaktør Preben Aavitsland.