

Varighet av fastlegeavtaler

BAKGRUNN En av intensjonene med fastlegeordningen var å fremme kontinuitet i forholdet mellom lege og pasient. Varigheten av fastlegeavtaler er dermed en nøkkelfaktor for en vellykket ordning. I denne studien har vi undersøkt hvor lenge fastlegeavtalene varer og om varigheten varierer med legens kjønn og alder, kommunestørrelse og listelengde.

MATERIALE OG METODE Undersøkelsen omfatter 7 359 fastlegeavtaler i hele landet inngått mellom en kommune og en lege i perioden 1.5. 2001–1.5. 2014. Varigheten er målt som tiden fra avtalen inngås til den opphører eller undersøkelsesperioden avsluttes. Materialet er analysert med mål for sentraltendens og spredning, Kaplan-Meier-overlevelseskurver og Cox-regresjon for proporsjonale hasarder.

RESULTATER Median varighet av en fastlegeavtale var ved undersøkelsestidspunktet 5,91 år – fra 2,75 år i de minste kommunene til 8,37 år i de største. Varigheten av en fastlegeavtale økte signifikant hvis legen var kvinne, med legens alder ved starten av avtalen, med økende kommunestørrelse og økende listelengde.

FORTOLKNING Hvis man antar at kontinuitet i lege-pasient-forholdet gir en kvalitativt bedre allmennlegetjeneste, tyder resultatene på at pasienter i små kommuner generelt tilbys en tjeneste av lavere kvalitet enn pasienter i store kommuner.

En viktig intensjon med innføringen av fastlegeordningen var å fremme kontinuitet i forholdet mellom lege og pasient (1). Dette er en viktig kvalitetsindikator i allmennmedisinsk sammenheng (2). Det å skape kontinuitet i forholdet krever noe av begge parter – pasienten må over tid velge å opprettholde forbindelsen med legen og legen må holde seg i stillingen. Legenes valg styrer varigheten av fastlegeavtalen med kommunen og er en nøkkelfaktor for en vellykket fastlegeordning.

Finnvold og medarbeidere beregnet med basis i Statistisk sentralbyrås levekårspanel at et gjennomsnittlig lege-pasient-forhold i 2000 varte i 9,7 år. I 2003, to år etter innføringen av fastlegeordningen, var gjennomsnittet redusert til 7,7 år (3). Varigheten gikk ned fordi mange nye lege-pasient-forhold ble opprettet samtidig som en del langvarige forhold ble brutt som følge av reformen.

Sandvik (4) slo i sin oppsummering av den forskningsbaserte evalueringen av fastlegereformen fast at «parallelt med fastlegeordningen har legedekningen bedret seg betraktelig, og stabiliteten blant fastlegene er høy. Det er likevel fortsatt problemer med legemangel i enkelte kommuner». Etter denne evalueringen har vi ikke funnet noen studier der man har undersøkt om forutsetningene i fastlegeordningen om å skape kontinuitet i lege-pasient-forholdet er oppfylt.

Denne studien tar utgangspunkt i populasjonen av fastlegeavtaler som er inngått i løpet av de 13 første årene ordningen har vært virksom. Vi spør:

- Hvordan endres kjønns- og alderssammensetningen i populasjonen av fastleger?
- Hvor lenge varer fastlegeavtalene og

hvordan varierer varigheten sett sammen med legenes kjønn og alder, størrelsen på avtalekommunene og listelengdene?

- Hvor mange av legene som avviker en fastlegeavtale, etablerer senere en ny?

Materiale og metode

Undersøkelsen omfatter alle de 7 359 fastlegeavtalene inngått mellom en kommune og en lege i perioden 1.5. 2001–1.5. 2014 (undersøkelsesperioden). Fastlegeavtaler i forsøkskommunene Lillehammer, Åsnes, Trondheim og Tromsø som ble inngått før 1.5. 2001 er ekskludert (n = 178).

I tillegg til de 7 359 fastlegeavtalene, analyserer vi lister som i kortere eller lengre tid har vært virksomme uten å være knyttet til en navngitt lege med en fastlegeavtale, altså lister betjent av vikar(er) engasjert av kommunen (n = 1 091).

Datamaterialet er hentet fra Fastlege-registeret, som administreres av HELFO. Kommunene er ansvarlig for å rapportere opplysninger om nye fastlegeavtaler og endringer knyttet til eksisterende avtaler til HELFO. Materialet er etter søknad utlevert av Helsedirektoratet.

Hver enkelt fastlegeavtale som inngår i analysen, er registrert med følgende kjennetegn: antall innbyggere i avtalekommunen per 1.1. 2014, fastlegens fødselsår og kjønn, startdato og slutt dato for fastlegeavtalen (hvis den er avvirket i løpet av undersøkelsesperioden) samt siste registrering av antall personer på fastlegens liste (listelengde). Manglende data om listelengde skyldes at dette ikke er lagt inn i HELFOs database (som er vår datakilde). Vi kjenner ikke årsaken til hvorfor enkelte legers listelengde

Birgit Abelsen
birgit.abelsen@uit.no

Margrete Gaski
Helen Brandstorp

Nasjonalt senter for distriktsmedisin
Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet

> Se lederartikkel side 2016

 Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no

HOVEDBUDSKAP

Median varighet av en fastlegeavtale var over tre ganger lengre i kommuner med 50 000 innbyggere eller mer enn i kommuner med under 2 000 innbyggere

Varigheten av fastlegeavtalene varierte med størrelsen på avtalekommunen, legens kjønn, legens alder ved avtalens start og listelengde

De fleste leger som avsluttet en fastlegeavtale, inngikk ikke noen ny

Tabell 1 Kjennetegn ved fastlegen og listen til dem som inngikk fastlegeavtale i perioden 1.5. 2001–1.5. 2014 (N = 7 359).

Kjennetegn	Antall	(%)
Kjønn		
Mann	4 674	(63,5)
Kvinne	2 685	(36,5)
Totalt	7 359	(100,0)
Alder ved inngåelse (år)		
≤ 31	1 440	(19,6)
32–35	1 333	(18,1)
36–42	1 599	(21,7)
43–49	1 498	(20,4)
≥ 50 år	1 489	(20,2)
Totalt	7 359	(100,0)
Avtalekommune (antall innbyggere)		
< 2 000	426	(5,8)
2 000–4 999	1 072	(14,6)
5 000–9 999	1 028	(14,0)
10 000–19 999	1 259	(17,1)
20 000–49 999	1 499	(20,4)
≥ 50 000	2 075	(28,2)
Totalt	7 359	(100,0)
Siste registrerte listelengde (antall pasienter)		
< 900	2 422	(33,4)
900–1 200	2 437	(33,6)
> 1 200	2 398	(33,0)
Totalt	7 257	(100,0)

ikke er registrert. Når det gjelder listene som har vært uten lege i undersøkelsesperioden, er analysen basert på antall innbyggere i avtalekommunen per 1.1. 2014 og på hvor lenge listen har stått ledig.

Statistiske analyser

Datamaterialet er analysert med mål for sentral tendens og spredning (gjennomsnitt, median og konfidensintervall), frekvenstabeller og krysstabeller.

Utskiftningsandelen (turnover) er målt som den andelen avviklede fastlegeavtaler i løpet av ett år utgjør av alle virksomme fastlegeavtaler ved slutten av året.

Varigheten av en fastlegeavtale er målt som tiden fra avtalen inngås til den opphører. Denne typen data kan analyseres ved hjelp av overlevelsesanalyse, hvor Kaplan-Meier-overlevelseskurver og Cox' regresjonsmodell for proporsjonale hasarder er sentrale metoder (5).

Vi har benyttet Kaplan-Meier-overlevelseskurver for å vise hvordan varigheten av fastlegeavtaler endres over tid. Kurvene viser her hvor stor andel av fastlegeavtalene som er virksomme (har overlevd) etter en gitt tidsperiode.

Videre har vi gjennomført en Cox' regresjonsmodell for proporsjonale hasarder hvor den avhengige variabelen er fastlegeavtalens varighet (dvs. tid fra fastlegeavtalen ble inngått til den opphørte eller undersøkelsesperioden opphørte). I analysen inngår en dikotom sensureringsvariabel som er lik 1 hvis fastlegeavtalen har opphørt i undersøkelsesperioden og 0 hvis fastlegeavtalen fortsatt er virksom ved sensureringsstidspunktet (1.5. 2014). De uavhengige variablene som inngår i analysen, er legens kjønn, legens alder ved tidspunktet for inngåelse av avtalen, kommunestørrelse og listelengde.

De uavhengige variablene inngår som dummyvariabler i regresjonsanalysen. Alder ved inngåelse av avtalene er gruppert i fem jevnstore grupper. Listelengden er også gruppert i tre jevnstore grupper. Når det gjelder kommunestørrelse, skiller vi mellom små (under 5 000 innbyggere), mellomstore (5 000–19 999 innbyggere) og store kommuner (20 000 innbyggere eller flere), i tråd med Statistisk sentralbyrås standard for størrelsesgruppering av kommuner (6). Et viktig statistisk mål i analysen er den estimerte relative sannsynligheten (hasardratio) for overlevelse av en fastlegeavtale mellom to fastleger som har ulik verdi på en av de uavhengige variablene.

Dataanalysene er gjennomført med programvaren IBM SPSS Statistics versjon 22.

Resultater

I tabell 1 oppsummeres kjennetegn ved fastlegeavtaler inngått i løpet av de 13 første årene med ordningen (dvs. i perioden 1.5. 2001 til 1.5. 2014). 1.5. 2001 ble det inngått 3 393 fastlegeavtaler: 2 418 med menn (71,3 %) og 975 med kvinner (28,7 %). 1.5. 2014 var 4 378 avtaler virksomme: 2 648 med menn (60,5 %) og 1 730 med kvinner (39,5 %). Fra 2001 til 2014 økte dermed antall virksomme fastlegeavtaler med 29 % (9,5 % hos menn og 77 % hos kvinner).

Gjennomsnittsalderen for leger med fastlegeavtale var 46 år per 1.5. 2001 (menn = 47,4 år; kvinner = 42,5 år), mot 47,7 år per 1.5. 2014 (menn = 49,7 år; kvinner = 44,7 år).

Figur 1 og figur 2 viser årlig tilvekst og avgang av fastlegeavtaler inngått med hen-

holdsvis menn og kvinner i perioden etter 1.5. 2001 og frem til 31.12. 2013. Mens differansen mellom tilvekst og avgang har holdt seg tilnærmet konstant for mennenes del, har den økt for kvinnene.

Legens gjennomsnittsalder ved starten av en fastlegeavtale gikk noe ned i perioden etter 1.5. 2001 (fra 38 år i 2001 til 35,9 år i 2013).

Varigheten av fastlegeavtaler

Figur 3 viser varigheten av fastlegeavtaler i ulike kommunegrupper. Median varigheten var på landsbasis 5,91 år. Figuren viser at det er en klar positiv sammenheng mellom varigheten av fastlegeavtalene og kommunestørrelse.

Median varighet varierte mellom 2,75 år i kommuner med under 2 000 innbyggere og 8,37 år i kommuner med 50 000 innbyggere eller mer.

På landsbasis var 25 % av fastlegeavtalene som ble inngått 1.5. 2001, fortsatt virksomme etter 13 år. I kommuner med under 2 000 innbyggere var tilsvarende andel 8 %, mens den i kommuner med 50 000 innbyggere eller mer var oppe i 34 %.

Hva påvirker varigheten?

Tabell 2 viser sammenhengen mellom varigheten av en fastlegeavtale og demografiske variabler. Tabellen viser at risikoen for at en fastlegeavtale avsluttes (hasardratio) reduseres signifikant hvis avtalen er inngått med en kvinnelig lege, med legens stigende alder ved inngåelsen av fastlegeavtalen, med økende kommunestørrelse og økende listelengde.

Sammenhengen mellom alder ved inngåelse og varighet av fastlegeavtalen er ikke lineær. Det skyldes i hovedsak at mange eldre leger inngikk fastlegeavtale da ordningen startet.

Alder ved avslutning

Av de fastlegeavtalene som ble avsluttet i undersøkelsesperioden, ble 11,2 % avsluttet av leger som var 67 år eller eldre. Denne andelen varierte med kommunestørrelse. Den var lavest i kommuner med under 5 000 innbyggere (5 %) og høyest i kommuner med 20 000 innbyggere eller flere (16,2 %).

I kommuner med under 5 000 innbyggere var halvparten av fastlegeavtalene avsluttet da legen var 40 år eller yngre. Tilsvarende tall i kommuner med 20 000 innbyggere eller flere var 51 år eller yngre.

Utskiftning

Utskiftningsandelen har økt fra 6,4 % i 2002 til 7,3 % i 2013. Andelen har gjennom hele perioden ligget noe høyere for menn enn for kvinner, og den har økt for begge kjønn. For menn var den 6,4 % i 2002 og 7,7 % i 2013, for kvinner 6,2 % i 2002 og 6,8 % i 2013.

I 2002 varierte antall fastlegeavtaler inngått per måned mellom seks og 41, i 2013 varierte det månedlige antallet mellom 16 og 79.

Avvikling av én avtale og etablering av en ny
De 7 359 fastlegeavtalene som undersøkelsesperioden omfatter, ble inngått med 6 476 ulike leger. I gjennomsnitt gir dette 1,14 fastlegeavtaler per lege. Tabell 3 viser at 5 704 (88,1%) av legene kun etablerte én fastlegeavtale i løpet av undersøkelsesperioden. Flesteparten (1 958 leger, 93,3%) av de 2 098 legene som ikke lenger hadde en fastlegeavtale per 1.5. 2014, hadde kun inngått én avtale i undersøkelsesperioden. 333 leger (15,9% av dem uten avtale per 1.5. 2014) var 67 år eller eldre da de avsluttet avtalen.

Av de 11,9% som avsluttet én fastlegeavtale og etablerte en ny i løpet av undersøkelsesperioden, etablerte litt over halvparten (56,1%) seg med en ny avtale i en større kommune. I underkant av en tredel (29,8%) etablerte ny fastlegeavtale i en mindre kommune. De resterende (14,1%) inngikk ny fastlegeavtale i samme kommune som sist, etter et opphold.

Lister uten lege

Når det gjelder de 1 091 listene som i kortere eller lengre perioder ikke har vært knyttet til en navngitt lege med en fastlegeavtale, viser tabell 4 at det i alle kommunegrupper fantes lister uten lege i undersøkelsesperioden. I 2001 var det i de store kommunene en relativt større andel av lister uten lege enn i de små, noe som tyder på oppstartsproblemer knyttet til etablering av fastlegeordningen snarere enn generelle rekrutteringsutfordringer.

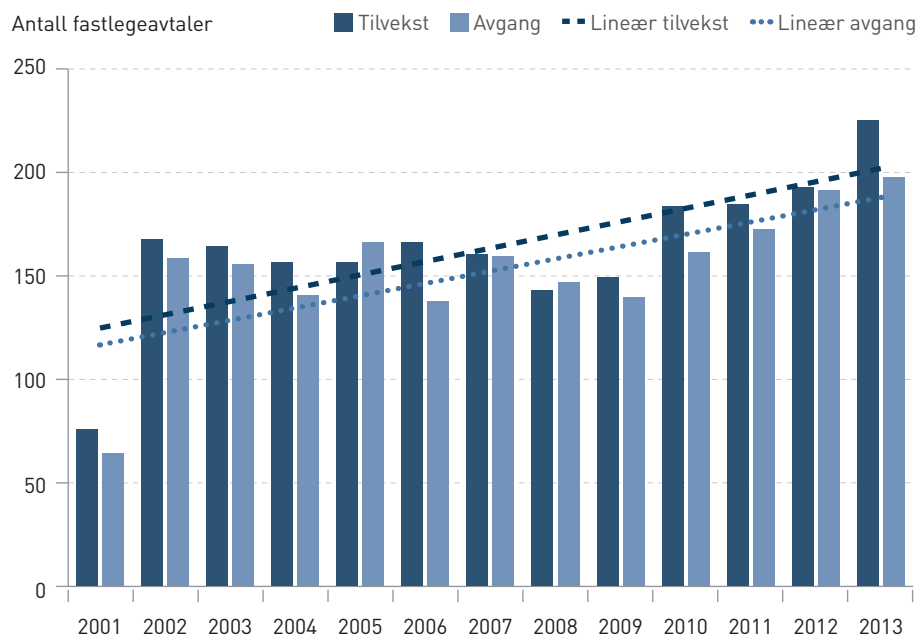
En stor andel av listene uten lege var å finne i kommuner med under 5 000 innbyggere (42%). Tabell 4 viser at listene sto betydelig lenger uten fast lege i små kommuner enn i større kommuner.

Diskusjon

Analysen viser at det er stor variasjon i varigheten av fastlegeavtaler og at varigheten avhenger av legens kjønn og alder ved oppstart, listelengde og kommunistørrelse. I undersøkelsesperioden var median varighet av en fastlegeavtale over tre ganger så lang i kommuner med 50 000 innbyggere eller mer som i kommuner med under 2 000 innbyggere.

Våre data viser at lister som ikke har vært knyttet til en navngitt lege, og dermed betjenes av en eller flere vikarer i kortere eller lengre tid, i stor grad er å finne i de små kommunene. Dette indikerer at utfordringene med ustabilitet i fastlegjetjenesten i de små kommunene i realiteten er større enn det figur 3 gir inntrykk av.

Hvis man antar at kontinuitet i lege-pasientforholdet gir en kvalitativt bedre allmennlegjetjeneste, tyder resultatene på at pasienter i små



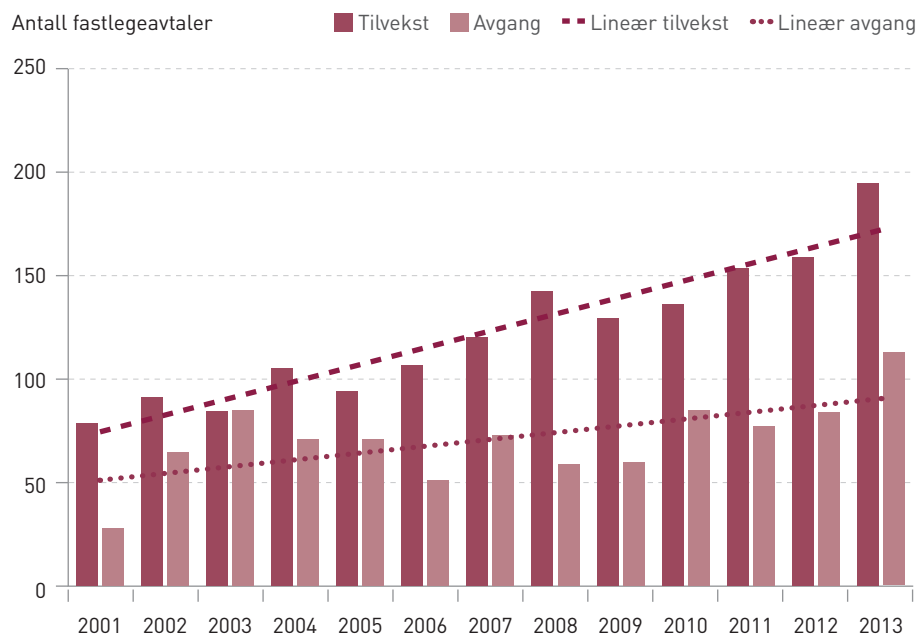
Figur 1 Årlig tilvekst og avgang av fastlegeavtaler med mannlige leger for perioden 1.5. 2001–31.12. 2013. Lineære trendlinjer. De lineære trendlinjene inkluderer 2001, som bare omfatter data for 9 måneder

kommuner generelt tilbys en tjeneste av lavere kvalitet enn den pasienter i store kommuner får. Når lege og pasient møtes mange ganger over lang tid, kan tillit bygges. Det samme gjelder for samarbeidsforhold mellom fastlegen og andre tjenesteytere i kommunen.

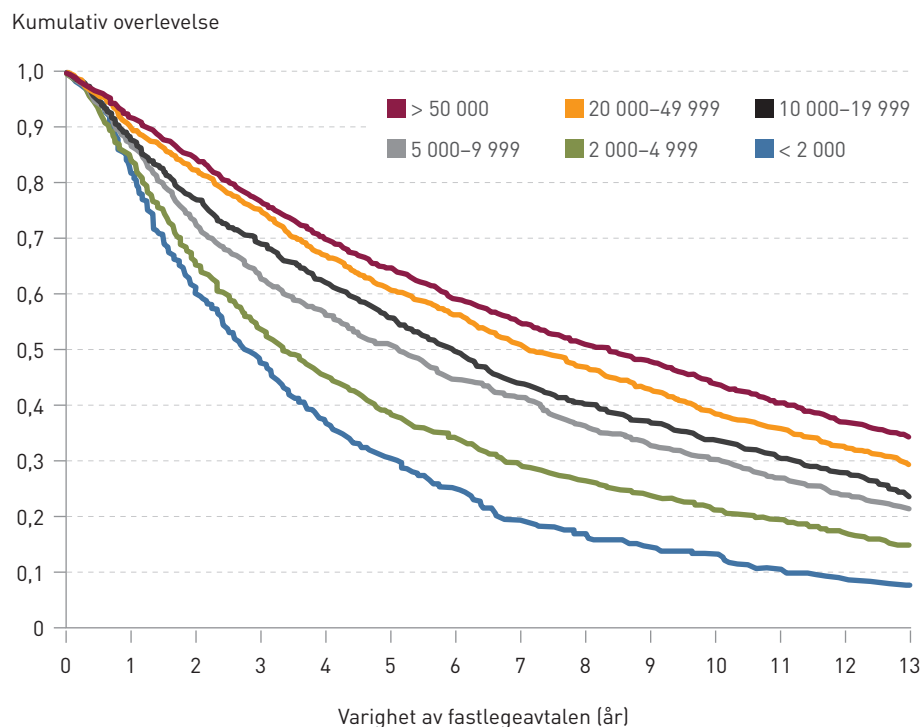
Fastlegen kan opparbeide seg omfattende kunnskap om pasientens totale livssituasjon, noe som kan være til hjelp i medisinske vurderinger, og skaffe seg et nettverk av andre tjenesteytere, noe som også kan være til

hjelp i behandlingen. Målet om kontinuitet i fastlegeordningen er imidlertid ikke operasjonalt i den forstand at det er spesifisert hvor lenge et lege-pasient-forhold bør ha vart før det kan sies å ha kontinuitet.

Det er solid dokumentasjon bak påstanden om en konsistent og signifikant sammenheng mellom kontinuitet i lege-pasient-forholdet og pasienttilfredshet (7). I Difi-undersøkelsen fra 2015 var gjennomsnittsskåren for tilfredshet med fastlegen 75 i hele befolkning



Figur 2 Årlig tilvekst og avgang av fastlegeavtaler med kvinnelige leger for perioden 1.5. 2001–31.12. 2013. Lineære trendlinjer. De lineære trendlinjene inkluderer 2001, som bare omfatter data for ni måneder



Figur 3 Varighet av alle fastlegeavtaler inngått i perioden 1.5. 2001–1.5. 2014 fordelt på ulike kommunegrupper (n = 7 359). Kaplan-Meier-kurve

gen (på en skala fra 0 til 100). I kommuner med under 5 000 innbyggere var gjennomsnittskåren 73, mens den var 74 i kommuner med mer enn 110 000 innbyggere (8). De som er minst fornøyd med fastlegetjenesten, bor altså i de aller minste og i de største kom-

munene. Men det er små forskjeller, noe som gir grunn til å anta at også andre forhold enn kontinuitet i lege-pasient-forholdet har betydning for pasienttilfredsheten.

Gjennomsnittsalderen for leger med fastlegeavtale var høyere i 2014 enn i 2001 og

hadde økt både for menn og for kvinner. I 2014 var flertallet av fastlegene fortsatt menn, selv om kvinneandelen har økt i undersøkelsesperioden. Ifølge tall fra Legeforeningen (9) økte kvinneandelen hos leger under 70 år med 42% fra 2002 til 2014. Til sammenlikning viser våre tall at kvinneandelen av fastlegene i samme periode økte med bare 33%. Jobben som fastlege synes med andre ord i utgangspunktet ikke å være et like attraktivt valg for kvinner som for menn. Risikoen for at en fastlegeavtale blir avsluttet er imidlertid signifikant lavere når det gjelder kvinnelige enn mannlige leger. Dette tyder på at når kvinner først velger å bli fastlege, er de noe mer stabile enn menn.

Økt listelengde er også assosiert med økt avtalevarighet. Hovedmodellen i fastlegeordningen er privat næringsdrift hvor inntjeningen i vesentlig grad avhenger av størrelsen på den enkelte leges pasientpopulasjon. Lange lister er i mange tilfeller en forutsetning for å kunne etablere og drive en økonomisk sunn privat praksis. Det er kjent at det er betydelig grad av selvseleksjon hos leger til ulike driftsformer (10), men det er også grunn til å anta at valget av privat næringsdrift er så omfattende at det i seg selv kan virke stabiliserende. Halvorsen og medarbeidere (11) og Holte og medarbeidere (12) har vist at hovedmodellen for avlønning basert på privat praksis passer best med preferansene til fastleger i folkerike kommuner, mens fastleger i mindre kommuner i større grad ønsker avlønning basert på fast lønn.

Varigheten av fastlegeavtalene påvirkes trolig også av andre forhold enn dem vi har kontrollert for. Det er grunn til å tro at legevaktbelastning kan spille inn. Legevaktarbeid er krevende. Selv om legevakt er obligatorisk for fastleger, er deltakelsen, og dermed trolig også arbeidsbelastningen, større hos fastleger i mindre sentrale strøk (13). Korte lister i små kommuner kan gi flere leger å fordele legevaktene på. Korte lister gir i tillegg trolig arbeidsbetingelser hvor det både er rom for kompetanseutvikling og andre oppgaver ved siden av klinisk pasientrettet praksis. Tidmessig autonomi avspeiles i høy jobbtilfredshet (14). Tid til å kvalifisere seg og til å yte god pasientbehandling er andre viktige faktorer for legers trivsel (15).

Utskiftningsandelen hos fastlegene har økt i undersøkelsesperioden. Dette tyder på at utfordringen med å rekruttere til ordningen har økt noe. Utskiftningsandelen lå i 2013 på 7,3%. Den var lavere enn hos for eksempel kommunale sykepleiere, hvor den i gjennomsnitt lå på 13% i perioden 2009–12 (16).

De fleste leger som avslutter en fastlegeavtale og er i arbeidsfør alder, forsvinner til annet enn en fastlegejobb. Dette gir indikasjon om en svak fastlegeidentitet hos dem som forsvinner ut av yrket. Våre data indike-

Tabell 2 Hasardratio for avslutning av fastlegeavtaler. Cox-regresjonsanalyse (N = 7 359)

Uavhengig variabel	Hasardratio (95% KI)	P-verdi
Mann	1,00	
Kvinne	0,83 (0,76–0,90)	< 0,001
≤ 31 år	1,00	
32–35 år	0,83 (0,73–0,94)	0,003
36–42 år	0,65 (0,58–0,74)	< 0,001
43–49 år	0,43 (0,37–0,48)	< 0,001
≥ 50 år	0,88 (0,79–0,98)	0,021
Kommune < 5 000 innbyggere	1,00	
Kommune 5 000–19 999 innbyggere	0,72 (0,66–0,80)	< 0,001
Kommune ≥ 20 000 innbyggere	0,58 (0,52–0,64)	< 0,001
Listelengde < 900 pasienter	1,00	
Listelengde 900–1 200 pasienter	0,64 (0,59–0,70)	< 0,001
Listelengde > 1 200 pasienter	0,37 (0,33–0,41)	< 0,001

Tabell 3 Leger fordelt på antall fastlegeavtaler i undersøkelsesperioden og hvorvidt de fortsatt var fastleger per 1.5. 2014

Antall fastlegeavtaler inngått per lege	Antall leger					
	Totalt i undersøkelsesperioden		Med fastlegeavtale per 1.5. 2014		Uten fastlegeavtale per 1.5. 2014	
	Antall	(%)	Antall	(%)	Antall	(%)
En	5 704	(88,1)	3 746	(85,5)	1 958	(93,3)
To	679	(10,5)	553	(11,7)	126	(6,0)
Tre	80	(1,2)	70	(1,6)	10	(0,5)
Mer enn tre	13	(0,2)	9	(0,2)	4	(0,2)
Totalt	6 476	(100,0)	4 378	(100,0)	2 098	(100,0)

Tabell 4 Lister uten lege i perioden 1.5. 2001–1.5. 2014. Totalt antall og median varighet uten lege fordelt på ulike kommunegrupper

Kommunegruppe	Antall lister uten lege (%)	Mediant antall måneder uten lege
< 2 000 innbyggere	164 (15)	12,0
2 000–4 999 innbyggere	292 (27)	11,0
5 000–9 999 innbyggere	218 (20)	9,0
10 000–19 999 innbyggere	190 (19)	6,0
20 000–49 999 innbyggere	146 (13)	4,0
≥ 50 000 innbyggere	81 (7)	3,0
Totalt	1 091 (100)	7,9

rer at fastlegejobben, kanskje særlig i de minste kommunene, er utfordrende å kombinere med trivsel over tid. Men dette er et lite utforsket område. En alternativ fortolkning kan være at fastlegeyrket lokalisert i en mindre kommune betraktes som en fin startjobb mens man funderer på hva karriereveien videre skal være. Det er gjerne enklere og ikke minst billigere å etablere en avtale på et lite sted enn i en by.

Konklusjon

Hvis man antar at kontinuitet i lege-pasientforholdet gir en kvalitativt bedre allmennlegetjeneste, tyder resultatene på at kvaliteten i små kommuner er lavere enn i store kommuner. I de små kommunene varer fastlegeavtalene betydelig kortere enn i de store. I tillegg har mange små kommuner utfordringer med lengre tidsperioder hvor lister står uten fast lege. Det kan være grunn til å tro at flere kvinner i fastlegepopulasjonen vil gi økt varighet av fastlegeavtaler.

Birgit Abelsen (f. 1966)

har en ph.d.-grad i helsevitenskap, er cand.scient. i statistikk og har en mastergrad i folkehelsevitenskap. Hun er forskningsleder og førsteamanuensis. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Margrete Gaski (f. 1966)

har en ph.d.-grad i helsevitenskap og er cand.polit. i statsvitenskap. Hun er seniorforsker. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Helen Brandstorp (f. 1970)

er ph.d.-stipendiat, leder for Nasjonalt senter for distriktsmedisin, turnuslegeveileder hos Fylkesmannen i Troms og tidligere allmennlege i Deanu gielda/Tana kommune. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Hansen AH, Halvorsen PA, Aaraas IJ et al. Continuity of GP care is related to reduced specialist healthcare use: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract* 2013; 63: 482–9.
- Hjortdahl P. Continuity of care in general practice. A study related to ideology and reality of continuity of care in Norwegian general practice. Oslo: Universitetet i Oslo, 1992.
- Finnvold JE, Svalund J, Paulsen B. Etter innføring av fastlegeordning – brukervurderinger av allmennlegetjenesten. Rapport nr. 1. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2005.
- Sandvik H. Evaluering av fastlegereformen 2001–2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekt. Oslo: Norges forskningsråd, 2006.
- Kleinbaum DG, Klein M. Survival analysis. A Self-Learning Text. 3. utg. New York: Springer, 2012.
- Langørgen A, Aaberge R. Gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser 2008. Rapport nr. 8. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2011.
- Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med* 2004; 2: 445–51.
- Innbyggerundersøkelsen. (30.6.2015).
- Den norske legeforening. Medlemsstatistikk. <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/Medlemsstatistikk/> Den-norske-legeforening/ (22.12.2014).
- Grytten J, Skau I, Sørensen R et al. Hva påvirker allmennlegenes kontraktsvalg og flytteplaner? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 3134–9.
- Halvorsen PA, Steinert S, Aaraas IJ. Remuneration and organization in general practice: do GPs prefer private practice or salaried positions? *Scand J Prim Health Care* 2012; 30: 229–33.
- Holte JH, Abelsen B, Halvorsen PA et al. General practitioners' altered preferences for private practice vs. salaried positions: a consequence of proposed policy regulations? *BMC Health Serv Res* 2015; 15: 119.
- Sandvik H, Hunskår S, Diaz E. Hvilke fastleger deltar i legevakt? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2012; 132: 2277–80.
- Nylenna M, Aasland OG. Jobbtilfredshet blant norske leger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2010; 130: 1028–31.
- Friedberg MW, Chen PG, Van Busum KR et al. Factors Affecting Physician Professional Satisfaction and Their Implications for Patient Care, Health Systems, and Health Policy. RR-439-AMA. Rand Corporation, 2013. www.rand.org/pubs/research_reports/RR439.html (22.10.2015).
- Rekrutteringsbehov i kommunesektoren fram mot 2022. Oslo: Kommunesektorens organisasjon, 2012.

Mottatt 5.1. 2015, første revisjon innsendt 10.4. 2015, godkjent 22.10. 2015. Redaktør: Sigurd Høye.