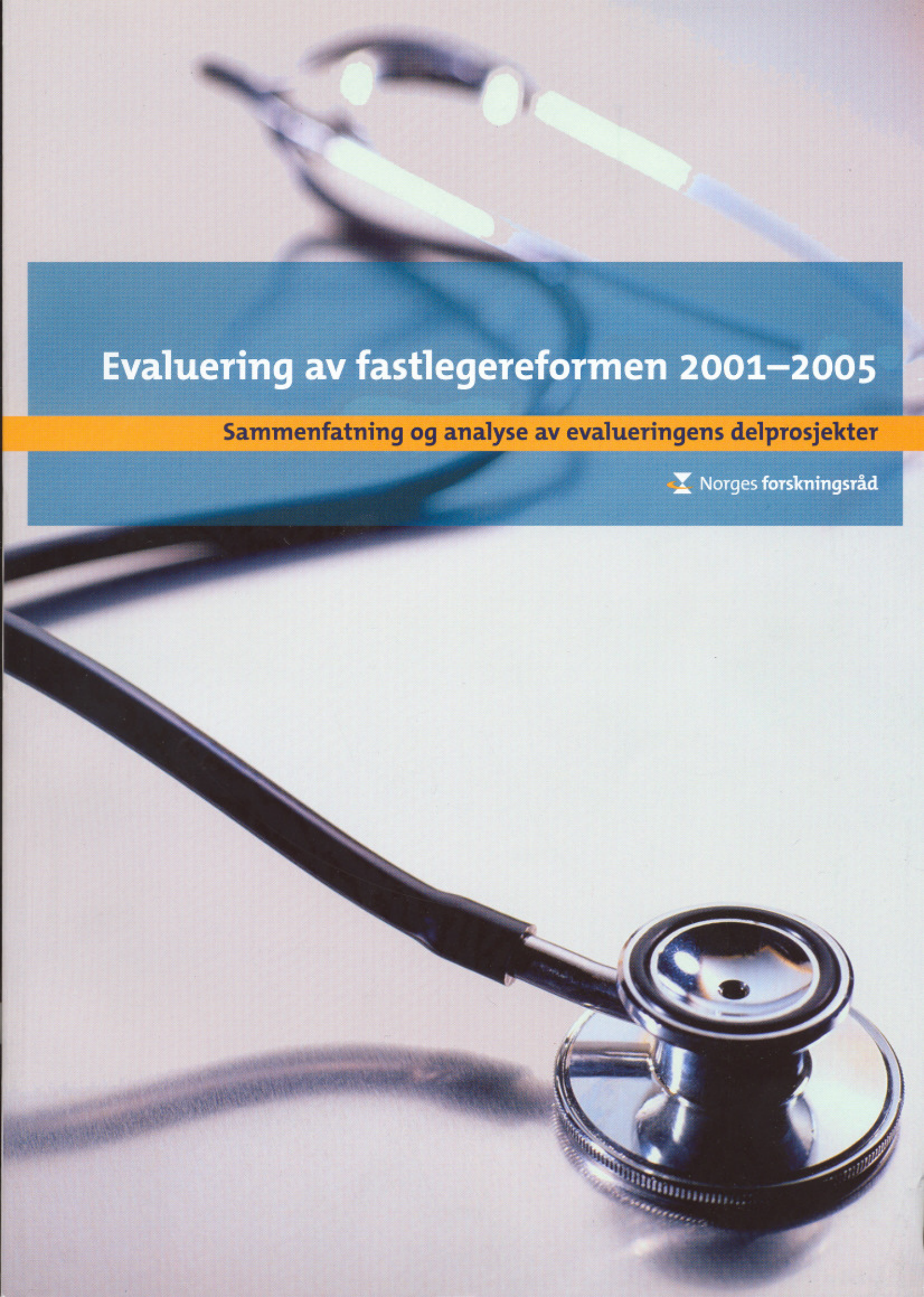




Evaluering av fastlegereformen 2001–2005

Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter

 Norges forskningsråd

Evaluering av fastlegereformen 2001-2005

*Sammenfatning og analyse av
evalueringens delprosjekter*



Norges forskningsråd

© **Norges forskningsråd 2006**

Norges forskningsråd
Postboks 2700 St. Hanshaugen
0131 OSLO
Telefon: 22 03 70 00
Telefaks: 22 03 70 01
bibliotek@forskningsradet.no
www.forskningsradet.no/

Forfatter: Hogne Sandvik

Publikasjonen kan bestilles via internett:
www.forskningsradet.no/publikasjoner

eller grønt nummer telefaks: 800 83 001

Grafisk design omslag: Making waves as
Layout omslag: Design et cetera
Foto/ill. omslagsside: PhotoDisc
Trykk: Gan grafisk as
Opplag: 1500

Oslo, januar 2006
ISBN 82-12-02253-6 (trykksak)
ISBN 82-12-02254-4 (pdf)

Forord

Norges forskningsråd har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet administrert en forskningsbasert evaluering av fastlegereformen. Evalueringsoppdraget har hatt et budsjett på 3-5 millioner kroner årlig i evalueringsperioden 2001 - 2005.

Grunnlaget for evalueringsoppdraget ble lagt i tett dialog mellom (den gang) Sosial- og helsedepartementet og Norges forskningsråd. Utgangspunktet for samarbeidet var et ønske om å benytte forskning som et redskap for å fremskaffe relevant kunnskap i arbeidet med oppfølging og videreutvikling av en helsereform. Sentralt i arbeidet var Ellen M Thorbjørnsrud fra Sosial- og helsedepartementet og Gro E M Helgesen fra Norges forskningsråd. Fra Forskningsrådets ståsted var det også viktig å påta seg ansvar i forbindelse med evalueringen for å bidra til å fremskaffe tilgang på datamateriale som kunne ha stor betydning for videreutvikling av helsetjenesteforskningen.

I utgangspunktet er det ingen forskjell på de krav som må stilles for å få frem prosjekter med høy kvalitet i en forskningsbasert evaluering og i annen forskning. Men det er en forskjell når det gjelder oppdragsgivers behov for å styre fokus for prosjektene. Det er derfor spesielt viktig med avstand fra oppdragsgiver i forhold til resultater og konklusjoner fra evalueringsprosjektene. Her har Forskningsrådet hatt en viktig rolle som leddet mellom oppdragsgiver (departement) og forskningsmiljøene. Samtidig har Forskningsrådet sikret prosjektkvaliteten og oppfølgingen av oppdraget.

En styringsgruppe har hatt det faglige ansvaret for gjennomføring av evalueringsoppdraget. Alle prosjektsøknader til den forskningsbaserte evalueringen har blitt bedømt av styringsgruppen. Prosjekter er blitt valgt ut på grunnlag av kvalitet, men også relevans i forhold til mål og retningslinjene for evalueringsoppdraget. Styringsgruppen har hatt følgende sammensetning gjennom evalueringsoppdraget:

Professor Dorthe Holst, UiO, leder	(15.5.2000 - 31.12.2005)
Forsker Karl Erik Brofoss, NIFU	(15.5.2000 - 31.12.2005)
Professor Tore Hansen, UiO	(15.10.2001- 31.12.2005)
Professor Hasse Melbye, UiT	(1.1.2003 - 31.12.2005)
Førsteamanuensis Tone Smith-Sivertsen, UiB	(1.1.2003 - 31.12.2005)
Professor Per Hjortdahl, UiO	(1.1.2003 - 31.12.2005)
Professor Kari Wærness, UiB	(15.5.2000 - 30.11.2004)
Professor Olav Helge Førde, UiT	(15.5.2000 - 31.12.2002)
Professor Steinar Hunsbår, UiB	(15.5.2000 - 31.12.2002)
Signe Flottorp, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	(15.5.2000 - 31.12.2002)

Ellen M Thorbjørnsrud har sittet som observatør i styringsgruppen i deler av evalueringsperioden.

Denne rapporten markerer avslutningen av evalueringsoppdraget *Forskningsbasert evaluering av fastlegereformen*. Den inneholder en sammenfatning av resultatene fra de enkelte prosjektene og en analyse av helheten basert på disse. Rapporten er utformet av fastlege Hogne Sandvik som ble engasjert av Forskningsrådet til dette arbeidet.

Oslo, desember 2005


Mari Nes
Avdelingsdirektør
Divisjon for vitenskap

Fra styringsgruppen

Sosial- og helsedepartementet inngikk januar 2000 en samarbeidsavtale med Norges Forskningsråd om forskningsbasert evaluering av Fastlegereformen. Det ble utarbeidet et "Mål- og rammedokument" som har vært styrende for retningen og innholdet i den forskningsbaserte evalueringen. De fire hoveddimensjonene i evalueringen legedekning, legetilgjengelighet, kontinuitet og effektivitet er beskrevet i Mål- og rammedokumentet. Styringsgruppen for evalueringen ble satt sammen av NFR, og den hadde sitt første møte i mai 2000. Det ble en fordel for arbeidet i styringsgruppen og for selve evalueringen at oppstarten av Fastlegeordningen ble utsatt et år til 1.juni 2001. Det ga mulighet for å lyse ut forskningsmidler allerede i 2000 slik at det som siden ble kalt "før-data" kunne samles inn.

Styringsgruppen har fulgt NFR's vanlige prinsipper om å utlyse bredt slik at alle forskningsmiljø hadde mulighet for å sende inn søknad. Det har vært tatt noen direkte kontakter til aktuelle forskningsmiljø i den første fasen for å stimulere interessen for forskningsbidrag. Denne strategien har gitt muligheter, men også den begrensning at det er forskningsmiljøene selv som har valgt problemstillinger innen de gitt rammene. Selv om styringsgruppen har hatt dialog med forskningsmiljøene underveis i utarbeidelsen av prosjektbeskrivelser, ser vi at enkelte relevante tema kunne ha vært ennå bredere belyst. Styringsgruppen valgte å satse på etablerte forskere for å sikre tempo og fremdrift. Underveis har Styringsgruppen hatt halvårsmøter med forskerne, som i følge kontrakten med NFR har måttet skrive halvårlige fremdriftsrapporter.

Forskningsbasert evaluering er ingen enkel aktivitet. Nasjonale reformer utelukker kontrollerte design, fordi alle er omfattet av reformen. Det blir derfor desto mer krevende for forskerne gjennom sine prosjekter å vise om Fastlegereformen har medført endringer og sannsynliggjøre at endringene faktisk kan tilskrives reformen og ikke andre samtidige hendelser.

Resultatene av den forskningsbaserte evalueringen foreligger som forskningsrapporter, artikler, bøker med mer. Alt dette er gjennomgått og beskrevet av Hogne Sandvik som ble engasjert til dette. I styringsgruppen er vi helt sikre på at uten den forskningsbaserte evalueringen hadde det vært betydelig mindre forskningsaktivitet i primærhelsetjenesten i den aktuelle perioden. Evalueringen har stimulert til forskningsaktivitet, som har gitt innsikt i hvordan fastlegeordningen så langt har fungert og i de utfordringer som primærhelsetjenesten står overfor. Vi håper at satsingen kan gi langsiktig avkastning.

Fastlegereformen i Norge er bygget på de samme prinsipper som de tilsvarende ordninger i England, Nederland og Danmark. Likevel er det vesentlige forskjeller i organisering og finansiering. Alle reformer skal forstås i sin historiske kontekst. Det vil derfor være viktig at det fortsatt gis muligheter for å følge Fastlegeordningen forskningsmessig og gjerne i et komparativt perspektiv. Reformarbeid skal forstås og fortolkes på flere nivå, og helheten kan bli lettere å få øye på senere i motsetning til nå hvor forskningsbidraget kan fremstå noe fragmentarisk.

På vegne av styringsgruppen, Oslo desember 2005

Dorthe Holst

RAPPORT

Hogne Sandvik
(red.)

Kjære leser!

Dette er sluttrapporten fra den forskningsbaserte evalueringen av fastlegeordningen. Et stort antall forskere fra mange ulike miljøer har vært involvert. De har benyttet ulike forskningsmetoder og produsert et mangfold av forskningsrapporter. Det har vært en utfordring å sy dette sammen til én rapport.

Rapporten er strukturert i samsvar med departementets oppdrag, under de fire hovedområdene legedekning, tilgjengelighet, kontinuitet og effektivitet, med tilhørende indikatorer. Mange av forskningsprosjektene har berørt flere av disse områdene i varierende grad, og jeg har derfor gjort en skjønnsmessig oppsplitting og fordeling av prosjektene på de ulike kapitlene.

Det har selvsagt vært nødvendig å kutte ganske kraftig i de enkelte originalrapportene. I denne prosessen har jeg prioritert resultatpresentasjoner på bekostning av metodebeskrivelser. Det varierer fra prosjekt til prosjekt hvor sterkt den opprinnelige teksten er redigert. For å sikre at de enkelte rapportene er ivaretatt på en skikkelig måte har derfor alle forskerne fått lese gjennom de aktuelle delene av manuskriptet.

For oversiktens skyld blir prosjektene omtalt med henvisning til prosjektleder, selv om det i mange tilfeller er hele forskergrupper som står bak arbeidet, og det ofte er andre medarbeidere som har gjort hovedtyngden av arbeidet og står som førsteforfatter av rapporter og artikler. Prosjektoversikten i Appendix viser hvem som er forfatter av de ulike publikasjonene.

Forskningsrådet v/styringsgruppen har gitt meg stor grad av frihet i arbeidet med denne rapporten. Jeg skylder derfor å redegjøre for min egen bakgrunn. Jeg er selv fastlege og har mer enn 20 års erfaring fra norsk allmennpraksis. Som fastlege har jeg selvsagt gjort mine egne erfaringer, og disse vil ha påvirket de skjønnsmessige vurderingene jeg har gjort i arbeidet med evalueringsrapporten. Jeg tror ikke dette har vært avgjørende for sluttresultatet. Som regel har det vært samsvar mellom mine egne erfaringer og de resultater som er fremkommet gjennom forskningsprosjektene.

Lesere som ønsker en rask oversikt, men som synes sammendraget blir for snaut, kan gå direkte til kapittel 12. Her oppsummeres evalueringsresultatene på en fyldigere måte enn det er plass til i et kort sammendrag. Omtalen av hver enkelt indikator avsluttes også med en oppsummering som kan leses uavhengig av det foregående. Her er det også gitt plass til omtale av andre relevante undersøkelser.

Bergen, oktober 2005

Hogne Sandvik

Innhold

SAMMENDRAG.....	9
SUMMARY	15
1. INTRODUKSJON	21
1.1. DEFINISJONER	21
1.2. FAGET ALLMENN MEDISIN	21
1.3. ALLMENN PRAKSIS I NORGE	22
1.4. INTERNASJONALE ERFARINGER	23
2. FASTLEGEFORSØKET	27
2.1. OPPSTARTSFASEN	27
2.2. KONSEKVENSER FOR BRUKERNE	28
2.3. KONSEKVENSER FOR LEGENE	29
2.4. FOREBYGGENDE ARBEID	29
2.5. SAMARBEIDSPARTNERE	30
2.6. ØKONOMI	30
2.7. HOVEDKONKLUSJONER	31
3. EN NASJONAL FASTLEGEORDNING	32
3.1. STORTINGSMELDING NR 23 (1996 - 97) "TRYGGHET OG ANSVARLIGHET"	32
3.2. HØRINGSRUNDE	33
3.3. ODELSTINGS PROPOSISJON NR 99 (1998 - 99)	35
3.4. FORSKRIFTER OG AVTALEVERK	36
3.5. FASTLEGEORDNINGEN INNFØRES	37
4. EVALUERINGSOPPDRAGET	38
4.1. SAMARBEIDSAVTALE	38
4.2. MÅL- OG RAMMEDOKUMENT	39
4.3. RETNINGSLINJER	41
4.3.1. Legedekning	41
4.3.2. Tilgjengelighet	41
4.3.3. Kontinuitet	42
4.3.4. Effektivitet	43
4.3.5. Reviderte retningslinjer for 2003	44
4.4. EVALUERINGSPROSESSEN	45
5. FORSKNINGSMETODER.....	47
5.1. KVANTITATIVE METODER	47
5.2. KVALITATIVE METODER.....	47
5.3. METODEPROBLEMER	48
6. PROSJEKTOVERSIKT.....	49
7. LEGEDEKNING	51
7.1. LEGEDEKNING – FORDELING.....	52
7.1.1. Oppsummering	65
7.2. LEGEDEKNING – STABILITET.....	70
7.2.1. Oppsummering	84
7.3. LEGEDEKNING – REKRUTTERING	90
7.3.1. Oppsummering	92
7.4. LEGEDEKNING – OFFENTLIG LEGEARBEID	94
7.4.1. Oppsummering	101
8. TILGJENGELIGHET.....	105

8.1. TILGJENGELIGHET – VENTETID	106
8.1.1. Oppsummering	123
8.2. TILGJENGELIGHET – RELASJON	134
8.2.1. Oppsummering	150
8.3. TILGJENGELIGHET – LOKALER	157
8.3.1. Oppsummering	157
9. KONTINUITET	158
9.1. KONTINUITET – VARIGHET	159
9.1.1. Oppsummering	162
9.2. KONTINUITET – OMFANG	164
9.2.1. Oppsummering	168
9.3. KONTINUITET – INNHOLD	171
9.3.1. Oppsummering	180
10. EFFEKTIVITET	185
10.1. EFFEKTIVITET – ORGANISERING	187
10.1.1. Oppsummering	205
10.2. EFFEKTIVITET – KOORDINERING	213
10.2.1. Oppsummering	220
10.3. EFFEKTIVITET – SAMARBEID	225
10.3.1. Oppsummering	238
10.4. EFFEKTIVITET – STYRING	245
10.4.1. Oppsummering	253
11. BRUKERE MED STORE OG SAMMENSATTE BEHOV	257
11.1. TILGJENGELIGHET	258
11.1.1. Oppsummering	266
11.2. KONTINUITET	270
11.2.1. Oppsummering	274
11.3. EFFEKTIVITET	277
11.3.1. Oppsummering	290
12. SAMLET OPPSUMMERING	294
12.1. LEGEDEKNING	294
12.1.1. Rekruttering og stabilitet	295
12.1.2. Offentlig legearbeid og samfunnsmedisin	296
12.2. TILGJENGELIGHET	297
12.2.1. Ventetid på time	297
12.2.2. Øyeblikkelig hjelp	298
12.2.3. Telefontilgjengelighet	299
12.2.4. Relasjon	299
12.3. KONTINUITET	301
12.3.1. Kontinuitet – innhold	302
12.4. EFFEKTIVITET	304
12.4.1. Listelengde og pasientmangel	305
12.4.2. Portvaktfunksjonen	306
12.4.3. Legevakt	306
12.4.4. Samarbeid	307
12.4.5. Styling	309
12.5. BRUKERE MED STORE OG SAMMENSATTE BEHOV	310
13. UTFORDRINGER	311
13.1. TILGJENGELIGHET	311
13.2. LEGEVAKT	311
13.3. BYTTEMULIGHETER OG TILGJENGELIGHET HOS ANDRE FASTLEGER	312
13.4. ETABLERING OG OVERDRAGELSE AV PRAKSIS	313
13.5. TURNUSLEGER	313
13.6. SAMFUNNSMEDISIN OG OFFENTLIG LEGEARBEID	314
13.7. PORTVAKTFUNKSJONEN	315

13.8. EGENANDELER	315
13.9. ASYLSØKERE, FLYKTNINGER OG FAMILIEGJENFORENTE	316
13.10. STOFFMISBRUKERE – LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING	317
13.11. LEGEMIDDELFORSKRIVNING	318
13.12. FORSKNING OG FAGUTVIKLING	319
APPENDIX.....	322
PROSJEKTOVERSIKT	322
<i>Hovedprosjekter</i>	322
<i>Småskalaprosjekter</i>	327
FORSKRIFTER OM FASTLEGEORDNINGEN	331

Sammendrag

Fastlegeordningen ble innført 1. juni 2001. Den evalueres fortløpende gjennom administrative styringsdata fra Rikstrykdeverket og Statistisk sentralbyrå, men i tillegg ble Norges Forskningsråd engasjert for å gjennomføre en forskningsbasert evaluering. Denne forskningsbaserte evalueringen er ikke rettet mot den medisinskfaglige virksomheten, men har vekt på fire hovedtema som angår tjenestens kvalitet:

- Legedekning
- Tilgjengelighet
- Kontinuitet
- Effektivitet

Forskningsrådet inviterte forskermiljøene til å sende inn prosjektsøknader og ga etter hvert støtte til 15 større og 15 mindre prosjekter. De større forskningsprosjektene er i all hovedsak gjennomført av forskere ved universiteter og frittstående forskningsinstitutter. De mindre prosjektene er oftest gjennomført av praktiserende fastleger som har fått veiledning fra de allmennmedisinske universitetsinstituttene.

Legedekning

Utover 1990-tallet var norsk allmennmedisin preget av rekrutteringsproblemer og dårlig stabilitet blant legene, særlig i utkantkommuner. Denne tendensen snudde i 1999 da det ble bestemt at primærhelsetjenesten skulle prioriteres ved tildeling av nye hjemler/stillinger. Rekrutteringen bedret seg også, slik at det parallelt med innføringen av fastlegeordningen ble tilført ca. 300 nye legeårsverk. Det er likevel fortsatt problemer i enkelte utkanter. I Sogn og Fjordane var 12 % av listene uten lege i juni 2005. I alt var det da 3 882 fastlegehjemler i Norge, hvorav 89 var ledige.

De fleste nyutdannede legene er nå kvinner, og dette avspeiler seg i en økende kvinneandel blant fastlegene. I 2005 var 30 % av fastlegene kvinner. Kvinneandelen øker imidlertid langsommere blant fastleger enn den gjør i andre medisinske fagfelt. Dette kan skyldes stor grad av stabilitet blant eldre mannlige fastleger, men kan også være en indikasjon på at allmennmedisin er mindre attraktivt for kvinnelige leger.

Før reformen oppga 67 % av befolkningen at de allerede hadde en fast allmennlege. I tillegg var det 10 % som ikke ønsket noen fastlege og foretrakk å kunne bruke flere ulike allmennleger. Det er likevel bare 0,5 % som har valgt å stå utenfor fastlegeordningen. I juni 2005 hadde 98,5 % av befolkningen fått plass på liste hos en fastlege. Over halvparten av listene er åpne og overkapasiteten på listeplasser er ca. 10 %. I 2002 sa 60 % av fastlegene at de var tilfreds med listelengden, 20 % ønsket flere pasienter og 20 % ønsket færre. Ut fra disse tallene kan det synes som om legemarkedet er noenlunde i balanse, totalt sett, og den offisielle overkapasiteten på 10 % er neppe reell. Gjennomsnittlig listelengde er 1 200.

Man har en lovfestet rett til å bytte fastlege inntil to ganger i året. Noen kommuner har imidlertid vært for tilbakeholdne med å søke om nye hjemler, med den følge at ingen eller bare én fastlege har åpen liste. I slike kommuner har ikke innbyggerne noen reell valgmulighet.

Stabiliteten blant fastlegene er høy. Bare 5,5 % av fastlegeavtalene avsluttes per år. I aldersgruppen 40 - 54 år, som utgjør 54 % av alle fastlegene, er det bare 3,6 % av alle avtalene som avsluttes hvert år. Stabiliteten er høyest i sentrale strøk. I enkelte utkanter er ustabilitet fortsatt et problem.

Fastleger som arbeider i ustabile kommuner setter pris på det avgrensede ansvaret fastlegeordningen medfører. De får anledning til å konsentrere seg om sine egne listepasienter, og kan i større grad avvise henvendelser fra andre. Omtrent 10 % av fastlegene arbeider i gruppepraksiser med fellesliste. Dette er vanligst i utkantkommuner, og synes å bidra til stabilitet blant legene. En overkommelig vaktbelastning har også stor betydning for stabiliteten, i likhet med et godt samarbeidsklima med kommuneadministrasjonen. Mange små utkantkommuner gir legene ekstragodtgjørelser for å bedre rekruttering og stabilitet.

Fastlegereformen la grunnlag for en styrking av offentlig allmennmedisinsk legearbeid i sykehjem, helsestasjoner og skoler. Kommunen kan pålegge en fulltids fastlege 7,5 timer offentlig arbeid per uke. Evalueringen viser imidlertid at dette potensialet ikke er utnyttet, trolig av økonomiske årsaker.

Samfunnsmedisinen har i mange år strevd med rekrutteringssvikt og ustabilitet. I perioden 1994 - 99 sluttet 50 % av samfunnsmedisinerne i stillingene sine. Det samme skjedde i perioden 1999 - 2002. Antall timer brukt på samfunnsmedisinsk arbeid har også gått nedover i mange år, og det er ikke noe som tyder på at Fastlegereformen har spilt noen vesentlig rolle i denne sammenheng. Kommunene kan ikke pålegge fastlegene samfunnsmedisinske oppgaver.

Tilgjengelighet

Med innføringen av fastlegeordningen har tilgjengeligheten blitt enda viktigere enn før. Fastlegene skal prioritere sine egne pasienter, og "fremmede" vil oftere enn før bli avvist. Pasientene har færre alternativer enn tidligere. Når tilgjengeligheten hos egen fastlege blir mer kritisk, vil man kunne se økende misnøye, selv om tilgjengeligheten objektivt sett er bedret.

Tilgjengelighet er åpenbart avhengig av lokal legedekning, i alle fall i større kommuner. Den sterke økningen i antall allmennleger parallelt med innføringen av fastlegeordningen har åpenbart betydning for tilgjengeligheten. Men det er også indikasjoner på at fastlegeordningen i seg selv spiller en rolle. I kvalitative studier gir fastlegene uttrykk for at de opplever sterkere konkurranse, og at de derfor bestreber seg på å bedre tilgjengeligheten for pasientene sine.

Ventetid på ordinær time er ikke noe godt mål på tilgjengelighet og har ingen sammenheng med hvor tilgjengelig legen er dersom det haster. Registreringer viser likevel at ventetiden har gått ned, særlig hos mannlige fastleger. Det ser også ut til at fastlegeordningen har hatt en utjevne effekt, slik at man ser størst forbedring der hvor situasjonen var dårligst på forhånd. Det er også rapporter om økende tilfredshet blant pasientene. Til tross for dette er ventetid på time fortsatt et av de aspektene ved fastlegeordningen som folk er minst fornøyd med. I en studie av pasienter med kronisk sykdom var det en tendens til at pasienter hos kvinnelige fastleger var mer misfornøyd med ventetiden enn pasienter hos mannlige fastleger.

Ventetid er stort sett uavhengig av listelengde, med unntak av dem som enten har overfylte lister eller mangler mye på å nå ønsket listelengde. Fastleger med lange lister har lettere for å finne plass til øyeblikkelig hjelp enn leger med korte lister. Dette skyldes trolig at fastleger med lange lister arbeider flere dager, og dermed har større fleksibilitet og bufferkapasitet, men det kan også skyldes at de arbeider mer effektivt.

Tilgjengelighet for øyeblikkelig hjelp i kontortiden synes ikke å ha blitt endret som følge av fastlegeordningen. Både før og etter reformen rapporterte 91 % av pasientene at det hadde vært lett å få hjelp. Undersøkelser som Helsetilsynet i fylkene har gjort indikerer også at tilgjengeligheten for øyeblikkelig hjelp er god. Likevel er det rom for forbedring. Nesten 50 % av pasientene på legevaktsier at de hadde vært villige til å vente på time hos fastlegen dersom de hadde kunnet få time dagen etter. Det var imidlertid få som kunne tenke seg å vente 4 - 5 dager. Dette tyder på at pasientene må sikres time hos fastlegen sin allerede neste dag, dersom henvendelsene på legevakts skal avta betydelig.

Telefontilgjengeligheten synes å være fastlegenes største problem i forhold til pasienttilfredshet. Telenor registrerte alle anrop til 100 tilfeldige legekontor gjennom en arbeidsuke og fant at 66 % av alle anropene ble besvart. Det var 266 anrop per uke per 1 000 personer på liste. Sammenlignet med tidligere registreringer har telefontilgjengeligheten bedret seg, og det til tross for en sterk økning i trafikken. Helsetilsynet i fylkene har også kontrollert telefontilgjengeligheten og har funnet at man i gjennomsnitt må vente 2 - 3 minutter på svar. I en studie var det færre pasienter som i 2003 hadde forsøkt å snakke med primærlegen på telefon uten å lykkes enn det var i 2000. Likevel økte misnøyen med telefontilgjengeligheten.

En helt annen type tilgjengelighet har å gjøre med hvor tilgjengelig legen er i selve konsultasjonen, i møtet med den enkelte pasient. Det er ikke noe som tyder på at fastlegeordningen har medført vesentlige endringer i pasientenes legesøkningsatferd, og de fleste uttrykker stor grad av tilfredshet med fastlegen sin. Det synes som om denne tilfredsheten har økt etter reformen. De fleste pasientene opplever at legen tar dem på alvor, gir dem nok tid, henviser videre når det er nødvendig, og de har tillit til den behandlingen som iverksettes. Eldre er gjennomgående mer tilfredse enn yngre.

I en kvalitativ studie med fokus på pasienter med alvorlige psykiske lidelser var det likevel flere pasienter som beskrev en travel fastlege som helst ikke burde belemres med tidkrevende problemer. Få av dem følte at fastlegen tok virkelig tak i de psykiske problemene deres. Legene i den samme studien antydte at takster og egenandeler styrte mye av tiden de brukte på pasientene. I en annen studie rapporterte pasienter med psykiske problemer en økende misnøye med allmennlegen etter reformen, og det var en økende andel som heller ville bruke flere allmennleger enn bare en.

De som fikk oppfylt førstevalget sitt da de valgte fastlege, er mer tilfredse og har større tillit til legen enn de som ikke fikk oppfylt sitt første ønske. Dette er trolig et uttrykk for at de fleste pasientene setter pris på kontinuitet i lege-pasientforholdet. Tilfredsheten er noe lavere med leger som mangler mer enn 100 personer på å nå ønsket listelengde. Dette gjelder flere aspekter ved lege-pasientforholdet, med unntak av ventetiden. Tilfredsheten er imidlertid like høy hos disse legene som hos andre leger dersom de var pasientens førstevalg.

I kvalitative intervjustudier gir fastlegene uttrykk for at pasientene har fått mer makt til å fremme krav, men de er også ydmyke og har respekt for at de har blitt valgt. Det å bli aktivt valgt gjør at de vil gjøre en god jobb for pasientene. De er imidlertid også pinlig klar over at de kan bli valgt bort. Pasientenes bytte av lege er blitt et grunnlag for å tenke gjennom egen praksis og vurdere om relasjonen til pasienten kan forklare byttet til en annen lege. Ofte mener de å kunne tilskrive byttet til en spesiell episode.

Kontinuitet

Da de valgte fastlege, mente omtrent 70 % av befolkningen at det var viktig å få innfridd førstevalget. For mer enn halvparten var det viktigste å beholde en lege de allerede kjente fra før. Dette var spesielt viktig for eldre og de som hadde dårlig helse. Det viste seg at 87,3 % fikk oppfylt førstevalget sitt, og 91,7 % fikk oppfylt ett av de tre ønskene.

En fastleges sjanse til å bli valgt økte dersom det var liten aldersforskjell mellom innbyggeren og legen og dersom de var av samme kjønn. Eldre leger og spesialister i allmennmedisin hadde en større sjanse for å bli valgt. Dette er trolig et uttrykk for at mange søkte kontinuitet da de valgte fastlege. Andre studier viser at stabilitet blant legene og kontinuitet i lege-pasientforholdet øker den generelle tilfredsheten med tjenesten.

TNS Gallup har gjennomført jevnlig nasjonale undersøkelser av brukertilfredshet med ulike kommunale tjenester. Undersøkelsen i 2003 var den første etter innføringen av fastlegeordningen, og sammenlignet med undersøkelsen i 2000 kunne da legetjenesten vise til den største fremgangen av alle de undersøkte tjenestene. 88 % av brukerne uttrykte at de var fornøyd med legetjenesten. Det var særlig tilfredsheten med å ha en fast lege som økte fra år 2000 til 2003.

Før reformen varte et gjennomsnittlig lege-pasientforhold 9,7 år. Siden det ble dannet mange nye lege-pasientforhold i forbindelse med reformen, er gjennomsnittsvarigheten etter reformen kortere, 7,7 år. Sammenlignet med før reformen er det en økende andel pasienter i småkommuner som sier at de har truffet den samme legen flere ganger. Det var ingen signifikante forandringer i større kommuner, hvor stabilitet og kontinuitet var rimelig bra også før fastlegeordningen.

En studie viste ingen endringer i pasientenes bruksmønster: 66 % hadde brukt bare en allmennlege, 24 % hadde brukt to og 10 % hadde brukt tre eller flere allmennleger i løpet av ett år. I en annen studie var det en nedgang i andelen som hadde brukt mer enn en allmennlege fra 38 % i 2000 til 29 % i 2003. Det at noen har brukt mer enn en allmennlege skyldes vanligvis ikke doktorshopping men at fastlegen ikke var til stede akkurat den dagen de oppsøkte legekontoet. De fikk derfor komme til en av de andre legene på samme kontor.

Både før og etter fastlegeordningen er det ca. 10 % av befolkningen som foretrekker å kunne bruke flere allmennleger. Denne andelen har økt noe blant pasienter med psykiske problemer og muskel- og skjelettsykdommer.

Omtrent 3 % av konsultasjonene er med "fremmede" pasienter, dvs. pasienter som har fastlege på andre legekontoer. Svært få benytter seg av muligheten for å få en ny vurdering hos en annen fastlege (second opinion). Slike konsultasjoner utgjør mindre enn 0,1 % av alle konsultasjonene.

Ifølge styringsdata fra Rikstrygdeverket bytter 2,5 % av innbyggerne fastlege hvert kvartal. Omtrent 40 % av disse må bytte fastlege fordi legen har avsluttet sin praksis, og 15 - 20 % skyldes at de selv flytter. Resten er

såkalte ordinære bytter, som kan være en indikasjon på manglende tilfredshet. Det er for øvrig en viss tendens til at man bytter fra mannlige til kvinnelige fastleger.

I en intervjustudie fant man at 10 % av byttene ble tilskrevet misnøye med behandlingen, 3 % lange ventetider og 1 % dårlig telefontilgjengelighet. I en annen studie ble 23 % av byttene tilskrevet misnøye med fastlegen og 8 % dårlig tilgjengelighet. I tillegg var det 17 % som hadde ønsket å bytte fastlege, men som likevel ikke hadde gjort det. Pasientene synes det er mindre belastende når de selv tar initiativ til å bytte, enn når det blir påtvunget dem.

De fleste allmennleger er enige om at kontinuitet er viktig, og de fleste mener også at fastlegeordningen styrker kontinuiteten. Mange leger som ble valgt av mange av sine gamle pasienter, har imidlertid ikke merket så store forandringer etter fastlegeordningen. Men leger som hadde få faste pasienter før reformen synes at fastlegeordningen har vært nyttig. I kvalitative studier gir legene uttrykk for at de føler større ansvar og at de er mer bundet til praksisene. Det er likevel en lettelse bare å ha ansvar for en avgrenset populasjon. Både fastlegene selv og deres samarbeidspartnere mener det er en fordel at ansvaret nå er tydelig plassert.

Effektivitet

Frem til 2002 var det en tendens til at allmennlegene så flere pasienter på kortere tid enn før. Dette gjaldt særlig tidligere avtaleløse leger og fastlønnsleger som skiftet til privat drift i forbindelse med fastlegeordningen. De tidligere fastlønnslegene har imidlertid fortsatt klart færre pasienter enn de som har drevet privat hele tiden. Legene var allerede selektert inn i ulike kontrakttyper basert på ulike personlige preferanser, og det synes som om denne seleksjonseffekten er betydelig sterkere enn insentiveffekten av reformen.

Det er en økende andel av legene som føler at de bruker passe lang tid på hver pasient. Denne vurderingen er uavhengig av listelengden. Registreringer av arbeidstid og antall konsultasjoner tyder på at begge er noenlunde proporsjonale med listelengden, men økningen i arbeidstid synes å flate ut med de aller lengste listene. Leger som deltok i fastlegeforsøket, og som derfor har mer enn ti års erfaring med systemet, har lengre lister enn andre fastleger, men har likevel ikke flere konsultasjoner.

Noen pasienter er mindre attraktive for legene, og en strategi for å unngå disse pasientene er å ha lukkede lister. Likevel mener de fleste at disse pasientene får bedre behandling enn før siden det alltid vil være en lege som har ansvar for å ta tak i problemstillingen. Noen fastleger nevner for øvrig som et positivt trekk at praksisen deres har blitt mer variert, de ser flere ulike typer pasienter enn før.

Det har vært et tema for debatt hvorvidt fastleger som har for få pasienter kompenserer inntektstapet med å gjøre mer for hver enkelt pasient. Det er ikke noe som tyder på at disse legene krever flere laboratorie- eller prosedyretakster, og det ser heller ikke ut til at de tar pasientene sine til hyppigere kontroller. Likevel kan det synes som de ser pasientene sine litt oftere og bruker noe mer tid på dem. Forskere som har studert dette har kommet ut med noe forskjellige resultater, men det beste anslaget er trolig at ca. 1 % av alle konsultasjonene i norsk allmennpraksis kan tilskrives effekten av pasientmangel. Dette er trolig en tilgjengelighetseffekt. Leger som mangler pasienter har bedre tilgjengelighet og mer tid for hver enkelt pasient.

Parallelt med fastlegeordningen ble det også innført en strengere henvisningsordning. Henvisning er nå nødvendig dersom spesialisten skal få trygderefusjon. Evalueringen kan tyde på at fastlegene er mindre aktive som portvakter. De opplever sterkere konkurranse og bestreber seg på å yte god service for pasienter som de opplever som mer krevende enn før. Dette gjelder ikke bare henvisninger til spesialist, men også sykmeldinger og blåresepter på tvilsomme indikasjoner. Antallet pasienter som henvises andrelinjetjenesten øker, men dette skyldes nok først og fremst at kapasiteten i spesialisthelsetjenesten har økt.

En studie som fokuserte på pasienter med dårlig helse eller kronisk sykdom fant at disse gruppene hadde hyppigere kontakt med andre allmennleger og spesialister, og at de oftere brukte legevakten. Det var imidlertid ingen sammenheng mellom denne legesøkningsatferden og listelengden til fastlegen deres. Det ser altså ikke ut til at fastleger med lange lister rasjonerer konsultasjonene sine eller henviser flere til spesialist enn fastleger med kortere lister.

Antall pasienter som bruker legevakten synes ikke å ha endret seg vesentlig med innføringen av fastlegeordningen. De som ikke hadde noen fast lege før reformen, retter nå i større grad sine medisinske behov til fastlegen enn til legevakten. På den andre siden kan det synes som om pasienter som er misfornøyd med

fastlegen oftere tyr til legevakten enn før. Generelt er tilfredsheten med legevakten dårlig, og det har ikke endret seg etter Fastlegereformen.

De fleste fastlegene er fornøyde med det samarbeidet de har med sine lokalsykehus. De som er knyttet til mellomstore sykehus er mer fornøyde enn de som bruker små eller store sykehus. Tilfredsheten synker dessuten med sykehusets kostnadseffektivitet. Omtrent 20 % av fastlegene nevner som et problem at de ofte ikke får epikriser fra sykehuset dersom en annen lege har lagt inn deres pasienter. Det er 30 % av fastlegene som opplyser at de har felles faglige retningslinjer med sykehuset, men så mye som 40 % vet ikke om det finnes slike retningslinjer.

I studier som har konsentrert seg om psykiatriske pasienter klager fastlegene over dårlig tilgjengelighet i spesialisthelsetjenesten. De er også noe skeptiske til profesjonaliteten hos ikke-spesialistene som arbeider i de distriktspsykiatriske sentrene. Fastlegene er imidlertid svært fornøyd med samarbeidet med hjemmesykepleien og de psykiatriske sykepleierne i kommunehelsetjenesten. Samarbeidspartnerne i spesialisthelsetjenesten synes at fastlegene bryr seg for lite om samarbeid, og innenfor barnepsykiatrien ønsker både foreldre og ansatte i spesialisthelsetjenesten at fastlegene var mer involvert.

Mange fastleger får aldri noen informasjon når deres pasienter blir lagt inn på sykehjem, og det er bare knapt halvparten som rutinemessig blir bedt om medisinske opplysninger. Også når det gjelder medisinbruk blant pasienter i hjemmesykepleien er det behov for bedre kommunikasjon. Det er påvist store avvik mellom fastlegenes lister over pasientenes faste medisiner og det som er anført på hjemmesykepleiens lister. Fastlegenes manglende oversikt over hvilke medisiner deres pasienter faktisk får, øker risikoen for feilmedisinering og bivirkninger.

Den kommunale styringen av fastlegeordningen er avhengig av et godt samarbeid og dialog med fastlegene. Sentrale og individuelle avtaler er en type "relasjonelle kontrakter" som kjennetegnes av at partene har en felles interesse av å opprettholde et langsiktig forhold, og at det legges liten vekt på detaljregulering av plikter og rettigheter. Dette kan være et problem i konfliktsituasjoner. Minimumskravene til kommunal styring av legetjenesten er ganske små og de fleste kommunene har relativt små styringsambisjoner. De er stort sett tilfreds med hvordan legetjenesten fungerer.

Det er viktig for de lokale myndighetene å ha en god dialog og et godt samarbeid med fastlegene. Hvis dialogen bryter sammen, har de få andre tradisjonelle styringsredskaper. I de fleste kommuner er det kommunelege I som ivaretar kommunikasjonen med legene på vegne av kommunen. Det er opprettet samarbeidsutvalg i ca. 70 % av kommunene.

Konklusjon

Parallelt med fastlegeordningen har legedekningen bedret seg betraktelig, og stabiliteten blant fastlegene er høy. Det er likevel fortsatt problemer med legemangel i enkelte kommuner. I noen kommuner har man vært for tilbakeholdne med å søke om nye hjemler, med den følge at innbyggerne ikke har reelle muligheter for å bytte fastlege. Reformen la grunnlaget for en styrking av allmennmedisinsk offentlig legearbeid, men så langt har dette ikke skjedd.

Tilgjengeligheten er bedret, men pasientene er mindre tilfreds med ventetid på time og telefontilgjengelighet enn med de fleste andre aspekter ved fastlegeordningen. Det er ikke noe som tyder på at listelengde har betydning for tilgjengeligheten, men fastleger som har for få pasienter har bedre tilgjengelighet og mer tid for pasientene sine. De fleste pasientene er svært tilfredse med det personlige forholdet de har til sin fastlege. Legene er ydmyke over å ha blitt valgt, og det kan synes som de har blitt mer service-innstilte. Men de føler også at pasientene har fått mer makt gjennom reformen og at de er blitt mer krevende.

Både leger og pasienter setter pris på kontinuitet, og dette var det viktigste kriteriet for folk i forbindelse med legevalget. De ønsket å beholde en allmennlege de allerede kjente. Det er nå 98,5 % som har fått plass på liste hos fastlege, og det er ting som tyder på at kontinuiteten er økende, særlig i småkommuner. For mange leger og pasienter med etablerte lege-pasientforhold hadde imidlertid reformen liten praktisk betydning. Omtrent 2,5 % av befolkningen bytter fastlege hvert kvartal, men mindre enn halvparten av byttene skyldes misnøye.

Det er indikasjoner på at portvaktrollen er blitt svekket som følge av fastlegeordningen, og det er et økende antall pasienter som henvises til andrelinjetjenesten. Den viktigste årsaken til dette er nok likevel økende kapasitet i

spesialisthelsetjenesten. Både fastlegene selv og deres samarbeidspartnere setter pris på at fastlegeordningen klart definerer hvem som har ansvar for hver enkelt pasient. Det er likevel et potensial for bedret samarbeid på flere nivå. Kommunale myndigheter er stort sett tilfreds med fastlegenes arbeid. De har små styringsambisjoner og få andre styringsredskaper enn dialog og samarbeid.

Summary

In June 2001 Norway reformed its primary health services and introduced the Regular General Practitioner (RGP) Scheme. It is a contractual system based on listing and capitation.

In Norway the municipalities (the lowest level of government) have responsibility for the general practitioners (GPs). Most GPs are self-employed on a fee-for-service basis. The fees are partly paid by the patients themselves, partly by the National Insurance Scheme. In addition, the GPs receive a contribution from the municipality. This used to be a practice allowance depending on the number of auxiliaries, but with the RGP Reform it was replaced by a capitation component depending on the number of inhabitants on the RGP's list. Approximately 30 % of the income is expected to come from capitation and 70 % from fee-for-service. A few GPs, mostly in rural districts, are municipal employees on a fixed salary. Most GPs work together in small group practices.

Traditionally, the inhabitants used to be free to choose among all GPs practising in their area. However, vacancies and lack of stability were recurring problems, and most people wanted a more stable doctor-patient relationship. Gradually, a professional and political interest developed for contractual list systems such as those found in Denmark, UK, and The Netherlands. A political decision was taken to conduct a trial. During the years 1993 - 96 the RGP Scheme was tested in four Norwegian municipalities comprising a population of 240 000 and 151 GPs.

Evaluation studies of the trial indicated that both patients and doctors welcomed the new system, and the four participating municipalities were allowed to continue it. Meanwhile, in 1997 Stortinget (the Norwegian Parliament) decided to introduce the RGP Scheme on a nation-wide scale. Details about organisation and regulation were suggested in a discussion document published in 1998, and Stortinget finally approved a revised version in 2000. The necessary agreements with the Norwegian Medical Association and with the individual GPs were negotiated during 2000, and early 2001 the inhabitants were invited to choose their RGP.

Following an extensive information campaign run by the Ministry of Health and Social Affairs, every inhabitant was allowed to rank a first, second and third choice of GP to be listed with. If they had a previous relationship with any of the GPs, they could also give information about the duration of this relationship. Each GP stated the number of people he or she would like to have on the list. The National Insurance Administration then assigned GPs and inhabitants according to preferences. Those inhabitants who had not expressed any preference were assigned to an RGP with available capacity.

The RGP Scheme is continually evaluated through administrative data delivered to the Ministry by the National Insurance Administration and Statistics Norway. In addition, The Research Council of Norway was given the task of organising a scientific evaluation, covering a period of five years ending in 2005. This scientific evaluation was not targeted towards medical management of individual patients, but concentrated on four main service areas that were designated for this evaluation:

- Coverage of doctors
- Accessibility
- Continuity
- Effectiveness

The Research Council invited scientists to submit project applications, and a total of 15 large-scale and 15 small-scale projects received funding. Large-scale projects were mostly conducted by academics working in university departments or independent research organisations. Small-scale projects were mostly conducted by non-academic GPs who received scholarships for 1 - 3 months, under the guidance of university departments of general practice.

Coverage of doctors

During the 1990's there were recruitment problems and a shortage of GPs in Norway, especially in rural districts. This changed in 1999 when it was decided to give priority to the primary health services with regard to new practice licenses. Recruiting of GPs also improved considerably, and the net result was that, parallel with the introduction of the RGP Scheme, the number of GPs increased by approximately 300. In June 2005 there were 3 882 practice licences, of which 89 were vacant. However, there are still problems with the coverage of doctors in some of the more rural regions. In the county of Sogn & Fjordane 12 % of the RGP practice licenses were still vacant in 2005.

The majority of fresh medical candidates are now female. This is also reflected in an increasing proportion of female GPs. However, the increase in female GPs is slower than the corresponding increase in other medical specialities. This is probably due to a high degree of stability among older male GPs, but may also be an indication that general practice is not very attractive for female doctors. In 2005 30 % of Norwegian GPs are women.

Before the RGP Reform 67 % of the inhabitants stated that they already had a stable relationship with a GP. 10 % said that they did not want to have an RGP, but after the reform only 0.5 % have decided not to participate in the RGP Scheme. In June 2005 98.5 % of the participants had been assigned to an RGP. More than 50 % of the lists are open and the total excess list capacity is approximately 10 %. In 2002 60 % of the RGPs were satisfied with their list size, 20 % wanted more patients and 20 % less. Thus, as a whole it seems that the market of doctors is in balance, and the surplus list capacity is probably somewhat less than the official 10 %. The average list size is 1 200.

Participants in the RGP Scheme have a right, established by law, to change RGP twice a year. However, the local authorities of some municipalities have hesitated to apply for new practice licenses, and as a consequence there are only one or no RGPs with open lists. In these municipalities the inhabitants have no real option to change RGP.

The stability among RGPs is high. Only 5.5 % of the contracts are terminated every year. In the age group 40 - 54 years, which comprises 54 % of all RGPs, only 3.6 % of the contracts are terminated every year. The stability is highest in urban areas. In remote rural areas a high turnover of doctors is still a problem.

RGPs working in unstable municipalities appreciate that the RGP Scheme enables them to concentrate on their list patients. In contrast to the situation before the reform, they do not have to be equally responsible for all inhabitants. Approximately 10 % of RGPs, mostly in rural areas, have joint lists in group practices, and this seems to contribute to stability among the RGPs. Stability is also higher in rural municipalities with less frequent out-of-hours duty, and where there is a close and trustful co-operation between the doctors and the local authorities. Many smaller municipalities try to improve recruitment and stability by giving their doctors extra benefits beyond the capitation fee or salary.

The RGP Reform also prepared the ground for a strengthening of public medical work. The local authorities have a right to instruct full-time RGPs to do 7.5 hours of public medical work a week (mostly in nursing homes, schools, and maternal and child health centres). This type of work is usually salaried and considerably less profitable for doctors than curative work. However, the evaluation shows that the local authorities have not made the most of this opportunity, probably for economic reasons.

Traditionally, many Norwegian GPs have also acted as public health officers in their municipalities. However, for many years these combined positions have suffered from extensive recruitment problems and lack of stability. The turnover was almost 50 % in both periods 1994 - 99 and 1999 - 2002. The number of hours spent on public health work has gradually been declining for many years, and it does not seem that the RGP Reform has made any difference. The local authorities do not have a right to instruct RGPs to do public health work.

Accessibility

With the introduction of the RGP Scheme accessibility has become even more important than before. The RGPs are supposed to give preference to their own patients and 'strangers' will more often be denied access. Compared

with the situation before the RGP Reform, the patients have fewer alternatives. Therefore, increased demand for easy access may lead to less satisfaction among patients, even if the accessibility has improved.

Accessibility is dependent on the local coverage of doctors, especially in larger municipalities. The strong increase in the number of GPs parallel to the RGP Reform will obviously contribute to improved accessibility, but there are also indications that the RGP Scheme itself plays a role. In qualitative studies the RGPs report that they experience stronger competition and that they strive to improve their accessibility.

Although not a good measure of accessibility, the waiting time for ordinary appointments has been significantly reduced, especially for male RGPs. It also seems that the RGP Scheme has entailed a levelling effect, improving waiting times most where the situation used to be worst. There are also reports of increased satisfaction among patients. Nevertheless, waiting time is one aspect of the RGP Scheme which unveils one of the lowest satisfaction rates. In a study of patients with chronic diseases it was indicated that those listed with female RGPs are less satisfied with waiting times than those listed with male RGPs.

Waiting times are mostly independent of the RGPs' list sizes, with the exception of those who are severely short of patients and those whose lists are overcrowded. RGPs with large lists find it easier than other RGPs to receive patients for emergency consultations. This is probably because RGPs with large lists work more days per week and have greater flexibility, but it may also reflect differences in effectiveness.

Accessibility for emergency first aid during normal practice hours does not seem to have changed. Both before and after the RGP Reform 91 % of patients thought the access was easy. Inspections carried out by chief county medical officers also indicate that the accessibility is good in these situations. However, there is still room for improvements. Almost 50 % of patients seeking help out-of-hours said they were willing to wait for an appointment with their RGP if this could be organised the next day. Few, however, were willing to wait 4 - 5 days for such an appointment. Thus, if the rush for out-of-hours service is to be reduced, it is necessary for the RGPs to provide better access for these patients already the same or next day.

Telephone accessibility seems to be the aspect of the RGP Scheme that gives the lowest satisfaction scores among patients. The phone company recorded all calls to 100 random general practices during one week, and found that 66 % of the calls were answered. There were 266 calls per week per 1 000 persons on list. Compared with earlier registrations telephone accessibility has improved despite a strong increase in traffic. Inspections carried out by chief county medical officers indicate that the average waiting time on the phone is 2 - 3 minutes. Patients reported that they less frequently failed to get in touch with their GP offices on the phone. Nevertheless, they expressed reduced satisfaction with the telephone accessibility.

A completely different type of accessibility is how well the doctor manages the interpersonal relations with the patient. There are no indications that the RGP Reform has caused significant changes in the patients' consultation behaviour, and most of them report a high degree of satisfaction with their GP, and even more so after the reform. Most patients feel that their RGP takes their complaints seriously, gives them enough time, refers to specialists when necessary, and they have confidence in the management provided. Generally, older patients are more satisfied than the younger ones.

In a qualitative study patients with psychiatric illness tended to describe a busy RGP that should not be encumbered with time-consuming problems. Few of them felt that the doctor really made an effort to manage their psychiatric problems. Doctors in the same study indicated that the time spent with each patient was too much influenced by consultation fees, which favour short consultations. In another study patients with psychiatric problems reported increasing dissatisfaction with the GP services after the reform, and more often wanted to use several GPs rather than just one.

Those who were assigned to their first choice GP as a personal doctor have more confidence in the management provided, and are more satisfied with several aspects of the doctor-patient relationship than patients who were not assigned to their first choice. This probably reflects that patients value continuity in doctor-patient relationships.

Except for waiting times patients express less satisfaction with RGPs who lack more than 100 persons to achieve the preferred list size. However, this tendency towards dissatisfaction is not present among those who had listed these doctors as their first choice GP.

RGPs who have been interviewed in qualitative studies express a feeling that patients have been empowered by the reform and that they are more demanding. At the same time, doctors are humble and have respect for having been chosen. Therefore, they want to do their best for their patients. They are, however, painfully aware that their patients may choose to leave. When this happens, the doctor will often consider his own practice style and wonder whether the change can be ascribed to relational problems or a specific episode.

Continuity

Almost 70 % of the inhabitants felt it was important to be assigned to their first choice GP. More than half stated that it was most important to keep a GP they already knew. This was especially important for elderly people with poor health. As it turned out, 87.3 % were assigned to their first choice, and 91.7 % to one of three choices.

A GP's probability of being chosen increased if the age difference between the inhabitant and the GP was small, and if they were of the same gender. Older GPs and GPs who were general practice specialists had a greater chance of being chosen. Probably, this is an indication that the inhabitants sought continuity in their choice of RGPs. Other studies show that stability among GPs and continuity in doctor-patient relationship increase satisfaction with the care provided.

Regular studies of satisfaction with various municipal services have been conducted in Norway. The study in 2003 was the first after the RGP Reform, and compared with the study in 2000, the general practitioner services noted the largest improvement. This was especially true for the possibility of having a regular GP. Altogether, 88 % expressed satisfaction with the general practitioner services.

Before the reform an average doctor-patient relationship had lasted 9.7 years. Since many new relationships were formed with the RGP Reform, average duration dropped to 7.7 years. Compared with the situation before the reform, an increasing proportion of patients in smaller municipalities said that they had seen the same GP on several occasions. There was no significant change in urban areas, where continuity and stability among GPs was quite good also before the reform.

One study showed no change in patients' consultation pattern: 66 % had seen only one GP, 24 % had seen two, and 10 % three or more GPs during one year. In another study the proportion of patients who had seen more than one GP declined from 38 % in 2000 to 29 % in 2003. The use of more than one GP is generally not due to doctor shopping. The usual reason is that their own RGP was absent and instead they were seen by another GP in the same practice.

Ten percent of the population are principal opponents of the RGP Reform. They prefer to be able to see more than just one GP, at their own desire. After the reform, there is a tendency that this attitude has become more common among patients with mental sufferings and musculoskeletal illnesses.

Approximately 3 % of consultations are with 'strangers' – patients registered with RGPs working in other practices. Patients have a right to seek a second opinion by a doctor other than their own RGP, but rarely make use of this option. Second opinion consultations make up less than 0.1 % of all consultations.

According to administrative data from the National Insurance Administration 2.5 % of the inhabitants change RGP every quarter. Approximately 40 % of these have to change because the RGP has closed his or her practice. 15 - 20 % of the changes happen because the inhabitant moves. The rest are mostly 'ordinary changes', which often can be taken as an indication of dissatisfaction. There is a tendency that patients change from male to female RGPs.

In one interview study the participants stated that 10 % of the changes were due to dissatisfaction with the treatment, 3 % due to long waiting times and 1 % because of poor telephone accessibility. In another study 23 % of changes were ascribed to dissatisfaction with the RGP and 8 % to poor accessibility. In addition, 17 % had wanted to change RGP without doing it. Voluntary changes are experienced as less troublesome than forced ones.

Generally, the GPs agree that continuity is important, and most also believes that the RGP Scheme will improve continuity. However, many experienced GPs who were chosen by most of their old patients, do not think that the RGP Scheme has made any significant difference. On the other hand, GPs who had few regular patients before the reform find the list system useful. In qualitative studies the doctors express feelings of greater responsibility

and they feel more tied to their practices. However, it is a relief that they may limit their attention only to those who are registered on their lists. Furthermore, it is an advantage that the responsibility for the patient is clearly defined. Collaborators also appreciate this.

Effectiveness

Up until 2002 there was a tendency that GPs were seeing more patients in a shorter time than before. This was especially true for GPs who used to be on a fixed salary and who changed to private practice with the RGP Reform. However, these doctors still see fewer patients than those who have been self-employed all the time. Doctors were already selected into different types of contracts based on personal preferences, and it seems that this selection effect is considerably stronger than the incentive effect of the reform.

More doctors feel that they spend adequate amount of time on each patient, and this judgement is not influenced by list size. Recordings of work time and number of patient encounters indicate that both are proportional with list size, but the association with working time tends to level off with the largest lists. RGPs who participated in the trial, and therefore have more than ten years experience with the system, have longer lists than other RGPs without seeing more patients.

Some patients are less attractive for doctors, and one strategy to avoid them is to close the list. Nevertheless, most doctors think that these patients receive better care now since there will always be one RGP who has to take responsibility. Some GPs feel that their practices have become more diversified, they are seeing more different types of patients than before.

It has been an issue of dispute whether RGPs who experience patient shortage tend to compensate by intensifying their practice style (income motivated behaviour). There is no indication that these doctors claim more fees for laboratory services and other specific procedures, and they do not schedule more doctor-initiated appointments. Nevertheless, there are indications that they see their patients more frequently and spend more time with them. Researchers who have studied this have come up with different results, but the best guess is that approximately 1 % of all patient encounters in Norwegian general practice can be ascribed to the effect of patient shortage. This is probably an accessibility effect. Doctors who experience patient shortage have better accessibility and more time for their patients.

Parallel with the reform a more restrictive gatekeeping system was introduced. A referral is now mandatory for the specialist to claim reimbursement from the National Insurance Scheme. However, there are indications that RGPs are less active gatekeepers than before. They experience more competition and are eager to provide service to patients who are more demanding. This attitude does not only apply to referrals, but also reimbursable prescriptions and sick leaves. The number of patients that have been referred for secondary care has been increasing, but the most important reason for this is probably an increased availability of specialist health services.

One study focusing on patients with poor health or chronic illness found that these groups had more contacts with other GPs and with specialists, and were more frequent users of out-of-hours services. However, there was no indication that this behaviour was affected by their RGP's list size. Thus, it does not seem that RGPs with large lists tend to ration consultations or refer more of these patients for secondary care than RGPs with smaller lists.

The number of patients using out-of-hours services does not seem to have been significantly affected by the RGP Reform. Those who did not have a regular GP before the reform are now directing more of their needs towards their RGP and make less use of out-of-hours services. On the other hand, patients who are stuck with an RGP they do not like may use out-of-hours services more frequently. Generally, satisfaction with out-of-hours services is low, and it has not changed since the RGP reform.

The majority of RGPs are content with the co-operation they have with their local hospital. Satisfaction is highest with medium-sized hospitals, and negatively associated with the hospital's cost-effectiveness. One problem noted by 20 % of the RGPs is that they often do not receive any information if other doctors than themselves have referred one of their patients to hospital. 30 % of the RGPs state that they have management guidelines in common with their local hospital, but as much as 40 % do not know whether such guidelines exist.

In studies focusing on patients with psychiatric illness the RGPs complain about poor accessibility for specialist care. Furthermore, they express some scepticism towards the professional competency of non-specialists practising in secondary psychiatric care. However, they are very content with the work performed by community nurses. On the other hand, personnel working in secondary care complain that RGPs do not give enough priority to co-operation. Likewise, for children with psychiatric problems, parents and specialist personnel would prefer that the RGP was more involved.

RGPs often fail to receive any information when patients are admitted to nursing homes, and as a routine, only 40 - 50 % are asked to provide information about their patients. There is also a potential for improvement in communication about the use of medicines for frail elderly outpatients served by community nurses. Large discrepancies have been found between physicians' and nurses' lists of regular medication. The RGPs' lack of knowledge of what their patients actually receive may contribute to medication errors and adverse drug reactions.

The local administration of the RGP Scheme is dependent on co-operation and dialogue between the local authorities and the RGPs. The central agreements and individual contracts are of a 'relational' type with few details and duties specified. This may be a problem in conflict situations. However, the minimum requirements for local government are quite small, and most local authorities have low ambitions for supervising and controlling the RGPs. They are mostly satisfied with the service provided.

It is important for the local authorities to have a dialogue and good relations with the RGPs. If the dialogue breaks down, they have few alternative means of governing. In most municipalities it is the district (city) medical officer who acts as a 'translator' between authorities and RGPs. In approximately 70 % of the municipalities a liaison committee has been established for local co-operation.

Conclusion

Parallel with the RGP Reform the coverage of doctors improved considerably, and the stability among RGPs is high. However, there are still problems with doctor shortage in some remote and rural areas. In addition, some local authorities have hesitated to apply for new practice licenses, and as a consequence the inhabitants have no real option to change RGP. Although the reform prepared the ground for a strengthening of public medical work, this has not happened so far.

Accessibility has improved, but patients are less satisfied with waiting times and telephone accessibility than with most other aspects of the RGP Scheme. There is no indication that accessibility is dependent on list size, but RGPs who experience patient shortage seem to have better accessibility and time for their patients. Most patients are very satisfied with the personal relationship they have with their RGP. Doctors are humble to have been chosen by their patients, and they may have become more service-minded. But they also feel that the patients have been empowered by the reform and are more demanding.

Both doctors and patients value continuity, and this was the most important consideration when the inhabitants made their choice of RGP. They wanted to keep a GP they already knew. In 2005 98.5 % of the population have been assigned to an RGP, and there are indications that continuity has improved, especially in rural areas. However, for many doctors and patients with established relationships, the reform did not make any significant difference. Approximately 2.5 % of the population change RGP every quarter, but less than half of the changes are due to dissatisfaction.

There are indications that the gatekeeper role has been weakened by the RGP Scheme, and an increasing number of patients are referred for secondary care. The most important reason for this, however, is probably increased availability of specialist services. Both RGPs and their partners in primary and secondary care appreciate that the responsibility for patients has been clearly defined. However, there is a potential for improving co-operation between RGPs and others. Local authorities are generally satisfied with the service provided. They have low ambitions for controlling the RGPs and have few other means of governing than dialogue and collaboration.

1. Introduksjon

1.1. Definisjoner

En **allmennlege** er en lege som utøver allmennmedisin i første linje og som i tillegg formidler og koordinerer tjenester som pasienten trenger innen andre deler av helsetjenesten.¹ En **fastlege** er en allmennlege som driver en praksis der det foreligger en formell avtale om et varig lege-pasientforhold og som gir pasienten rett til tjenester hos denne legen.

Allmennmedisin er den delen av medisinen som arbeider med diagnose, behandling, rehabilitering og forebygging i første linje, med vekt på et personlig, forpliktende og kontinuerlig lege-pasientforhold. De fleste allmennleger utfører også **offentlig legearbeid** i helsestasjoner, skoler, sykehjem eller fengsler.

Med **samfunnsmedisin** mener vi grupperett legearbeid for å kartlegge sykdom og helse i befolkningen, iverksetting av tiltak og administrasjon av helsetjenestene. Kommuneoverlegen (kommunelege 1) er den legen i kommunen som er hovedansvarlig for det samfunnsmedisinske arbeidet. Hovedfunksjonene er medisinsk-faglig rådgivning for kommuneledelsen, spesielt innenfor miljørettet helsevern, helseberedskap, helsestatistikk, planlegging og kvalitetssikring, samt arbeid som smittevernlege.

Allmennmedisin og samfunnsmedisin er to forskjellige fag, to ulike spesialiteter. Kommunene kan pålegge fastlegene offentlig allmennmedisinsk legearbeid, men ikke samfunnsmedisinske oppgaver.

1.2. Faget allmennmedisin

Allmennmedisin er mer enn bare en syntese av ulike organspesialiteter. Dette har ikke alltid vært erkjent i legeutdannelsen, men nå er allmennmedisin et klinisk hovedfag i utdanningen, på linje med kirurgi og indremedisin, og med en moderne og omfattende norsk lærebok.²

Allmennpraktikeren arbeider i første linje, i en åpen og uselektert praksis. Symptom- og sykdomspanoramaet er helt annerledes enn hva som møter organspesialistene. Dette krever spesielle arbeidsteknikker. Nytteverdien av tester og undersøkelser er annerledes i allmennpraksis enn på sykehus. Det samme gjelder nytteverdien av ulike behandlingstiltak. Man kan ikke uten videre overføre erfaringer fra en selektert spesialistpraksis til allmennpraksis. Denne erkjennelsen er blitt stadig klarere etter hvert som allmennmedisin har blitt utviklet som et akademisk fag. Dette er også bakgrunnen for at det siden 1985 har eksistert en egen spesialitet i allmennmedisin.

Arbeidet i allmennpraksis har noen typiske kjennetegn:

- pasienter med tidlige og uspesifikke tegn til sykdom
- begrenset tid til hver konsultasjon
- begrenset diagnostisk og terapeutisk utstyr
- begrenset kunnskap og erfaring innenfor mange spesialfelt

Disse forutsetningene danner en naturlig ramme for allmennpraksis slik det praktiseres i mange land. Den enkelte konsultasjonen er oftest kort og gir begrenset informasjon. Men ved langvarige lege-pasientforhold vil summen av konsultasjonene etter hvert utgjøre en betydelig kunnskapsbase om den enkelte pasient. Man kan si at allmennpraktikeren over tid spesialisere seg på hver enkelt pasient. Stikkordet er kontinuitet.

1.3. Allmennpraksis i Norge

Det gamle distriktslegevesenet bestod av offentlig ansatte leger som skulle ta seg av samfunnsmedisinske oppgaver og samtidig drive privat allmennpraksis. Tradisjonelt har svært mange norske allmennleger vært slike "kombileger" – de har kombinert kurativ allmennmedisin med samfunnsmedisinske oppgaver eller offentlig legearbeid. I større befolkningssentra var det også grunnlag for å drive ren privat allmennpraksis. I mange år hadde vi et todelt system, med kombileger i distriktene og privatpraktiserende allmennleger i de større byene.

Etter krigen kom en periode med sterk utbygging av institusjonshelsetjenesten. En strøm av medisinske nyvinninger førte dessuten til at de fleste nyutdannede legene satset på spesialistkarrierer. Rekrutteringen til allmennmedisin stanset helt opp, og utover 1950-årene var det krisetilstander. Gjennomsnittsalderen for landets allmennpraktikere steg fra 45 til 55 år, og i tidsrommet 1955 til 1965 sank antallet primærleger med mer enn 50. Vi hadde større områder hvor det var mer enn 8 000 personer på hver primærlege.³

Alment praktiserende lægers forening ble en viktig basis for revitaliseringen. Allmennlegene arbeidet målbevisst overfor moderforeningen, og fikk gjennomslag for en rekke reformer. Blant de viktigste var pensjonsordningen (1961) og sykelønnsordningen (1963), samt fondet for legers videre- og etterutdanning (1967). Man hentet inspirasjon gjennom studieturer til England, Danmark og Nederland, ble kjent med listesystemet, og begynte arbeidet med å forme allmennmedisinen til et spesialfag. I 1978 lanserte en arbeidsgruppe i Den norske lægeforening KOPF-idealet for primærhelsetjenesten.⁴ KOPF står for kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende.

En rekke offentlige utredninger slo fast at distriktshelsetjenesten skulle være fundamentet i norsk helsetjeneste. I Stortingsmelding nr. 9 (1974-75) ble det uttrykt slik: "Distriktshelsetjenesten skal omfatte helsevesenets basistjenester og være det fundament som andre deler av helsevesenet springer ut fra og støtter seg til. Dette forutsetter at distriktshelsetjenesten får de personellmessige og tekniske ressurser som en slik oppgave krever."

Helsemyndighetene og legeforeningen hadde sammenfallende mål i sitt ønske om å styrke primærhelsetjenesten. Metodene var det imidlertid sterk uenighet om. Legeforeningen ønsket å bevare store deler av allmennpraksis som et liberalt erverv, mens helsemyndighetene ønsket at det offentlige skulle overta både ansvar og drift. Uenigheten mellom helsemyndighetene og legeforeningen preget mye av debatten i 70-årene. Legenes synspunkter endret seg mest. Et økende antall primærleger, særlig de yngste, ikke bare aksepterte, men til og med ønsket offentlig ansettelse på fast lønn på lik linje med sine sykehuskolleger.⁵

Frem til 1970-årene var solopraksis den vanlige driftsformen. I Olav Rutles studie fra 1978 oppgav 65 % av allmennlegene at de jobbet alene.⁶ Men allerede i 1950-årene begynte tanker om gruppepraksis og helsesentra å ta form. En rekke helsehus ble bygget, hvor forskjellige helsetjenesteaktiviteter i kommunen ble samlet. Fra slutten av 1960-tallet ble opprettelse av gruppepraksiser vanligere. Med økt tiltro til primærhelsetjenesten kom økt behov for gode lokaler, godt utstyr og tilstrekkelig med hjelpepersonell. Utgiftene for nyetablerte allmennleger kunne derfor bli meget store, og mange vegret seg. For å bøte på dette begynte flere kommuner å støtte etablering av privat allmennpraksis ved at de opprettet legesentre som de leide ut til subsidierte priser. Etter hvert ble det også vanligere å tilby legene fastlønnsstillinger. Fastlønnsordningen nådde sitt høydepunkt i 1990, da nesten 40 % av allmennlegene hadde fast lønn. Siden avtok denne andelen gradvis igjen.

En viktig reform ble gjennomført i 1984 med Lov om helsetjenesten i kommunene. Det statlige distriktslegevesenet ble avviklet, og kommunene overtok ansvaret for å tilby innbyggerne allmennmedisinske og samfunnsmedisinske tjenester. Norge fikk med dette en primærhelsetjeneste som var mer desentralisert enn noe annet land det var naturlig å sammenligne med.

Ordningen med "kombileger" ble videreført i kommunehelsetjenesten, med ulike tilknytningsformer for den kurative, allmennmedisinske delen:

- Driftsavtale. Legen var selvstendig næringsdrivende, men mottok et driftstilskudd fra kommunen. Størrelsen på driftstilskuddet var i hovedsak avhengig av omfanget av medarbeidere i praksisen. I tillegg mottok legen egenandeler fra pasientene og refusjoner fra folketrygden.

- Fast lønn. Legen var kommunalt ansatt lønsmottaker og kommunen dekket alle driftsutgifter. Kommunen mottok et fastlønnstilskudd fra folketrygden som kompensasjon for manglende refusjonsinntekter.
- Uten avtale. Leger som hadde etablert praksis før 10.10.92, og som ikke hadde driftsavtale med kommunen, kunne kreve refusjon fra folketrygden i tillegg til egenbetaling fra pasientene. Leger som hadde etablert seg i slik praksis etter 10.10.92 kunne ikke kreve refusjon, og måtte dekke alle kostnader ved egenbetaling fra pasientene. Avtaleløse leger var ikke bundet av avtalte honorartakster, og kunne ta høyere egenandeler fra pasientene.

Det fantes også ulike kombinasjonsløsninger hvor legene hadde driftsavtale eller fast lønn for deler av praksisen. På legevakt var alle legene selvstendig næringsdrivende, og når de utførte offentlig legearbeid eller samfunnsmedisinske oppgaver, var de fastlønnet. De mange ulike tilknytningsformene medførte at myndighetene fikk dårlig oversikt over legearbeidsmarkedet, dårlig kontroll med utgiftene, og problemer med å administrere legene.⁷

De første årene etter reformen vedvarte den gode rekrutteringen som hadde utviklet seg i 1970-årene. En evaluering viste imidlertid at helsefaglig kompetanse stod svakt innen kommunehelsetjenestens lokale administrasjoner, og at trivsel og tilpasning i kommunelegerollen var dårlig.⁸

Etter hvert oppstod det en ny rekrutteringssvikt. Dette skyldtes først og fremst en sterk vekst i antall stillinger i spesialisthelsetjenesten. Men det var også problemer internt i kommunehelsetjenesten, tydeligst i de stillingene som var tette knyttet opp mot den kommunale administrasjonen. Dette gjaldt i særdeleshet de samfunnsmedisinske stillingene, men flere og flere fastlønnsleger valgte å endre tilknytningsform til driftsavtale, som var økonomisk gunstigere og friere i forhold til kommunal styring.

I 1997 var 28 % av kommunelegestillingene i Nord-Norge ubesatt, i småkommunene (under 4 000 innbyggere) var 37 % ubesatt.⁹ Situasjonen ble delvis avhjulpet av et meget stort antall korttidsvikarer. Tall fra legeforeningen viste at antall allmennleger i de fire nordligste fylkene var redusert med 12,3 % i løpet av perioden 1995-98.¹⁰ Også i Sør-Norge var det mange ledige stillinger i distriktene. Ved utgangen av 1998 var det i alt 219 ubesatte årsverk i kommunehelsetjenesten, det vil si 6 % av alle stillinger/hjemler. Størst ledighet var det i Sogn og Fjordane (14,4 %), Nord-Trøndelag (14 %), Troms (12,3 %), Nordland (11,5 %) og Finnmark (9,4 %).

Pasienter klaget over dårlig tilgjengelighet både for konsultasjoner og på telefon. De fikk lite tid hos legen, og på grunn av stor utskifting i legestillingene, møtte de stadig nye leger. Dette var først og fremst et problem i utkantene, men mange byer hadde også dårlig primærlegedekning. Pasienter med store og sammensatte behov ble ikke prioritert og fikk for dårlige tverrfaglige tilbud. Noen pasienter brukte mange forskjellige leger (doktorshopping). Sykehus og spesialister visste ofte ikke hvem som skulle motta epikriser og ha ansvar for oppfølging.⁷

Ved årtusenskiftet hadde norsk allmennmedisin fått et krisestempel.¹¹⁻¹³ Selve faget ble også spådd en snarlig død.¹⁴

1.4. Internasjonale erfaringer

Mye tyder på at det er mer kostnadseffektivt å ha et helsevesen som er basert på en velfungerende allmennlegetjeneste, enn å ha organspesialister i førstelinjen.^{15 16} Omtrent 90 % av alle henvendelsene til allmennleger blir tatt hånd om lokalt, uten videre henvisning. Allmennlegen kjenner sine pasienter over tid, er vant til å møte tidlige og uferdige sykdomsbilder, og har arbeidsteknikker som er spesielt tilpasset denne situasjonen. I tillegg til at allmennlegene bruker mindre ressurser, er de trolig også bedre i stand til å selekttere ut hvilke pasienter som har behov for videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten, og hvilke som bør beskyttes mot overbehandling.¹⁷

I 1978 vedtok Verdens Helseorganisasjon Alma Ata-erklæringen "Helse for alle år 2000" med sterk vektlegging av primærhelsetjenesten. Alle land, også de vestlige industrilandene, ble rådd til å prioritere primærhelsetjenesten. Denne anbefalingen ble senere gjentatt i et felles dokument utarbeidet av Verdens Helseorganisasjon og WONCA (allmennlegenes verdensorganisasjon) i 1995: "Making Medical Practice and Education More Relevant to People's Needs: The Contribution of the Family Doctor." Her ble det slått fast at

allmennpraktikeren må spille en sentral rolle hvis en skal kunne oppnå kvalitet, kontroll over utgifter og rettferdighet i helsetjenesten.

Eksempler på land med en velutviklet allmennlegetjeneste er England, Danmark og Nederland. Disse landene har i mange år hatt et listesystem, karakterisert ved at:

- Hver enkelt innbygger står på liste hos en bestemt lege, som fungerer som den faste legen for vedkommende.
- Grunnprinsippet er at alle står på en slik liste, selv om både Nederland og Danmark har åpnet for muligheten til å stå utenfor. I Danmark er det 2-3 % av befolkningen som benytter seg av dette.
- Listestørrelsen reguleres av formelle eller uformelle maksimumsgrenser. Enkelte land har også minimumsgrenser.
- Den faste legen har et 24-timers ansvar for sine pasienter – året rundt. I praksis løses dette ved hjelp av samarbeidsavtaler legene imellom i form av legevakt- og vikaravtaler.
- Legene driver privat praksis – med et selvstendig ansvar for hjelpepersonale, lokaler, ferie- og vikarordninger osv. I samtlige land fastsettes per-capita-tilskuddet og andre honorarer gjennom sentrale avtaler.
- Det er formelle regler for etablering av nye praksiser. I alle landene inngår legene kontrakt med myndighetene. Avtalenes detaljeringsnivå varierer. Særlig i England har det vært arbeidet mye med å utforme kontrakter som stimulerer legene til å prioritere helsepolitisk viktige oppgaver, i første rekke av forebyggende karakter.
- Alle har innført henvisningsplikt og ansvaret for å henvise er lagt til listelegen.
- Tjenesten hos listelegen er gratis for pasientene.
- Når det gjelder samfunnsmedisin og offentlig legearbeid, er hovedalternativene at slike oppgaver enten integreres fullstendig i allmennlegens daglige praksis (f.eks. gjennom egne takster), eller frakobles allmennlegetjenesten helt og ivaretas av leger i heltidsstillinger – øremerket forebyggende og samfunnsmedisinsk arbeid.

Tabell 1.1. Noen sentrale trekk ved fastlegeordningen i Danmark, England og Nederland, sammenlignet med Norge¹⁸

	Norge	Danmark	England	Nederland
Ansvarlig	Kommunene	Fylkene	"Strategic Health Authorities"	Allmennlegene
Gjennomsnittlig listelengde	1 190 i år 2001	1 552 i år 2001	1 841 i år 2001	2 023 i år 2002
Egenbetaling	Ja	Nei *	Nei	Nei *
Vekting av per-capita-tilskudd	Nei	Nei	Ja	Ja
Pålegg om offentlig legearbeid	Ja	Nei	Nei	Nei
Henvisningsplikt tillagt fastlegen	Nei	Ja *	Ja	Ja *
Regler for bytte av lege	Karantenetid 6 mndr	Karantenetid 6 mndr	Når man ønsker	Når man ønsker
Ansvar for øyeblikkelig hjelp	Kommunens ansvar, men legene plikter å delta i legevakt	Fylkets ansvar, men legene plikter å delta i legevakt	Legene har 24-timers ansvar som løses ved hjelp av samarbeidsavtaler	Legene har 24-timers ansvar som løses ved hjelp av samarbeidsavtaler

* Sykesikringsgruppe 1 (Danmark) eller offentlig forsikrede (Nederland)

England har fra april 2004 gjennomført omfattende endringer i organiseringen av sin allmennlegetjeneste. Bakgrunnen var et økende rekrutteringsproblem og også et problem med å beholde allmennlegene, ikke minst på grunn av et belastende vaktarbeid. I det nye systemet vil ikke lenger innbyggerne stå på en leges liste, men på en fellesliste i praksisen. Alle praksisene skal yte en grunnleggende helsetjeneste, og for denne tjenesten får man en grunnsum som er fastlagt etter visse kriterier, bl.a. listelengde og sammensetning. Grunnsummen inkluderer vaktordning, men legene kan velge å stå utenfor denne, mot en reduksjon i godtgjørelsen.¹⁹

Utover dette kan praksisen yte tilleggstjenester som vil gi økt inntekt, for eksempel vaksiner, mor/barn-helsetjeneste, cervix-cytologi, prevensjonsveiledning og småkirurgi. De økte utbetalingene er avhengig av dokumentert bedring i kvaliteten på tjenestene. For dette formålet er det utarbeidet et omfattende sett av kvalitetsindikatorer. Man har pekt ut noen viktige kroniske tilstander og satt opp indikatorer og standarder for

disse. Man må også gjennomføre undersøkelser blant egne pasienter for å dokumentere hvordan de opplever at servicen har vært. De ulike indikatorene gir en viss poengsum og hvert poeng vil gi ekstra inntekt til praksisen.¹⁹

Sverige har tradisjonelt hatt relativt få allmennleger, og befolkningen har vært vant til å henvende seg direkte til spesialister. De fleste allmennlegene har vært fastlønnet og har arbeidet i områdeorienterte vårdcentraler med et stort antall medarbeidere. I 1993 vedtok Riksdagen den såkalte "Husläkarlagen" og innførte et listesystem for allmennlegetjenesten. Forslaget var omstridt både blant politikere og fagfolk, bl.a. manglet man 4 000 allmennleger for å kunne oppfylle målet om 2 000 innbyggere per lege. Landstingene (fylkene) fikk ansvar for systemet, med stor grad av frihet i utformingen. Dette førte til at det ble store forskjeller fra landsting til landsting. Husläkarlagen ble opphevet allerede etter ett år, men siden 1995 har alle innbyggerne i Sverige hatt en lovfestet rett til å velge en fast lege med spesialistkompetanse i allmennmedisin.

Noen landsting valgte å fortsette en ordning med listesystem, og andre har senere fulgt etter. I 2002 hadde fra 29 % til 80 % av befolkningen i de ulike landstingene en fast lege i primærhelsetjenesten. Det har også vært en økende tendens til at svenskene tar i bruk stykkpris-finansiering og privat drift, om enn i mer beskjeden grad enn i Norge.²⁰ Distriktsläkarföreningen, Svensk förening för allmänmedicin, Svenska privatläkarföreningen og Sveriges yngre läkares förening har i fellesskap arbeidet frem et nytt forslag til en nasjonal fastlegeordning, etter mønster fra Danmark, England, Nederland og Norge.²¹

I Finland har man eksperimentert med fastlegeordning siden midten av 1980-tallet. Det er den enkelte kommune som avgjør om legetjenestene skal organiseres etter dette prinsippet, og det økonomiske og administrative ansvaret ligger på kommunene. Det er stadig flere kommuner som velger denne modellen, og over halvparten av innbyggerne har nå egen fastlege. I det finske systemet har man prøvd å kombinere listesystemet med områdeansvar, og befolkningen har derfor ikke fritt legevalg. Hver enkelt blir tildelt sin lege ut fra geografisk tilhørighet. Ved besøk hos annen lege blir man vanligvis avkrevd en særskilt egenandel. Legenes avlønning består av en kombinasjon av fast lønn, basistilskudd og stykkpris. Innføring av listesystem synes å ha bedret tilgjengeligheten.²²

Den tidligere østblokken hadde et hierarkisk, sentralstyrt helsevesen basert på poliklinikker med mange ulike spesialister i første linje. Landene i Sentral- og Øst-Europa ønsker å endre dette systemet i retning av mer privatisering, mer fokus på folkehelse, omskolering av spesialister og økt bruk av allmennleger. Estland har innført en nasjonal helseforsikring, utvikler allmennmedisin som en egen spesialitet og har innført et kontraktstyrt listesystem.^{23 24} I Kroatia har man gjennomført lignende reformer, og evalueringer viser at de privatiserte allmennlegene har flere registrerte pasienter og bedre tilgjengelighet enn de offentlige.²⁵ Også i Russland forsøker man å erstatte den gamle spesialistbaserte modellen med en primærhelsetjeneste basert på allmennleger.²⁶

I USA har innbyggerne tradisjonelt hatt fri adgang til spesialister dersom de har helseforsikring eller selv er i stand til å betale. På grunn av sterkt økende kostnader i dette frie, stykkpris-finansierte systemet begynte man å eksperimentere med alternative organisasjonsformer for å koordinere helsetjenesten bedre (managed care). Dette skjer som oftest gjennom Health Maintenance Organizations (HMOs), som leverer alle typer helsetjenester til medlemmene sine mot en fast månedlig avgift. Vanligvis kan man ikke velge andre leger enn de som HMO har avtale med, og de fleste har primærleger som portvakter, gjerne med finansielle insentiver for å begrense videre henvisninger. Det er imidlertid lite som tyder på at portvaktssystemet har ført til vesentlige endringer i antall henvisninger.²⁷

Referanser

1. Definisjonskatalog for allmennlegetjenesten. Kompetansesenter for informasjonsteknologi i helsevesenet AS (KITH). Rapport 1/96. www.kith.no/upload/2151/R01-96DefKatLege.pdf.
2. Hunskår S, red. Allmennmedisin. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2003.
3. Bentsen BG, Koksvik T. De harde 1950- og 1960-årene. I: Fugelli P, Johansen K, red. Langsomt blir faget vårt eget. Oslo: Universitetsforlaget, 1984.
4. Koksvik T, Christie F, Nilsson F, Siem H, Syvertsen JO, Schjønby HP. Tanker om morgendagens primærlegetjeneste. Fra tenkekomiteen innen Alment praktiserende lægers forening og Offentlige Legers Landsforening. Oslo: Den norske lægeforening, 1978.
5. Bruusgaard D, Schrøder Å. De løfterike 1970- og 1980-årene. I: Fugelli P, Johansen K, red. Langsomt blir faget vårt eget. Oslo: Universitetsforlaget, 1984.

6. Rutle O. Primærlegen ut av skyggen - analyse av situasjonen i dag, tanker om morgendagen. Rapport nr. 1 - 1981. Oslo: Norges allmennvitenskapelige forskningsråds gruppe for helsetjenesteforskning, 1981.
7. St.meld. nr. 23 (1996-1997). Trygghet og ansvarlighet. Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen.
8. Romøren TI. Kommunehelsetjenestens fem første år. Sosialdepartementets utredningsserie. Rapport nr. 12 1989. Oslo: Sosial og helsedepartementet, 1989.
9. Andersen F, Herder O, Forsdahl A. Kommunelegetjenesten i Nord-Norge 1995-97. Tidsskr Nor Lægeforen 1999;119(9):1296-8.
10. Sundar T. Allmennmedisinen i skrøpelig forfatning. Tidsskr Nor Lægeforen 1998;118(25):4000-1.
11. Brekke M, Steinert S, Bakke HK. Krisetid er mulighetenes tid - rekrutteringen må sikres under fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 1999;119(25):3722.
12. Hunskaar S, Kolstrup N. Allmennmedisinen ved tusenårsskiftet - nedtur eller ny giv? Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120(1):13.
13. Stavdal A. Allmennmedisin i krise. Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120(7):774.
14. Nylenna M. Er allmennmedisinens tid forbi? Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120:3110.
15. Starfield B. Is primary care essential? Lancet 1994;344(8930):1129-33.
16. Starfield B, Shi L, Grover A, Macinko J. The effects of specialist supply on populations' health: assessing the evidence. Health Affairs - Web Exclusive, 15. mars 2005. W5 97-107.
17. Franks P, Clancy CM, Nutting PA. Gatekeeping revisited--protecting patients from overtreatment. N Engl J Med 1992;327(6):424-9.
18. Solholm K. Organisering av fastlegeordning i fire europeiske land. Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, Arbeidsnotat 2/2003.
19. Malde K. Kvantesprang i kvalitet i primærhelsetjenesten i Storbritannia? Utposten 2003;32(5):17-9.
20. Stolt M, Sjönell G. Ett väl fungerande familjeläkarsystem. Rapport. Stockholm: Familjemedicinska institutet. 2004.
21. Nationellt familjeläkarsystem. Underlag för handlingsprogram. Protos-gruppen, samverkan mellan DLF, SFAM, SPLF och SYLF, 2002-2003 www.protos.se/docs/nfs_editversion.pdf.
22. Takala J, Vehvilainen A, Erapohja A, Mustonen R, Korhonen H, Rasanen R. The list system can reduce the waiting time and number of consultations in a centralized primary care centre that provides out of hours medical care. Scand J Prim Health Care 1997;15(1):48-51.
23. Lember M. A policy of introducing a new contract and funding system of general practice in Estonia. Int J Health Plann Manage 2002;17(1):41-53.
24. Koppel A, Meesaar K, Valtonen H, Metsa A, Lember M. Evaluation of primary health care reform in Estonia. Soc Sci Med 2003;56:2461-6.
25. Hebrang A, Henigsberg N, Erdeljic V, Foro S, Vidjak V, Grga A, et al. Privatization in the health care system of Croatia: effects on general practice accessibility. Health Policy Plan 2003;18(4):421-8.
26. Rese A, Balabanova D, Danishevski K, McKee M, Sheaff R. Implementing general practice in Russia: getting beyond the first steps. BMJ 2005;331:204-7.
27. Forrest CB. Primary care in the United States: primary care gatekeeping and referrals: effective filter or failed experiment? BMJ 2003;326(7391):692-5.

2. Fastlegeforsøket

Allerede på 1960-tallet hentet norske allmennleger kunnskap om listesystemet gjennom studiereiser til Danmark, England og Nederland. Det ble etter hvert reist en diskusjon i legeforeningen om dette systemet også burde innføres i Norge. Første gang vi finner det omtalt skriftlig, er i heftet *Tanker om morgendagens primærlegetjeneste*,¹ hvor også KOPF-idealet ble lansert. I 1982 satte Den norske lægeforening saken på sin dagsorden gjennom oppnevning av det såkalte Generalplanutvalget for allmennmedisin, der en fastlegeordning ble omtalt som noe man i det minste burde overveie i Norge. I 1988 var det programfestet både i Alment praktiserende lægers forening og Offentlige legers landsforening at det burde utprøves en modell for nærmere tilknytning mellom lege og pasient.

I forarbeidene til kommunehelseloven av 1984 ble ulike organisasjonsmodeller for allmennlegetjenesten drøftet. Kommunene ble anbefalt å organisere helsetjenesten etter den såkalte "områdemodellen" der helse- og sosialarbeidere har et felles befolkningsansvar innenfor et avgrenset geografisk område. Begrunnelsen var at man på denne måten la forholdene best til rette for forebyggende arbeid og samarbeid mellom allmennlegene og andre faggrupper. Et listesystem for kurativ praksis kunne komme i konflikt med målsettingene for områdemodellen. Kommunehelsetjenesteloven fastsatte en ordning basert på fastlønnsleger og privatpraktiserende leger med avtale om kommunalt driftstilskudd.

Tankene om en fastlegeordning ble ikke videreført og konkretisert igjen før i "Røynslemeldinga" St meld nr 36 (1989-90) hvor det konkluderes med at det ville være nyttig å få prøvd ut et listesystem i Norge. Under sosialkomiteens behandling av denne meldingen, og gjennom innstillingen til meldingen, påpekte flertallet i sosialkomiteen viktigheten av at den enkelte har en mulighet til å bruke fast lege, og understreket særlig svake gruppers behov for en fast lege. Flertallet påla departementet å sette i gang med en prøveordning for et listesystem.

Departementet sendte ut en åpen invitasjon til kommunene om deltakelse i et treårig forsøksprosjekt. Det var ønskelig å få med både storby- og utkantkommuner, men ingen utkantkommuner meldte sin interesse for å delta. Tromsø, Trondheim, Lillehammer og Åsnes ble valgt. Til sammen ca. 240 000 innbyggere og 151 leger deltok. Foruten kommunene var Rikstrygdeverket og trygdekontorene i de fire kommunene sentrale aktører. Forsøket, som startet i mai 1993, ble som planlagt avsluttet medio mai 1996. Etter eget ønske fikk de fire forsøkskommunene anledning til å fortsette fastlegeordningen etter at forsøket var avsluttet.

Flere forskningsmiljøer ble engasjert for å evaluere forsøket, og det foreligger tre eksterne evalueringsrapporter.²⁻⁴ Formålet var å undersøke hvordan en ordning med fast lege, basert på et pasientlistesystem, fungerte for brukerne, legene, legens samarbeidspartnere og kommunen. Det skulle innhentes kunnskaper som var nødvendige for å kunne foreta en beslutning om hvorvidt et listesystem burde eller kunne innføres i Norge.

2.1. Oppstartsfasen

Kommunene og trygdekontorene hadde en vanskelig oppstartperiode med tidsnød, uferdig Edb-program, dårlig ajourført folkeregister og forsinkelser i posten. Dette medførte problemer når det gjaldt fordelingen av innbyggerne på legenes lister. Problemene skapte forsinkelser og uro i befolkningen før starten av forsøket, og påvirket i noen grad etableringen av listene. Oppslutningen om legevalget varierte fra 92 % i Åsnes, 87 % i Lillehammer og Trondheim til 72 % i Tromsø. De som ikke selv valgte lege, fikk foreslått en lege i nærheten av hjemmet og ble oppfordret til å bytte lege dersom de var misfornøyd.

En undervurderte det informasjonsarbeidet som et slikt tiltak krever, og man erfarte at selve pasientlisten og etableringen av denne var svært avgjørende for hvordan fastlegesystemet fungerte. I tillegg til listelengde ble det mye diskusjon om listetyngde, dvs. sammensetningen av befolkningen på listen. Som "tyngre" brukere ble nevnt

innbyggere med stort legebehov, eldre, kvinner i fertil alder, grupper med behov for tolk etc. Departementet sto fast på at bare innbyggere over 75 år skulle gi grunnlag for spesielt per-capita-tilskudd.

2.2. Konsekvenser for brukerne

Det var stor oppslutning om ordningen. Pasientundersøkelsen i evalueringen viste at et stort flertall i de fire forsøkskommunene ønsket å ha en fast lege. Det var også et stort flertall som ønsket en permanent fastlegeordning.² I den grad pasienter rapporterte om forandringer etter at fastlegeforsøket ble innført, gikk disse i all hovedsak i positiv retning. Dette gjaldt både spørsmål om tilgjengelighet og andre forhold knyttet til kvaliteten på legetjenesten.

Fritt legevalg innen kommunens grenser var et viktig prinsipp ved innføringen av fastlegeforsøket. Ved tildeling av lege fulgte kommunen folks primære legeønske så langt som mulig. Resultatet ble en konservering av allerede etablerte legebruksmønstre. Leger med lang fartstid i kommunen ble i de fleste tilfeller valgt av et stort antall pasienter, mens de relativt nyetablerte ble valgt av få. Kvinnelige leger ble valgt av flere kvinnelige pasienter. Mannlige leger ble valgt av flere menn, og av flere personer over 75 år.

Pasientundersøkelsen illustrerte at pasienters erfaringer med fastlegeforsøket ble påvirket av tidligere legetjenestetilbud. Den kommunen som hadde størst gjennomtrekk i legestillingene og lavest legedekning før forsøket (Tromsø), hadde også størst andel pasienter som opplevde positive endringer i tilgjengelighet til legetjenesten. Pasienter som fikk god kontakt med sin fastlege var svært fornøyde, pasienter som hadde vansker med å oppnå et godt forhold til legen, opplevde fastlegeordningen som problematisk. For dem ble de relativt strenge reglene for legebytte et problem.

Fastlegeordningen fungerte i hovedsak etter intensjonen ved at hver enkelt av kommunens innbyggere fikk en fast lege å gå til, og at de gikk til denne legen. Den enkelte pasients tilgjengelighet til primærlegetjenesten ble i praksis lik den enkeltes tilgjengelighet til sin egen fastlege. De fleste legene i forsøket avviste pasienter fra andre legesentra, unntatt når det var avtalt vikariat, ved akuttbehandling som ikke kunne vente, eller hvis pasienter var henvist fra en annen lege.

Evalueringen viste en viss nedgang i ventetid på vanlig uprioritert legetime i starten av forsøket. Det ble også lettere å få time hos legen på kort varsel. Dette kan ha sammenheng med andre faktorer som ikke har med listesystemet *per se* å gjøre, f.eks. at tidligere fastlønnsleger gikk over til stykkpris. Det er mer uklart hva som skjedde med ventetiden i løpet av forsøksperioden. Her spriker evalueringsrapportene.^{2,4} Det skjedde en viss bedring i telefontilgjengeligheten der hvor denne ikke var god tidligere. Det kom imidlertid mange signaler om at telefontilgjengeligheten ennå ikke var tilfredsstillende ved mange legekontor.

I en befolkningsundersøkelse basert på spørreskjema fant man at kontaktratene (antall rapporterte kontakter per person og år) gikk opp i løpet av forsøksperioden, og mer i fastlegekommunene enn i kontrollkommunene. Den samme undersøkelsen konkluderte med at bruken av legevakt økte med 23 % i løpet av perioden. Økningen var imidlertid enda større (30 %) i kontrollkommunene.⁴ Også her spriker rapportene. I Tromsø var det fra 1993 til 1995 en nedgang i antall konsultasjoner ved legevakten på nesten 10 %, og i Trondheim sank legevaktforbruket med 15 %.² Den største reduksjonen var for hjemmebesøktstjenesten der forbruket sank med 30 %. En må imidlertid ta i betraktning at legevaktorganiseringen også ble endret i løpet av perioden. Utgiftene til legevakt økte, men økningen var mindre i forsøkskommunene enn i kontrollkommunene.

Ved forsøkets start følte 77 % av pasientene i fastlegekommunene seg trygge på at de ville få legehjelp når de trengte det. Denne andelen økte til 82 % etter tre år. I kontrollkommunene var tilsvarende andel 74 % og holdt seg konstant. I den generelle befolkningen var det enda flere som ikke følte seg trygge, 35 % i kontrollkommunene og 25 % i forsøkskommunene.⁴

I forsøkskommunene gikk en økende andel av legekontaktene til brukere med store omsorgsbehov. Dette ble ikke observert i kontrollkommunene.⁴ Dette kan indikere at fastlegeordningen gjorde det lettere å prioritere denne gruppen. Småbarnsforeldre, eldre og psykisk utviklingshemmede var fornøyd med fastlegeordningen fordi den ga ønsket kontinuitet i lege-pasientforholdet. Prosjektlederne rapporterte at mennesker med kroniske lidelser og eldre med sviktende funksjoner ble bedre fulgt opp i forsøket enn tidligere. Funksjonshemmedes fellesorganisasjon foretok våren 1996 en kartlegging av synspunkter på fastlegeordningen blant sine medlemmer

i forsøkskommunene og konkluderte med at ordningen burde bli permanent. Det var klare forventninger til at ordningen skulle bidra til at legene fikk økt kunnskap og kompetanse om ulike funksjonshemninger.

Akuttillbudet til psykiatriske pasienter ble bedre ivaretatt fordi det nå var kjent hvilken allmennlege som hadde ansvar i akutte kriser. Personer med psykiske problemer som ikke selv oppsøkte lege, men som hadde behov for medisinsk oppfølging, ble imidlertid fortsatt ikke fanget opp i tilstrekkelig grad.

2.3. Konsekvenser for legene

I Tromsø var gjennomsnittlig listestørrelse 1 628, i Trondheim 1 684, i Lillehammer ca. 1 400 og i Åsnes ca. 1 350. Det var vanskelig å tilpasse listene når de først var etablert. Før forsøket trodde man at bytte av lege ville fungere regulerende på listestørrelsen, slik at leger som hadde lang ventetid ville "miste" pasienter til leger med kortere ventetid. Dette skjedde i liten grad.

Stabiliteten i legetjenesten var stor under forsøket. Lillehammer og Åsnes hadde også stor grad av stabilitet og tilfredsstillende legedekning før forsøket. Trondheim hadde før forsøket god stabilitet i legestillingene med driftsavtale, men hadde i tillegg basert seg på en del leger uten driftsavtale. Ved forsøksstart etablerte Trondheim 16 driftsavtaler for avtaleløse leger. I Tromsø var legetjenesten dårligere utbygd, preget av gjennomtrekk, kapasitets- og tilgjengelighetsproblemer. I forsøksperioden stabiliserte legetjenesten seg. De fleste legene gikk over fra fast lønn til privat praksis.

Våren 1996 ble synspunkter på fastlegeordningen hos de legene som deltok i forsøket kartlagt.⁵ Av samtlige spurte svarte 60 % at de alt i alt var "fornøyd" eller "meget fornøyd" med fastlegeordningen. 7 % var "misfornøyd" eller "meget misfornøyd" med ordningen. 33 % krysset av for alternativet "både/og". Legene i Trondheim og Tromsø var mest positive. Muligheter som lå i ordningen for å gjøre en god faglig jobb slo positivt ut for mange. De klareste negative utsagnene gjaldt arbeidsbelastning og muligheter for fravær. En senere kartlegging viste avtakende tilfredshet blant fastlegene i Trondheim, trolig på grunn av dårlig legedekning og stort arbeidspress.⁶

De kvinnelige legenes arbeidssituasjon var i fokus i forsøket.^{5 8} Særlig i Trondheim var det mange kvinnelige leger som ga uttrykk for at deres arbeidssituasjon var blitt forverret. De knyttet dette i særlig grad til at listene deres var for lange, og at de hadde en høyere kvinneandel på listene enn sine mannlige kolleger. Gjennomsnittlig ventetid hos kvinnelige fastleger var også lengre enn hos de mannlige. Kjennskapet til at kvinner har gjennomsnittlig hyppigere legebruk enn menn førte til en antakelse om at det var mer arbeidskrevende å betjene en liste med kvinneovervekt. Undersøkelser i Trondheim viste på den annen side at de kvinnelige legene gjennomgående hadde færre eldre og flere barn på sin liste. Målt i antall konsultasjoner var derfor arbeidsbelastningen neppe høyere for kvinnelige enn for mannlige leger.⁹

2.4. Forebyggende arbeid

Dette var ikke gjenstand for ekstern evaluering, men prosjektlederne beskrev i sine sluttrapporter hvordan offentlig legearbeid, som en del av legetjenesten i kommunen, ble påvirket av forsøket.

I Trondheim foretok man ingen organisatoriske endringer på dette feltet. Det var imidlertid enighet om at legetjenesten på helsestasjoner og i skolehelsetjenesten i størst mulig grad skulle betjenes av fastleger, og at oppgavene skulle fordeles på flest mulig leger. Ved avslutning av forsøket hadde derfor 74 av 90 fastleger kommunale bistillinger.

Også i Tromsø var omfanget og organiseringen av det individrettede legearbeidet i helsestasjon og skolehelsetjeneste stort sett uendret i forsøksperioden. Det skjedde imidlertid en vridning i retning av at forebyggende arbeid i større grad enn før ble utført av leger i kommunal bistilling. Disse var tidligere fastlønte av Tromsø kommune.

Også i Lillehammer ble disse oppgavene fordelt på flere leger enn tidligere, men var likevel skjevfordelt, med ujevn belastning på de ulike legene. Dette ble begrunnet med ulik motivasjon og at kommunen var for lite

oppmerksom før inngåelse av avtaler med legene ved forsøkets oppstart. Man valgte fra skolestart høsten 1993 å slutte med egen skolelege. Skolehelsesøster skulle i stedet henvise til fastlegen ved mistanke om avvik eller helseproblemer. Denne avgjørelsen ble tatt fordi det allerede før forsøket startet var knappe ressurser til skolehelsetjenesten. Erfaringene var blandede, bl.a. ble det vist til at kvaliteten på skolehelsetjenesten ble helt avhengig av legens samarbeidsevne. Skolehelsesøstrene rapporterte imidlertid om bedre struktur på sitt eget arbeid. I helsestasjonsarbeidet ble det ikke gjort endringer. Negative erfaringer ble knyttet til avlønningen av den kurative legetjenesten og ressursknapphet på området, mer enn til selve fastlegeordningen.

2.5. Samarbeidspartnere

Samarbeidspartnernes erfaringer varierte svært mye. Det så ut som det ble enklere å få i stand samarbeid omkring den enkelte pasient, mens det var vanskeligere å få legene til å delta i mer generelt tverrfaglig samarbeid.² Men også i kommuner som ikke var med i forsøket, ble det rapportert om dårligere vilkår for tverrfaglig samarbeid og forebyggende virksomhet. Sentralt for mange av dem som arbeidet i tjenester som grenser til allmennlegetjenesten, var at fastlegeordningen betydde en ansvarsavklaring (adresse for ansvar) innenfor legetjenesten som de anså som positiv både for pasienten og for eget arbeid.

Samtidig opplevde mange samarbeidsproblemer, muligens som følge av overgangen fra fastlønn til privatpraksis. Det var i første rekke samarbeidspartnerne, ikke legene, som oppfattet samarbeidet problematisk. Samarbeidspartnerne mente at fastlegene konsentrerte seg om det kurative legearbeidet på bekostning av tverrfaglig virksomhet og hensynet til andre tjenester. Samarbeidsproblemene opplevdes sterkest i forhold til mer generelt tverrfaglig arbeid som helsefremmende arbeid og medisinsk og yrkesmessig rehabilitering. En del sykepleiere opplevde det som problematisk at deres tilbud var organisert etter bydeler, mens fastleger ble valgt fritt i hele byen. Dermed måtte sykepleierne samarbeide med et stort antall leger.

Samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten hadde stort sett positive erfaringer med fastlegeforsøket fordi ordningen bidro til klarere ansvarsforhold og enklere samarbeidsforhold. Spesialisthelsetjenesten var opptatt av at de fikk en klar adressat for epikriser og hvem de skulle samarbeide med i oppfølging av pasientene.

2.6. Økonomi

Bortsett fra i Åsnes, en kommune med relativt høy legedekning, økte de samlede offentlige utgiftene til allmennlegetjenesten. Mens de kommunale utgiftene til allmennlegetjenesten økte, ble den statlige utgiftskomponenten redusert.³

Tromsø hadde den største veksten i offentlige utgifter fra 1992 til 1995, totalt 25 %. De viktigste forklaringene på utgiftsveksten var at Tromsø før 1993 hadde en fastlønnsandel på omlag 60 %, og at Tromsøs legedekning hadde vært lav sammenlignet med landsgjennomsnittet. Både Trondheim og Lillehammer hadde en vekst i offentlige utgifter på 14 %. Utgiftsveksten i Trondheim skyldtes i stor grad at kommunen hadde lav legedekning og at hele 20 % av legene praktiserte uten avtale før 1992.

Sammensetningen av legenes inntekter ble endret, ved at refusjonsutbetalingene ble redusert og basiskomponenten økt. I 1992 var inntektssammensetningen for disse legene henholdsvis 33 % fra driftstilskudd, 49 % fra statlige refusjoner og 18 % fra egenbetaling. I 1995 utgjorde per-capita-komponenten 55 % av driftsinntekten, refusjonsdelen 25 % og egenbetalingen omlag 20 %. De ytelsesavhengige inntektene (refusjon pluss egenbetaling) per person på lista var høyere for leger som opplevde knapphet på pasienter enn for de legene som fikk det ønskede antall personer på lista.

2.7. Hovedkonklusjoner

Sosial- og helsedepartementet oppsummerte erfaringene fra fastlegeforsøket i følgende hovedpunkter:¹⁰

- Legetjenesten syntes å være bedre tilpasset brukerne, et flertall ville fortsette med ordningen. Blant de grupper som hadde stort behov for legetjenester ønsket også et flertall å fortsette med ordningen, men her var det enda rom for forbedringer av tjenestetilbudet.
- Forholdene var lagt bedre til rette for at fast lege ved behov kunne samarbeide med annet personell og koordinere tiltak for sine pasienter i og utenfor helsetjenesten. Det var imidlertid for dårlig tilrettelagt for at legene skulle delta i grupperettet tverrfaglig samarbeid.
- Det var oppnådd mulighet for mer effektiv ressursutnyttelse fordi brukerne hadde en fast allmennlege å forholde seg til, og ordningen la til rette for bedre samhandling og mindre dobbeltarbeid mellom forvaltningsnivåene. Det var oppnådd bedre mulighet for økonomistyring for staten bl.a. fordi fastlønnskomponenten i legenes lønn var høyere enn tidligere.
- Forsøket bidro til at det ble en mer hensiktsmessig oppgavefordeling mellom 1. og 2. linjetjenesten fordi spesialisthelsetjenesten nå visste hvem som var pasientenes faste allmennlege.

Referanser

1. Koksvik T, Christie F, Nilsson F, Siem H, Syvertsen JO, Schjønby HP. Tanker om morgendagens primærlegetjeneste. Fra tenkekomiteen innen Alment praktiserende lægers forening og Offentlige Legers Landsforening. Oslo: Den norske lægeforening, 1978.
2. Heen H, Johnsen E, Mo TO, Lurås H. Forsøk med fastlegeordning. Evaluering av et forsøk i fire kommuner. Arbeidsforskningsinstituttets rapportserie 2/1996.
3. Iversen T, Lurås H. Forsøk med fastlegeordning. Økonomievaluering av forsøkskommunene. Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, rapport 1/1996.
4. Hasvold T, Johnsen R. Fastlegeforsøket: Evalueringsrapport. Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 1996.
5. Fjermestad T, Paulsen B. Populasjonsansvar i allmennpraksis. Tre års erfaringer med fastlegeordning i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1996;116(21):2573-6.
6. Paulsen B. Seks år med fastlegeordning - hva mener fastlegene? Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120(7):788-91.
7. Malterud K, Steinert S, Mo TO. Kjønn, arbeidsbelastning og listeprofil i allmennpraksis. Erfaringer fra fastlegeforsøket. Tidsskr Nor Lægeforen 1995;115(19):2406-11.
8. Skogsholm A, Hasvold T. Er fastlegesystemet mer krevende for kvinnelige enn for mannlige leger? Tidsskr Nor Lægeforen 1999;119(23):3417-20.
9. Paulsen B. Fastlegeordning - pasientsammensetning og arbeidsbelastning for legene. Praksisveing i fastlegekommunen Trondheim. Tidsskr Nor Lægeforen 1995;115(22):2797-800.
10. St.meld. nr. 23 (1996-1997). Trygghet og ansvarlighet. Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen.

3. En nasjonal fastlegeordning

Etter at fastlegeforsøket var evaluert, startet en lang prosess som til slutt endte med at en nasjonal fastlegeordning ble innført 1. juni 2001.

3.1. Stortingsmelding nr 23 (1996 - 97) "Trygghet og ansvarlighet"

I Stortingsmelding nr 23 (1996 - 97) "Trygghet og ansvarlighet" ble problemene med for svake bånd mellom lege og pasient reist som hovedkritikk mot den eksisterende primærlegetjenesten. Det ble hevdet at folk ikke visste hvilken lege de hadde, og at legene ikke visste hvilke pasienter de egentlig hadde ansvaret for. I store deler av landet var det dårlig stabilitet i allmennlegetjenesten, med hyppig skifte av leger, vakanser og vikarer som kom og gikk. Det var mange ledige stillinger og synkende rekruttering til allmennlegetjenesten. Kommunene fikk ikke dekket alle legeoppgavene på grunn av legemangel og dårlig stabilitet i allmennlegekorpset. I tillegg mente man at samfunnsmedisinske og grupperettede oppgaver ikke hadde den plass de burde ha i kommunens helsetjeneste.

Departementet mente at fastlegeordningen, slik den var utprøvd i forsøket, kunne bidra til å skape et fastere bånd mellom primærlege og pasient, redusere forskjellene i tjenestetilbud og skape et mer oversiktlig og styrbart system.

Det var imidlertid behov for visse justeringer i forhold til forsøksordningen, først og fremst fordi fastlegeordningen ikke hadde vært utprøvd i noen utkantkommuner med lavt folketall. Spesialordninger ble foreslått for disse kommunene, og det ble også foreslått særordninger for samene.

Man foreslo at befolkningen skulle gis anledning til å velge lege fritt, også utenom bostedskommunen. De som valgte å stå utenfor ordningen, skulle betale høyere egenandel. Departementet foreslo at bare fastlegen skulle få rett til å henvise pasienter til spesialist for trygdens regning og skrive ut sykmelding. Avlønningsformen ble foreslått beholdt uendret fra forsøket, med 50-50 fordeling mellom stykkpris-del og per-capita-tilskudd, men man frarådet ulik vektning av per-capita-tilskudd for ulike befolkningsgrupper. I fastlegeforsøket mottok legene høyere per-capita-tilskudd for dem som var over 75 år.

Det ble også foreslått at fastlegene skulle få plikt til å delta i offentlig legearbeid eller samfunnsmedisin, og at avtaler om dette skulle fastsettes i driftsavtalene med den enkelte lege før det ble inngått avtale om listestørrelse.

For å motvirke at pasienter skulle føle seg bundet til en lege de ikke hadde tillit til, foreslo man lettere adgang til å bytte lege enn i fastlegeforsøket. I tillegg foreslo man en rett til annenhåndsvurdering hos annen lege.

Den 11. juni 1997 vedtok Stortinget å innføre en fastlegeordning i Norge. Stortinget endret avlønningsmodellen fra 50-50 til 30-70 fordeling mellom per-capita-tilskudd og stykkpris-del, og godtok ikke at bare fastlegene skulle ha anledning til å henvise til spesialist og skrive ut sykmelding. Stortinget vedtok at følgende hovedprinsipper skulle legges til grunn for en fremtidig fastlegeordning i Norge:

1. Pasientene kan velge fastlege også uavhengig av kommune- og bydelsgrenser basert på nærmere fastsatte kriterier.
2. Pasienten kan skifte fastlege inntil to ganger per år og har rett til ny vurdering hos annen lege enn fastlegen.
3. Pasientene kan stå på liste hos en enkeltlege i egen praksis eller i gruppepraksis.
4. Fastlegen har hovedansvar for pasienten.
5. Legene i fellesskap har ansvar for vikarordninger, legevakt o.l. i samråd med kommunen.
6. En lege skal normalt ikke ha flere enn 2 500 pasienter eller færre enn 500 pasienter på listen. Legene må etter nærmere avtale med kommunen ha mulighet til å begrense listen til 1 500 pasienter.

7. Alle leger som driver allmennpraksis med eller uten avtale når ordningen trer i kraft, skal få mulighet til avtale som fastlege. Det samme gjelder dem som midlertidig er ute av arbeid pga. svangerskapspermisjon eller andre permisjoner.
8. Det utarbeides kriterier for anslått legebehov i forhold til folketallet, som brukes som utgangspunkt for hvorvidt det kan opprettes flere avtaler i en kommune.
9. Fastlegeordningen finansieres med 30 % basistilskudd på grunnlag av antall pasienter på listen og 70 % refusjon/egenandel.
10. Alle leger skal ha rett til å sykmelde pasienter, skrive ut trygdeerklæringer, henvise til spesialist og forskrive resepter for alle pasienter.
11. Pasienter skal ha rett til å stå utenfor fastlegeordningen.
12. Det skal være liberal henvisningspraksis ved bl.a. graviditet.
13. Kommunene skal få kompensert alle merutgifter til fastlegeordningen.

I tillegg ba Stortinget Regjeringen ha spesiell oppmerksomhet omkring kommuner med ustabil legedekning og utarbeide kriterier for hvilke kommuner som skulle kunne motta spesielle stimuleringsordninger med sikte på bedre og mer stabil legedekning.

Arbeidet med innføring av Fastlegereformen ble fra desember 1997 organisert som et prosjekt knyttet til Helseavdelingen i Sosial- og helsedepartementet. I prosjektgruppen var Statens helsetilsyn og Rikstrygdeverket representert. Det ble også opprettet et samarbeidsorgan mellom Kommunenes Sentralforbund, Oslo kommune, Den norske lægeforening og departementet. Ved innføringen av fastlegeordningen 1. juni 2001 ble dette organet videreført som Sentralt samarbeidsutvalg for fastlegeordningen (SSU).

Det var nødvendig først å utrede felter som i liten grad var utprøvd i forsøksperioden. Erfaringene fra forsøkskommunene viste blant annet at det var behov for utredning av listeføringsproblematikken før oppstart. Ingen av forsøkskommunene var såkalte småkommuner, og det var derfor behov for utredning av hvordan fastlegeordningen kunne organiseres i slike kommuner. Videre var det ubetydelig erfaring med turnusleger, og det var behov for å se på hvordan turnustjenesten for leger kunne videreføres i en fastlegeordning. Heller ikke spørsmålet om på hvilken måte offentlige legeoppgaver skulle sikres i et system med selvstendig næringsdrivende allmennleger, var tilstrekkelig utredet. Videre ble det i stortingsmeldingen pekt på nødvendigheten av å se på særlige forhold knyttet til fastlegeordningen i den samiske befolkningen.

Departementet inviterte derfor Kommunenes Sentralforbund, Den norske lægeforening og brukerorganisasjoner til deltakelse i seks referansegrupper, der temaene for de respektive gruppene arbeid skulle være:

- offentlig legearbeid
- listeføring
- turnuslegeordningen
- utkantkommuner og småkommuner
- legevakt og øyeblikkelig hjelp
- fastlegeordning for den samiske befolkningen

3.2. Høringsrunde

Høringsnotatet "Legetjenesten i kommunene – trygghet og ansvar, forslag til fastlegeordning" ble sendt ut på høring 20. oktober 1998. Høringsnotatet inneholdt forslag til organisering og regulering av en fastlegeordning i Norge. Ordningen ble foreslått regulert gjennom endringer i lov om helsetjenesten i kommunene og en forskrift om fastlegeordningen. Det ble foreslått å bygge videre på dagens avtalestruktur mellom staten, kommunesektoren og legeforeningen. Forslagene innebar bl.a.:

Kommunens plikter og oppgaver:

- organisere og tilby innbyggerne en allmennlegetjeneste, herunder en fastlegeordning
- inngå avtaler med et tilstrekkelig antall leger om å delta i fastlegeordningen, samt utbetale den enkelte lege et tilskudd for hver person på legens liste

- i avtalen med den enkelte lege kan kommunen stille vilkår blant annet om listelengde (inntil 1 500 henholdsvis 1 800 personer), deltakelse i offentlig legearbeid, deltakelse i organisert legevakt, mottak og veiledning av turnusleger og deltakelse i vikarordninger
- mulighet til å utvide en fastleges liste med inntil 20 % av listen for en periode på inntil 4 måneder per år hvis man finner dette påkrevd av hensyn til innbyggernes behov for allmennlegetjenester
- organisere et samarbeidsorgan som behandler saker om fastlegeordningen etter regler gitt i forskrift
- samarbeide med andre kommuner om å tilby innbyggerne fastlegeordning

Pasientrettigheter:

- enhver innbygger har rett til å være tilknyttet en lege med fastlegeavtale med kommunen
- adgang til å velge fastlege utenfor bostedskommunen
- den som ikke selv velger lege, vil bli plassert på listen til en fastlege med ledig plass
- barn under 16 år blir satt på listen til den som har foreldreansvar
- den som ikke ønsker å være tilknyttet fastlege, kan velge å stå utenfor ordningen
- enhver har rett til å skifte fastlege inntil to ganger per år
- pasienter har på visse vilkår rett til ny vurdering hos en annen lege enn fastlegen
- rett til undersøkelse og behandling hos annen lege
- særlige rettigheter for den samiske befolkningen
- klageadgang

Legens rettigheter og plikter:

- rett til tilbud om fastlegeavtale i enepraksis eller gruppepraksis
- rett til å inngå individuell avtale om listelengde
- rett til å avgrense antall personer tilknyttet egen liste
- rett til per-capita-tilskudd og trygderefusjon
- rett for fastlønte til å fortsette i fastlønnsstilling
- rett til å være representert i samarbeidsorgan
- plikt til å prioritere personer tilknyttet egen liste og nyvurderingspasienter
- plikt til å yte allmennlegetjenester overfor personer tilknyttet egen liste
- plikt til å delta i de oppgaver som følger av fastlegeavtalen med kommunen

I forslaget ble det åpnet for at kommunen på visse vilkår kunne få dispensasjon eller suspensjon fra fastlegeordningen for en begrenset periode.

Høringsnotatet beskrev også hvordan fastlegeordningen kunne tilpasses i småkommuner, og hvilke tiltak som var iverksatt for å stimulere til bedret legedekning i slike kommuner. Videre omtalte det hvordan offentlige legeoppgaver, organisering av legevakt og turnuslegeordningen kunne innpasses i en fastlegeordning.

Departementet mottok i overkant av 300 høringsuttalelser. De fleste var positive til å innføre en fastlegeordning, men mange hadde merknader til enkeltelementer.

Den norske lægeforening var positiv til en fastlegeordning, men uttalte at det viktigste siktemålet med en fastlegeordning måtte være å bedre allmennlegetjenestetilbudet til befolkningen både kvalitativt og kvantitativt. Legeforeningen mente at forslaget ikke sikret legen nødvendig innflytelse over egen arbeidssituasjon, særlig med hensyn til listeregulering, listestørrelse og vikarordninger.

Kommunenes Sentralforbund var også positiv til innføring av en fastlegeordning, men var særlig opptatt av at fastlegeordningen forutsatte en bedre legedekning, og at kommunene fikk kompensert eventuelle økte utgifter til legetjenesten på grunn av fastlegeordningen. Videre var kommunene opptatt av at de offentlige legeoppgavene skulle bli ivaretatt.

En rekke instanser var skeptiske til om det var tilstrekkelig legedekning i alle landets kommuner til å innføre en fastlegeordning. De pekte på bedret legedekning i deler av landet som en forutsetning for en vellykket reform. Det ble også reist spørsmål om fastlegeordningen var egnet som løsning i små kommuner.

Det ble i stor grad fokusert på legenes arbeidssituasjon og arbeidsbyrde, og bl.a. fra Den norske lægeforening og en rekke kommuner ble det etterlyst en nærmere avklaring av legenes ansvar overfor de personer som var tilknyttet egen fastlegepraksis. Man ønsket å begrense kommunenes mulighet til ensidig å pålegge legene arbeidsoppgaver og listelengde. Kommunenes Sentralforbund påpekte imidlertid at lov og avtaleverk gir arbeidsgiver mulighet til å pålegge overtid for ordinære arbeidstakere under visse betingelser, og at det ville være urimelig om leger uten videre skulle kunne begrense sin arbeidspplikt gjennom å begrense sin liste.

Det var stor motstand mot å gi kommunene adgang til å pålegge legene inntil 20 % lengre liste ved midlertidig legemangel. Legeforeningen uttalte at dette forslaget var helt uakseptabelt, og et flertall av kommunene som uttalte seg, var også negative til forslaget. Kommunenes Sentralforbund ønsket imidlertid å beholde denne muligheten.

Et flertall av høringsuttalelsene etterlyste en styrking av de offentlige legeoppgavene, og uttrykte frykt for at disse oppgavene kunne bli nedprioritert i en fastlegeordning. Statens helsetilsyn påpekte betydningen av at allmennlegene fortsatt var en integrert del av den faglige virksomheten i syke- og aldershjem, skole- og helsestasjonstjenesten og støttet forslaget om at offentlige legeoppgaver ble definert og fordelt før listene ble opprettet. Man anbefalte imidlertid at de samfunnsmedisinske oppgavene som miljørettet helsevern og smittevern ble fordelt på et fåtall leger, og understreket betydningen av at det ble truffet tiltak med sikte på rekruttering til og stabilisering av kommunelege I-stillingene. Kommunenes Sentralforbund var opptatt av at det ble tatt grep for at finansieringen av samfunnsmedisinske oppgaver og offentlige legeoppgaver ble mer likestilt med de kurative oppgavene både for legene og for kommunene.

Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening var enige om behovet for samarbeid mellom den enkelte kommune og fastlegene, men var uenige om formen på dette samarbeidet. Mens Kommunenes Sentralforbund ikke ønsket at det ble lovfestet et eget obligatorisk samarbeidsorgan, ønsket legeforeningen at det lokale samarbeidsutvalget i hver enkelt kommune skulle få større avgjørelseskompetanse.

Flere av høringsinstansene hadde merknader til departementets forslag til reguleringsnivå. Partene ønsket å ta flere elementer ut av forskrift og heller regulere en større del av ordningen i en sentral avtale. Kommunenes Sentralforbund, Oslo kommune og Den norske lægeforening undertegnet en intensjonserklæring hvor de var enige om å forhandle om mandat, sammensetning og oppgaver for lokalt samarbeidsorgan, rammer for de individuelle avtalene og løsninger ved midlertidig legemangel.

3.3. Odelstingsproposisjon nr 99 (1998 - 99)

I den endelige tilrådingen fra Sosial- og helsedepartementet, godkjent i statsråd 24. september 1999, ble det fremhevet at formålet med Fastlegereformen var å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten ved at alle som ønsket det, skulle kunne få en fast allmennlege å forholde seg til. Fastlegeordningen skulle gi befolkningen større trygghet gjennom bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten. Reformen skulle bidra til kontinuitet i lege-pasientforhold, særlig viktig for personer med kroniske sykdommer og psykiske lidelser, samt for funksjonshemmede og pasienter under rehabilitering. Reformen skulle også bidra til en mer rasjonell utnyttelse av de samlede legeressursene i landet.

For å styrke og synliggjøre pasientrettighetene foreslo departementet at disse ble samlet i en ny § 2-1 a i kommunehelsetjenesteloven. Dette innebar en lovfesting av retten til å være tilknyttet en fastlege, herunder retten til å bytte fastlege og til å få en ny vurdering av helsetilstanden hos en annen enn fastlegen.

Man tok i stor grad hensyn til partenes innvendinger mot høringsutkastet. Departementet viste til at et godt og tillitsfullt samarbeid mellom Sosial- og helsedepartementet, Kommunenes Sentralforbund, Oslo kommune og Den norske lægeforening var en forutsetning for at reformen kunne gjennomføres.

Forslaget om å lovfeste en plikt for kommunene til å ha et rådgivende samarbeidsorgan ble trukket, og i stedet overlatt til forhandlinger mellom partene. I stedet for å forskriftsfeste kommunens adgang til å stille en rekke vilkår for inngåelse av fastlegeavtale, valgte man å overlate til partene å fastsette rammer for de individuelle avtalene i en sentral avtale. Kommunene kunne imidlertid med hjemmel i forskrift stille vilkår om deltakelse i offentlig legearbeid, legevaktordninger og veiledning av turnusleger.

Man gikk også bort fra forslaget om en forskriftsregulert adgang til å pålegge utvidet listeansvar for fastlegene ved midlertidig legemangel. Departementet opprettholdt imidlertid forslaget om at fastlegene normalt ikke skulle ha flere enn 2 500 eller færre enn 500 personer på listen. Fastleger i full kurativ virksomhet skulle kunne pålegges inntil 1 500 personer på listen. Fastleger som valgte å påta seg større listeansvar, skulle senere ved behov kunne redusere listen til 1 500.

Alle leger som praktiserte allmennmedisin skulle få rett til fastlegeavtale under nærmere beskrevne forutsetninger. Som en hovedregel skulle kommunene inngå individuelle avtaler med fastlegene, men det ble også åpnet for adgang til fellesliste i gruppepraksis. Driftsformen skulle være privat praksis, hvor legens honorar bestod av per-capita-tilskudd fra kommunen (30 %) og stykkprishonorering i form av trygderefusjon og egenbetaling. Allmennleger som tidligere var ansatt i fastlønnsstillinger, fikk rett til å bli fastlege i fastlønnsstilling.

For å tilpasse avlønningsmodellen til legetjenesten i små kommuner ble det foreslått et utjamningstilskudd som økte det kommunale tilskuddet til legepraksisen ut over det listestørrelsen alene ga grunnlag for. Samtidig ble det lagt opp til fleksibilitet med hensyn til driftsformen i små kommuner, ved at en sentral avtale skulle fastlegge nærmere rammer for ulike modeller, for eksempel privat praksis i kommunale kontorer, fastlønn eller fastlønn med prosentvis tillegg. I mange tilfeller antok man at både kommunen og legene ville finne det mest hensiktsmessig med andre driftsformer enn ren privat praksis.

Administrasjon av ordningen ble tillagt trygdeetaten, med oppdatering og vedlikehold av fastlegenes lister. Kommunen fikk ansvar for at det var leger med ledig listeplass, slik at retten til å bytte fastlege ble reell.

Dersom en kommune i lengre tid skulle være ute av stand til å organisere allmennlegetjenesten som fastlegeordning, og det ikke fantes løsninger gjennom avtaler med fastlegene eller interkommunalt samarbeid, ble det foreslått at kommunen kunne søke fylkeslegen om suspensjon av fastlegeordningen i inntil ett år. Kommunenes forpliktelse til å sørge for nødvendig helsehjelp, herunder allmennlegetjeneste, ville imidlertid bestå.

Lovendringene ble vedtatt i Odelstinget 28. mars 2000.

3.4. Forskrifter og avtaleverk

Forskrifter om fastlegeordningen ble fastsatt av Sosial- og helsedepartementet 14. april 2000 (se Appendix).

En **statsavtale** mellom Staten og Kommunenes Sentralforbund (KS) på den ene siden og Den norske lægeforening på den andre siden, regulerer økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale. Avtalen omfatter også bestemmelser om listeregulering, tilskudd til leger i særskilte kommuner og bestemmelser om godtgjøring i kommuner der fastlegeordningen er suspendert.

Det er inngått en rammeavtale mellom KS og Den norske lægeforening om drift av allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunene (**kommuneavtalen**). Avtale er også inngått mellom Oslo kommune og Den norske lægeforening. Disse avtalene regulerer kommunenes og allmennlegenes oppgaver. I tillegg til rammeavtalen skal det inngås **individuell og personlig avtale** mellom kommunen og den enkelte lege i samsvar med en mønsteravtale som er inkludert i rammeavtalen.

Tilsvarende er det også utarbeidet **særavtaler** mellom KS (Oslo) og Den norske lægeforening om vilkår for fastleger og turnusleger med arbeidsavtale. Disse regulerer bl.a. lønn, arbeidstid og praksiskompensasjon, øyeblikkelig hjelp på dagtid, legevakt, utdanningspermisjoner og turnustjenesten.

Leger med fastlegeavtale kan kreve honorarer i henhold til den avtalte **Normaltariff for Den norske lægeforening**.

3.5. Fastlegeordningen innføres

De sentrale avtalene var på plass i løpet av september 2000, og de individuelle avtalene i løpet av november.

Innad i legeforeningen hadde det i lang tid vært sterk uenighet om fastlegeordningen. Mange var skeptiske til en utvidelse av allmennlegenes ansvar og forpliktelser. Det var allerede en alvorlig rekrutteringssvikt til allmennmedisin, og med enda mer krevende arbeidsforhold fryktet mange at rekrutteringssvikten ville bli forsterket. Andre la større vekt på at kommunene ville få et tydelig ansvar for å tilby innbyggerne en tilfredsstillende allmennlegedekning og at legene ville få rett til å begrense omfanget av eget ansvar.

Det ble gjennomført en uravstemning blant allmennlegene i oktober 2000. Denne resulterte i at 61 % gikk inn for fastlegeordningen. Den 14. november vedtok legeforeningens landsstyre med stort flertall å gå inn for fastlegeordningen.

I perioden før utsendelse av legevalgskjemaet (februar 2001) gikk Sosial- og helsedepartementet ut med en omfattende informasjonskampanje rettet mot publikum, med annonser i aviser og ukepresse samt TV- og radioreklame. Sammen med legevalgskjemaet mottok publikum en veileder og en brosjyre, samt en oversikt over leger i bydelen eller kommunen. Det var anledning til å sette opp tre prioriterte leger, med angivelse av hvor langvarig evt. tidligere lege-pasientforhold hadde vært. På skjemaet var det også anledning til å krysse av for å stå utenfor fastlegeordningen. Svarfristen var 1. mars.

Det ble mottatt legeønske fra vel 3,3 millioner innbyggere (74 % av befolkningen). 91,7 % fikk innfridd ett av tre mulige legeønsker. 87,8 % av kvinnene og 86,6 % av mennene fikk innfridd sitt førsteønske. 265 721 innbyggere fikk tildelt plass på liste uten lege. Dette omfattet 16 % av innbyggerne i Sogn og Fjordane og 15 % av innbyggerne i Finnmark. Lavest andel innbyggere plassert på liste uten lege var det i Østfold med 1,2 %. I tillegg var det nesten 40 000 innbyggere som ikke fikk tildelt plass på noen liste. Mer enn 20 000 av disse bodde i kommuner som hadde fått suspensjon fra fastlegeordningen på grunn av legemangel. Resten fikk ikke plass på liste fordi det var for liten kapasitet på fastlegenes lister i de aktuelle kommunene.

Totalt var det 421 824 innbyggere (12,7 %) som ikke fikk oppfylt sitt første legeønske. Av disse var det 74,6 % som ikke hadde oppgitt noen ansiennitet hos legen. 14,7 % oppga 1-4 års ansiennitet, 9,4 % oppga 5-14 års ansiennitet, mens 1,2 % oppga å ha brukt legen i 15 år eller mer. Dette innebærer at det ved første gangs fordeling av innbyggere på fastlegenes lister i mai 2001 var 107 181 personer som ikke ville få beholde den legen de hadde gått til tidligere. Imidlertid var det på samme tidspunkt ledig kapasitet på 67 % (2 576) av legenes lister, slik at byttemulighetene var gode. I løpet av mai - juni 2001 byttet 212 658 innbyggere lege (såkalt ordinære legebytter). Det var flest åpne lister i Oslo (84 %), og færrest i Østfold (45 %).¹

Fastlegeordningen ble satt i drift fra 1. juni 2001.

Referanser

1. Statusrapport om fastlegeordningen i Norge etter to og et halvt år. Erfaringer fra og med innføringen 1.6.2001 til og med 31.12.2003. Helse- og omsorgsdepartementet, desember 2004.

4. Evalueringsoppdraget

Fastlegereformen berører hele landets befolkning, allmennlegene som yrkesgruppe og kommunene som administrativt organ for allmennlegetjenesten. Legenes samarbeidspartnere i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten er også berørt. Departementet har derfor lagt opp til en løpende evaluering, knyttet opp mot intensjonene med reformen. Evalueringen består av to hovedelementer:

- Departementets oppfølging i form av styringsdata
- Den forskningsbaserte evalueringen

Rikstrygdeverket leverer styringsdata med oppdaterte oversikter over hvor mange av innbyggerne som har plass på liste hos fastlege, hvor mange som bytter fastlege og hvor mange som står utenfor ordningen. Det utarbeides også oversikter over hvor mange lister som er åpne og lukkede, felleslister, lister som betjenes av vikarer og lister uten lege. Videre følger man med på fastlegenes kjønns- og aldersfordeling, hvor mange som er spesialist i allmennmedisin og/eller samfunnsmedisin og hvor mange som har fastlønn. Departementet mottar også oversikter over utbetalinger av trygdefusjoner fra Rikstrygdeverket og kommuneøkonomidata fra Statistisk sentralbyrå.

Norges Forskningsråd fikk i oppdrag å gjennomføre en forskningsbasert evaluering av fastlegeordningen. Forskningsrådet etablerte en styringsgruppe for dette oppdraget i 2000, og utarbeidet en Samarbeidsavtale med departementet. Det ble også utarbeidet et Mål- og rammedokument med tilhørende retningslinjer (aktuelle problemstillinger, nøkkelspørsmål). Mål- og rammedokumentet ligger fast for hele oppdragsperioden, mens retningslinjene skulle være gjenstand for årlig revidering. Den forskningsbaserte evalueringen skulle strekke seg over en femårsperiode og konsentrere seg om de fire hovedområdene legedekning, tilgjengelighet, kontinuitet og effektivitet.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) har etablert en felles datatjeneste for det forskningsbaserte evalueringsprogrammet. Denne datatjenesten er åpen for alle forskere med finansiering fra Norges Forskningsråd eller med tilknytning til universitet, høyskole eller instituttsektoren. Datagrunnlaget omfatter styringsdata, lege- og listedata, pasientdata, konsultasjonsdata og kontekstuelle data (hovedsakelig kommunedata).

4.1. Samarbeidsavtale

Evalueringsoppdraget er beskrevet i en samarbeidsavtale fra januar 2000 mellom Sosial- og helsedepartementet (SHD) og Norges Forskningsråd. Da SHD i 2002 ble delt i Sosialdepartementet og Helsedepartementet (HD), ble avtalen revidert og videreført som en avtale mellom HD (senere Helse og omsorgsdepartementet HOD) og Forskningsrådet. HOD er kontraktspartner i samarbeidsavtalen, men oppfølgingen av den forskningsbaserte evalueringen er delegert til Sosial- og helsedirektoratet (Shdir).

Utgangspunktet for samarbeidet var et ønske om å benytte forskning som redskap for å fremskaffe relevante kunnskaper i arbeidet med oppfølging og videreutvikling av en helsereform. Samlet skulle samarbeidet ivareta følgende formål:

- Legge til rette for forskningsbasert evaluering av høy kvalitet med jevnlig resultatrapportering.
- Ivareta habilitetshensyn ved å sikre nødvendig avstand mellom HOD som ansvarlig departement for gjennomføring av Fastlegereformen og evalueringen av reformen.
- Videreutvikle Forskningsrådets rådgiverrolle overfor HOD ved å styrke samarbeidet om å utnytte forskningsresultater i oppfølgingen av en helsereform og å styrke samhandlingen om forskningsbasert evaluering.
- Bidra til å utvikle helsetjenesteforskning og styrke kunnskap om og kompetanse i forskningsbasert evaluering.
- Utnytte Forskningsrådets kompetanse innen forskningssektoren.

HOD er oppdragsgiver og har ansvar for å:

- Utarbeide "Mål- og rammedokument" med tilhørende nøkkelspørsmål i form av årlige retningslinjer.
- Sikre prosjektenes politiske relevans både i initieringsfasen og underveis gjennom årlig revisjon av nøkkelspørsmål.
- Sørge for at styringsdata som HOD innhenter gjøres tilgjengelig for forskerne via NSD.

Forskningsrådet er samarbeidspartner, rådgiver og prosjektansvarlig og har ansvar for å:

- Ivareta evalueringsoppdraget i tråd med Mål- og rammedokumentet og gjeldende retningslinjer.
- Iverksette en hensiktsmessig struktur for å ivareta faglig og administrativ oppfølging av oppdraget.
- Sikre den forskningsmessige og metodiske kvalitet ved utvelgelse av prosjekter og å ha ansvar for prosjektoppfølgningen.
- Ivareta kontakten med forskningsmiljøene, blant annet bidra til at disse har tilgang til aktuelle styringsdata.
- Rapportere og gi råd til HOD om evalueringsprosjektets status, fremdrift og konklusjoner.
- Etablere hensiktsmessige rutiner for formidling av resultater fra evalueringsforskningen.

Forskningsrådet skulle avgi rapport til Shdir og departementet om fremdriften i den samlede aktiviteten i evalueringsprosjektet to ganger årlig, samt en sluttrapport. Rapportene skulle også omfatte råd om eventuelle justeringer i evalueringsprosjektet. I tilknytning til den skriftlige rapporteringen skulle det avholdes møter med muntlig prosjekt- og fremdriftspresentasjon to ganger årlig. Ett av disse skulle ha form av et seminar/konferanse hvor berørte parter ble invitert til å delta. Det ble årlig bevilget 4,5 - 5 millioner kroner til evalueringen.

4.2. Mål- og rammedokument

I dette dokumentet la departementet frem intensjonene med og rammene for den forskningsbaserte evalueringen av Fastlegereformen. Dokumentet er departementets oppdragsbeskrivelse og det overordnede styringsdokumentet for evalueringsarbeidet. Utgangspunktet for evalueringen er prinsippene og målene for reformen:

Overordnede helsepolitiske prinsipper:

- Et offentlig styrt helsevesen.
- Hele befolkningen skal sikres nødvendig tilgang til helsetjeneste uavhengig av alder, kjønn, etnisk og sosial bakgrunn, økonomi og geografiske forhold.
- Helsetjenesten skal være faglig forsvarlig og tilpasset brukernes behov.
- En effektiv utnyttelse av ressursene.
- Helsetjenester skal gis med respekt for den enkeltes integritet og menneskeverd.

Fastlegereformens formål er å bedre kvaliteten på allmennlegetjenesten:

- Alle som ønsker det skal få en fast allmennlege å forholde seg til.
- Større trygghet gjennom bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten.
- Bidra til kontinuitet i lege-pasientforhold, noe som spesielt vil komme folk med stort legebehov, som eksempelvis kronisk syke, pasienter med psykiske lidelser, funksjonshemmede og pasienter under habilitering/rehabilitering, til gode.
- Bidra til rasjonell utnyttelse av de samlede legeressurser i landet.

Formålet med evalueringen var først og fremst å vise i hvilken grad formålene med Fastlegereformen innfris. For å få kunnskap om reformens virkninger og eventuelle innførings- eller overgangsproblemer, anbefalte man at det også ble samlet inn data før reformen trådte i kraft.

Fastlegereformen skal bidra til å sikre den enkelte bruker nødvendig tilgang til allmennlegetjenesten. Den har ikke fokus eller virkemidler som er direkte rettet mot den medisinske behandlingen. Vurderinger av eventuelle kvalitative endringer av den medisinske virksomheten overfor enkeltpasienter falt derfor utenfor evalueringen.

Til grunn for innføringen av Fastlegereformen var antagelsen om at en fast relasjon over tid, mellom lege og pasient, bedrer det kvalitative innholdet i tjenesten. Målet om å bedre kvaliteten søkes oppnådd via større trygghet målt som bedret tilgjengelighet, økt kontinuitet og rasjonell utnyttelse av legeressursene (effektivitet). Dette innebærer at den forskningsbaserte evaluering ble rettet mot disse områdene:

- legedekning
- trygghet målt som tilgjengelighet
- kontinuitet
- effektivitet

Legedekning

En tilfredsstillende legedekning er en forutsetning for at reformens mål kan innfris. I en fastlegeordning vil den kurative delen av det allmennmedisinske arbeidet bli gjenstand for økt fokusering og forpliktelse. Samtidig er det viktig at dette ikke går på bekostning av det offentlige legearbeidet. Legedekning i forhold til de offentlige legeoppgaver er derfor inkludert i dette evalueringsområdet. Forutsetningen for en god tilgjengelighet til allmennlegetjenesten er en hensiktsmessig geografisk fordeling av allmennlegene, en rimelig stabilitet og at rekrutteringen til tjenesten er tilstrekkelig. Man ønsket derfor status og relevante analyser av legedekningen i forhold til indikatorene fordeling, stabilitet og rekruttering.

Tilgjengelighet

Fastlegereformen er rettet mot større trygghet målt som bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten. Antagelsen er at bedret tilgjengelighet til allmennlegetjenesten, det at man blir vurdert for time hos lege når en trenger det, øker tryggheten. Dette evalueringsområdet omhandler altså ikke trygghet som psykologisk fenomen, men trygghet målt som tilgjengelighet og om og i hvilken grad Fastlegereformen medfører en bedret tilgjengelighet til allmennlegetjenesten. Tilgjengelighet til legetjenesten handler både om ventetid og om aspekter ved selve konsultasjonen i tillegg til faktiske forhold som reisetid og fysisk tilgjengelighet. Aktuelle indikatorer er ventetid, relasjon og lokaler.

Kontinuitet

Fastlegereformen søker å bedre allmennlegetjenestens kvalitet ved å bidra til økt kontinuitet i lege-pasientforhold. Økt kontinuitet henspiller i denne sammenheng på varigheten av lege-pasientforholdet, og at antallet lege-pasientforhold som varer over tid øker. Det ligger også i kontinuitet at brukerens faktiske allmennlegebruk rettes mot den faste legen. Antagelsen er at spesielt for personer med stort legebehov er det et gode å etablere et fast lege-pasientforhold og at dette varer over tid. Hovedfokus under dette området rettes mot i hvilken grad Fastlegereformen bidrar til økt kontinuitet i lege-pasientforhold. Kontinuitet omhandler i denne sammenheng indikatorene varighet (på lege-pasientforholdet), omfang (antall lege-pasientforhold som varer over tid) samt innhold/bruk (at den faste legen er den allmennlegen som faktisk benyttes).

Effektivitet

Fastlegeordningens formål er å bedre kvaliteten på allmennlegetjenesten blant annet gjennom å bidra til en rasjonell utnyttelse av de samlede legeressurser i landet. Mulighet for rasjonell utnyttelse av de samlede legeressursene i landet er blant annet avhengig av legedekning og arbeidsdeling mellom legespesialister og allmennleger. Man ønsker en evaluering rettet mot om og i hvilken grad Fastlegereformen medfører en mer rasjonell bruk av legeressursene med spesielt fokus på allmennlegetjenesten. For den enkelte allmennlege vil Fastlegereformens klargjøring av ansvarsforhold gi større mulighet for å planlegge og organisere legepraksisen og kunne gi en mer rasjonell utnyttelse av allmennlegens tid. Den enkelte fastlege får oversikt over og blir kjent med sin listepopulasjon. For samarbeidspartnere innen det kommunale tjenesteapparatet og i forhold til spesialisthelsetjenesten vil fastlegen være en koordinator og ”postkasse” for sine pasienter.

Departementet ønsket å få dekket alle evalueringsområdene med tilhørende indikatorer. Man ønsket en tverrfaglig tilnærming og så det som hensiktsmessig at flere forskningsinstitusjoner/miljøer samarbeidet om aktuelle evalueringsprosjekter.

4.3. Retningslinjer

I samarbeid med Forskningsrådet utarbeidet departementet også en rekke aktuelle problemstillinger/nøkkelspørsmål under de ulike evalueringsområdene. Disse retningslinjene ble først gitt for årene 2000 og 2001, beholdt uendret i 2002, og endelig revidert for 2003.

4.3.1. Legedekning

Fordeling:

- I hvilken grad greier man å imøtekomme målet om fastlege til alle som ønsker det, med spesiell fokus på utkantkommuner/småkommuner, Oslo med omkringliggende kommuner, og landet som helhet?
- Omfang og fordeling av leger som får ansvar for vesentlig lengre eller kortere lister enn de ønsker, og de avtaler og avlønninger som gjelder for disse.
- Hvordan er den geografiske (kommunevise) fordelingen av primærleger etter Fastlegereformens ikrafttredelse? Hvor mange kommuner mangler lege? Hvor stort er omfanget av ubesatte fastlegeavtaler?

Stabilitet:

- I hvilken grad påvirker Fastlegereformen allmennlegenes yrkesmessige stabilitet? Er det ulikheter mellom mannlige og kvinnelige leger? Er det ulikheter relatert til legens alder?
- I hvilken grad kan listelengden og pasientsammensetningen ha konsekvenser for eksempelvis legers trivsel, stabilitet og oppfølging av pasienter?

Rekruttering:

- Hvilke konsekvenser har legenes holdning til fastlegeordningen for rekrutteringen til allmennpraksis?
- Har spesielle forhold ved innføring av fastlegeordningen betydning for rekrutteringen? (stikkord: avtaleforhold, økonomi, oppfatning av i hvilken grad primærhelsetjenesten er prioritert)
- Hva motiverer leger for arbeid i kommunehelsetjenesten?
- Hvordan utvikler rekrutteringen av leger til kommunehelsetjenesten seg?
- Hvordan er sammenhengen mellom turnustjeneste og rekruttering til kommunehelsetjenesten?

Offentlig legearbeid:

- Hvordan fordeles de offentlige legeoppgavene blant kommunens leger?
- Hvordan påvirker Fastlegereformen de ulike deltjenester innen det kommunale offentlige legearbeidet: rekruttering, omfang, innhold og eventuelt annet?
- Har reformen konsekvenser for enkeltlegers motivasjon eller interesse for deltjenester innen det offentlige legearbeidet?
- Har ulike avtaler/avlønninger og/eller bruk av felleslister noen betydning for rekruttering til offentlig legearbeid?

4.3.2. Tilgjengelighet

Ventetid:

- Hvordan påvirker fastlegeordningen brukernes mulighet til å komme i kontakt med "sin lege" eller eventuelt annen lege, enten via telefon, ventetid på uprioritert time, ventetid ved øyeblikkelig hjelp? Hva skjer med ventetid på legeskontoret, selv om en har bestilt time? Hva skjer med bruk av sykebesøk?

- Hvordan fungerer fastlegenes prioritering av listepasienter fremfor andre brukere som henvender seg til aktuell lege? Er det ulikheter mellom leger, og/eller forskjeller i forhold til ulike pasienter, eksempelvis i forhold til alder, kjønn, lidelse/problem?
- Hvordan fungerer ulike vikarordninger? Hvordan blir brukerne informert om aktuelle vikarordninger?
- Hvordan fungerer fastlegeordningen/beredskapen for ulike grupper pasienter, eksempelvis personer som er tilfeldige gjester i kommunen, asylsøkere, fremmedspråklige, studenter og bostedsløse?

Relasjon:

- Hva betyr etableringen av fastlegeordningen for møtet mellom lege og pasient i konsultasjonssituasjonen?
- Hvilke forhold legger henholdsvis pasient og lege vekt på for at lege-pasientrelasjonen oppfattes som tilfredsstillende? Hvordan påvirker relasjonelle forhold legebytte?
- Hva betyr det for en person at han/hun står på en leges liste? Virker det å stå på en leges liste trygghetsskapende? Medfører det å ha en fastlege nye/endrede forventninger til allmennlegetjenesten? Opplevs dette likt av kvinner og menn, i forhold til alder og lidelse/problem?
- Medfører Fastlegereformen endringer i befolkningens legesøkningsatferd? Betyr det at man har en fast lege som har plikt til å ta i mot en at terskelen for å søke legehjelp endres? Er det ulikheter avhengig av fastlegens eller brukerens kjønn?

Lokaler:

- Hvordan er omfanget og fordeling av legekontorer med vanskelig tilgjengelighet?
- Har det skjedd endringer eller er det planlagt endringer av legekontorers fysiske tilgjengelighet som følge av Fastlegereformen?
- I hvilken grad påvirker reiseavstand eller legekontorets fysiske tilgjengelighet pasienters valg av fastlege?

4.3.3. Kontinuitet

Varighet:

- Hvor mange av dem som ønsket å videreføre et etablert lege-pasientforhold fikk sitt ønske innfridd ved Fastlegereformens ikrafttreden? Får manglende videreføring av etablert lege-pasientforhold noen konsekvenser eksempelvis i forhold til bruk av allmennlege, legebytte, bruk av ny vurdering eller annet?
- Hva vet vi om varighet på lege-pasientforhold? Hvordan er fordelingen i forhold til alder, kjønn, diagnose, evt. annet?
- På hvilket grunnlag har pasienten valgt fastlege? Benytter vedkommende seg allerede av samme lege? Geografisk nærhet? Annet? Hvor mange reelle valgalternativ følte pasienten at det var (for eksempel i forhold til nærhet)?
- Hvor ofte benytter pasienter seg av en ny vurdering hos annen lege? Opplever pasienter med etablerte lege-pasientforhold eventuelle barrierer i forhold til legebytte eller fornyet vurdering? Er det forskjeller i forhold til kjønn, alder, diagnose mellom ulike pasientkategorier/grupper?
- Er det noen sammenheng mellom varighet på lege-pasientrelasjonen og bruk av fornyet vurdering?

Omfang:

- Hva vet vi om omfanget av allerede etablerte og varige lege-pasientrelasjoner ved reformens ikrafttreden og hvordan utvikler dette seg?
- Økes omfanget av varige lege-pasientrelasjoner for personer med kroniske lidelser etter Fastlegereformens ikrafttredelse?
- Hvor stort er omfanget av legebytter? Er det noen systematiske forskjeller mellom dem som foretar legebytte? Alder, kjønn, diagnose, annet?
- Får bruk av ulike avtaler/avlønninger eller felleslister noen betydning for omfang og varighet av lege-pasientrelasjoner?

Innhold:

- Benytter brukerne sin fastlege ved behov for allmennlegetjenester, eller velger man lege avhengig av hva som er henvendelsesårsak? Endres terskelen for bruk av legevakt for dem som har en fastlege?
- Hva betyr kontinuitet i lege-pasientrelasjonen for henholdsvis lege og pasient? Er man tilfreds med å ha en fast lege over tid? Vurderes dette forskjellig ut fra alder, kjønn, lidelse/problem?
- Hva betyr kontinuitet for møtet mellom lege og pasient i konsultasjonssituasjonen?
- Hvordan påvirker kontinuitet i lege-pasientforholdet legesøkningsatferden?
- Er det noen sammenheng mellom konsultasjonstyper, lengde, hyppighet sett i forhold til hvor lenge det har eksistert "et forpliktende forhold" mellom lege og pasient?

4.3.4. Effektivitet*Organisering:*

- Hva betyr det for legen å ha ansvar for en navngitt gruppe personer? Medfører dette en mer planlagt drift av legekantoret som helhet, i forhold til eventuelle offentlige legeoppgaver og i forhold til eksempelvis pasienter med stort behov for allmennlegetjenester?
- Medfører Fastlegereformen endringer i forhold til hvor stor andel av allmennlegens tid som benyttes til konsultasjoner, ikke-medisinsk virksomhet, papirarbeid? Medfører fastlegeordningen endret organisering av virksomheten på legekantoret?

Legene har rollen som "pasientens advokat" samtidig som de er "portvakt" for Folketrygdens ytelser og bruk av spesialisthelsetjenester. Denne rollekonflikten kan forsterkes som følge av Fastlegereformen. Reformen kan innebære at legen gjennom et ønske om å gjøre det beste for "sine" pasienter, eller som følge av økte forventninger fra "sine" pasienter, tar noen prøver ekstra, henviser til spesialist for sikkerhets skyld. På den annen side kan det motsatte skje, nettopp fordi legen kjenner pasienten over tid, er det mulig å vurdere hva som er nødvendig, man kan se situasjonen an.

- Medfører reformen endringer i legeatferd, eksempelvis konsultasjonstyper og omfang, oppfølging av pasienter med kroniske lidelser, henvisninger, prøvetaking, sykmeldinger? Skjer det noen endringer i allmennlegens aktivitetsmønster avhengig av om det er en ny eller videreført lege-pasientrelasjon? Er det ulikheter i forhold til ulike typer avtaler/avlønning, eventuelt fellesliste?

Koordinering:

Fastlegereformen innebærer at aktuelle leger får en koordinatorrolle i forhold til sine listepasienter. Fastlegen blir "postkasse" for medisinske henvendelser vedrørende sine pasienter. Både andre helsearbeidere på kommunalt nivå og spesialisthelsetjenesten har en adresse for henvendelser knyttet til aktuelle pasienter. Henvendelser til legevaktlege vil også i en del tilfeller kunne kanaliseres til fastlegen.

- Fungerer dette systemet i praksis? Benytter befolkningen kun sin egen lege, eller benyttes også andre leger? Hva skjer med doktorshopping?
- Fungerer systemet med fastlegen som postkasse og koordinator for henvendelser/beskjeder i forhold til aktuelle pasienter fra samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten og andre kommunale helsetjenester?
- Hva skjer med bruk av legevakt? Endres forbruk av legevakt som følge av Fastlegereformen? Er det sammenheng mellom legedekning og legevaktforbruk?

Samarbeid:

Prinsippet om det frie legevalg innebærer at befolkningen kan velge fastlege også utenfor bostedskommunen. Det er imidlertid lagt opp til at befolkningen gjennom informasjon oppfordres til å velge lege i den kommune eller bydel der de er bosatt, og da i nærheten av der de bor. Øvrige kommunale helsetjenester er ofte organisert med ansvar for et geografisk område, en bydel eller liknende. For brukere av flere kommunale helsetjenester kan det være en fordel å forholde seg til helsearbeidere med ansvar for samme område.

- Hvor mange velger fastlege i den kommunen/området de bor i? Finnes det noe systematisk mønster i valgene: kjønn, alder, yrkesaktivitet, sykkelighet?
- Hvordan er tilfredsheten med samarbeidet mellom fastleger og annet helsepersonell, innen og på tvers av et geografisk område, mellom yrkesutøvere, brukere og fordelt på kjønn?
- Utvikler det seg ulike samarbeidsmodeller mellom fastleger og andre kommunalt ansatte helsearbeidere (helsestasjon, pleie- og omsorgstjenesten) avhengig av om de tilhører samme område eller ikke?
- Sammenfall mellom legers listepopulasjon og geografisk område for offentlige legeoppgaver vil variere. Er det noen sammenhenger her i forhold til rekruttering, omfang og innhold av offentlige legeoppgaver?
- Hvordan er tilgjengeligheten til aktuelle fastleger for andre samarbeidspartnere, både fra kommune- og spesialisthelsetjenesten, i forhold til diskusjon om aktuell oppfølging av hans/hennes pasienter?
- Hvordan påvirker fastlegeordningen samarbeidet mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten i forhold til aktuelle pasienter?

4.3.5. Reviderte retningslinjer for 2003

Nye retningslinjer for 2003 ble utformet med tanke på utlysning av nye prosjekter knyttet til områder som inntil da hadde vært mangelfullt fulgt opp:

- Allmennlegetjenester til spesielle grupper og/eller brukere med store og sammensatte behov (for eksempel mennesker med psykiske lidelser og rusmisbrukere).
- Fastlegens samarbeid med andre aktører – innad i kommunene (helse- og sosialtjenesten) og i spesialisthelsetjenesten.
- Hvordan kommunene bruker fastlegeavtalene og de lokale samarbeidsutvalgene.
- Årsaker til at enkelte distrikter mangler leger og kontinuitet i legetjenesten og konsekvenser av ulik legedekning.

Prosjektporteføljen hadde så langt hatt en hovedvekt av prosjekter med kvantitativ tilnærming, og departementet pekte derfor på at problemstillingene ovenfor også kunne ivaretas gjennom en kvalitativ tilnærming. Det ble videre understreket at brukerperspektivet burde stå sentralt i evalueringsprosjektene. Det samme gjaldt kjønnsperspektivet, både på bruker- og tjenestesiden.

Departementet pekte også på at man i den politiske debatten hadde vært spesielt opptatt av at brukere med store og sammensatte behov skulle få et godt legetilbud. Dette dreier seg om svært forskjellige grupper mennesker, men felles for dem er at de ofte trenger mye tid hos legen, koordinering av ulike tjenester og ofte ikke selv er i stand til å oppsøke tjenesteapparatet. Aktuelle grupper er eldre og kronisk syke, pasienter med psykiske lidelser, rusmisbrukere, funksjonshemmede, pasienter under habilitering/rehabilitering, asylsøkere og fremmedspråklige.

Problemstillinger innenfor indikatorene koordinering og samarbeid (området effektivitet) hadde så langt vært lite dekket gjennom pågående prosjekter. Det var behov for mer kunnskap om fastlegens samarbeid med annet helsepersonell, blant annet tilgjengelighet til aktuelle fastleger for andre tjenesteutøvere i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

Fastlegeavtalen, eller den lokale individuelle avtalen mellom legen og kommunen, hadde så langt ikke vært gjenstand for evaluering og hadde heller ikke tidligere vært direkte omtalt i oppdragsbeskrivelsen. De sentrale helsemyndighetene mottok etter hvert signaler både fra kommuner, fra Kommunenes Sentralforbund og fra enkelte leger som antydte at kommunene ikke brukte fastlegeavtalene i tilstrekkelig grad til å få dekket nødvendige oppgaver. Man ønsket derfor at evalueringen så nærmere på hvordan kommunene i avtaleinngåelsene benytter mulighetene i forskrift og avtaleverk, og hvordan kommunene følger opp at legene ivaretar sine forpliktelser i henhold til fastlegeavtalene. Man ønsket at det ble sett nærmere på hvordan kommunen opptrer som kontraktspart og hvordan samarbeidet i legetjenesten fungerer (herunder det lokale samarbeidsutvalget).

Departementet fikk gjennom rapportering av styringsdata fra Rikstrygdeverket fylkes- og kommunevis data med nyttig oversikt over legedekningen. Eksempelvis så man at legedekningssituasjonen i Sogn og Fjordane var forverret etter innføringen av fastlegeordningen, mens det motsatte for det meste var tilfelle i resten av landet. Tallene fortalte imidlertid lite om stabilitet i de enkelte legestillinger eller konsekvenser for brukerne. Man

ønsket forskningsprosjekter som gikk mer i dybden med tanke på å frembringe informasjon om bakenforliggende forhold, inklusive geografiske forskjeller. Det kunne også være aktuelt å studere faktorer som bidrar til suksess i legedekningen og stabilitet i legestillinger.

4.4. Evalueringsprosessen

Norges Forskningsråd inviterte forskningsmiljøene til å komme med prosjektsøknader som skulle fokusere på de fire hovedområdene, med utgangspunkt i pasientenes, legenes og administrasjonens perspektiv. Det ble etablert en styringsgruppe som har hatt en viktig funksjon med å kvalitetssikre de ulike prosjektene og samtidig sørge for bredde i evalueringen. Dette er en vanskelig balansegang, men det er naturlig at man har lagt størst vekt på den forskningsmessige kvaliteten i det enkelte prosjektet. Til en viss grad har man forsøkt å sikre den tematiske bredden i prosjektporteføljen ved å ta direkte kontakt med kjente kompetansemiljøer, men i hovedsak har man vært henvist til å vurdere relevans og kvalitet av innkommende søknader. Dette har i noen tilfeller medført at ellers relevante prosjektsøknader ikke har blitt funnet støtteverdige.

Evalueringen har vært preget av mange forskjellige prosjekter og mange ulike forskningsmetoder. Dette kan være både en styrke og en svakhet. Det ligger en styrke i at enkelte problemstillinger har blitt belyst av flere ulike miljøer som har brukt forskjellige metoder. Det styrker påliteligheten av funnene når man kommer frem til sammenfallende resultat. På den andre siden utløses gjerne fruktbare diskusjoner dersom resultatene er forskjellige. Det er sjelden slik at den endelige sannheten finnes gjennom ett enkelt forskningsprosjekt. Det er også større sjanser for at det dukker opp kreative prosjekter og originale innfallsvinkler når mange forskere er involvert. De halvårlige forskerseminarene har i så måte vært en nyttig arena for utveksling av ideer.

En potensiell svakhet er at en slik evaluering kan bli for fragmentarisk, og at man mister blikket for helheten. Det er også åpenbart at kvaliteten på prosjektene og rapporteringen må bli noe ujevn når så mange miljøer involveres. De enkelte prosjektlederne har hatt stor grad av frihet, og rapportene deres passer ikke alltid inn i departementets disposisjon. Disse svakhetene vil selvsagt også prege denne sluttrapporten. Noen vil savne en overordnet plan.

Det var ikke realistisk å forvente at alle nøkkelspørsmålene kunne dekkes av prosjekter. Til det var spørsmålene for mange og for omfattende. Det vil derfor være mange nøkkelspørsmål som ikke er berørt av noe prosjekt. Det hadde trolig vært en fordel om oppdragsgiver hadde gitt en tydelig prioritering av hvilke nøkkelspørsmål som var de viktigste. Dersom en ser på sluttresultatet i forhold til de retningslinjene departementet ga for de ulike evalueringsområdene, kan det nok synes som om de detaljerte nøkkelspørsmålene har hatt liten praktisk betydning. Et slikt detaljeringsnivå virker lite hensiktsmessig med den evalueringsmodellen som her er benyttet.

Trolig ville det vært lettere å ivareta den tematiske bredden dersom hele evalueringsoppdraget var gitt til et enkelt forskningsmiljø. Da ville man nok også fått en sluttrapport som var bedre tilpasset bestillingen. Det er imidlertid sannsynlig at dette ville ha gått på bekostning av metodisk mangfold, med mindre vekt på kvantitative tilnærminger og mer begrenset generaliseringsverdi. Kvalitetskontrollen blir også dårligere ved en slik evalueringsmodell. Et annet viktig aspekt er at organiseringen gjennom Forskningsrådet og styringsgruppen har sørget for avstand mellom oppdragsgiver og forskere. Departementet har hatt få muligheter til å påvirke de vurderingene og konklusjonene som de ulike forskerne har kommet frem til.

I tillegg til de vanlige forskningsprosjektene som er blitt funnet støtteverdige av styringsgruppen, er det også gitt støtte til 15 småskalaprojekter hvor forskerne har fått lønnsmidler for 1 - 3 måneder. Hensikten har vært å gjøre forskning om fastlegeordningen praksisnær og relevant, stimulere fastlegene til egen forskningsaktivitet og bidra til kompetanseutvikling. Dette synes å ha vært vellykket. De fleste av disse prosjektene er fullført etter planen og har resultert i vitenskapelige artikler. Trolig har prosjektlederne brukt betydelig mer tid på disse prosjektene enn de har fått lønnsmidler til, og således bidratt til at denne forskningen har vært særlig kostnadseffektiv.

Det ble fra styringsgruppen gjort framlegg om å etablere et større, langsgående prosjekt som skulle sikre kvantitative data for å beskrive innholdet i norsk allmennpraksis over tid. Slike data foreligger allerede i form av regningskortene som alle fastleger og turnusleger sender til Rikstrygdeverkets oppgjørskontor. Regningene har imidlertid blitt makulert etter kort tid, og har derfor ikke vært tilgjengelige for forskning. Man nådde ikke frem med et forslag om at alle disse regningene heller skulle overføres til en database, som så kunne stilles til disposisjon for forskere. Selv i pseudonymisert form ville en slik database ha gitt mulighet for å følge både

pasienter og leger over tid, og man kunne ha etablert en forskningsdatabase som ville vært nyttig også etter evalueringsperioden.

Det har også blitt gjennomført en rekke undersøkelser av fastlegeordningen utenom dette evalueringsprosjektet. Det er gjort flere opinionsundersøkelser, og både Helsetilsynet og Riksrevisjonen har gjennomført egne kartlegginger. Det er derfor legitimt å spørre om hva som særmerker en forskningsbasert evaluering i forhold til annen evaluering. Kunne man oppnådd det samme gjennom opinionsundersøkelser, administrative kartlegginger og styringsdata? Det er utvilsomt en flytende overgang mellom disse undersøkelsene og de forskningsbaserte evalueringsprosjektene. Det er da også et eksempel på at et prosjekt gjennomført av Helsetilsynet er bearbeidet videre vitenskapelig som et småskalaprojekt.

Mens en opinionsundersøkelse først og fremst er en deskriptiv beskrivelse, vil en forsker i større grad analysere sammenhenger og mulige årsaker. En forskningsbasert evaluering innebærer at dataanalysen er grundigere og mer dyptpløyende enn hva som gjøres i opinionsmålinger. Tilnærmingen er mer analytisk og det gjøres større bruk av avanserte statistiske metoder. På samme måte vil analysen av kvalitative data være mer preget av anerkjente analysemetoder. Til et forskningsprosjekt hører også omfattende litteraturstudier og at man diskuterer egne data i forhold til tidligere kunnskap på området.

Forvaltningsorganer som Riksrevisjonen og Helsetilsynet oppnår vanligvis høyere svarprosent enn hva som er vanlig i forskningsprosjekter. Når Helsetilsynet gjennomfører en kartlegging som et tilsyn med helsetjenesten, har fastlegene svarplikt. Riksrevisjonen fikk svar fra 95 % av kommunene i sin undersøkelse. På den andre siden har forskere bedre kompetanse på å utvikle gode spørreskjema, dataanalyse og tolking av resultatene. Det er derfor nærliggende å foreslå at man i fremtidige evalueringer vurderer et nærmere samarbeid mellom forvaltning og forskningsmiljøer. Forskerne trenger hjelp til å få inn data. Forvaltningen trenger hjelp til analyse og tolkning.

5. Forskningsmetoder

Forskningsprosjektene som inngår i denne evalueringen, er dels **kvantitative**, dels **kvalitative**. Kvantitative prosjekter analyserer tall, kvalitative prosjekter analyserer tekst. Å se en sak fra flere sider, med ulike forskningsmetoder, kan bidra til nyanser og korrektiv.

5.1. Kvantitative metoder

De kvantitative studiene er i stor grad basert på spørreskjemaer som forskerne selv har utviklet for de aktuelle prosjektene, men noen baserer seg også på å analysere registerdata som er innsamlet for andre formål (f.eks. data fra Rikstrygdeverket). Disse to metodene har både styrker og svakheter.

Fordelen med spørreskjema er at forskeren selv kan stille de relevante spørsmålene og dermed få mer presise svar i forhold til forskningstemaet. Ulempen er at ikke alle svarer, og at materialet dermed kanskje ikke vil være representativt for den befolkningen man ønsker å undersøke. Jo færre som svarer, desto større er risikoen for at resultatet ikke kan generaliseres til å gjelde for hele populasjonen. Et annet problem er at respondentene kan "pynte på" virkeligheten når de svarer på kontroversielle spørsmål.

Registerdata er ofte fullstendige og det er derfor sjelden noe problem med representativitet. Man kan undersøke hele populasjonen. Ulempen er at materialet er innsamlet for et annet formål enn forskning. Det kan være meget pålitelig og fullstendig for det formålet det er innsamlet til, men kan være upålitelig til andre formål.

Kvantitative data behandles ofte med statistiske tester. Dette er særlig aktuelt når materialet er samlet inn fra et mindre utvalg av den totale populasjonen. I slike tilfeller er det alltid en mulighet for at resultatene er fremkommet ved tilfeldigheter. En statistisk test kan si noe om hvor sannsynlig dette er. Man sier ofte at et resultat er statistisk signifikant dersom det er mindre enn 5 % ($p < 0,05$) eller 1 % ($p < 0,01$) sannsynlighet for at det er oppstått som følge av en tilfeldighet. Jo større utvalget er, desto flere resultater (små forskjeller) vil være statistisk signifikante. At et resultat er statistisk signifikant, er altså ikke ensbetydende med at det er "viktig".

5.2. Kvalitative metoder

I kvalitative studier samler man inn, organiserer og tolker tekst på en systematisk måte. Materialet kan være skriftlig i sin opprinnelse, men kan også fremkomme ved at man gjør opptak av samtaler som man senere skriver av. En hyppig brukt metode er gruppesamtaler i fokusgrupper. Kvalitative materialer kan også stamme fra direkte observasjon, ved at forskeren er til stede og observerer et fenomen.

Metoden egner seg for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper (kvaliteter) ved de fenomener som skal studeres. Den er nyttig på nye forskningsfelter der kunnskapsgrunnlaget på forhånd er tynt, på sammensatte og komplekse problemstillinger, og der vi stiller oss åpne for et mangfold av svar. Metoden er godt egnet til å sette nye spørsmål på dagsorden, men kan også være nyttig for å utdype resultater som tidligere er fremkommet gjennom kvantitativ forskning.

Datamaterialet i kvalitative studier er oftest innsamlet fra noen få informanter, og det er ikke noe mål at det skal være representativt i klassisk forstand. Man tilstreber heller et relevant strategisk utvalg med vekt på mangfold. Bruker man kvalitative metoder, har derfor ikke funnene den samme form for overførbarhet til en utgangspopulasjon som man kan oppnå med et kvantitativt design. Resultatene kan karakteriseres som tilstandsbilder og forståelsesmodeller.

Kvalitative analyser inneholder et sterkt element av subjektivitet. Forskeren skal tolke et omfattende og komplisert tekstmateriale, sortere ut vesentlige elementer, danne seg et helhetsinntrykk og systematisere dette for

leseren. For at en kvalitativ analyse skal bli noe mer enn alminnelig synsing, er det nødvendig at forskeren beskriver analyseprosessen på en anerkjent måte. Forskeren bør bl.a. redegjøre for sine egne motiver, perspektiver og hypoteser før materialet analyseres. På bakgrunn av denne forforståelsen, og ved hjelp av et teoretisk rammeverk ("lesebriller"), skal så datamaterialet analyseres på en systematisk måte.

5.3. Metodeproblemer

Prosjektene beskriver og analyserer fastlegeordningen, men kan sjelden kontrollere for alternative forklaringer som også kan ha innvirkning på resultatene. Det kan derfor være vanskelig å uttale seg om årsakssammenhenger. Det er ikke sikkert at effektene kan tilskrives fastlegeordningen *per se*.

I 1990-årene var norsk allmennmedisin preget av rekrutteringssvikt og ustabilitet. Dette måtte endres dersom fastlegeordningen skulle kunne fungere etter hensikten, og fra 1999 ble primærhelsetjenesten prioritert ved tildeling av nye hjemler/stillinger. Sammen med en bedret rekruttering førte dette til at man, parallelt med fastlegeordningen, fikk tilført ca. 300 nye legeårsværk (se tabell 7.1.8). Det er åpenbart at dette vil ha konsekvenser for hvordan fastlegeordningen fungerer overfor brukerne. Når kapasiteten økes, vil man forvente at tilgjengeligheten bedres, og at brukerne vil bli mer fornøyd med tjenesten. Trolig ville en del av disse effektene også vært til stede om man hadde fått tilført et tilsvarende antall nye stillinger *uten* samtidig å innføre en fastlegeordning. På den andre siden kan man hevde at det var fastlegeordningen som førte til en bedre rekruttering, slik at de mange ledige stillingene ble besatt, og at de ble fordelt på en hensiktsmessig måte.

Fastlegereformen medførte også en *privatisering* av deler av kommunehelsetjenesten. Dette er særlig merkbart for tidligere fastlønnsleger som valgte å endre driftsform til privat praksis. Men leger som valgte å fortsette på fast lønn, har også fått endret (bedret) sine lønnsbetingelser, og må dessuten sende regningskort til trygdekontoret på vegne av kommunen. Slike endringer i de økonomiske betingelsene vil også påvirke legenes arbeid, trivsel og stabilitet, i likhet med de stadige justeringene av egenandeler og refusjonstakster.

En tjeneste som er bra i utgangspunktet, har mindre forbedringspotensial og større forverringsrisiko enn en dårlig tjeneste. En studie viste f.eks. at 85,5 % av brukerne var fornøyd (eller meget fornøyd) med primærlegetjenesten i 2000.¹ I slike tilfeller kan det være vanskelig å påvise positive effekter av en reform. Derimot vil det være relativt lett å påvise eventuelle negative effekter. Det omvendte forholdet vil gjøre seg gjeldende dersom tjenesten er dårlig i utgangspunktet.

Pasienttilfredshet er ikke bare avhengig av tjenestenes kvalitet. Ulike karakteristika ved pasientene (f.eks. alder, helsetilstand, mestringssevne, humør og utdanningsnivå) vil også påvirke deres oppfatning av tjenestene. Det samme gjelder relasjonelle forhold mellom lege og pasient. Dessuten vil pasientenes forventninger ha betydning. Reformen ble presentert i kampanjer som konsentrerte seg om pasientrettigheter og kvalitetsforbedringer. Dette kan ha påvirket folks holdninger i positiv retning. Mediekampanjen har trolig også bidratt til å øke folks forventninger til reformen. Dette kan gi seg utslag i lavere tilfredshet senere, dersom de oppskrudde forventningene ikke har blitt innfridd.

I noen tilfeller vil ikke tjenestemottagerne være i stand til å bedømme kvaliteten på tjenesten de mottar. For pasienter flest er det vanskelig, i mange tilfeller umulig, å få innsikt i kvaliteten på det allmennlegen foretar seg. Av den grunn er det lettere å legge vekt på serviceaspektet ved tjenesten, fremfor innholdet i selve behandlingen. Legene skal gi den behandlingen de opplever er korrekt, ikke nødvendigvis den behandlingen pasientene ønsker. At pasientene er misfornøyd betyr derfor ikke nødvendigvis at legene har gjort en dårlig jobb.

Allmennmedisinske lege-pasientforhold strekker seg ofte over svært lang tid, oftest mange år. Bedre kontinuitet i lege-pasientforholdene er et av hovedmålene med Fastlegereformen, men dette kan vanskelig evalueres så kort tid etterpå. Tvert imot vil man lett kunne måle kortere gjennomsnittsvarighet, fordi det i forbindelse med reformen ble etablert mange nye lege-pasientforhold. Tilsvarende er det vanskelig å måle fastlegenes yrkesmessig stabilitet over en så kort evalueringsperiode.

Referanser

1. Lian OS. Pasienterfaringer i primærlegetjenesten før og etter Fastlegereformen. ISM skriftserie nr 70. Universitetet i Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, 2003.

6. Prosjektoversikt

Det er gitt støtte til 15 hovedprosjekt og paraplyprosjektet "Allmennmedisinske og samfunnsmedisinske småskalaprojekt om fastlegeordningen". Tabellene gir en oversikt over prosjektene med deres respektive dekning av de fire hovedevalueringsområdene legedekning, tilgjengelighet, kontinuitet og effektivitet. I Appendix finnes også en samlet oversikt over de enkelte prosjektene, med publikasjonsliste og en kort metodebeskrivelse.

Hensikten med småskalaprojektene var å gjøre forskning om fastlegeordningen praksisnær og relevant for praktiserende fastleger. Stipendiatene fikk veilederassistanse fra de fire allmennmedisinske seksjonene/instituttene, og hvert enkelt stipend var på maksimalt tre måneder. I alt 15 småskalaprojekter fikk slike stipend. Denne ordningen var inspirert av allmennpraktikerstipendene som legeforeningen har delt ut siden 1976. Erfaringene med disse har vært gode, flertallet av prosjektene springer ut av problemstillinger som stipendiatene har møtt i egen praksis, og til tross for kortvarige stipendperioder, resulterer de i en meget høy publiseringsaktivitet.¹

Tabell 6.1. Hovedprosjektene med deres respektive dekning av evalueringens hovedområder

Prosjektnr	Prosjektleder Institusjon	Prosjekt (rapport)	Lege- dekning	Tilgjen- gelighet	Konti- nuitet	Effek- tivitet
144311/330 158403/V50	Rune Sørensen Handelshøyskolen BI	Forskningsbasert evaluering av fastlegeordningen	x	x	x	x
144317/V50 144332/V50 158410/V50	Bård Paulsen SINTEF Jon-Erik Finnvoll Statistisk sentralbyrå	Evalueringsprosjekt om Fastlegereformen med utgangspunkt i SSBs levekårsundersøkelser	x	x	x	x
144319/V50	Tone Opdahl Mo SINTEF	Legers arbeidsvilkår under Fastlegereformen		x		x
144320/330	Roar Johnsen Universitetet i Tromsø	Søkelys på samfunnsmedisinen. Samfunns- medisinsk hverdag	x			
144331/V50 158361/V50	Tor Iversen Universitetet i Oslo	Evalueringsprosjekt om Fastlegereformen	x	x	x	x
144334/V50	Eivind Meland Universitetet i Bergen	Allmennmedisinske og samfunnsmedisinske småskalaprojekt om fastlegeordningen	Se tabell 6.2			
144337/330	Ole Frithjof Norheim Universitetet i Bergen	Legens doble rolle som advokat og portvakt i fastlegeordningen	x	x	x	x
151318/330	Olaug Synnøve Lian Universitetet i Tromsø	Pasienterfaringer i allmennlegetjenesten før og etter fastlegeordningen	x	x	x	
152217/330	Rannveig Dahle NOVA	Pasienter som trenger å gå ofte til lege		x	x	x
152218/330	Ola Jøsendal Nordhordland legevakt	Evalueringsprosjekt om interkommunal legevakt før og etter innføring av fastlegeordningen		x		x
158363/V50	Steinar Hunsbakk Universitetet i Bergen	Telefontilgjengelighet hos fastlegen		x		
158395/V50	Kari Jorunn Kværner Universitetet i Oslo	Pasienter med oppfølgingsbehov. Samhandling og ressursutnyttelse i Fastlegereformen	x			x
158397/V50	Hanne Heen Arbeidsforskningsinstituttet	Styring og samarbeid i fastlegeordningen				x
158399/V50	Marian Ådnanes SINTEF	Fastlegenes tilbud og samarbeid med andre tjenester når det gjelder pasienter med alvorlige psykiske lidelser		x	x	x
158402/V50	Helle Wessel Andersson SINTEF	Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer?		x	x	x
158405/V50	Unn Doris Bæck NORUT	Legedekning og stillingsstabilitet som utfordringer for fastlegeordningen	x	x	x	

Tabell 6.2. Småskalaprojektene med deres respektive dekning av evalueringens hovedområder

Prosjektleder	Prosjekt (rapport)	Lege- dekning	Tilgjeng- elighet	Konti- nuitet	Effek- tivitet
Hans-Johan Breidablik	Pasientenes syn på fastlegeordningen – entusiasme med forbehold	x	x	x	
Gunvor Eikeland	En studie av hensiktsmessigheten av øyeblikkelig hjelp innleggelser ved St. Olavs Hospital				x
Bjørn Gjelsvik	Evalueringer av fastlegeforsøket 1993-96: Hva kan vi lære av dem? En litteraturstudie				
Dagfinn Haarr	Fastlegen og den narkomane pasient		x		
Ivar Halvorsen	Legesøkingsatferd til legevakten i Stavanger kommune før og etter innføringen av fastlegeordningen				x
Anne Helen Hansen	Tilgjengelighet ved fastlegekontorene i Troms		x		x
Øystein Hetlevik	Listelengde, arbeidstid, ventetid og jobbtilfredshet blant fastleger i Bergen	x	x	x	x
Erling Iveland	337 sykebesøk på dagtid fra Oslo Legevakt				x
Ola Jøsendal	Legevaktaktivitet før og etter innføring av interkommunal legevakt og fastlegeordning				x
Bjørnar Nyen	Legevaktssøkning og fastlegeordning				x
Yngve Rønsen	Angående fordeling av far, mor og barn i fastlegeordningen etter legens kjønn				
Hogne Sandvik	Fastlegeordningen: forventninger og erfaringer	x		x	x
Tori Guldahl Seierstad	Småbarnsforeldre og fastleger om helsestasjonen	x			
Ivar Skeie	Stoffmisbrukere som pasienter i helsevesenet med spesiell vekt på stoffmisbrukernes plass i fastlegesystemet				
Tore W. Steen	Forekomst av genital infeksjon med Chlamydia trachomatis blant 18-29 åringer i Oslo				x

I de følgende kapitlene blir resultater fra de ulike prosjektene presentert hver for seg, under de ulike evalueringsområdene og indikatorene. Omtalen av hver enkelt indikator avsluttes med en oppsummering som kan leses uavhengig av det foregående. Her er det også gitt plass til omtale av andre relevante undersøkelser.

For oversiktens skyld blir prosjektene omtalt med henvisning til prosjektleder, selv om det i mange tilfeller er hele forskergrupper som står bak arbeidet, og det ofte er andre medarbeidere som har gjort hovedtyngden av arbeidet og står som førsteforfatter av rapporter og artikler. Prosjektoversikten i Appendix viser hvem som er forfatter av de ulike publikasjonene. Mange prosjekter er også publisert som tidsskriftartikler, og disse vil ofte være lettere tilgjengelige enn rapportene.

Noen prosjekter berører flere av evalueringsområdene, og resultatpresentasjonen vil da være fordelt på ulike kapitler. Enkelte problemstillinger (nøkkelsspørsmål) i mandatet var overlappende, og i slike tilfeller kan man av og til gjenfinne de samme resultatene under flere overskrifter.

Styringsgruppen ønsket en samlet fremstilling av prosjekter som omhandler allmennlegetilbudet til brukere med store og sammensatte behov. Dette finnes i kapittel 11. Dette kapittelet inneholder ikke nye data, men er bare et utvalg av det som allerede er presentert i tidligere kapitler. Kapittel 12 er en samlet oppsummering av evalueringen. Kapittel 13 omtaler ubesvarte spørsmål, utfordringer og forslag til videre satsningsområder.

Referanser

1. Swensen E, Steine S. Evaluering av allmennpraktikerstipendordningen - lite frø, rik avling. Tidsskr Nor Lægeforen 1997;117:3667-71.

7. Legedekning

I oppdragsbeskrivelsen har departementet gitt følgende utgangspunkt for evalueringen av dette området:

En tilfredsstillende legedekning er en forutsetning for at reformens mål kan innfris. I en fastlegeordning vil den kurative delen av det allmennmedisinske arbeidet bli gjenstand for økt fokusering og forpliktelse. Samtidig er det viktig at dette ikke går på bekostning av det offentlige legearbeidet. Legedekning i forhold til de offentlige legeoppgaver er derfor inkludert i dette evalueringsområdet. Forutsetningen for en god tilgjengelighet til allmennlegetjenesten er en hensiktsmessig geografisk fordeling av allmennlegene, en rimelig stabilitet og at rekrutteringen til tjenesten er tilstrekkelig. Man ønsker derfor status og relevante analyser av legedekningen i forhold til indikatorene fordeling, stabilitet og rekruttering.

Følgende prosjekter faller innenfor dette området:

Tabell 7.1. Hovedprosjekter med deres respektive dekning av indikatorer under evalueringsområdet legedekning						
Prosjektnr	Prosjektleder Institusjon	Prosjekt (rapport)	Fordeling	Stabilitet	Rekrut- tering	Offentlig legearbeid
144311/330 158403/V50	Rune Sørensen Handelshøyskolen BI	Forskningsbasert evaluering av fastlegeordningen	x	x		x
144317/V50 144332/V50 158410/V50	Bård Paulsen SINTEF Jon-Erik Finnvald Statistisk sentralbyrå	Evalueringsprosjekt av Fastlegereformen med utgangspunkt i SSBs levekårsundersøkelser	x			
144320/330	Roar Johnsen Universitetet i Tromsø	Søkelys på samfunnsmedisinen. Samfunnsmedisinsk hverdag		x		x
144331/V50 158361/V50	Tor Iversen Universitetet i Oslo	Evalueringsprosjekt av Fastlegereformen	x			x
144337/330	Ole Frithjof Norheim Universitetet i Bergen	Legens doble rolle som advokat og portvakt i fastlegeordningen	x			
151318/330	Olaug Synnøve Lian Universitetet i Tromsø	Pasienterfaringer i allmennlegetjenesten før og etter fastlegeordningen		x		
158395/V50	Kari Jorunn Kværner Universitetet i Oslo	Pasienter med oppfølgingsbehov. Samhandling og ressursutnyttelse i Fastlegereformen				x
158405/V50	Unn Doris Bæck NORUT	Legedekning og stillingsstabilitet som utfordringer for fastlegeordningen		x	x	

Tabell 7.2. Småskalaprojekter med deres respektive dekning av indikatorer under evalueringsområdet legedekning						
Prosjektnr	Prosjektleder	Prosjekt (rapport)	Fordeling	Stabilitet	Rekrut- tering	Offentlig legearbeid
144334/V50	Hans-Johan Breidablik	Pasientenes syn på fastlegeordningen – entusiasme med forbehold		x		
144334/V50	Øystein Hetlevik	Listelengde, arbeidstid, ventetid og jobbtilfredshet blant fastleger i Bergen	x	x		
144334/V50	Hogne Sandvik	Fastlegeordningen: forventninger og erfaringer	x	x		
144334/V50	Tori Guldahl Seierstad	Småbarnsforeldre og fastleger om helsestasjonen				x

7.1. Legedekning – Fordeling

Departementet utarbeidet følgende problemstillinger (nøkkelspørsmål) for dette evalueringsområdet:

- I hvilken grad greier man å imøtekomme målet om fastlege til alle som ønsker det, med spesiell fokus på utkantkommuner/småkommuner, Oslo med omkringliggende kommuner, og landet som helhet?
- Omfang og fordeling av leger som får ansvar for vesentlig lengre eller kortere lister enn de ønsker, og de avtaler og avlønninger som gjelder for disse.
- Hvordan er den geografiske (kommunevise) fordelingen av primærleger etter Fastlegereformens ikrafttredelse? Hvor mange kommuner mangler lege? Hvor stort er omfanget av ubesatte fastlegeavtaler?

Ved utgangen av første halvår 2005 viser Rikstrygdeverkets styringsdata at 0,5 % av befolkningen hadde valgt å stå utenfor fastlegeordningen. Av deltakerne hadde 98,5 % plass på liste hos fastlege, 1,3 % hadde plass på liste uten lege, og 0,1 % hadde ikke plass på noen liste. 2,3 % av listene manglet lege og 52,7 % av listene var åpne (hadde ledige plasser). Totalt er det 9,7 % flere listeplasser enn det er innbyggere med listeplass. Utviklingen siden innføringen av reformen fremgår av følgende tabell:

Tabell 7.1.1. Styringsdata for fastlegeordningen (Rikstrygdeverket). Prosentvis andel der ikke annet er oppgitt

	Juni 2001	Des. 2001	Juni 2002	Des. 2002	Juni 2003	Des. 2003	Juni 2004	Des. 2004	Juni 2005
Andel av deltakerne som har plass på liste hos fastlege	94,6	96,9	97,9	98,0	98,0	98,3	98,4	98,4	98,5
Andel av deltakerne som har plass på liste uten lege	4,5	2,4	1,9	1,8	1,7	1,5	1,4	1,4	1,3
Andel av deltakerne som ikke har plass på liste	1,0	0,7	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,1
Andel av befolkningen som ikke ønsker å delta i fastlegeordningen	0,6	0,5	0,5	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5
Andel kvinnelige fastleger	28,8	29,0	29,1	29,4	29,3	29,4	29,7	29,9	30,0
Andel av listene som mangler lege	7,1	4,3	3,5	3,3	3,2	2,9	2,7	2,6	2,3
Andel av listene som har ledig kapasitet (er åpne)	61,6	55,7	52,7	56,9	54,3	52,7	51,6	55,2	52,7
Andel ledige plasser på åpne lister	14,0	13,0	11,8	11,1	10,8	9,9	10,0	10,0	9,7
Andel av fastlegeavtalene som er del av felleslister	9,8	10,2	10,4	10,5	10,5	10,1	9,8	9,7	9,6
Andel av fastlegeavtalene som har fast lønn	10,2	10,5	10,6	10,2	10,1	9,9	9,4	9,1	8,7
Antall kommuner hvor fastlegeordningen er suspendert	8	9	4	3	3	2	1	0	0
Antall kommuner hvor færre enn to fastleger har åpne lister	146	139	135	117	114	114	126	107	112

Tabell 7.1.2 viser fordelingen av mannlige og kvinnelige fastleger i ulike aldersgrupper. Kvinner utgjør en stadig økende andel av nyutdannede leger, og dette avspeiler seg også blant fastlegene.

Tabell 7.1.2. Styringsdata for fastlegeordningen (Rikstrygdeverket). Kjønn- og aldersfordeling av fastlegene 30.06.05. Prosent

Aldersgrupper	20 - 29	30 - 39	40 - 54	55 - 66	67+
Mannlige leger	52,0	54,9	68,8	85,7	87,5
Kvinnelige leger	48,0	45,1	31,2	14,3	12,5
Antall (N)	50	773	1 996	900	48

Ved utgangen av første halvår 2005 var den gjennomsnittlige listelengden 1 199. Mannlige fastleger hadde i gjennomsnitt noe lengre lister (1 237) enn kvinnelige fastleger (1 111). Kvinner utgjør 61 % av kvinnelige legers lister og 46 % av mannlige legers lister.

Ved utgangen av første halvår 2005 var fastlegeordningen ikke formelt suspendert i noen av kommunene. Det var likevel 7 kommuner som ikke hadde noen fastlege. Det var Rendalen og Engerdal i Hedmark, Røyrvik og Flatanger i Nord-Trøndelag, Træna i Nordland, Gratangen i Troms og Hasvik i Finnmark. Innbyggerne i disse kommunene vil normalt være tilknyttet lister uten lege. Heller ikke for Rollag i Buskerud eller Mosvik i Nord-Trøndelag er det registrert noen fastlege, men innbyggerne i disse kommunene har tilgang på fastlege gjennom samarbeid med nabokommuner.

Selv om en kommune har en eller flere fastleger, betyr ikke det nødvendigvis at innbyggerne har reell mulighet til å bytte fastlege. Ved utgangen av første halvår 2005 var det 112 kommuner hvor det var færre enn to fastleger som hadde åpen liste (ledige plasser). Antallet er redusert fra 146 like etter innføringen av fastlegeordningen. 95 av kommunene hadde én fastlege med åpen liste, mens 17 ikke hadde noen. Tabell 7.1.3 viser den fylkesvise fordelingen ved utgangen av første halvår 2005.

Tabell 7.1.4 viser den fylkesvise fordelingen for enkelte nøkkeltall ved utgangen av første halvår 2005. Hovedtendenser i tabellen:

- Andelen av listene som manglet lege, var størst i Sogn og Fjordane, Finnmark og Nord-Trøndelag med henholdsvis 12, 9 og 7 prosent.
- Andelen av listene som var åpne, varierte fra 36 % i Østfold til 67 % i Oslo.
- Andelen ledige plasser i prosent av antall deltakere i fastlegeordningen var lavest i Østfold med 6 %, og høyest i Vest-Agder og Oslo med 15 %.
- Andelen av deltakerne i fastlegeordningen som har plass på liste uten lege, var høyest i Sogn og Fjordane med 11 %.
- Andelen deltakere i fastlegeordningen som ikke har plass på noen liste (heller ikke liste uten lege), var ikke over 0,3 % i noen av fylkene.
- Andelen av befolkningen som har reservert seg mot å delta i fastlegeordningen, var under 1 % i alle fylker. Blant innbyggere som ikke er registrert med noen bostedskommune/fylke, var andelen 30 %. Dette er først og fremst asylsøkere med familie som ikke er registrert med bostedskommune.
- Andelen legebytter siste kvartal etter innbyggerens eget ønske, i prosent av antall innbyggere med listeplass, var høyest i Oslo med 2,2 %.
- Andelen legebytter som følge av at fastlegen avslutter eller trapper ned sin praksis, i prosent av antall innbyggere med listeplass, var høyest i Sør-Trøndelag og Nordland med 3 %. Denne andelen vil variere mye fra kvartal til kvartal i det enkelte fylke.

Tabell 7.1.3. Styringsdata for fastlegeordningen (Rikstrygdeverket). Antall kommuner der færre enn to fastleger (ekskl. lister uten lege) hadde åpen liste (ledige plasser). 30.06.05

	I alt	Ingen fastleger hadde åpen liste				Én fastlege med åpen liste	
		Kommunen har ingen fastleger, suspendert kommune	Kommunen har ingen fastleger, ikke suspendert	Kommunen har kun én fastlege	Kommunen har flere fastleger	Kommunen har kun én fastlege	Kommunen har flere fastleger
Østfold	3	0	0	0	0	2	1
Akershus	0	0	0	0	0	0	0
Oslo	0	0	0	0	0	0	0
Hedmark	8	0	2	0	1	2	3
Oppland	3	0	0	0	0	1	2
Buskerud	4	0	0	0	0	1	3
Vestfold	2	0	0	0	0	0	2
Telemark	3	0	0	0	1	1	1
Aust-Agder	1	0	0	0	0	0	1
Vest-Agder	4	0	0	0	0	1	3
Rogaland	8	0	0	0	1	4	2
Hordaland	6	0	0	0	0	4	3
Sogn og Fjordane	14	0	0	0	2	3	9
Møre og Romsdal	10	0	0	0	0	2	8
Sør-Trøndelag	8	0	0	1	2	4	1
Nord-Trøndelag	8	0	2	0	0	4	2
Nordland	13	0	1	1	0	6	5
Troms	9	0	1	0	0	7	1
Finnmark	8	0	1	0	1	5	1
Hele landet	112	0	7	2	8	47	48

Tabell 7.1.4. Styringsdata for fastlegeordningen (Rikstrygdeverket). Fylkesvis fordeling av enkelte nøkkeltall for fastlegeordningen. 30.06.05. Prosentvis andeler

	Andel lister uten lege	Andel åpne lister	Andel ledige listeplasser (inkl. lister uten lege)	Andel av deltakerne som har plass på liste uten lege	Andel av deltakerne som ikke har plass på liste	Andel av befolkningen som ikke deltar i fastlegeordningen	Andel legebytter etter eget ønske siste kvartal	Andel legebytter pga. avsluttet/ redusert praksis siste kvartal
Østfold	0,0	35,5	5,9	0,0	0,2	0,3	1,5	0,0
Akershus	0,8	57,2	10,6	0,5	0,1	0,3	1,7	0,9
Oslo	0,2	67,3	14,5	0,3	0,3	0,5	2,2	0,2
Hedmark	4,3	48,2	8,5	2,5	0,1	0,9	1,2	0,8
Oppland	4,1	57,9	13,9	2,4	0,1	0,4	1,2	0,1
Buskerud	2,5	46,3	7,8	0,8	0,1	0,2	1,4	2,2
Vestfold	0,6	66,0	13,4	0,1	0,1	0,2	1,5	0,0
Telemark	1,4	43,9	6,6	0,6	0,1	0,3	1,3	1,3
Aust-Agder	1,1	62,8	13,1	0,3	0,1	0,4	1,2	0,0
Vest-Agder	0,0	58,7	15,3	0,0	0,1	0,5	1,2	1,0
Rogaland	0,3	36,9	6,3	0,1	0,1	0,5	1,2	0,9
Hordaland	0,3	52,1	8,3	0,3	0,1	0,4	1,4	0,9
Sogn og Fjordane	11,7	51,5	9,3	10,7	0,1	0,4	1,3	1,7
Møre og Romsdal	2,7	50,2	6,0	1,8	0,1	0,5	1,0	0,9
Sør-Trøndelag	2,6	42,8	4,8	1,5	0,1	0,3	1,2	3,3
Nord-Trøndelag	7,1	60,7	7,7	3,5	0,1	0,4	1,4	2,1
Nordland	6,3	53,6	11,5	4,8	0,1	0,5	1,4	3,2
Troms	4,7	50,3	9,9	3,0	0,2	0,3	1,2	0,0
Finnmark	8,6	61,7	11,0	4,7	0,2	0,6	1,5	0,9
Ikke reg. fylke	-	-	-	3,9	0,2	30,4	0,8	2,2
Hele landet	2,3	52,7	9,7	1,3	0,1	0,5	1,4	1,0

Prosjektnr: 144311/330
Prosjektleder: Rune Sørensen
Prosjekt: Forskningsbasert evaluering av fastlegeordningen
158403/V50

Analysene bygger på to spørreskjemaundersøkelser blant allmennleger, i 1998 og 2002. 1 639 besvarte spørreskjemaet i 1998 (svarprosent 66), 2 306 i 2002 (svarprosent 70). Mange av spørsmålene gikk igjen i begge spørreundersøkelsene, men i tillegg inneholdt undersøkelsen i 2002 en bolk om allmennlegenes situasjon etter Fastlegereformen.^{1 2}

Mannlige leger og leger over 50 år hadde flest personer på liste. Fastleger som tidligere hadde kommunal avtale om driftstilskudd hadde i gjennomsnitt om lag 300 flere personer på liste enn tidligere fastlønnsleger. Leger som deltok i fastlegeforsøket hadde flest:

Tabell 7.1.5. Faktisk listelengde, antall personer på liste

	Legens kjønn			Legens alder			Tidligere kontraktsform			
	Alle leger	Kvinner	Menn	< 35 år	35 - 50 år	> 50 år	Fastlønn	Avtale om drifts-tilskudd	Uten avtale	Lege i fastlege-forsøket
Gjennomsnittlig listelengde	1 281	1 148	1 335	1 130	1 283	1 319	1 027	1 335	1 260	1 525
Andel leger med listelengde (%):										
< 800	9	15	7	17	9	8	25	6	13	1
800 - 1 199	32	39	29	40	32	29	42	30	30	17
1 200 - 1 599	41	37	42	36	40	42	29	44	39	39
1 600 - 1 999	14	7	17	6	15	16	3	16	13	34
> 2000	4	2	5	1	4	5	1	4	5	9
N	2 237	648	1 585	235	1 123	865	276	1 539	149	77

I 1998 svarte 68 % at de var tilfredse med pasientantallet, bare 4 % ønsket flere pasienter, og 28 % ønsket seg færre. I 2002 var 60 % fornøyde med listelengden, 21 % ønsket lengre og 19 % kortere liste. Før Fastlegereformen var altså høy arbeidsbelastning et større problem enn pasientmangel. Etter reformen synes det som om legemarkedet er mer i balanse. I 32 % av kommunene er fastlegene allerede tilfredse med antallet listepersoner. I 29 % av kommunene er det mindre enn 250 listepersoner som skal omfordeles for at legene skal få sine ønsker oppfylt.

Tabell 7.1.6. Ønske om flere/færre listepersoner. Andeler leger i prosent. År 2002

	Legen kjønn			Legens alder			Tidligere kontraktsform			
	Alle leger	Kvinner	Menn	< 35 år	35 - 50 år	> 50 år	Fastlønn	Avtale om drifts-tilskudd	Uten avtale	Lege i fastlege-forsøket
Tilfreds med antall pasienter	60	63	59	56	62	59	69	60	55	58
Ønsker flere pasienter	21	18	23	30	22	19	22	19	34	7
Ønsker færre pasienter	19	19	18	14	16	22	9	21	11	35
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	2 239	650	1 585	238	1 123	864	273	1 519	147	76

Nesten 50 % av fastlegene mente at de hadde tilstrekkelig med tid til hver enkelt pasient, 35 % kunne ønske seg noe mer tid. Det var ingen sammenheng mellom listelengde og legenes ønske om mer eller mindre tid per pasient.

Leger som ønsket seg flere pasienter, hadde i gjennomsnitt 1 120 personer på listen, mens leger som ønsket seg færre pasienter hadde 1 441.³ Fastleger som manglet pasienter, ønsket seg i gjennomsnitt 256 flere pasienter, mens de som hadde for mange, ønsket seg 229 færre. 64 % av legene som ønsket seg færre pasienter, hadde arbeidet mer enn 10 år i praksisen. Yngre leger med kort praksistid ønsket i større grad flere pasienter. Tidligere avtaleløse leger var minst tilfreds med listelengden, 34 % ønsket flere pasienter.

Før fastlegereformen arbeidet 18 % av allmennpraktikerne i solopraksis, etter reformen var andelen sunket til 15 %. Det var en overvekt av eldre, mannlige leger blant solopraktikerne. Ca. 60 % av legene arbeidet i praksiser med 2-4 leger. 78 % av yngre leger i solopraksiser ønsket å arbeide i praksiser med flere leger, mens 26 % av legene i praksiser med mer enn 6 leger ønsket å redusere praksisstørrelsen. Antall personer på legens liste og antall kurative arbeidstimer per lege avtok med praksisstørrelse, men antall konsultasjoner per time varierte ikke med antall leger i praksisen. Antall konsultasjoner per uke avtok med praksisstørrelse, fra 92 i solopraksiser til 78 i praksiser med over seks leger. Ventetid for time for ikke akutt behandling økte med praksisstørrelse, fra 10 dager i solopraksiser til 14 dager i praksiser med over seks leger.⁴

Den samme forskergruppen har også studert arbeidsbelastningen blant kvinnelige og mannlige fastleger med utgangspunkt i den samme spørreskjemaundersøkelsen, supplert med data fra trygdeetatens legeregningskontroll fra høsten 2001.⁵ Dette siste materialet inneholder data fra 1 637 allmennleger og 820 000 pasientkontakter (hvorav vel halvparten konsultasjoner), og man har senere koblet på opplysninger om den enkelte leges liste.

Kvinnelige allmennleger hadde i dette materialet en gjennomsnittlig listelengde på 1 117 personer, mannlige leger hadde 1 316. Hos kvinnelige leger var 62 % av listepersonene kvinner, mot 47 % hos mannlige leger. Kvinneandelen økte med listelengden hos kvinnelige fastleger, fra 59 % på de korteste listene (< 800) til 68 % på de lengste listene (≥ 1 800). Kvinnelige leger hadde en litt høyere andel barn på listene enn mannlige leger (henholdsvis 31 % og 25 % i alderen 0 - 20 år), mens mannlige leger hadde en litt høyere andel eldre (henholdsvis 12 % og 8 % over 70 år). Ved lange lister (≥ 1 800) ønsket 48 % av de kvinnelige legene å redusere listelengden, mot bare 26 % av de mannlige legene.

Tabell 7.1.7 viser at legene produserte flere tjenester per listeperson for kvinnelige pasienter enn for mannlige pasienter. Dette mønsteret var nesten uavhengig av legens kjønn. Tabellen viser ellers at mannlige leger gjennomgående hadde et litt høyere aktivitetsnivå per listeperson enn kvinnelige leger.

Tabell 7.1.7. Konsultasjoner, telefonkontakter og takstbruk per listeperson per måned. Data fra trygdeetatens legeregningskontroll høsten 2001

	Konsultasjoner per listeperson	Telefonkontakter per listeperson	Tidstakster per listeperson	Laboratorieprøver per listeperson
Kvinnelige leger (N = 467)				
Mannlige pasienter	0,13	0,07	0,04	0,09
Kvinnelige pasienter	0,23	0,13	0,08	0,19
Mannlige leger (N = 1 170)				
Mannlige pasienter	0,19	0,10	0,05	0,15
Kvinnelige pasienter	0,26	0,16	0,08	0,23

Forskergruppen har også undersøkt hvordan Fastlegereformen har påvirket statens utgifter til allmennlegetjenesten.⁶ Man studerte endringer i utgifter per innbygger ut fra endringer i legeårsverk, folketall og stykkpriser. Disse størrelsene var kjente og kunne brukes til å beskrive den forventede utgiftsutviklingen med utgangspunkt i basisåret 1998. Antall kontakter per legeårsverk og antall prøver og antall behandlinger per kontakt er størrelser som beskriver eventuelle endringer i pasientens atferd (sykelighet, legesøkning) og/eller legenes praksisatferd. Differansen mellom forventede utgifter per innbygger og faktiske kontoførte utgifter ville kunne tilskrives en eller begge disse faktorene. Eventuelle avvik mellom forventede og faktiske utgifter ville da bety at det enten hadde vært endringer i befolkningens bruk av allmennleger og/eller endringer i legenes praksis i perioden 1998-2003.

Perioden 1998 til 2003 var karakterisert ved en kraftig utgiftsvekst i folketrygdens utgifter til allmennlegetjenesten. I nominelle kroner steg utgiftene fra 1 374 millioner kroner i 1998 til 2 524 millioner kroner i 2003. Det var bra samsvar mellom folketrygdens faktiske utbetalinger og de forventede utgiftene til allmennlegetjenesten. Det betyr at endringer i stykkpriser og legeårsverk per innbygger forklarte mesteparten av endringene i folketrygdens utgifter til allmennlegehjelp i perioden.

Prosjektnr: 144317/V50 144332/V50 158410/V50	Prosjektledere: Bård Paulsen Jon-Erik Finnvoild	Prosjekt: Evaluering av Fastlegereformen med utgangspunkt i SSBs leveårsundersøkelser
--	--	---

Datagrunnlaget bygger i hovedsak på leveårspanelet, som ble etablert 1. halvår 1997. Panelet omfatter et utvalg på ca. 5 000 personer, der de samme personene blir kontaktet år etter år. De som er med blir intervjuet ved besøk, men det blir også gjort telefonintervju. Spørreskjemaet er organisert rundt faste sekvenser av spørsmål om helse, arbeid og bostedsforhold. Første gangen det ble stilt spørsmål om legetjenester, var i 2000. Dette temaet ble fulgt opp i 2001 og 2002. I 2003 var spørsmål om legetjenester et hovedtema. I tillegg til opplysningene som blir gitt gjennom intervjuene, blir informasjon om svarpersonenes bakgrunn gjort tilgjengelig gjennom registerkoblinger. Dette gjelder dels individopplysninger, slik som utdanningslengde og inntekt. Dels gjelder det også ulike egenskaper ved svarpersonenes bostedskommune, herunder trekk ved det lokale legetilbudet. Disse opplysningene er hentet fra oversikten til Statistisk sentralbyrå over personell og virksomhet i kommunehelsetjenesten. Svarprosenten for leveårspanelet er normalt på omtrent 70 %.^{7 8}

Antall legeårsværk i kommunehelsetjenesten økte med 8 % fra 2000 til 2003 (tabell 7.1.8). Økningen var sterkest i de mest sentrale kommunene (10 %), svakest i de minst sentrale kommunene (5 %). Legedekningen er høyest i små kommuner, men her er også variasjonen størst. Blant de minste kommunene finner en både landets beste og landets dårligste relative legedekning.

Tabell 7.1.8. Årsverk av leger i kommunehelsetjenesten 2000 – 2003 (ekskl. institusjoner for eldre og hjemmetjenestene)

	2000	2001	2002	2003	Vekst i legeårsværk 2000 - 2003
I alt	3 579	3 861	3 894	3 871	8 %
Minst sentrale kommuner (nivå 0)	667	697	709	701	5 %
Mindre sentrale kommuner (nivå 1)	285	300	306	310	9 %
Sentrale kommuner (nivå 2)	867	925	924	926	7 %
Særlig sentrale kommuner (nivå 3)	1 760	1 939	1 954	1 934	10 %

Kilde: Kommunale helse- og omsorgstjenester, Statistisk sentralbyrå.

Note: Sentralitetsinndelinga bygger på Statistisk sentralbyrås (1994) standard for kommuneklassifisering.

Mange mindre sentrale kommuner har hatt store problemer med å etablere faste legerelasjoner. Et typisk trekk ved mange av disse kommunene er at de har basert legetilbudet på fast ansatte leger med fast lønn og turnusleger. I dette prosjektet defineres kommuner med mer enn 20 % turnusleger eller over 50 % fastlønte leger som kommuner med ustabilt legetilbud. Dette har endret seg lite fra 2000 til 2002. Ved utgangen av 2000 var 61 % av alle legene i de minst sentrale kommunene turnusleger eller leger med fast lønn. I 2002 var denne andelen 55 %. Denne tabellen viser også at det er de mest sentrale kommunene som har hatt den største veksten i legeårsværk i perioden.

Tabell 7.1.9. Årsverk av leger i kommunehelsetjenesten 2000 og 2002

	Prosent av legeårsværk utført av leger med fast lønn/ turnusleger 2000	Prosent av legeårsværk utført av leger med fast lønn/ turnusleger 2002	Vekst i legeårsværk 2000 - 2002, absolutte tall	Vekst i legeårsværk 2000 - 2002, prosent
Minst sentrale kommuner (nivå 0)	61	55	42	6
Mindre sentrale kommuner (nivå 1)	37	29	21	7
Sentrale kommuner (nivå 2)	19	17	57	7
Mest sentrale kommuner (nivå 3)	13	12	194	11

Kilde: Kommunale helse- og omsorgstjenester, Statistisk sentralbyrå

Sentralitetsinndelingen bygger på Statistisk sentralbyrås standard for kommuneklassifisering (NOS C 192)

Før innføringen av fastlegeordningen oppga 67 % at de hadde en fast allmennlege (evt. bedriftslege eller skolelege). 5 % hadde fast legespesialist (i sykehus eller privatpraktiserende), noen i kombinasjon med en fast allmennlege. 28 % hadde ikke fast lege. Dette var oftere menn og unge mennesker med god helse. Innbyggere i kommuner med dårlig legestabilitet var også overrepresentert blant dem som manglet fast lege. Dessuten var det nesten en av ti som ikke ønsket fast lege.

Etter innføringen av fastlegeordningen var det 5 % som svarte at de var uten fast lege. I spørsmålet ble det presisert at de som stod på lister uten fast legedekning, felleslister eller lister som var dekket av langtidsvikarer, ikke hadde fast lege. Mønsteret var stort sett det samme som før reformen, men de statistiske korrelasjonene mindre sikre. Størst forbedring ble funnet blant innbyggerne i kommuner med ustabil legetilbud. Her har andelen uten fast lege gått ned fra 52 % til 7 %.

Tabell 7.1.10. Andel som var uten fast lege. Etter alder, kjønn, egenvurdert helsetilstand, preferanser og lokal organisering av legetjenesten. 2001 og 2003

	2001		2003	
	Prosent	N	Prosent	N
Alle	28	3 033	5	3 033
Alder				
16 - 24	47	369	10	369
25 - 44	33	1 215	6	1 215
45 - 66	22	1 069	2	1 069
67 - 79	16	322	2	321
80 år og over	5	58	0	58
Kjønn				
Menn	34	1 427	6	1 426
Kvinner	23	1 606	3	1 606
Egenvurdert helse				
Svært god	36	790	6	770
God	28	1 557	4	1 423
Verken god eller dårlig	22	500	3	594
Dårlig/svært dårlig	11	185	2	244
Preferanser				
Foretrekker å bruke flere allmennleger	52	276	17	335
Foretrekker å bruke en fast allmennlege	25	2 670	3	2 648
Kommunal organisering av legetjenesten				
Bosatt i kommuner med > 20 % turnuslege og/eller > 50 % fastlønnte leger	52	403	7	363
Øvrige kommuner	25	2 630	4	2 669

De fleste allmennpraktiserende leger arbeider i et kollegialt fellesskap, og det synes som om fastlegeordningen har forsterket denne tendensen. Det blir stadig færre solopraktikere.

Tabell 7.1.11. Andel legebrukere tilknyttet lege i ulike typer praksisorganisering. 2001 (N = 3 370) og 2003 (N = 3 627). Fast lege eller siste lege

	2001		2003	
	Prosent	N	Prosent	N
"Solopraksis"	20,1	678	13,7	498
To-legepraksis	9,4	318	9,4	342
Senter m/flere leger	67,1	2 260	69,2	2 511
Ikke besvart	3,4	114	7,6	276
Totalt	100,0	3 370	100,0	3 627

Det er ingen forskjell mellom kvinner og menn, men en klar tendens til at eldre pasienter oftere bruker solopraktikere.

I 2001 oppga 21,2 % av svargiverne at de hadde en kvinnelig lege som sin faste lege, eller var hos en kvinnelig lege ved siste legebese. Det tilsvarende tallet for 2003 var 25,2 %.

Tabell 7.1.12. Kjønnss- og alderssammensetning blant brukere med kvinnelige leger 2003. I prosent av totalt antall pasienter hos kvinnelige leger. N = 832

	Menn		Kvinner		Totalt	
	Prosent	N	Prosent	N	Prosent	N
Under 25 år	3,4	28	7,2	60	10,6	88
25 - 44 år	15,0	125	29,8	248	44,8	373
45 - 66 år	10,6	88	22,4	186	32,9	274
67 år og eldre	2,6	22	9,0	75	11,7	97
Totalt	31,6	263	68,4	569	100,0	832

De kvinnelige legene har omtrent dobbelt så mange kvinner som menn i alle aldersklasser, for de eldste enda mer. En sammenligning med tilsvarende fordeling for 2001 viser at kjønns- og aldersfordelingen for kvinnelige legers pasienter var stabil i perioden. I 2001 var den totale andelen kvinner hos de kvinnelige legene 68,6 %, og i 2003 var andelen 68,4 %. Aldersfordelingen er også uendret i perioden.

At kjønns- og aldersfordelingen er stabil betyr ikke at en finner igjen de samme pasientene hos henholdsvis kvinnelige og mannlige leger 2001 og 2003. Nesten en tredjedel av dem som hadde en kvinnelig lege i 2001 oppgir mannlige leger i 2003. Den svært stabile kjønns- og aldersmessige fordelingen opprettholdes altså på tross av betydelige "pasientvandringer" i toårsperioden.

Prosjektnr: 144331/V50
158361/V50
Prosjektleder: Tor Iversen
Prosjekt: Evaluering av Fastlegereformen

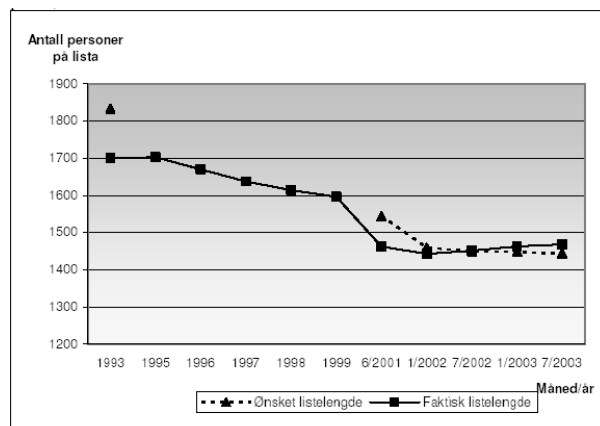
Denne studien beskriver utviklingen i listelengder og inntekter for legene i fastlegeforsøket over en tiårsperiode (1993 - 2003). For alle norske fastleger er inntekter analysert for perioden 1998 - 2003, listelengder for perioden 2001 - 2003. Dessuten er takstbruken analysert for et utvalg norske fastleger for perioden 2000 - 2003. Takstbruksundersøkelsen gjennomføres i november hvert år. Fastlønne fastleger er ikke inkludert i beregning av driftsinntekter og takstbruk.^{9 10} Følgende utvalg er brukt:

Tabell 7.1.13. Beskrivelse av data

Utvalg	Beskrivelse av utvalg	Periode	Variable
Utvalg 1	Fastleger fra de tidligere forsøkskommunene 1A Balansert panel: Leger en har data for hvert år i perioden 1993 - 2003 (N = 99). 1B Ubalansert panel: Alle leger som praktiserer eller har praktisert i forsøkskommunene i perioden 1993 - 2003 (utgjør mellom 109 og 183 leger avhengig av år)	1993 - 2003	- Listetak - Faktisk listelengde - Alderssammensetning på listene - Kjønnssammensetning på listene - Samlede takstrefusjoner - Refunderte egenandeler - Egenandeler Data fra RTVs registre
Utvalg 2	Alle norske fastleger 2A Balansert panel: Leger en har data for hvert år i perioden 1998 - 2003 (N = 1 914). 2B Ubalansert panel: Alle leger som praktiserer eller har praktisert i en norsk kommune i perioden 2000 - 2003 (utgjør mellom 3 296 og 3 575 leger avhengig av år)	1998 - 2003 2001 - 2003	- Samlede takstrefusjoner - Refunderte egenandeler Data fra RTVs registre - Listetak - Faktisk listelengde - Alderssammensetning på listene - Kjønnssammensetning på listene Data fra RTVs registre
Utvalg 3	Et utvalg norske fastleger Ubalansert panel: Fastleger i hele landet (utgjør mellom 304 og 863 leger avhengig av år)	2000 - 2003	Hvor mange ganger den enkelte lege har utløst en bestemt takst i løpet av november måned i hvert av årene Data fra RTVs takstbruksundersøkelse

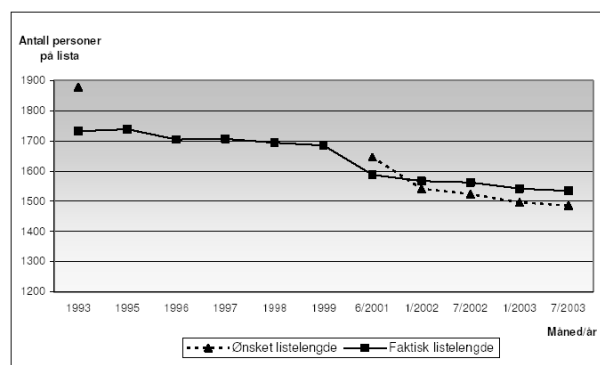
Utvikling i fastlegenes lister

Figur 7.1.1 beskriver utviklingen i gjennomsnittlig listelengde i de tidligere forsøkskommunene (utvalg 1). Gjennomsnittslagens liste ble redusert med 232 personer eller nær 14 % i perioden fra 1993 til 2003, med den mest markante reduksjonen ved innføringen av den nasjonale fastlegeordningen. Gjennomsnittslisten ble redusert med 134 personer fra 1999 til 2001.



Figur 7.1.1. Utvikling i listetak og faktisk listelengde. Forsøkskommunene (ubalansert panel). 1993 - 2003.

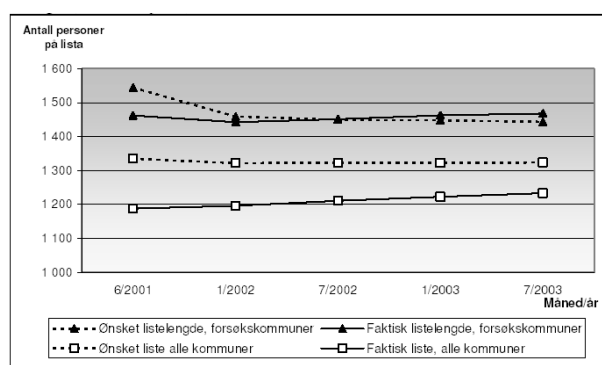
Leger som startet ny praksis i kommunen i forbindelse med reformen har trolig kortere lister og bidrar dermed til å trekke gjennomsnittslisten ned. I figur 7.1.2 ser en bare på de legene en har årlige data for i hele perioden etter at fastlegeforsøket ble igangsatt (balansert panel). Også for disse legene har listelengden blitt redusert i perioden (198 personer eller 11 %). Det er for øvrig interessant å merke seg at legene som har praktisert i kommunen i hele perioden fra 1993 til 2003, i gjennomsnitt har flere personer på lista enn de ønsker seg etter reformen (figur 7.1.2):



Figur 7.1.2. Utvikling i listetak og faktisk listelengde. Forsøkskommunene (balansert panel). 1993 - 2003.

Nedjusteringen av maksimal listelengde fra 1993 og frem mot reformen skyldes trolig flere forhold. For det første fikk legene mer informasjon om arbeidsbyrde per listeperson i løpet av fastlegeforsøket. For det andre har legedekningen i de fire kommunene økt, noe som innebærer at det ikke er behov for at den enkelte lege tar ansvar for så mange personer. En tredje årsak er knyttet til endring av avlønningssystemet. Når per-capita-satsene reduseres, blir det mindre lønnsomt enn før å ta ansvar for en lang liste.

Blant de 3 122 fastlegene en på landsbasis har observasjoner for både i juni 2001 og i juli 2003, er det omlag 21 % som har oppjustert sitt listetak i perioden, mens 22 % har nedjustert sine listetak. Legene som har oppjustert listetaket ønsker seg i gjennomsnitt 191 flere listepersoner i 2003 enn i 2001. Tilsvarende har legene som har nedjustert sine listetak i gjennomsnitt redusert listetaket med 258 listepersoner fra 2001 til 2003. Nær 58 % av legene har derimot ikke justert sine listetak i perioden.

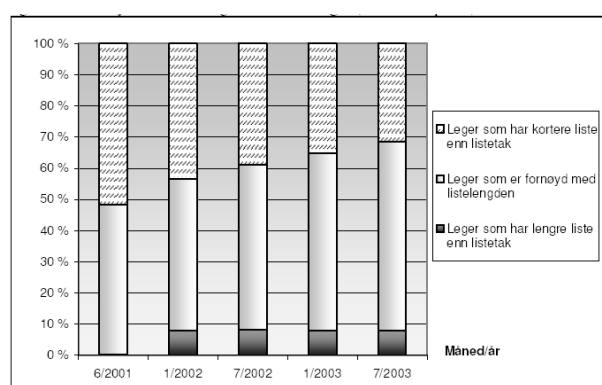


Figur 7.1.3. Utvikling i listetak og faktisk listelengde etter innføringen av fastlegeordningen. Alle norske fastleger (ubalansert panel). 2001 - 2003.

I gjennomsnitt har fastlegene i de fire forsøkskommunene lengre lister enn i landet som helhet. Forskjellen var 274 personer i juni 2001. Utviklingen på landsbasis har gått i retning av noe lengre lister, mens listene i de tidligere forsøkskommunene har vært relativt stabile etter reformen. Men fortsatt har legene i de tidligere forsøkskommunene lengre lister enn i resten av landet. Forskjellen var 235 personer eller 19 % i juli 2003.

Etter januar 2002 har legenes listetak vært relativt stabile både i forsøkskommunene og i landet som helhet. Det er liten ledig listekapasitet i forsøkskommunene, mens gjennomsnittslegen i landet som helhet har mange ledige plasser på lista. Dette reflekterer trolig at det fortsatt er dårligere legedekning i de tidligere forsøkskommunene enn i landet for øvrig.

Ved innføringen av den landsomfattende fastlegeordningen opplevde de fleste legene at de ikke fikk fylt opp lista si, men utviklingen har gradvis gått i retning av at færre har åpne lister. Legene er i dette prosjektet delt inn i tre kategorier. De som mangler mer enn 5 % for å nå sitt listetak kalles ”leger som har kortere liste enn listetak”, leger som har fått mer enn 5 % flere på lista enn de ønsker seg kalles ”leger som har lengre liste enn listetak”, mens leger med listelengder som avviker mindre enn 5 % fra ønsket liste kalles ”leger som er fornøyd med listelengden”. Beregnet på denne måten viser det seg at andelen leger som er fornøyd med listelengden, øker (figur 7.1.4). Men fortsatt ønsket 30 % av alle norske fastleger flere personer på lista i juli 2003.



Figur 7.1.4. Andelen leger som har kortere liste enn listetak, som har lengre liste enn listetak og som er fornøyd med listelengden. Alle fastleger (ubalansert panel). 2001 - 2003.

Utvikling i fastlegenes brutto driftsinntekter

Legenes brutto driftsinntekt består av inntekter fra per-capita-komponenten, inntekter fra trygderefusjoner og inntekter fra pasientenes egenbetalinger. Det er viktig å presisere at dette ikke er legenes nettoinntekt, som vil fremkomme ved at man trekker praksisutgiftene fra driftsinntektene.

Utviklingen i driftsinntekter fra fastlegepraksis for legene i forsøkskommunene beskrives for perioden 1994 - 2003 og for fastlegene i landet for øvrig for perioden 1998 - 2003. Tallene for forsøkskommunene

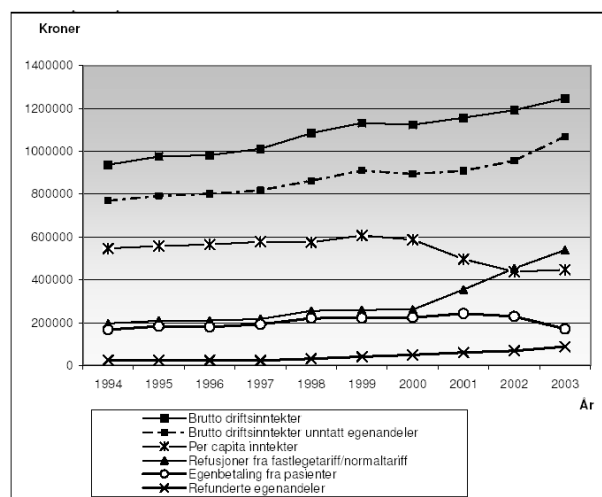
inkluderer egenandeler, mens tallene for landet for øvrig bare omfatter per-capita-komponenten og trygderefusjonene.

Under fastlegeforsøket var per-capita-satsene gradert. Det ble utbetalt et tillegg for personer over 75 år, og tilskuddet for studenter ble satt til 10/12 av ordinært tilskudd. Det ble dessuten utbetalt en høyere per-capita-sats for de første 500 personene på fastlegens liste. I tillegg fikk leger som var spesialister i allmenntilleggsmedisin en ekstra utbetaling per person. Da fastlegeordningen ble innført på landsbasis, ble per-capita-satsene betydelig forenklet og utgjør nå kun et fast beløp per person på lista. Etter 2001 er dermed legenes per-capita-inntekt bestemt av listelengde alene:

Tabell 7.1.14. Per-capita-satser. 1993 - 2003. Løpende priser. Kroner

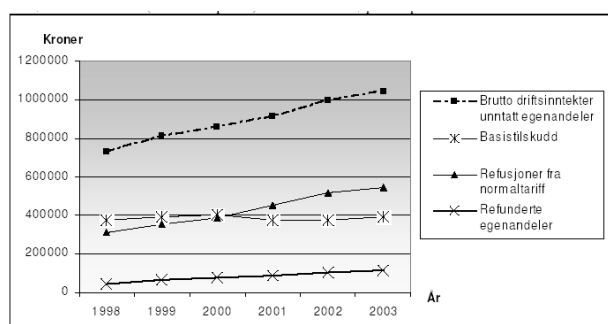
	År										
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
De første 500 på lista	283	302	318	318	330	330	348	363			
Overskytende	236	228	228	228	234	234	249	261			
Studenter	197	190	190	190	195	195	204	217			
Tillegg over 75 år	47	47	47	47	50	54	60	60			
Tillegg spes. allm.med.	75	75	80	86	92	96	102	114			
Tillegg for utekontor	50	50	50	50	50	54	60	60			
Per person på lista									278	296	299

Figur 7.1.5 viser at legenes brutto driftsinntekter økte fra 937 235 kroner i 1994 til 1 123 500 kroner i 2000 (løpende priser). Dette tilsvarer en økning på nesten 20 %. Veksten i brutto driftsinntekter i perioden før fastlegeordningen ble innført på landsbasis skyldes en vekst i alle de underliggende inntektskomponentene. I de tidligere forsøkskommunene har fastlegenes driftsinntekter økt jevnt også i perioden fra 2000 og frem til og med 2003. Veksten er i gjennomsnitt på omtrent 11 %. Dette skyldes først og fremst at veksten i inntekten fra trygderefusjoner er høyere enn reduksjonen i den utbetalte per-capita-komponenten. Det kan synes som om pasientenes egenbetalinger er redusert betydelig fra 2002 til 2003, men dette kan skyldes ufullstendig registrering.



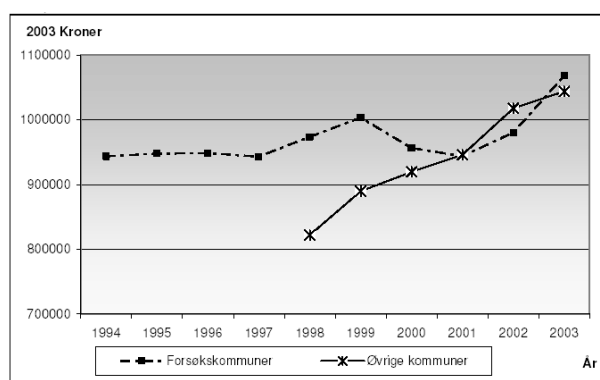
Figur 7.1.5. Fastlegenes brutto driftsinntekter. Forsøkskommunene (ubalansert panel). 1994 - 2003. Løpende priser.

Figur 7.1.6 viser utviklingen i brutto driftsinntekter for legene i resten av landet. Disse legene har hatt en vekst i driftsinntektene fra 1998 og frem mot reformen. Veksten fortsetter også etter 2001. I perioden fra 2001 til 2003 var veksten på nær 15 % (løpende priser). Inntektsøkningen skyldes først og fremst veksten i inntekter fra trygderefusjoner.



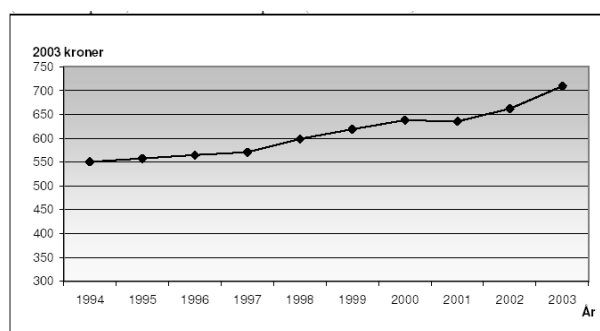
Figur 7.1.6. Legenes brutto driftsinntekter unntatt egenandeler. Alle kommuner unntatt forsøkskommunene (balansert panel). 1998 - 2003. Løpende priser.

Inntektsvekst i løpende (nominelle) kroner er ikke nødvendigvis ensbetydende med en realinntektsvekst. I figur 7.1.7 har en justert legenes brutto driftsinntekter (unntatt egenandeler) med utgangspunkt i konsumprisindeksen som gjaldt i basisåret 2003. Når det korrigeres for prisstigning, ser en at legene i forsøkskommunene i perioden fra 1994 til 2003 har hatt en gjennomsnittlig vekst i driftsinntekten på 13 %. Sammenlignes utviklingen i forsøkskommunene med utviklingen på landsbasis ser en at legene i forsøkskommunene i 1998 hadde en betydelig høyere driftsinntekt enn i resten av landet, men at denne forskjellen har jevnet seg ut i årene frem mot reformen.



Figur 7.1.7. Brutto driftsinntekter unntatt egenandeler. 1994 - 2003. Faste priser (Basisår = 2003).

Figur 7.1.8 viser utviklingen i driftsinntekt unntatt egenandeler per person på lista for legene i de tidligere forsøkskommunene. Beregningen er gjort i faste priser. 2003 er valgt som basisår. Driftsinntekten per person øker jevnt i hele perioden, og fra 1994 frem til 2003 har denne økt med nesten 29 %. Veksten per person er altså høyere enn den samlede veksten i driftsinntekten som var på 13 %.



Figur 7.1.8. Brutto driftsinntekt unntatt egenandeler per person på lista. Forsøkskommuner (ubalansert panel). 1994 - 2003. Faste priser (Basisår = 2003).

Prosjektnr:	Prosjektleder:	Prosjekt:
144337/330	Ole Frithjof Norheim	Legens doble rolle som advokat og portvakt i fastlegeordningen

Denne studien bygger på data fra 11 fokusgruppeintervjuer med et utvalg videre- og etterutdanningsgrupper for allmennleger og samfunnsmedisinere i Hordaland og Oslo. Dette omfatter 81 informanter (hvorav 77 fastleger) som ble intervjuet våren 2002. Studien bygger på en kombinasjon av kvalitative og kvantitative data. Hoveddelen av materialet stammer fra fokusgruppeintervjuene, men det ble også delt ut et kort spørreskjema til alle deltakerne.¹¹

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. 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.

Flere informanter 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.

Flere fortalte at de hadde blitt enige internt i praksisgruppen om hvilket listetak de skulle be om ved innføringen av fastlegeordningen. 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.

Prosjektnr:	Prosjektleder:	Prosjekt:
144334/V50	Øystein Hetlevik	Listelengde, arbeidstid, ventetid og jobbtilfredshet blant fastleger i Bergen

160 av 185 fastleger (85 %) i Bergen svarte i 2003 på et spørreskjema om demografiske data, listelengde, arbeidstid og ventetid. De vurderte også tilfredshet med å jobbe i allmennpraksis og i fastlegeordningen. Ønsker om endring i listelengde tre år frem i tid ble også registrert.¹²

I Bergen var det 30 000 ledige listeplasser ved start av ordningen. Bare en tredel av legene fikk fulle lister, mens leger med mindre søkning fikk ned mot 75 % av ønsket listelengde. 111 av legene var menn (69 %). Gjennomsnittsalderen var 48 år for menn og 41 år for kvinner. Virketid i allmennpraksis var i gjennomsnitt 16 år (variasjon 0 - 36 år).

Gjennomsnittlig listelengde var 1 310 personer, 1 209 for kvinner og 1 356 for menn. Blant kvinnene hadde 14 % listelengde $\geq$ 1 600, 40 % hadde 1 200 - 1 599 og 35 % hadde 800 - 1 199. Tilsvarende fordeling for mennene var 29 %, 44 % og 16 %. 11 % av legene hadde listelengde $\leq$ 800, likt for begge kjønn. 47 % av fastlegene hadde åpen liste, 29 % av kvinnene og 55 % av mennene.

Tre år frem i tid ønsket 63 % å ha uendret listelengde, 21 % ville ha lengre liste og 12 % kortere.

Tabell 7.1.15. Forholdet mellom listelengde og tid brukt til pasientkontakt og administrasjon i fastlegepraksiser i Bergen. Timer per uke (95 % konfidensintervall, KI)

Listelengde	Antall leger	Arbeidstid i timer/uke, gjennomsnitt (95 % KI)		
		Pasienttid	Administrasjonstid	Samlet arbeidstid
< 800	16	14 (12 - 17)	4 (3 - 4)	17 (14 - 20)
800 - 999	10	19 (17 - 21)	7 (5 - 9)	23 (18 - 28)
1 000 - 1 199	25	26 (23 - 28)	9 (7 - 10)	34 (32 - 37)
1 200 - 1 399	37	27 (25 - 28)	10 (8 - 11)	36 (34 - 38)
1 400 - 1 599	30	31 (29 - 34)	10 (9 - 11)	41 (38 - 44)
1 600 - 1 799	20	31 (28 - 33)	12 (9 - 14)	42 (38 - 45)
1 800 - 1 999	13	33 (30 - 37)	12 (8 - 15)	45 (39 - 50)
≥ 2 000	4	36 (33 - 39)	7 (5 - 10)	43 (39 - 47)

For leger med åpen liste var 80 % ”godt/svært godt fornøyd” med å jobbe i allmennpraksis og 17 % var ”moderat fornøyd”, ved lukket liste var tilsvarende fordeling 61 % og 33 %. Blant de moderat fornøyde ønsket 20 % listereduksjon tre år frem, mot 8 % av dem som var ”godt/svært godt fornøyd”.

Prosjektnr: 144334/V50 **Prosjektleder:** Hogne Sandvik **Prosjekt:** Fastlegeordningen: forventninger og erfaringer

Dette er en spørreskjemaundersøkelse blant et representativt utvalg spesialister i allmennmedisin. Den ble gjennomført noen måneder før og ett år etter innføringen av fastlegeordningen. Det er de samme legene som er spurt begge gangene og svarprosenten er høy (87 og 96 %). I alt 234 leger besvarte begge skjemaene. Den høye svarprosenten gjør det sannsynlig at resultatene er representative for norske spesialister i allmennmedisin.¹³

Legene hadde i gjennomsnitt 84 konsultasjoner per uke i 2001, og 82 konsultasjoner i 2002. Andelen solopraktikere var 18 % i 2001, 15 % i 2002. I 2001 ønsket de seg 1 377 personer på listen, men angav i 2002 at listetaket var 1 416. Gjennomsnittlig listelengde var 1 361, og 54 % av listene var fulle.

I 2001 hadde kvinnelige leger færre konsultasjoner enn sine mannlige kolleger (72 mot 85), og ønsket seg også færre personer på listen (1 228 mot 1 403). I 2002 hadde kvinnene også færre konsultasjoner (72 mot 84), kortere liste (1 157 mot 1 393) og lavere listetak (1 248 mot 1 444). Det var ingen forskjeller mellom unge og eldre leger i antall konsultasjoner, listelengde eller listetak.

I 2001 hadde leger i landdistrikt færre konsultasjoner enn bylegene (79 mot 87), og ønsket seg også færre personer på listen (1 285 mot 1 433). I 2002 hadde leger i landdistrikt kortere liste (1 272 mot 1 422) og lavere listetak (1 319 mot 1 467) enn bylegene. Nå var det ingen signifikante forskjeller i antall konsultasjoner.

16 av legene arbeidet i forsøkskommunene. Disse legene hadde lengre lister enn andre leger (1 685 mot 1 341), men ikke flere konsultasjoner per uke (80 mot 82).

Leger i forsøkskommunene mente i mindre grad at legen bør kunne åpne en ellers lukket liste for enkeltpasienter (65 % mot 74 %). Denne forskjellen var imidlertid ikke statistisk signifikant.

7.1.1. Oppsummering

Utover 1990-tallet var det en betydelig rekrutteringssvikt i norsk allmennmedisin. Ved utgangen av 1998 var det i alt 219 ubesatte årsverk i kommunehelsetjenesten, det vil si 6 % av alle stillinger/hjemler. Størst ledighet var det i Sogn og Fjordane (14,4 %), Nord-Trøndelag (14 %), Troms (12,3 %), Nordland (11,5 %) og Finnmark (9,4 %).

I perioden 1990-98 ble det bare opprettet 35 nye legestillinger i kommunehelsetjenesten per år, men fra 1999 ble primærhelsetjenesten prioritert ved tildeling av nye hjemler/stillinger. Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling behandlet i 1999 og 2000 søknader om 343 nye legestillinger/hjemler til kommunehelsetjenesten, og det ble opprettet 333 nye legehjemler.¹⁴ Mange av de ledige hjemlene ble fylt av leger som tidligere hadde drevet uten avtale, men det synes som om nettoresultatet er at man, parallelt med fastlegeordningen, har fått tilført ca. 300 nye legeårsværk.¹⁵

Tall fra Statistisk sentralbyrå (**Paulsen og Finnvold**) viser at antall legeårsværk i kommunehelsetjenesten økte med 8 % fra 2000 til 2003.⁸ Økningen var sterkst i de mest sentrale kommunene (10 %), svakest i de minst sentrale kommunene (5 %). Legedekningen er høyest i små kommuner, men her er også variasjonen størst. Andel fastlønnte leger er også høyest i de små kommunene. Ved utgangen av 2000 var 61 % av alle legene i de minst sentrale kommunene turnusleger eller leger med fast lønn. I 2002 var denne andelen 55 %. For kommuner over 20 000 innbyggere er tilsvarende andel noe over 10 %.

Styringsdata fra **Rikstrygdeverket** viser at legedekningen har blitt gradvis bedre i årene etter innføringen av fastlegeordningen. Ved utgangen av første halvår 2005 hadde 98,5 % av deltakerne plass på liste hos fastlege, 1,3 % hadde plass på liste uten lege og 0,1 % hadde ikke plass på liste. Det er i tillegg 0,5 % av befolkningen som har valgt å stå utenfor fastlegeordningen. Dårligst dekning hadde Sogn og Fjordane hvor 11 % av deltakerne hadde plass på liste uten lege eller ikke hadde plass på liste i det hele tatt.

Ved utgangen av første halvår 2005 var fastlegeordningen ikke formelt suspendert i noen av kommunene. Det var likevel syv kommuner som ikke hadde noen fastlege. I alt var 89 lister uten lege, det vil si 2,3 %. Andelen var størst i Sogn og Fjordane (12 %), Finnmark (9 %) og Nord-Trøndelag (7 %). Selv om legedekningen er blitt merkbart bedre for landet som helhet, er situasjonen fortsatt vanskelig i enkelte områder. I den andre enden av skalaen var ingen av listene i Østfold og Vest-Agder uten lege. Andelen av listene som var åpne, varierte fra 36 % i Østfold til 67 % i Oslo.

Kvinner utgjør en stadig økende andel av nyutdannede leger, og dette avspeiler seg også blant fastlegene. I den yngste aldersgruppen (20 - 29 år) er 48 % av fastlegene kvinner, og i den nest yngste gruppen (30 - 39 år) utgjør kvinnene 45 %. Totalt sett var imidlertid bare 30 % av fastlegene kvinner ved utgangen av første halvår 2005. Økningen i andel kvinner går betydelig langsommere blant fastleger enn blant øvrige leger, noe som betyr at en synkende andel av kvinnelige leger er fastleger.¹⁶

I 2001 oppga 21 % av svargiverne i SSBs levekårsundersøkelse (**Paulsen og Finnvold**) at de hadde en kvinne som sin faste lege, eller var hos en kvinnelig lege ved siste legebesøk.⁸ Det tilsvarende tallet for 2003 var 25 %. De kvinnelige legene har betydelig flere kvinner enn menn på listene sine. Dette gjelder for alle aldersklasser. Kjønn- og aldersfordelingen for kvinnelige legers pasienter endret seg ikke fra 2001 til 2003.

67 % av informantene i denne undersøkelsen hadde allerede en fast allmennlege før innføringen av fastlegeordningen. Noen hadde dessuten fast legespesialist. Andelen som hadde fast lege økte sterkt med alderen og med dårligere egenvurdert helse. I alt 28 % hadde ikke fast lege, og 10 % ønsket ikke fast lege. Etter innføring av fastlegeordningen var det bare 5 % som svarte at de ikke hadde fast lege (inkludert de som stod på fellesliste). Størst forbedring ble funnet blant innbyggere i kommuner med ustabil legetilbud. Her har andelen uten fast lege gått ned fra 52 % i 2001 til 7 % i 2003.

Tilførselen av nye legeårsværk var en forutsetning for at Fastlegereformen skulle kunne gjennomføres, og reformen har dessuten lagt til rette for at de nye stillingene har blitt fordelt på en hensiktsmessig måte. Og til forskjell fra tidligere er ikke kostnadene for kommunene knyttet til hvor mange leger de har, men til innbyggerantallet. Dette betyr at det etter fastlegeordningen ikke medfører store ekstrakostnader for kommunene å opprette nye hjemler. Et unntak er imidlertid de minste kommunene som ofte har fastleger på fast lønn, med til dels betydelige merkostnader.¹⁷

Mange av de positive utviklingstendensene som denne evalueringen beskriver, skyldes nok den store tilførselen av nye legeårsværk. I og med at en her har å gjøre med to samtidige fenomener, er det i praksis vanskelig å skille effekten av flere leger fra effekten av fastlegeordningen *per se*.

Styringsdata viser at den gjennomsnittlige listelengden ved utløpet av første halvår 2005 var 1 199 personer. Mannlige fastleger har noe lengre lister enn kvinnelige fastleger (henholdsvis 1 237 og 1 111). Tre av evalueringsprosjektene har kartlagt legenes listelengder ved hjelp av spørreskjema til legene (**Sørensen**,² **Hetlevik**,¹² **Sandvik**¹³). Hovedtrekkene er at mannlige leger har lengre lister enn kvinnelige leger, og at fastleger

som tidligere hadde kommunal avtale om driftstilskudd, har lengre lister enn tidligere fastlønnsleger. De lengste listene finnes hos leger som deltok i fastlegeforsøket. Leger i byer har noe lengre lister enn leger i landdistrikt.

Iversen har i sitt prosjekt analysert utviklingen i fastlegenes lister med bakgrunn i RTVs registre.¹⁰ Fastlegene i forsøkskommunene reduserte gradvis listelengden sin etter hvert som de fikk mer erfaring. Dette kan ha sammenheng med for stort arbeidspress, bedre legedekning og endring av avlønningssystemet (reduisert per-capita-tilskudd ved innføring av den nasjonale ordningen). I forsøkskommunene ble den gjennomsnittlige listelengden redusert med 14 % i perioden 1993 til 2003, med den mest markante reduksjonen ved innføringen av den nasjonale fastlegeordningen. Fastleger i forsøkskommunene hadde i 2001 gjennomsnittlig 274 flere personer på listene sine enn fastleger i landet som helhet. I 2003 var forskjellen redusert til 235 personer.

På landsbasis oppjusterte 21 % av fastlegene listetaket sitt i perioden 2001 til 2003, mens 22 % nedjusterte det. Det er liten ledig listekapasitet i forsøkskommunene, men gjennomsnittslegen i landet som helhet har mange ledige plasser (iflg. Rikstrygdeverkets styringsdata er overkapasiteten knapt 10 %). Det er imidlertid viktig å være klar over at dette ikke er tilfelle i alle norske kommuner. Sammenhengen mellom legedekning og ledig listekapasitet bør belyses grundigere fremover. Spesielt vil det være viktig å få kunnskap om årsakene til at noen kommuner synes å være for tilbakeholdne med å øke legedekningen.

Sørensen gjennomførte sin allmennlegeundersøkelse i to omganger, før og etter reformen (1998 og 2002).²³ I 1998 svarte 68 % at de var tilfredse med pasientantallet, 28 % ønsket færre og bare 4 % ønsket flere pasienter. I 2002 var 60 % fornøyd, 19 % ønsket færre og 21 % flere pasienter. Blant de legene som ønsket seg færre pasienter var det en overvekt av eldre leger, tidligere driftstilskuddleger, og særlig leger som deltok i fastlegeforsøket. Ved lange lister ($\geq 1\ 800$) ønsket 48 % av de kvinnelige legene å redusere listelengden, mot bare 26 % av de mannlige legene. Fastleger som manglet pasienter, ønsket seg i gjennomsnitt 256 flere pasienter, mens de som hadde for mange, ønsket seg 229 færre.

Den samme forskergruppen har også brukt data fra trygdeetatens legeregningskontroll fra høsten 2001, supplert med opplysninger om den enkelte leges liste.⁵ Man fant da at kvinnelige fastleger hadde ca. 200 færre personer på liste enn mannlige fastleger. Kvinneandelen økte med listelengden hos kvinnelige leger, fra 59 % på de korteste listene (< 800) til 68 % på de lengste listene ($\geq 1\ 800$).

Den prosentvise fordelingen av mannlige og kvinnelige listepersoner ut fra legens kjønn i denne studien avviker lite fra hva som ble rapportert fra fastlegeforsøket. I forsøkskommunene sett under ett hadde de kvinnelige legene 64 % kvinner på sin liste.¹⁸ Et sentralt moment i evalueringen av fastlegeforsøket var at de kvinnelige fastlegene opplevde en forverret arbeidssituasjon, og dette ble delvis knyttet opp mot at de kvinnelige fastlegene hadde en høyere andel kvinner på sine lister enn de mannlige fastlegene.¹⁸⁻²¹

Legeregningsskontrollen viser at legene produserte flere tjenester per listeperson for kvinner enn for menn.⁵ Dette mønsteret var nesten uavhengig av legens kjønn. Det er derfor rimelig å anta at den høyere kvinneandelen på listene bidrar til at kvinnelige leger velger å ha kortere lister enn sine mannlige kollegaer. Siden stykkprisandelen er høyere og per-capita-andelen er lavere får dette mindre økonomiske konsekvenser enn i fastlegeforsøket. Dermed kan det være lettere å håndtere og akseptere en tyngre pasientsammensetning.

Hetlevik fant i sin undersøkelse blant fastleger i Bergen at 63 % ønsket å ha uendret listelengde tre år frem i tid, 21 % ville ha lengre liste, 12 % kortere. 47 % av listene var åpne.¹² Legene i **Sandviks** undersøkelse ønsket seg like før reformen 1 377 personer på listen, og angav i 2002 at gjennomsnittlig listelengde var 1 361. 46 % av listene var åpne.¹³

Også i en kvalitativ undersøkelse (**Norheim**) rapporterte de fleste fastlegene at de var fornøyd med listelengden sin, men pasientmangel var et reelt økonomisk problem for enkelte leger.^{11 22 23} Flere informanter mente det var ukollegialt å ha lang liste, og 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 henvendelsene selv. Flere fortalte at de hadde blitt enige internt i praksisen om hvilket listetak de skulle be om ved innføringen av fastlegeordningen.

Carlsen gjennomførte en brukerundersøkelse i 2000 og 2003.²⁴ Her ble det blant annet spurt om tilfredshet med legedekningen i kommunen, rangert på en skala fra 1 til 6. Det ble registrert en statistisk signifikant økning i tilfredshet, fra 3,9 i 2000 til 4,4 i 2003. Det var ubetydelige forskjeller i tilfredshet mellom menn og kvinner, både i 2000 og 2003. Eldre var gjennomgående mer tilfredse enn yngre, både i 2000 og 2003. Endringen var signifikant i alle aldersgrupper og i alle kommunestørrelser.

Totalt sett synes det som om legemarkedet er i rimelig balanse i Norge samlet sett. En skal imidlertid merke seg at det ikke er opplagt at forskjellene mellom faktisk listelengde og listetak uttrykker fastlegenes reelle pasientmangel. Det synes som om det er betydelig flere åpne lister enn det er leger som reelt ønsker flere pasienter. Dette betyr trolig at den reelle reservekapasiteten er lavere enn hva man skulle forvente ut fra antall ledige listeplasser. Noen leger som av taktiske grunner satte listetakene sine urealistisk høyt ved den første tildelingen, kan ha beholdt dette høye taket. Disse legene vil trolig lukke listene sine på et lavere nivå dersom de får et vesentlig tilslag av nye pasienter. Når reservekapasiteten avtar på denne måten, kan det lett oppstå en dominoeffekt, med stadig færre åpne lister og økende tilslag til de få gjenværende listene som fortsatt er åpne. I fastlegeforsøket erfarte man at legenes arbeidsmengde økte i løpet av de første årene etter innføringen av ordningen,²⁵ og hvis legedekningen er knapp, kan man lett ende opp i en situasjon som i Trondheim der alle listene var lukket i januar 2000.²⁶ Det er derfor viktig at kommunene er forutseende og oppretter et tilstrekkelig antall nye hjemler i tide for å unngå en slik utvikling.

Iversen har også undersøkt utviklingen i fastlegenes driftsinntekter.¹⁰ I forsøkskommunene økte brutto driftsinntekter fra 1994 til 2003 med 13 %, korrigert for prisstigning. Økningen var imidlertid større om man analyserer brutto driftsinntekt per person på lista, siden legene i forsøkskommunene reduserte listelengden sin i løpet av perioden. Når det gjelder legene i resten av landet, har man bare sikre tall for per-capita-tilskudd (tidligere driftstilskudd) og trygderefusjoner. I 1998 hadde legene i forsøkskommunene 18 % høyere brutto driftsinntekt (unntatt egenandeler) enn leger i resten av landet, men dette jevnnet seg ut fremover mot reformen. Økningen fra 1998 til 2003 var 10 % i forsøkskommunene og 27 % i resten av landet (korrigert for prisstigning).

Sørensen analyserte hvordan Fastlegereformen har påvirket statens utgifter til allmennlegetjenesten.^{6 27} Med utgangspunkt i basisåret 1998 ble forventet utgiftsutvikling (basert på endringer i legeårsverk, folketall og stykkpriser) sammenlignet med faktiske kontoførte utgifter. En eventuell differanse mellom faktisk og beregnet utgift ville kunne tilskrives endringer i pasientenes atferd (sykelighet, legesøkning) og/eller legenes praksisatferd. Det var imidlertid bra samsvar, endringer i stykkpriser og legeårsverk per innbygger forklarte mesteparten av endringene. Målt med 1998-takster og faste priser var trygderefusjon per legeårsverk stort sett uendret fra 1998 til 2003, og det synes ikke som om økningen i folketrygdens utgifter, i hvert fall i noen vesentlig grad, er fremdrevet av at allmennleger har endret atferd som følge av den nye finansierings- og organisasjonsmodellen.

Helse- og omsorgsdepartementet har beregnet alle fastlegenes samlede inntekter i kontorpraksis i avtaleårene 2001/2002, 2002/2003 og 2003/2004.²⁸ Det er benyttet regnskapstall for refusjonene, mens egenbetalingen er beregnet på grunnlag av takstbruksundersøkelsene i perioden. Tallene for egenbetaling er korrigert for en viss underrapportering i samsvar med det som ble lagt til grunn ved takstoppgjørene. Over hele perioden er det beregnet at egenandelene (inkludert frikort) økte med 24,3 % og trygderefusjonene med 5,9 %. Når en også tar med basistilskuddene, er økningen i alt 12,6 %. **Statistisk sentralbyrå** har på sin side beregnet at de totale offentlige utgiftene til primærlegetjenesten økte med 7 % (målt i faste priser) fra 1999 til 2002. Tilsvarende økte kommunenes bruttoutgifter til primærlegetjenesten med 9 % i samme periode.^{17 29}

De fleste legene arbeider i et kollegialt fellesskap, og det blir stadig færre solopraktikere. Dette er en utvikling som også sees i andre land.³⁰ **Sandvik** fant at solopraktikerne var eldre enn andre allmennleger, og at det var en nedgang i andel solopraktikere fra 18 % i 2001 til 15 % i 2002.¹³ **Paulsen og Finnvold** fant at antall legebrukere knyttet til solopraksiser ble redusert fra 20 % i 2001 til 14 % i 2003.⁸ Det var også en klar tendens til at brukere av solopraktikere var eldre enn de som var knyttet til gruppepraksiser.

Også **Sørensen** fant at 18 % av allmennpraktikerne arbeidet i solopraksis før reformen og 15 % etterpå.⁴ Det var en overvekt av eldre mannlig leger blant solopraktikerne. Yngre leger i solopraksiser ga uttrykk for at de ønsket å arbeide i praksiser med flere kolleger. På den annen side ønsket leger som arbeidet i de største praksisene (mer enn seks leger) å redusere praksisstørrelsen. Listelengde og kurativ arbeidstid per lege var kortere i større praksiser, mens ventetiden var lengre. Dette kan være uttrykk for at det er en høyere andel kvinnelige leger i større praksiser og at de ønsker å jobbe mindre enn deres mannlige kolleger. Men det er også slik at gruppepraksiser tiltrekker seg leger som ønsker å ha litt redusert arbeidstid, uavhengig av kjønn. I en fastlegeordning, med strenge krav til vikarordninger og tilgjengelighet, er dette enklere å organisere i en gruppepraksis enn i solopraksis.

Endringen i retning av færre solopraksiser har pågått over mange år, men ble trolig forsterket av fastlegeordningen, som setter økte krav til tilgjengelighet og vikarordninger. Det er derfor ikke overraskende at **Sandvik** fant at solopraktikerne var mer skeptiske til fastlegeordningen enn andre allmennleger.¹³ Ett år etter reformen hadde imidlertid mange av dem skiftet mening i retning av en mer positiv holdning.

Referanser

1. Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Kontraktsvalg, tjenesteproduksjon og stabilitet i allmennlegetjenesten. Forskningsrapport 10/1999. Handelshøyskolen BI, Institutt for offentlige styringsformer.
2. Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Fastlegereformen - En analyse av fastlegenes arbeidsbelastning og tjenestetilbud. Forskningsrapport 11/ 2003. Handelshøyskolen BI, Institutt for offentlige styringsformer.
3. Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Legenes arbeidssituasjon etter ett år med fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(3):358-61.
4. Grytten N, Skau I, Sørensen R. Kjentetegn ved solo- og gruppepraksiser i norsk allmennmedisin. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125(10):1357-60.
5. Grytten J, Skau I, Aasland OG. Arbeidsbelastning blant kvinnelige og mannlige fastleger. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125:1850-2.
6. Grytten J, Skau I, Sørensen R. Fastlegereformen og folketrygdens utgifter til allmennlegetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125(20):2812-4.
7. Finnvold JE, Paulsen B. Før innføring av fastlegeordning. Brukervurderinger av allmennlegetjenesten i et veiskille. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning, 2002.
8. Finnvold JE, Svalund J, Paulsen B. Etter innføring av fastlegeordning - brukervurderinger av allmennlegetjenesten. Statistisk sentralbyrå. Rapport 2005/1.
9. Iversen T, Lurås H. Sluttrapport fra Prosjekt 144331/V50: Evaluering av Fastlegereformen. 24.8.2005.
10. Godager G, Iversen T, Lurås H. Utviklingen i fastlegenes listelengder, driftsinntekter og takstbruk. Helseøkonomisk forskningsprogram, Universitetet i Oslo. Hero skriftserie 2005:3.
11. Norheim OF, Carlsen B. Legens doble rolle som advokat og portvakt i fastlegeordningen. Evaluering av fastlegeordningen. Rokkansenteret, Program for helseøkonomi i Bergen, Notat 19/2003.
12. Hetlevik Ø, Hunskaar S. Listelengde, arbeidstid, ventetid og jobbtilfredshet blant fastleger i Bergen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(6):813-5.
13. Sandvik H. Fastlegeordningen: forventninger og erfaringer. Tidsskr Nor Lægeforen 2003;123(10):1319-21.
14. Innst.S nr.249 (2000-2001) Innstilling fra sosialkomiteen om endringer i statsbudsjettet for 2001 som følge av fastlegereformen.
15. Årsverk av legar med ulike avtaleformer i kommunehelsetenesta utanfor institusjonar for eldre og heimetenestene. Sentralitet. 1994-2003. Førebelse tal 2003.
www.ssb.no/emner/03/02/helsetjko/arkiv/tab-2004-07-01-12.html.
16. Feiring E. Forgubbingstendens blant fastlegene. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125(11):1467.
17. Kjelvik J. Små kommuner har høyest utgifter til primærlegetjenesten. Samfunnsspeilet 2004(2):34-7.
18. Skogsholm A, Hasvold T. Er fastlegesystemet mer krevende for kvinnelige enn for mannlige leger? Tidsskr Nor Lægeforen 1999;119(23):3417-20.
19. Hasvold T. Listestørrelse og kvalitet i fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120(7):786-7.
20. Malterud K, Steinert S, Mo TO. Kjønn, arbeidsbelastning og listeprofil i allmennpraksis. Erfaringer fra fastlegeforsøket. Tidsskr Nor Lægeforen 1995;115(19):2406-11.
21. Fjermestad T, Paulsen B. Populasjonsansvar i allmennpraksis. Tre års erfaringer med fastlegeordning i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1996;116(21):2573-6.
22. Carlsen B. Fastlegenes erfaringer med fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2003;123:1322-4.
23. Carlsen B, Norheim OF. Introduction of the patient-list system in general practice. Changes in Norwegian physicians' perception of their gatekeeper role. Scand J Prim Health Care 2003;21:209-13.
24. Grytten J, Skau I, Carlsen F. Brukertilfredshet i allmennlegetjenesten før og etter fastlegereformen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(5):652-4.
25. Steinert S. Fastlegeordningen nærmer seg - er du forberedt? Utposten 2000;29(2):20-3.
26. Paulsen B. Seks år med fastlegeordning - hva mener fastlegene? Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120(7):788-91.
27. Grytten J, Sørensen R, Skau I. Fastlegeordningen - marked, legedekning og tilgjengelighet. Forskningsrapport 4/2005. Handelshøyskolen BI, Institutt for offentlige styringsformer.
28. Statusrapport om fastlegeordningen i Norge etter to og et halvt år. Erfaringer fra og med innføringen 1.6.2001 til og med 31.12.2003. Helse- og omsorgsdepartementet, desember 2004.
29. Kjelvik J. Del I: Kommunenes utgifter til primærlegetjenesten 2002. Statistisk sentralbyrå, notat 2004/6.
30. Majeed A. The future of singlehanded general practices. Recent developments put their future in doubt. BMJ 2005;330:1460-1.

7.2. Legedekning – Stabilitet

Departementet utarbeidet følgende problemstillinger (nøkkelsspørsmål) for dette evalueringsområdet:

- I hvilken grad påvirker Fastlegereformen allmennlegenes yrkesmessige stabilitet? Er det ulikheter mellom mannlige og kvinnelige leger? Er det ulikheter relatert til legens alder?
- I hvilken grad kan listelengden og pasientsammensetningen ha konsekvenser for eksempelvis legers trivsel, stabilitet og oppfølging av pasienter?

Legers etablering og avslutning av praksis er en av flere indikatorer på stabilitet i legetjenesten. Tabellene under er basert på styringsdata fra Rikstrygdeverket og viser hvor mange nye og avsluttede fastlegeavtaler det er per kvartal, fordelt på legenes kjønn og alder, samt fylkesvis fordeling av avsluttede avtaler per halvår.

Andelen kvinnelige fastleger er svakt økende ved at differansen mellom antall nye og antall avsluttede fastlegeavtaler per kvartal er litt større for kvinner enn for menn (henholdsvis 6,0 og 5,0 avtaler per kvartal). Turn-over er imidlertid noe større for kvinnelige fastleger, som avslutter 1,5 % av avtalene per kvartal, mot 1,3 % for menn.

Stabiliteten er høyest i aldersgruppen 40 - 54 år, hvor bare 0,9 % av avtalene avsluttes per kvartal. I aldersgruppen 30 - 39 år avsluttes 2,5 % og i aldersgruppen 55+ avsluttes 1,3 % av avtalene hvert kvartal. Disse tallene omfatter også leger som slutter for å flytte og starte ny fastlegepraksis, og er således ikke uttrykk for hvor mange som forlater allmennmedisin. Det er ukjent hvor mange dette dreier seg om.

Den fylkesvise fordelingen viser at Finnmark og Sogn og Fjordane er de fylkene som har størst andel avsluttede fastlegeavtaler. De mest stabile fylkene er Aust- og Vest-Agder, samt Oslo.

Tabell 7.2.1. Styringsdata for fastlegeordningen (Rikstrygdeverket). Tilgang og avgang av fastleger per kvartal, fordelt på legens kjønn

	Antall nye fastlegeavtaler		Antall avsluttede fastlegeavtaler	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
3. kvartal 2001	54	29	22	7
4. kvartal 2001	36	18	18	11
1. kvartal 2002	51	30	36	16
2. kvartal 2002	25	12	30	17
3. kvartal 2002	42	27	51	12
4. kvartal 2002	31	19	23	19
1. kvartal 2003	45	23	41	23
2. kvartal 2003	37	15	37	21
3. kvartal 2003	39	31	40	22
4. kvartal 2003	45	20	39	23
1. kvartal 2004	35	23	33	15
2. kvartal 2004	35	32	33	22
3. kvartal 2004	43	24	45	14
4. kvartal 2004	42	28	34	25
1. kvartal 2005	36	24	38	15
2. kvartal 2005	35	21	30	18
Gjennomsnitt	39,4	23,5	34,4	17,5

Tabell 7.2.2. Styringsdata for fastlegeordningen (Rikstrygdeverket). Tilgang og avgang av fastleger per kvartal, fordelt på legens alder

	Antall nye fastlegeavtaler				Antall avsluttede fastlegeavtaler			
	20 - 29 år	30 - 39 år	40 - 54 år	≥ 55 år	20 - 29 år	30 - 39 år	40 - 54 år	≥ 55 år
3. kvartal 2001	15	45	17	6	3	13	9	4
4. kvartal 2001	7	24	18	4	1	10	12	6
1. kvartal 2002	21	36	21	3	1	16	24	11
2. kvartal 2002	7	15	11	4	5	15	13	14
3. kvartal 2002	12	39	16	2	2	30	18	13
4. kvartal 2002	3	35	9	3	4	12	21	5
1. kvartal 2003	15	38	13	2	5	19	27	13
2. kvartal 2003	9	30	12	1	1	26	16	15
3. kvartal 2003	8	43	16	3	2	22	21	17
4. kvartal 2003	8	33	21	4	1	23	25	11
1. kvartal 2004	13	30	14	1	2	20	14	12
2. kvartal 2004	11	43	11	2	0	20	20	15
3. kvartal 2004	15	40	8	4	3	20	22	14
4. kvartal 2004	9	36	22	3	2	26	19	12
1. kvartal 2005	8	34	16	2	3	17	17	16
2. kvartal 2005	6	26	24	0	2	21	14	11
Gjennomsnitt	10,4	34,2	15,6	2,7	2,3	19,4	18,3	11,8

Tabell 7.2.3. Styringsdata for fastlegeordningen (Rikstrygdeverket). Antall avsluttede fastlegeavtaler per halvår. Fylkesvis fordeling

	2001/2	2002/1	2002/2	2003/1	2003/2	2004/1	2004/2	2005/1	Sum	Antall lister pr. 30.06.05	Andel (%) avsluttet pr 30.06.05
Østfold	3	4	5	6	9	3	4	2	36	203	17,7
Akershus	7	7	6	7	10	4	12	5	58	374	15,5
Oslo	4	7	5	10	10	9	5	3	53	444	11,9
Hedmark	1	6	7	8	8	7	3	8	48	164	29,3
Oppland	4	4	2	9	6	7	5	1	38	171	22,2
Buskerud	2	6	4	1	8	3	3	10	37	203	18,2
Vestfold	1	7	0	5	3	3	5	0	24	162	14,8
Telemark	2	2	18	3	8	5	5	5	48	139	34,5
Aust-Agder	0	2	1	5	1	0	1	2	12	94	12,8
Vest-Agder	2	1	4	1	3	3	3	2	19	150	12,7
Rogaland	7	7	3	8	3	5	6	5	44	287	15,3
Hordaland	4	5	7	11	8	7	13	5	60	374	16,0
Sogn og Fjordane	5	4	3	7	6	7	5	6	43	103	41,7
Møre og Romsdal	1	3	7	12	7	6	10	8	54	219	24,7
Sør-Trøndelag	2	5	8	7	8	11	6	11	58	229	25,3
Nord-Trøndelag	2	10	4	5	5	3	4	9	42	112	37,5
Nordland	5	3	11	8	12	13	14	11	77	224	34,3
Troms	2	7	5	5	5	5	7	2	38	149	25,5
Finnmark	4	9	5	4	4	2	7	6	41	81	50,6
Hele landet	58	99	105	122	124	103	118	101	830	3 882	21,4

Prosjektnr: 144311/330
158403/V50

Prosjektleder: Rune Sørensen

Prosjekt: Forskningsbasert evaluering av fastlegeordningen

Analysene bygger på to spørreskjemaundersøkelser blant allmennleger, i 1998 og 2002. 1 639 besvarte spørreskjemaet i 1998 (svarprosent 66), 2 306 i 2002 (svarprosent 70). Mange av spørsmålene gikk igjen i begge spørreundersøkelsene, men i tillegg inneholdt undersøkelsen i 2002 en bolk om allmennlegenes situasjon etter Fastlegereformen.^{1,2}

Med utgangspunkt i undersøkelsen fra 1998 har man analysert hva som påvirker allmennlegenes kontraktsvalg og flytteplaner.³ Analysen av kontraktsvalg viser at det skjer en seleksjon av leger til kontrakter, og man har

identifisert tre typer seleksjon. For det første skjer det en ansiennitetsmessig seleksjon. Driftsavtalekontrakter foretrekkes av leger over 35 år og av leger med lang ansiennitet i praksisen. For det andre skjer det en seleksjon på grunn av preferanser. Leger som prioriterer fritid og samfunnsmedisinske oppgaver, foretrekker fastlønnskontrakter. Kvinnelige leger har større preferanser for fritid og samfunnsmedisinske oppgaver enn sine mannlige kolleger, og foretrekker derfor fastlønnskontrakter. For det tredje er det en geografisk seleksjon, ved at fastlønnskontrakter foretrekkes i de mest usentrale kommunene.

Menn har høyere sannsynlighet for utflytting enn kvinner, men legenes mobilitet avtar raskt med økende alder. Driftsavtale gir mindre sannsynlighet for utflytting enn fastlønnskontrakt. Leger som oppgir å ha for mye å gjøre i praksis, har økt sannsynlighet for utflytting, mens de som mener de har for lite å gjøre, er mer stabile. Sannsynligheten for å flytte øker med økende antall legevakter per måned.

Godt over halvparten av legene uttrykte i 2002 generell tilfredshet i praksis. Det var en tendens til at tidligere fastlønnsleger og leger i fastlegeforsøket var mer tilfredse, men ellers var det bare små forskjeller mellom legene (alder, kjønn). 35 % var mer fornøyd enn i 1998, 21 % mindre fornøyd. Igjen var det tidligere fastlønnsleger og leger i fastlegeforsøket som opplevde størst bedring (hhv. 52 % og 45 %). Listelengden hadde liten innflytelse på legenes grad av generell tilfredshet.⁴

Prosjektnr:	Prosjektleder:	Prosjekt:
144320/330	Roar Johnsen	Søkelys på samfunnsmedisinen. Samfunnsmedisinsk hverdag

Dette er en intervjuundersøkelse med ordførere, rådmenn, kommunelege I og fastleger i et utvalg kommuner og bydeler. Alle helseregioner og kommunistørrelser er representert, 90 kommuner i 2001 og 60 kommuner i 2002. I tillegg er det brukt data fra spørreskjemaundersøkelser blant leger i kommunale samfunnsmedisinske stillinger i alle landets kommuner i 1994, 1999 og 2002 (svarprosent 64 % - 70 %). Under denne indikatoren er det bare data fra legene som er relevante.⁵

I undersøkelsen ble det stilt spørsmål om årsaker til å gå ut av og betingelser for å vende tilbake til kommunale samfunnsmedisinske stillinger. Dette er dels en kvalitativ analyse, dels kvantitativ. Man har spurt legene som var i stillingene om de tidligere hadde sluttet i tilsvarende stillinger og hvorfor. Og man har spurt legene som hadde sluttet om hvorfor de sluttet. Den kvalitative tekstanalysen endte opp med fem hovedkategorier:

1. Struktur: For stor arbeidsmengde og ansvar i forhold til arbeidstid, dårlig lønn, arbeidsgivers uforutsigbarhet.

"umulig arbeidsmengde/oppgaver i forhold til ressurser og egen kapasitet"
"vanvittig ansvar hvis jeg skulle ta stillingsinstruksen alvorlig – uten tilsvarende ressurser eller reell innflytelse"
"dobbel lønn ved å gå over til kurativ praksis på normaltariffen"
"kommunen satte ned arbeidstiden min fra 18 til 14 timer uka mot min vilje. Følte meg trakka på, mista inspirasjonen til å stå på for kommunen"

2. Organisasjon: Ubalanse mellom ansvar og myndighet, spesielt i forhold til øvrig administrasjon og politisk nivå.

"gisselfunksjon uten reell innflytelse i mange saker"
"marginalisering av medisinsk faglige råd"
"samfunnsmedisinen i kommunehelsetjenesten er uklart definert og lite etterspurt"

3. Interpersonelle forhold og sosial støtte: Både i forhold til kommunal ledelse og i forhold til faglige nettverk.

"etter hvert sviktende tillit til ledelse"
"manglende respekt fra kommuneledelsens side"
"mangler faglig miljø – et kollegium"
"mangler en samfunnsmedisinsk annenlinjetjeneste å diskutere med"

4. Faglige forhold: Mange beskrev konflikter i grensesnittet mellom fag og politikk og fag og administrasjon.

"for mye administrasjon og for lite fag"

"økende byråkrati, stadig større bunker med intetsigende rundskriv og høringsutkast"

"håpløs oppgave å skulle være befolkningens talsmann i helsesaker og samtidig avkreves kommunal lojalitet"

"kommunen ønsker ikke en synlig faginstans i stillingen"

"vanskelig å holde tritt med både medisinske nyheter som angikk pasientarbeidet og administrative nyheter"

5. Personlige forhold: For mange var det snakk om familiære forhold som var årsak til at de sluttet. Men en del hadde vært innom kommunal samfunnsmedisin og funnet at dette ikke passet deres personlig-faglige preferanser.

"mistet etter hvert identitetsfølelsen som lege"

"frykt for å miste kompetanse som lege – trives så mye bedre som kliniker igjen"

Det var ingen vesentlige forskjeller i årsaker til å slutte i 1999 og i 2002. Begge år var strukturelle forhold oftest nevnt som årsak til at de sluttet.

Leger som sluttet mellom 1999 og 2002 ble spurt om hvor viktig en del forhåndsdefinerte faktorer var for dem i forhold til å slutte (kvantitativ analyse). De viktigste faktorene var at man selv fikk bestemme innholdet av arbeidet, ansvarsmengde og det å få bruke egne evner. Men også miljøfaktorer og stillingsinstruks skåret høyt.

Tabell 7.2.4. Grad av betydning i forhold til å slutte i kommunal samfunnsmedisinsk stilling over de siste 5 år. Leger som var registrert som kommunale samfunnsmedisinere i 1999 men som hadde sluttet før 2002. Prosent

Årsak til å slutte	Grad av betydning i forhold til å slutte		
	Svært/nokså uviktig	Både-og	Nokså/svært viktig
Ansvarsmengde	39	9	52
Fysiske arbeidsforhold	57	20	23
Frihet til å			
- bestemme hva gjøre	26	15	58
- velge arbeidsmetode	38	32	30
- bestemme arbeidstempo	49	23	28
Bruke egne evner	26	23	51
Lønnsforholdene	36	19	45
Stillingsinstruks	29	26	45
Lokalt faglig miljø	29	15	46
Kontakt miljø utenfor	29	20	51

Leger som hadde sluttet mellom 1994 og 1999 ble spurt hvilken betydning en del (tilsvarende) forhåndsdefinerte faktorer hadde for dem i forhold til å vende tilbake til en slik stilling. Det var åpenbart samsvar i vurderingen av disse faktorenes betydning i forhold til å slutte og i forhold til å vende tilbake. "Av skade blir man klok" – erfaringen tilsier at de vil være ekstra nøye på at de faktorene som gjorde at de sluttet ikke repeterer seg i en eventuell ny stilling. Lønnsforholdene ble imidlertid vurdert som viktigere i forhold til å vende tilbake enn i forhold til å slutte. Det ser ikke ut til at fastlegeordningen har påvirket årsaksmønsteret som leger bruker som forklaring på hvorfor de har sluttet i kommunale samfunnsmedisinske stillinger.

Prosjektnr: 151318/330 **Prosjektleder:** Olaug Synnøve Lian **Prosjekt:** Pasienterfaringer i allmennlegetjenesten før og etter fastlegeordningen

Dette er en postsendt spørreskjemaundersøkelse blant et tilfeldig utvalg av innbyggerne i Nord-Norge og på Østlandet. I analysene inngikk totalt 1 133 skjemaer fra 2000 og 1 141 fra 2003 (58 % av utvalget). Det er ikke de samme personene som er spurt begge ganger, men utvalgene var ellers like. Man ønsket å sammenligne befolkningens opplevelser av kvalitet og tilgjengelighet i primærlegetjenesten før og etter Fastlegereformen. Omtrent halvparten av spørsmålene skulle bare besvares av dem som hadde vært til primærlege siste år.⁶

Klassifiseringen med hensyn til stabilitet ble gjort av fylkeslegene i hvert av fylkene, i samråd med prosjektleder, etter en skjønnsmessig vurdering ut fra oppgitte kriterier. Kommunene ble klassifisert som enten stabile eller ustabile. Med ustabilitet menes store og vedvarende problemer med utstrakt vikarbruk og tidvis ubesatte stillinger. I 2000 ble 43 kommuner karakterisert som ustabile, i 2003 var det 17.

I 2003-studien ble det stilt spørsmål knyttet til folks opplevelser av kvaliteten i primærlegetjenesten før og etter innføringen av fastlegeordningen (N = 1 141). I alt 27 % mente at stabiliteten i legedekningen var blitt bedre, 66 % mente den var uendret, og bare 7 % mente den var blitt dårligere. Folk som bodde i små kommuner skilte seg ut med lavest svarandel på "bedre".

For å finne forskjellene i grad av fornøydhets, særlige problemområder og særlig positive aspekter mellom 2000 og 2003, ble dataene analysert med logistisk regresjon, justert for alder, kjønn og kommunestørrelse. Det ble stilt spørsmål om hva respondentene opplevde som *særlige problemområder* i 2000 og 2003. Her avtok andelen som rapporterte manglende stabilitet i legedekningen (28 % og 12 %). Når det gjaldt *særlige positive aspekter*, var det en signifikant økning i andelen som nevnte stabilitet i legedekningen (29 % og 36 %).

Når datasettene ble analysert hver for seg, viste det seg at fornøydhets med ulike aspekter av legetjenesten var assosiert med høy utdanning hos pasienten, kontinuitet og stabilitet i legetjenesten, og færre uinnfridde forventninger fra siste legebesøk. Det var en tendens til at det var færre signifikante estimat i 2003 enn i 2000.

Når det gjaldt kommunestørrelse, var det ikke noen entydig sammenheng, men det vanligste mønsteret var at folk i de minste kommunene var mest fornøyd og sjeldnest rapporterte om særlige problemområder i 2000 (unntak: språkproblemer og manglende stabilitet). I 2003 var språkproblemer og manglende stabilitet fortsatt signifikant mer uttalt i småkommuner, men alle estimatene som viste større fornøydhets og færre problemer i småkommunene hadde "falt ut", det vil si at de viste signifikante forskjeller i 2000 men ikke i 2003.

Prosjektnr: 158405/V50	Prosjektleder: Unn Doris Bæck	Prosjekt: Legedekning og stillingsstabilitet som utfordringer for fastlegeordningen
----------------------------------	---	---

Denne studien består av spørreskjemaundersøkelser blant 100 fastleger (50 % svar), 2 000 brukere (53 % svar) og 41 kommuner (86 % svar) i Finnmark og Nord-Trøndelag. På forhånd var det gjennomført en kvalitativ studie blant 13 fastleger, 33 brukere og representanter fra 7 kommuner. Det er også brukt data fra fastlegedatabasen til NSD og styringsdata fra RTV.⁷

Kommunene ble klassifisert som stabile eller ustabile på bakgrunn av styringsdata fra RTV. Man registrerte andel innbyggere på lister uten lege, andel fastlegeavtaler (eksklusive lister uten lege) som er betjent av vikarer og andelen ufrivillige legebytter. Dersom minst to av disse andelenes lå over landsgjennomsnittet, ble kommunen klassifisert som ustabil. På grunn av manglende styringsdata ble fire kommuner skjønnsmessig klassifisert som ustabile. Dette resulterte i at 9 kommuner i Finnmark og 10 i Nord-Trøndelag ble klassifisert som ustabile. Det var ingen klare mønstre knyttet til ytre kjennetegn (som demografi, sentralitet eller næringsstruktur) ved kommunene som ble klassifisert som henholdsvis stabile og ustabile. Det var altså ikke bare småkommuner blant de ustabile kommunene, men også relativt folkerike kommuner som Vadsø, Hammerfest, Levanger og Verdal.

På landsbasis var om lag 45 % av alle legebytter i 2002 forårsaket av avsluttet eller redusert praksis. Finnmark toppet dette året sammen med Nord-Trøndelag statistikken over andel "ufrivillige" legebytter. Det har i perioden 2001 til 2005 vært svingninger i fylkene med hensyn til "ufrivillige" legebytter, men Nord-Trøndelag og Finnmark har hatt høye andeler "ufrivillige" bytter i hele perioden (tabell 7.2.5). Videre er de kommunemessige variasjonene innad i disse to fylkene spesielt store sammenlignet med de fleste andre fylkene. Stillingsstabiliteten, og dermed kontinuiteten i lege-pasientforholdene er slik sett dårligere i disse fylkene enn i de fleste andre deler av landet.

Tabell 7.2.5. Prosentvis andel ”ufrivillige” bytter av totalt antall legebytter 2001 - 2005, fylkesvis

	2001 *	2002	2003	2004	2005 **
Østfold	28,1	45,9	53,7	45,6	26,4
Akershus	28,6	34,0	35,0	32,7	28,9
Oslo	18,9	21,4	32,3	22,4	15,5
Hedmark	25,7	48,8	57,9	48,4	44,5
Oppland	38,4	45,8	59,4	56,9	4,9
Buskerud	36,2	40,5	36,9	37,8	58,5
Vestfold	7,0	38,5	38,6	41,5	7,9
Telemark	28,0	63,3	50,1	47,6	54,9
Aust-Agder	40,4	32,8	44,2	31,4	19,1
Vest-Agder	13,4	34,8	22,9	28,5	40,9
Rogaland	28,4	38,0	49,5	42,8	27,4
Hordaland	22,7	36,2	46,5	39,5	30,3
Sogn og Fjordane	71,4	66,8	74,5	64,9	64,3
Møre og Romsdal	31,5	46,6	54,1	56,7	66,6
Sør-Trøndelag	20,5	61,3	53,1	53,8	68,6
Nord-Trøndelag	35,9	70,7	57,5	53,2	75,1
Nordland	37,6	54,2	62,4	61,0	60,5
Troms	33,1	53,1	53,4	43,6	25,0
Finnmark	32,2	68,1	56,4	54,0	65,8

* Tall fra 3. og 4. kvartal 2001 ** Tall fra 1. og 2. kvartal 2005

Kvalitativ studie

Det generelle inntrykket var at fastlegeordningen ikke hadde medført drastiske endringer i de kommunene som inngikk i forstudien. I kommuner med legestabilitet hadde man gjennom fastlegeordningen videreført stabile relasjoner mellom lege og bruker. I kommuner med ustabilitet synes ikke ordningen å ha bidratt til å gjøre situasjonen bedre for brukerne, men det er tegn som tyder på at den kan gjøre arbeidssituasjonen bedre for fastlegene. Den vesentligste endringen som ble framholdt i de kommunene som hadde inngått fastlønnsavtaler med sine fastleger, var at fastlegeordningen hadde medført økte utgifter.

Det ble også klart at praktiseringen av fastlegeordningen var ulik i kommunene. Det var i første rekke avlønningssystemet og listesystemet som varierte. Den største variasjonen var knyttet til avlønningssystemet. Her var det relativt klare forskjeller mellom kommunene i Finnmark og kommunene i Nord-Trøndelag. Fastlønnsnivået og innslaget av ulike særordninger var langt høyere i kommunene i Finnmark enn i Nord-Trøndelag.

Fastlegeordningen har ført til en mer forutsigbar og oversiktlig arbeidssituasjon for fastlegene som jobber over kortere eller lengre perioder i kommuner med ustabilitet. De får mulighet til å jobbe systematisk og langsiktig og utvise ansvarlighet for det som er *deres* pasienter. Fastlegeordningen har synliggjort hvor ansvaret for stabilitet ligger:

”Jeg er beinhard på det. Jeg sier at mine pasienter prioriteres foran andre sine pasienter. Jeg lar ikke pasienter fra andres lister stjele tid fra mine pasienter. Prøver å holde listene slik at det blir null ventetid, null ventetid på saksbehandling og på time. Når Fastlegereformen ble innført, er ansvaret mitt knyttet til mine pasienter, min liste, og det blir mye mer synliggjort at kommunen ikke gjør jobben sin i forhold til å rekruttere doktorer. Da har de ansvaret for at det står ubesvarte epikriser, ubesvarte lab-svar, ubesvarte pasienter som ligger på kommunens hender, fordi de ikke har sørget for å få inn en doktor i denne stillingen. Før satt jeg der og skulle svare for alle. Da får man ikke gjort noen ting med noen. Ordningen ansvarliggjør meg i forhold til mine pasienter, det gjør min arbeidssituasjon tydeligere. Og det er veldig positivt.”

En annen lege fremholdt at en streng praktisering av listesystemet var en forutsetning for hans engasjement i kommunen:

”Situasjonen her ute i distriktet er temmelig kaotisk. Jeg tror ikke jeg ville ha jobbet her om vi ikke hadde hatt denne ordningen. Nå konsentrerer jeg meg om mine pasienter.”

Mens noen kommuner praktiserte den tradisjonelle ordningen hvor brukerne forholder seg til individuelle fastleger, hadde andre innført fellesliste. En av fastlegene mente at en fellesliste var en styrke i forhold til å sikre stabilitet blant fastlegene. Men personlig kunne han godt tenke seg å ha en egen liste:

”Det er en viss konflikt mellom på den ene siden å opparbeide en stabilitet på legetjenestene, og på den andre siden å ha en veldefinert fastlege. Jeg kunne godt tenkt meg å ha et bestemt antall mennesker å forholde meg til, men det er ikke forenlig med stabiliteten.”

Andre fastleger ga uttrykk for at en praksis med fellesliste ga større trygghet i forhold til å finne et egnet behandlingsopplegg for den enkelte pasient. Særlig for yngre og uerfarne leger kan det være en fordel at man deler pasientene med mer erfarne kolleger. Det kan være belastende alene å bære ansvaret for en kompleks pasienthistorie.

Mange av fastlegene som ble intervjuet la betydelig vekt på at velfungerende legevaktordninger er en vesentlig faktor for å få til stabilitet i fastlegestillingene. Flere så legevaktsamarbeid med andre kommuner som en forutsetning for å få ned vaktbelastningen og som en forutsetning for å fortsette i stillingen som fastlege.

På bakgrunn av intervjuer med både brukere, fastleger og kommunale nøkkelpersoner satt forskerne igjen med konturene av noen felles kjennetegn ved kommuner som har høy legestabilitet:

1. I kommuner med høy legestabilitet blir det fremholdt som vesentlig at det er, og i lang tid har vært, et godt samarbeid mellom legene og kommuneledelsen. Kommunene har hatt en stabil kommunelege 1 med stor autoritet. I disse kommunene er det uttalt at helse er viktig, og fra kommunalt hold er det over tid satset på å ha et godt helsetilbud for innbyggerne. Dette har vært hovedfokus i forhandlinger mellom kommuneledelsen og legene om de arbeidsavtaler og ordninger som er gjennomført, og det er mulig at dette fokuset gjør det å finne frem til gode løsninger lettere.
2. I kommuner med høy legestabilitet er en god legetjeneste ansett som et kollektivt ansvar. Selv etter innføringen av fastlegeordningen skiller ikke fastlegene rigid mellom mine og dine pasienter, men finner kollektive løsninger til beste for brukerne. Dette innebærer i praksis at brukerne har større valgmulighet. Noen bruker en fast lege da de ser dette som viktig, mens andre bruker den legen han/hun kan få time hos raskest, hvis tidsaspektet ses som viktigere enn å gå til en fast lege. Samtidig innebærer denne ordningen at permisjoner, ferie, sykdom etc. ikke blir like merkbart som ustabilitet og utilfredshet for brukerne.
3. I kommuner med høy legestabilitet er det nærhet til spesialisthelsetjenesten, enten geografisk eller i form av et godt og tett samarbeid. Dette møter mange fastlegers behov for et fagmiljø og muligheten til kontinuerlig fagutvikling og samarbeid. Særlig for unge fastleger er behovet for et fagmiljø som er kompetansegivende sterkt artikulert. Nærheten er imidlertid et tveegget sverd i den forstand at den kan bli for stor og føre til lekkasje fra primærhelsetjenesten til sykehuset. Samtidig gjør nærheten rekruttering til fastlegestillingene enklere.

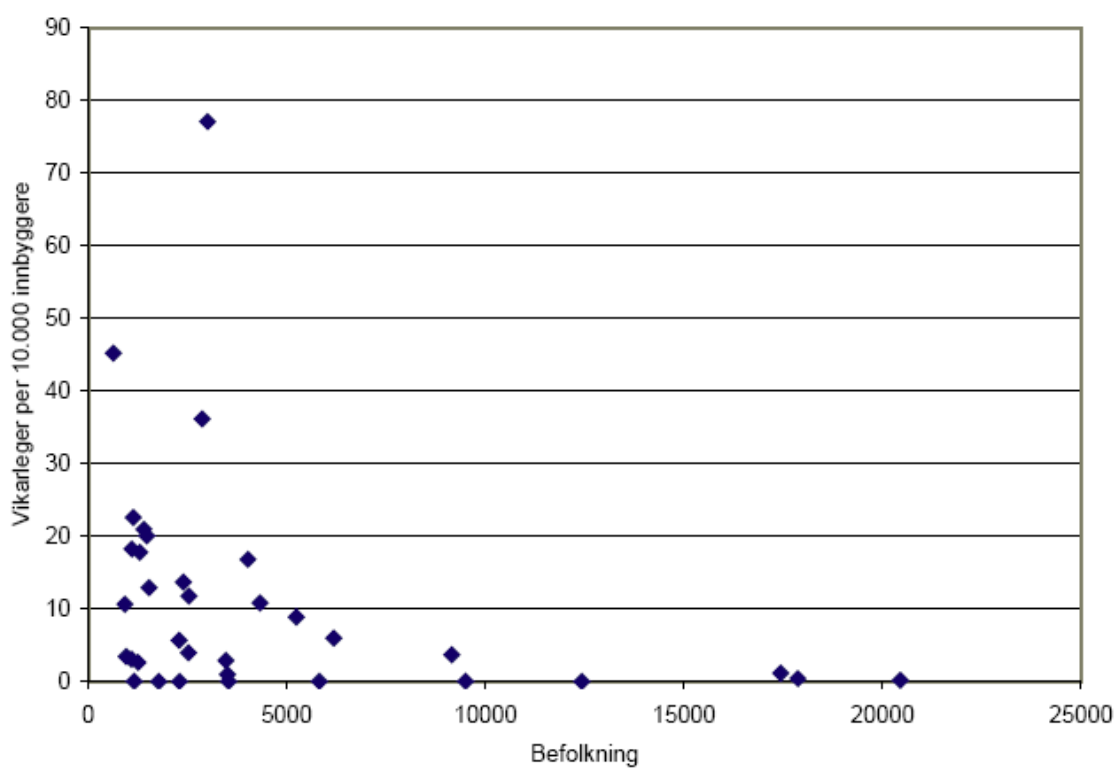
Spørreskjemaundersøkelse blant kommunene

Spørreskjemaet ble sendt til 41 av 43 kommuner. Det var to kommuner som ikke mottok skjemaet (Mosvik og Røyrvik). I disse to kommunene var primærhelsetjenesten administrert av større nabokommuner. De fleste mottakerne av spørreskjemaet var rådmenn og helse- og sosialsjef, og man fikk svar fra 37 (86 %).

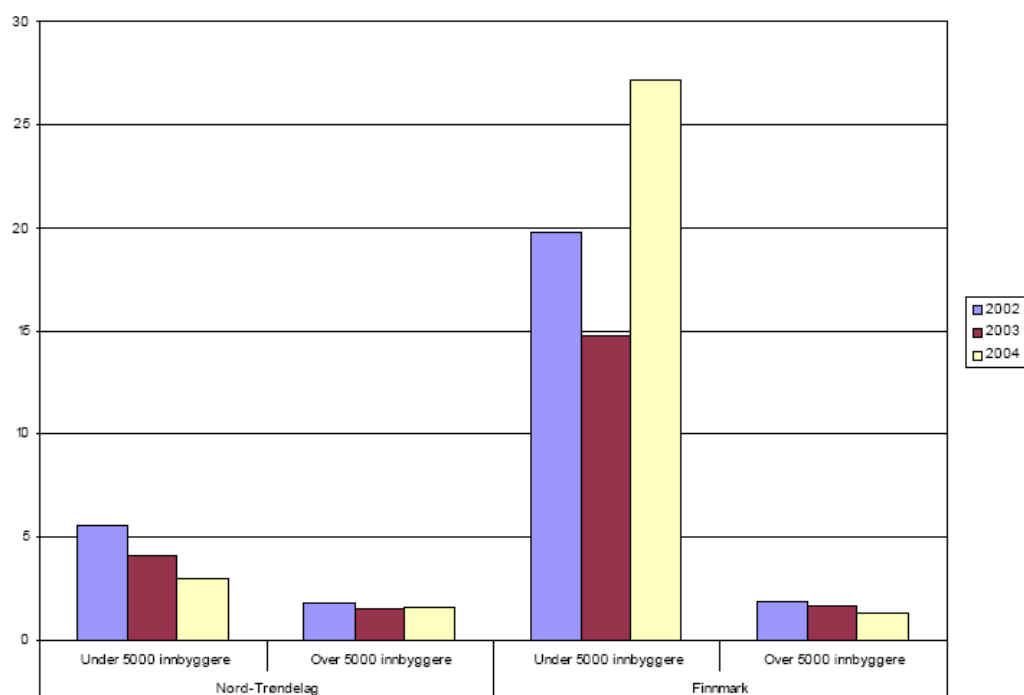
For å gjøre tallene mellom kommuner sammenlignbare, beregnet man et forholdstall: antall vikarer per 10 000 innbyggere. Dette forholdstallet gir et godt bilde av vikarbruken og stillings(u)stabiliteten, og er sammenlignbart mellom perioder, kommuner og fylker. Forholdstallet kan også tolkes som en indeks som måler i hvilken grad kommunens innbyggere er påvirket av vikarbruken i allmennlegetjenesten.

Figur 7.2.1 viser at kommunene som har under 5 000 innbyggere har flere legevikarer i forhold til befolkningen enn store kommuner. Figur 7.2.2 viser at ustabiliteten i allmennlegetjenesten er størst i små Finnmarkskommuner. Nord-Trøndelag har ikke så store forskjeller i legevikarbruken mellom store og små kommuner. Vikarbruken har gradvis gått ned i Nord-Trøndelag siden 2002, først og fremst i kommuner som har under 5 000 innbyggere. I Finnmark var det nedgang i vikarbruken fra 2002 til 2003, både i store og små

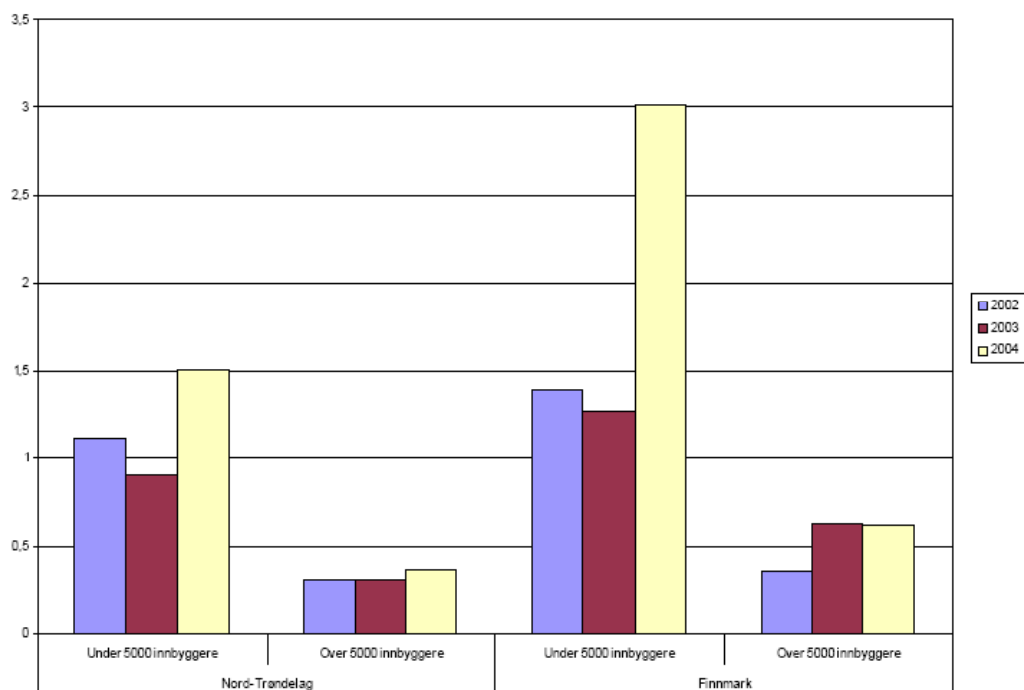
kommuner. I 2004 var det en sterk økning i vikarbruken i kommuner under 5 000 innbyggere i Finnmark i forhold til året før, mens nedgangen fortsatte i de større kommunene.



Figur 7.2.1. Gjennomsnittlig årlig antall vikarleger per 10 000 innbyggere i kommunene i Nord-Trøndelag og Finnmark etter kommunestørrelse. 2002 - 2004.



Figur 7.2.2. Antall vikarleger per 10 000 innbyggere i kommunene i Nord-Trøndelag og Finnmark 2002 - 2004.

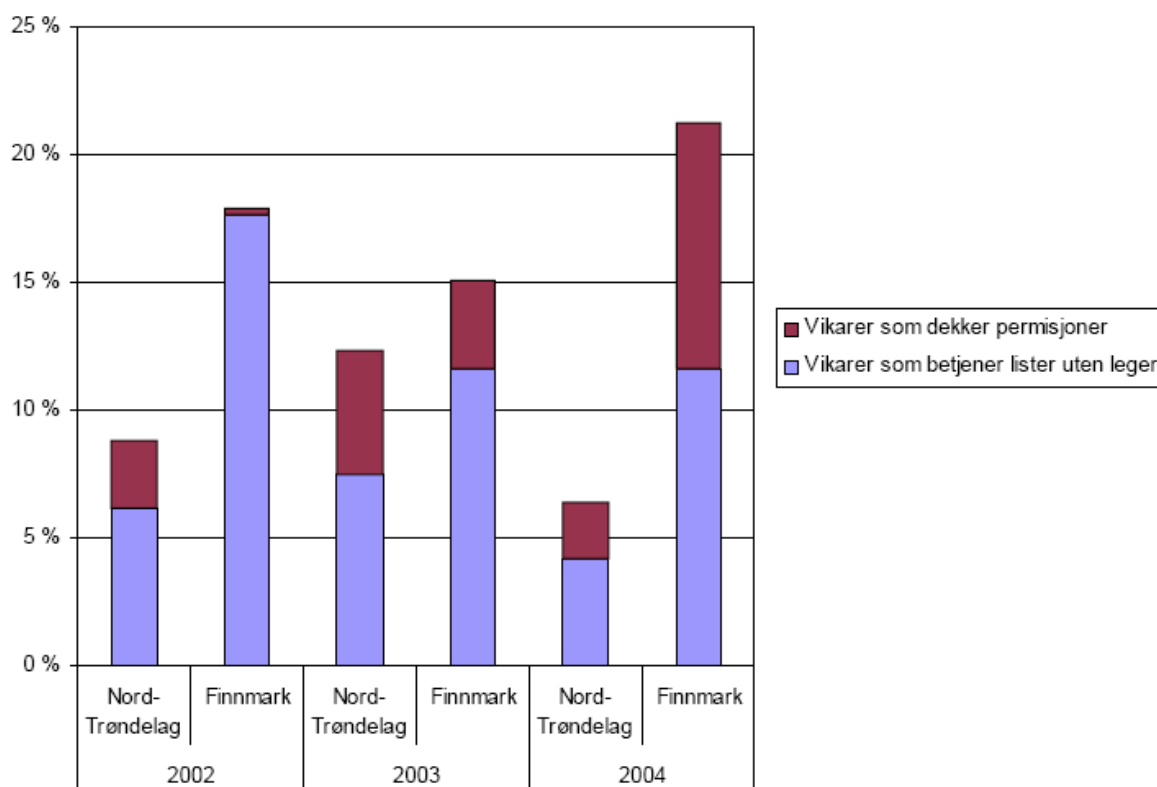


Figur 7.2.3. Utførte legevikarårsverk per 10 000 innbyggere i kommunene i Nord-Trøndelag og Finnmark. 2002 - 2004.

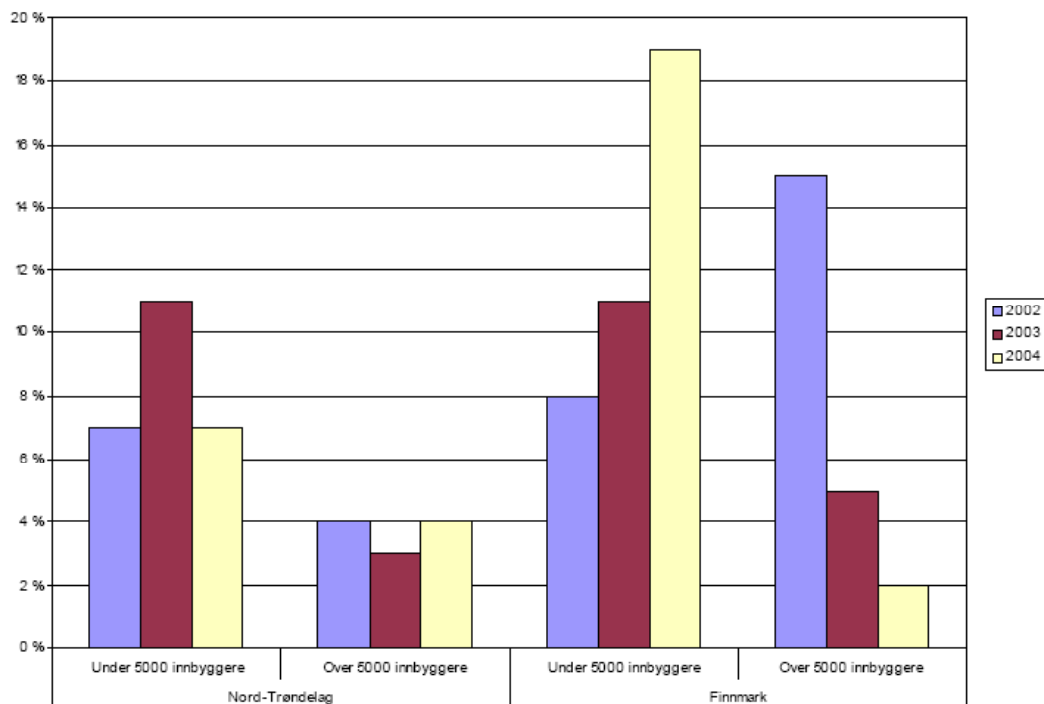
Figur 7.2.3 viser at det har vært en økning i utførte *legevikarårsverk* per 10 000 innbyggere. Dette skyldes at kommunene i større grad bruker langtidsvikarer istedenfor korttidsvikarer for å dekke sine vikarbehov.

Figurene viser ellers at småkommunene i Finnmark opplevde en forbedret stabilitet fra 2002 til 2003, men at de hadde en markant økning i vikarbruken fra 2003 til 2004. Kommunene i Finnmark tilbyr fire måneders permisjon etter tre års tjeneste i kommunen. I 2004 hadde det gått tre år siden Fastlegereformen, og mange leger som da ble rekruttert inn i stillingene, kunne ta ut sin fire-månederspermisjon i 2004. Denne situasjonen illustreres også av styringsdata fra RTV som viser en markant økning i antall vikarer som dekker permisjoner (figur 7.2.4).

Det har imidlertid også vært en økning i andelen leger som har avsluttet sin praksis i småkommuner i Finnmark i 2004. Dette kan tyde på at fire-månederspermisjonen kan gi leger incentiver til å slutte i sin stilling etter tre år (figur 7.2.5).



Figur 7.2.4. Vikarer i allmennlegetjenesten i Nord-Trøndelag og Finnmark. Andel av fastlegeavtaler. 2002 - 2004. Kilde: RTV.



Figur 7.2.5. Leger som avsluttet sin praksis i kommunene i Nord-Trøndelag og Finnmark, som andel av fastlegeavtaler. 2002 - 2004.

Store kommuner i Finnmark og Nord-Trøndelag har høyere andel av leger som har jobbet i kommunen hele perioden 2002 - 2004 enn kommuner med under 5 000 innbyggere. I store kommuner i Nord-Trøndelag har 80 % av fastlegeavtalene vært dekket av en og samme lege gjennom hele perioden, mot 55 % i de små kommunene. I Finnmark er tilsvarende tall 73 % og 56 %.

En sammenligning mellom ustabile og stabile kommuner viser at ustabile kommuner sjeldnere hadde fellesliste enn stabile kommuner. Ustabile kommuner hadde dessuten en høyere andel av legene på fast lønn og en høyere vaktbelastning (tabell 7.2.6). Driftsavtale er legers dominerende kontraktvalg i kommunene med over 5 000 innbyggere, mens over halvparten av legene i småkommuner har fastlønnskontrakt. Halvparten av kommunene, både blant de ustabile og stabile, hadde legevaktsamarbeid.

Tabell 7.2.6. Demografiske og strukturelle faktorer av betydning for legetjenesten etter kommunens stillingsstabilitet

Data fra SSB og RTV	Alle N = 43	Stabile kommuner N = 27	Ustabile kommuner N = 16	
Reisetid til sykehus med bil (timer), gjennomsnitt	1,9	1,7	2,4	
Avstand til sykehus (km), gjennomsnitt	124	111	147	
Folketall per 1.1.2004, gjennomsnitt	4 679	4 774	4 516	
Listelengde i oktober 2004, gjennomsnitt	1 062	1 035	1 118	
Legeårsverk per 10 000 innbyggere i 2003, gjennomsnitt	12	12,4	11,4	
Andel kommuner som har fellesliste (%)	42	54	20	**
Data fra undersøkelsen	N = 35	N = 23	N = 12	
Antall leger som deler legevakt, gjennomsnitt	7,1	8,0	5,3	*
Antall legevikarer per 10 000 innbyggere, gjennomsnitt 2002 - 2004	11,1	7,6	17,6	*
Andel vikarårsverk av alle legeårsverk i kommunehelsetjenesten (%)	15,4	8,6	26,4	*
Antall turnusleger per 10 000 innbyggere, gjennomsnitt 2002 - 2004	6,4	5,7	7,5	
Samarbeidsklima, gjennomsnitt (1 = meget bra, 5 = meget dårlig)	2,1	2	2,2	
Andel kommuner som har næringsdrivende leger (%)	49	61	25	*
Andel kommuner med godtgjørelser (%)	77	70	92	

* p < 0,1 ** p < 0,05

Kommunene ble også stilt et spørsmål om samarbeidsklimaet mellom kommunen og fastlegene. Det var nesten ingen forskjell i svarene mellom stabile og ustabile kommuner. Kommuner med dårlig samarbeidsklima har i fritekstkommentarer oppgitt dårlig kommuneøkonomi, mange organisatoriske endringer og at legene har for mye makt i lønnsforhandlinger som årsaker til dette.

Av de 35 kommunene som svarte på dette spørsmålet, var det 27 som opplyste at legene mottok ekstra godtgjørelse fra kommunen utover basistilskudd eller fast lønn. Det var en tendens til at ustabile kommuner tilbød flere ekstra godtgjørelser til sine fastleger enn kommuner med høy stillingsstabilitet. Tilsvarende gis det også flere ekstragodtgjørelser til leger i små kommuner enn i store kommuner. Den vanligste godtgjørelsen er utvidet periode med betalt fri/ferie/permisjon.

Tabell 7.2.7. Andel kommuner som gir godtgjørelser ut over basistilskudd og fastlønn. Prosent av alle kommuner i kommunegruppen				
	Alle kommuner N = 35	Stabile kommuner N = 23	Ustabile kommuner N = 12	
Permisjonsrettigheter	69	61	83	
Gir deler av refusjonen fra folketrygden	23	13	46	*
Subsidiering av driftsutgifter	43	44	42	
Etableringstilskudd	20	17	25	
Har subsidiert bolig	9	8	9	
Andre godtgjørelser	16	10	19	
* p < 0,05				

Av de 18 kommunene i utvalget som hadde næringsdrivende leger var det 15 som subsidierte privatpraktiserende legers driftsutgifter. De næringsdrivende legene hadde ofte en avtale med kommunen som innebærer at kommunen holder kontor og personell mot en leie som vanligvis svarer til driftstilskuddet. Dette kan ofte bety at kommunen i praksis subsidierer legers driftsutgifter, noe som vil skje om leiebeløp er mindre enn de reelle utgifter for kommunen. Kommuner betaler noe for kontor/hjelpepersonell for å minske den økonomiske risikoen ved privat etablering. Subsidieringsandelen varierte fra 10 til 80 % av driftsutgiftene.

Kommuner som har kommunalt ansatte leger kan la legen beholde deler av refusjonen fra folketrygden i tillegg til sin faste lønn fra kommunen. Fastlønnen kombineres med en prosentavtale der legen og kommunen avtaler deling av praksisens inntekter fra egenandeler og refusjoner fra folketrygden. Denne andelen varierte fra 40 til 50 % av inntjeningen i undersøkelsen. 42 % av kommunene med ustabilitet tilbød sine leger denne godtgjørelsen, mot 14 % i de stabile kommunene. Godtgjørelsen brukes i mye større utstrekning i Finnmark enn i Nord-Trøndelag. Over 60 % av de kommunalt ansatte fastlegene i Finnmarkskommunene mottok deler av refusjonen fra folketrygden i tillegg til sin faste lønn.

Det er også en større andel ustabile kommuner enn stabile kommuner som gir et etableringstilskudd til nyansatte leger. Når det gjelder andre fordeler viser underlagsmaterialet at det blant annet gis avskrivning av studielån (i Nord-Trøndelag) og kontante tillegg av ulike slag.

Spørreskjemaundersøkelse blant fastlegene

Spørreskjemaundersøkelsen omfattet et tilfeldig utvalg på 100 fastleger og man fikk svar fra 50. Svarprosenten var høyere i stabile kommuner enn i ustabile, og var bare 22 % i de ustabile kommunene i Finnmark. Det er grunn til å anta at det var de mest stabile legene som svarte. Fastlegene hadde i gjennomsnitt vært ansatt 11 år i kommunen, 9 år i de ustabile og 13 år i de stabile kommunene.

Fastlegene i de ustabile kommunene hadde i gjennomsnitt 245 flere personer på sin liste enn fastlegene i de stabile kommunene. I de stabile kommunene var andelen som var misfornøyd med listelengden likt fordelt mellom dem som ønsket seg flere og dem som ønsket seg færre på listen. I de ustabile kommunene ønsket de misfornøyd færre på listen. Andelen som jobbet på fellesliste var signifikant høyere i de stabile kommunene.

Fastlegene var imidlertid gjennomgående fornøyd med fastlegeordningen som system for relasjonen mellom lege og pasient. Totalt var 80 % fornøyd eller svært fornøyd. Fastleger i ustabile kommuner var oftere misfornøyd med fastlegeordningen slik den ble praktisert i kommunen.

Tabell 7.2.8. Respondentene og fastlegeordningen. Fordeling i forhold til stabilitet. Andeler i prosent				
	Alle N = 50	Stabil N = 32	Ustabil N = 18	
Gjennomsnittlig listelengde (oktober 2004)	1 127	1 039	1 284	**
Andel med driftsavtale	64	63	67	
Andel som jobber på felleliste	16	22	5	*
Andel som synes listelengden er passe	84	84	82	
Andel som deltar i legevakt	92	91	94	
Andel som deler legevakt med mer enn fire andre leger	80	83	75	
Kvinneandel på listen	54	52	57	
Tilfredshet målt på en skala 1 = svært misfornøyd til 5 = svært fornøyd (gjennomsnittsverdier)				
Fastlegeordningen som system for relasjonen lege/pasient	4,2	4,3	4,0	
Fastlegeordningen slik den praktiseres i kommunen	4,1	4,3	3,7	**
* p < 0,1 ** p < 0,05				

Faktoranalyse ble benyttet for å redusere 11 variabler som målte fastlegenes tilfredshet med ulike forhold, til fem underliggende dimensjoner eller faktorer. De fem underliggende dimensjonene ble tolket som trivsel, utviklingsmuligheter, belønning vs belastning, arbeidsbelastning og arbeidsmiljø.

Dimensjonen *trivsel* tok opp i seg fastlegens trivsel i jobben og egen og evt. familiens sosiale liv på stedet. Både i de stabile og ustabile kommunene var fastlegene gjennomgående fornøyd med trivselen. På en skala fra 1 til 5 var gjennomsnittsskår 4,1 både i stabile og ustabile kommuner.

Dimensjonen *utviklingsmuligheter* dekket fastlegens muligheter for faglig utvikling og oppdatering, mestring av utfordringer i jobben og jobbmuligheter for evt. ektefelle/samboer. Her var gjennomsnittsskår 3,8 både i stabile og ustabile kommuner.

Dimensjonen *belastning vs belønning* tok opp i seg sammenhengen mellom fastlegenes vurdering av vaktbelastningen og eget lønnsnivå sammenlignet med andre fastleger. Faktoranalysen avdekket en negativ sammenheng mellom de to variablene. Jo mer fornøyd fastlegene var med vaktbelastningen jo mer misfornøyd var de med lønna og vise versa. Her var det en signifikant forskjell mellom stabile kommuner (3,6) og ustabile kommuner (3,1). Fastleger i ustabile kommuner syntes i mindre grad at lønnen stod i stil med vaktbelastningen enn fastleger i stabile kommuner.

Dimensjonen *arbeidsbelastning* tok vare på sammenhengen mellom arbeidsbelastningen på dagtid og den totale arbeidsbelastningen. Det var en tendens til høyere tilfredshet i stabile kommuner (3,4 mot 3,1), men forskjellen var ikke statistisk signifikant.

Dimensjonen *arbeidsmiljø* tok opp i seg fastlegenes vurderinger av stabiliteten i legekollegiet i kommunen og samarbeidsklimaet mellom legetjenesten og den kommunale ledelsen. Her var det en betydelig forskjell mellom kommunene, 3,6 i stabile og 2,4 i ustabile kommuner.

Fastlegene i Finnmark var gjennomgående fornøyd med særordningene som nedskrivning av studielån og permisjonsordningen. Fastlegene i de ustabile kommunene var signifikant mer fornøyd med permisjonsordningen enn fastlegene i de stabile kommunene (5,0 mot 4,0).

Hvor lenge fastlegene planla å bli værende i kommunen var ikke signifikant avhengig av om de arbeidet i en stabil eller ustabil kommune, men dette har trolig sammenheng med at det var de mest stabile fastlegene i de ustabile kommunene som deltok i undersøkelsen.

De fastlegene som hadde konkrete planer om å slutte i sin stilling, ble bedt om å svare på hvor viktig ulike forhold var for denne beslutningen. De viktigste grunnene til å slutte var dårlig samarbeidsklima mellom legetjenesten og den kommunale ledelsen, vaktbelastningen og et ønske om å flytte tilbake til det opprinnelige hjemstedet. Misnøye med fastlegeordningen slik den praktiseres i kommunen og ustabilitet i legekollegiet som fører til mye vikarbruk, ble signifikant mer vektlagt som grunn for slutteplaner blant fastlegene i de ustabile kommunene sammenlignet med de stabile (tabell 7.2.9).

Tabell 7.2.9. Viktigheten av ulike grunner for at fastlegene hadde konkrete planer om å slutte i stillingen. Gjennomsnittsvurdering på en skala fra 1 = ikke viktig til 5 = svært viktig. Sammenligning mellom respondenter i stabile og ustabile kommuner

	Alle N = 16	Stabil N = 10	Ustabil N = 6	
Samarbeidsklimaet mellom legetjenesten og den kommunale ledelsen	3,6	3,1	4,2	
Ønsker mindre vaktbelastning	3,2	3,1	3,3	
Ønsker å flytte tilbake til det stedet jeg opprinnelig kommer fra	3,1	3,1	3,0	
Søker bedre livsvilkår et annet sted	2,9	3,0	2,7	
Misnøye med fastlegeordningen slik den praktiseres i kommunen	2,7	2,0	3,8	*
Ustabilitet i legekolegiet (mye vikarbruk)	2,7	2,0	3,8	*
Ønsker å jobbe i spesialisthelsetjenesten	2,7	2,8	2,5	
Ønsker arbeidssted nærmere mitt bosted (bor i annen kommune)	2,7	3,0	2,2	
Føler meg ensom i jobben	2,6	2,3	3,0	
Føler at jobben ikke gir nok faglige utfordringer	2,5	2,6	2,5	
Ønsker å jobbe som fastlege i et større fagmiljø / flere kolleger	2,5	2,3	2,7	
Jeg synes ikke jeg tjener nok som fastlege i kommunen	2,3	2,1	2,5	
Bedre jobbmuligheter for ektefelle/samboer et annet sted	2,3	2,3	2,2	
Føler at jeg ikke har riktig kulturell bakgrunn for å bli en god fastlege her	1,8	1,9	1,7	
For skjev kjønnsbalanse blant innbyggerne på min liste	2,0	1,9	2,2	
Føler at jobben er for krevende (for stort ansvar)	1,7	1,6	2,0	
Opplever språkproblemer i forhold til lokalbefolkningen	1,5	1,3	1,7	

* p < 0,05

Prosjektnr: 144334/V50 **Prosjektleder:** Hans-Johan Breidablik **Prosjekt:** Pasientenes syn på fastlegeordningen – entusiasme med forbehold

Dette er en spørreundersøkelse utført ved ni legekantor i Møre og Romsdal høsten 2003. Materialet er fra 995 pasienter som utgjorde 63 % av samlet pasientmasse i praksisene de aktuelle undersøkelsesdagene. Man kartla synspunkter og tilfredshet med ulike aspekter av fastlegeordningen.⁸

Selve praksisstedet forklarte det meste av variasjonen i fornøydhet med fastlegeordningen. Økende listelengde samvarierte negativt med fornøydhet, det samme gjaldt ved gjennomsnittlig legestabilitet over 9 år i praksisen. Disse forskjellene var signifikante også når man korrigerte for de enkelte praksissteder.

Prosjektnr: 144334/V50 **Prosjektleder:** Øystein Hetlevik **Prosjekt:** Listelengde, arbeidstid, ventetid og jobbtfredshet blant fastleger i Bergen

160 av 185 fastleger (85 %) i Bergen svarte i 2003 på et spørreskjema om demografiske data, listelengde, arbeidstid og ventetid. De vurderte også tilfredshet med å jobbe i allmennpraksis og i fastlegeordningen.⁹

Legene gav en egenvurdering av tilfredshet med ventetid, med å jobbe i allmennpraksis, og i fastlegeordningen spesielt. Vurderingen ble gitt på en skala 1 - 10, der 1 var "svært misfornøyd" og 10 "svært fornøyd". I analysene er dette gruppert slik: svaralternativ 1 - 4 "mindre fornøyd", 5 - 7 "moderat fornøyd" og 8 - 10 "godt/svært godt fornøyd".

Seks leger (4 %) planla å være ute av allmennpraksis innen tre år, tre av disse var over 60 år. 46 % av legene var godt/svært godt fornøyd med å jobbe i fastlegeordningen, 37 % moderat fornøyd og 17 % mindre fornøyd. Det var ingen forskjeller relatert til legenes kjønn, alder, ansiennitet, samlet arbeidstid, listelengde eller listestatus (åpen/lukket). Leger med lengst ventetid, særlig de som selv var minst fornøyd med egen ventetid, var i mindre grad fornøyd med å jobbe i fastlegeordningen.

På tilsvarende spørsmål om tilfredshet med jobben i allmennpraksis generelt var 70 % av legene "godt/svært godt fornøyd", 26 % "moderat fornøyd" og 4 % "mindre fornøyd", likt fordelt på menn og kvinner. For leger med åpen liste var 80 % "godt/svært godt fornøyd" med å jobbe i allmennpraksis og 17 % var "moderat

fornøyd", ved lukket liste var tilsvarende fordeling 61 % og 33 %. Blant de moderat fornøyde ønsket 20 % listereduksjon tre år frem, mot 8 % av dem som var "godt/svært godt fornøyd". Leger som rangerte tilfredshet med egen ventetid lavt, var mindre fornøyd med allmennpraksis generelt.

Prosjektnr: 144334/V50 **Prosjektleder:** Hogne Sandvik **Prosjekt:** Fastlegeordningen: forventninger og erfaringer

Dette er en spørreskjemaundersøkelse blant et representativt utvalg spesialister i allmennmedisin. Den ble gjennomført noen måneder før og ett år etter innføring av fastlegeordningen. Det er de samme legene som er spurt begge gangene og svarprosenten er høy (87 og 96 %). I alt 234 leger besvarte begge skjemaene. En høy grad av stabilitet illustreres ved at bare 4 % hadde sluttet i løpet av perioden mellom de to registreringene.¹⁰

Tabell 7.2.10. Grad av enighet i ulike påstander. Gjennomsnittsverdi (95 % konfidensintervall), målt med visuell analog skala, 100 indikerer "helt enig" og 0 indikerer "helt uenig" (N = 234 fastleger). Undersøkelsen er gjort i 2001 (før innføring av fastlegeordningen) og i 2002 (ett år etter innføringen)

	2001	2002	p-verdi
Jeg er i prinsippet tilhenger av en fastlegeordning	58 (54 - 62)	64 (60 - 68)	< 0,001
Jeg er tilfreds med den nåværende organiseringen av allmennpraksis	70 (67 - 73)	65 (62 - 68)	< 0,05

Leger i forsøkskommunene var mer tilfreds (80 % mot 64 %) og sterkere tilhengere av fastlegeordningen (82 % mot 63 %). Økningen i oppslutning om fastlegeordningen var høyere blant dem som var solopraktikere i 2001 enn blant dem som arbeidet i gruppepraksis (14 % mot 4 %). Økningen i oppslutning om fastlegeordningen var også større blant dem som hadde fulle lister enn blant dem som hadde åpne lister (12 % mot 3 %).

7.2.1. Oppsummering

Styringsdata fra **Rikstrygdeverket** viser at det per kvartal inngås 63 nye fastlegeavtaler, hvorav 37 % kvinner. Det avsluttes 52 fastlegeavtaler per kvartal, hvorav 34 % kvinner. Dette medfører av kvinneandelen er svakt økende. Turn-over er likevel høyere blant kvinnene, som avslutter 1,5 % av avtalene sine per kvartal, mot 1,3 % for mannlige fastleger. Dette kan nok skyldes at de fleste kvinnene tilhører de yngre aldersklassene, hvor mange ikke har gjort definitive karrierevalg ennå. Observasjonstiden er for kort til at man kan lese noen sikre tidstrender ut av dette materialet, men det er grunn til å følge dette opp videre.

Det er også grunn til å merke seg at kvinneandelen blant fastleger øker langsommere enn blant andre leger, noe som betyr at en synkende andel av kvinnelige leger er fastleger.¹¹ Dette kan ha sammenheng med høy stabilitet (forgubbing) blant eldre mannlige fastleger, og at det derfor vil ta noe lengre tid før kvinneandelen vil øke betydelig. Men det kan også bety at allmennpraksis er mindre attraktivt blant kvinnelige leger.

54 % av alle nye fastlegeavtaler inngås av leger som er i alderen 30 - 39 år. Det er også en betydelig avgang av fastleger i denne aldersgruppen (37 % av alle avsluttede fastlegeavtaler). I en viss utstrekning er nok dette leger som velger andre karriereveier enn allmennmedisin, men tallene omfatter også leger som slutter for å flytte og starte ny fastlegepraksis. Stabiliteten er svært høy i aldersgruppen 40 - 54 år. I denne gruppen avsluttes bare 0,9 % av avtalene hvert kvartal. Denne aldersgruppen utgjør ca 54 % av alle fastlegene og består av 70 % menn.

Finnmark og Sogn og Fjordane er de fylkene som har størst andel avsluttede fastlegeavtaler. De mest stabile fylkene er Aust- og Vest-Agder, samt Oslo.

Bæck har gjennomført kvalitative studier og spørreskjemaundersøkelser blant fastleger, brukere og kommuner i Finnmark og Nord-Trøndelag.⁷ Kommunene ble klassifisert som stabile eller ustabile på bakgrunn av styringsdata fra RTV.

Det generelle inntrykket fra den kvalitative studien var at fastlegeordningen ikke hadde medført drastiske endringer. Det var imidlertid tegn som tydet på at arbeidssituasjonen for fastlegene var blitt noe bedre. For kommuner som hadde inngått fastlønsavtaler hadde ordningen medført økte utgifter. Fastlønsnivået og innslaget av ulike særordninger var langt høyere i Finnmark enn i Nord-Trøndelag.

Legene la vekt på at fastlegeordningen hadde ført til en mer forutsigbar og oversiktlig arbeidssituasjon. Dette er særlig viktig i kommuner med ustabilitet. Legene får mulighet til å konsentrere seg om sine egne pasienter. Dette fører til at noen brukere i kommunen er heldige og har en fast lege, mens andre brukere i samme kommune må ta til takke med stadig skiftende vikarer. Før fastlegeordningen var ansvaret for pasientene mer flytende, og legene hadde ikke den samme muligheten til å prioritere noen pasienter på bekostning av andre. Det er nå blitt tydeligere at ansvaret for stabiliteten ligger hos kommunen.

Noen fastleger har valgt å gå inn for fellesliste av hensyn til stabiliteten, selv om de rent personlig hadde foretrukket å ha en egen liste. Andre fastleger, særlig yngre og uerfarne, ga uttrykk for at en praksis med fellesliste ga større faglig trygghet.

Mange av fastlegene som ble intervjuet la betydelig vekt på at velfungerende legevaktordninger var en vesentlig faktor for å få til stabilitet i fastlegestillingene. Flere så legevaktsamarbeid med andre kommuner som en forutsetning for å få ned vaktbelastningen og som en forutsetning for å fortsette i stillingen som fastlege.

På bakgrunn av intervjuene satt forskerne igjen med konturene av noen felles kjennetegn ved kommuner som har høy legestabilitet:

- Det har i lang tid vært et godt samarbeid mellom legene og kommuneledelsen. Kommunene har hatt en stabil kommunelege 1 med stor autoritet. Det er satset på å ha et godt helsetilbud for innbyggerne.
- En god legetjeneste blir ansett som et kollektivt ansvar. Selv etter innføringen av fastlegeordningen skiller ikke fastlegene rigid mellom mine og dine pasienter, men finner kollektive løsninger til beste for brukerne.
- I kommuner med høy legestabilitet er det nærhet til spesialisthelsetjenesten, enten geografisk eller i form av et godt og tett samarbeid.

En tidligere undersøkelse fra Nord-Norge stilte også spørsmål om hva som skiller distriktskommuner med stabil og ustabil legetjeneste.¹² Det viste seg her at leger i ustabile kommuner opplevde større arbeidsbelastning enn leger i stabile kommuner. Videre hadde kommuner med ustabil legedekning lengst avstand til sykehus, og mangel på faglig nettverk og faglig isolasjon var av sentral betydning.

Spørreskjemaundersøkelsen blant kommunene viste at vikarbruken var høyest i små Finnmarkskommuner. En tidligere studie fra 1995-97 viste at antall korttidsvikarer i Finnmark var 13,4 per 10 000 innbyggere.¹³ Det har vært en nedgang i vikarbruken etter fastlegeordningen. Tilsvarende tall for 2002-2004 var 8,8. I 2004 ser man imidlertid en merkbar økning igjen i de små Finnmarkskommunene. Dette skyldes trolig at mange av de nye fastlegene da hadde vært tre år i stillingene sine og kunne ta ut fire måneders permisjon. Kommunene i Finnmark tilbyr fire måneders permisjon etter tre års tjeneste i kommunen. Det var imidlertid også en økning i andelen leger som sluttet dette året.

Et viktig funn i denne undersøkelsen er at stabile kommuner har lavere legevaktbelastning enn de ustabile. I stabile kommuner var det i gjennomsnitt 8,0 leger som delte på vekten, i ustabile kommuner 5,3. En annen viktig forskjell var at bare 20 % av kommuner med ustabil legetjeneste hadde fellesliste, mens i over halvparten av de stabile kommunene hadde legene organisert seg i en fellesliste.

Kommunene ble også stilt et spørsmål om samarbeidsklimaet mellom kommunen og fastlegene. Det var nesten ingen forskjell i svarene mellom stabile og ustabile kommuner. Kommuner med dårlig samarbeidsklima har i fritekstkommentarer oppgitt dårlig kommuneøkonomi, mange organisatoriske endringer og at legene har for mye makt i lønnsforhandlinger som årsaker.

Et stort flertall av kommunene opplyste at legene mottok ekstra godtgjørelse fra kommunen utover basistilskudd eller fast lønn. Det var en tendens til at ustabile kommuner tilbød flere ekstra godtgjørelser enn stabile kommuner og små kommuner oftere enn store kommuner. Den vanligste godtgjørelsen er utvidet periode med betalt fri/ferie/permisjon.

Kommuner som har næringsdrivende leger subsidierer ofte driftsutgiftene, med en subsidieringsandel fra 10 til 80 %. Fastlønn kombineres ofte med en prosentavtale der legen og kommunen avtaler deling av praksisens inntekter fra egenandeler og refusjoner fra folketrygden. Denne andelen varierte fra 40 til 50 %. 42 % av kommunene med ustabilitet tilbød sine leger denne godtgjørelsen, mot 14 % i de stabile kommunene. Godtgjørelsen brukes i mye større utstrekning i Finnmark enn i Nord-Trøndelag. Over 60 % av de kommunalt ansatte fastlegene i Finnmarkskommunene mottok deler av refusjonen fra folketrygden i tillegg til sin faste lønn.

Spørreskjemaundersøkelsen blant fastlegene var av begrenset omfang (50 respondenter) og med en underrepresentasjon fra ustabile kommuner, særlig i Finnmark. Det er trolig de mest stabile legene som har svart.

Fastlegene i de ustabile kommunene hadde i gjennomsnitt 245 flere personer på sin liste sammenlignet med fastlegene i de stabile kommunene, og andelen som jobbet på felleliste var signifikant høyere i de stabile kommunene.

De var gjennomgående fornøyd med fastlegeordningen som system for relasjonen mellom lege og pasient. Totalt var 80 % fornøyd eller svært fornøyd. Like mange var fornøyd med listelengden. Graden av tilfredshet var dermed noe høyere enn det som er funnet i andre undersøkelser, og en sterk indikasjon på at fastlegeordningen ikke oppfattes mer negativt blant fastleger i Finnmark og Nord-Trøndelag enn i landet for øvrig. Fastleger i ustabile kommuner var imidlertid oftere misfornøyd med fastlegeordningen slik den ble praktisert i kommunen.

En analyse av fastlegenes vurdering av vaktbelastningen og eget lønnsnivå sammenlignet med andre fastleger viste høyere grad av tilfredshet i stabile kommuner enn i ustabile kommuner. På tilsvarende måte var det også en betydelig forskjell i tilfredshet med arbeidsmiljøet.

De fastlegene som hadde konkrete planer om å slutte i sin stilling, ble bedt om å svare på hvor viktig ulike forhold var for denne beslutningen. De viktigste grunnene til å slutte var dårlig samarbeidsklima mellom legetjenesten og den kommunale ledelsen, vaktbelastningen og et ønske om å flytte tilbake til det opprinnelige hjemstedet. Misnøye med fastlegeordningen slik den praktiseres i kommunen, og ustabilitet i legekollegiet, ble signifikant mer vektlagt som grunn for slutteplaner blant fastlegene i de ustabile kommunene enn i de stabile.

Når den viktigste grunnen til at fastleger har planer om å slutte er samarbeidsklimaet mellom legetjenesten og ledelsen i kommunen, er det naturlig å spørre om et bedre samarbeidsklima vil kunne bidra til større stabilitet. Begrepet samarbeidsklima er et noe vagt begrep og det ble ikke gjort noe forsøk på å definere dette nærmere for fastlegene som deltok i undersøkelsen. Selv om begrepet ikke er presist definert, er det grunn til å tro at de fleste tolker at begrepet i større eller mindre grad omfatter mellommenneskelige forhold. Når fastlegene er misfornøyd med samarbeidsklimaet, er dette et uttrykk for at de mellommenneskelige forholdene ikke er de beste. Kanskje vil et større fokus på mellommenneskelige aspekter med tanke på å få til gode samarbeidsforhold kunne bidra til større stabilitet, framfor at man slår seg til ro med at ustabilitet i allmennlegetjenesten er et utkantfenomen og en deterministisk konsekvens av lavt folketall og lange avstander. Her har trolig de ustabile kommunene noe å lære av de stabile. Men det bør understrekes at det hviler et ansvar på begge parter – både fastleger og kommuneledelse – for å få til et klima for samarbeid til beste for brukerne av legetjenesten.

Johnsen har analysert hvilke faktorer som får leger til å begynne og slutte i *samfunnsmedisinske* stillinger.⁵ Legene legger stort sett vekt på de samme faktorene både når de vurderer å begynne i en stilling som når de vurderer å slutte. Analysene er både kvalitative og kvantitative. Den kvalitative tekstanalysen endte opp med fem hovedgrunner til å slutte:

1. Struktur: For stor arbeidsmengde og ansvar i forhold til arbeidstid, dårlig lønn, arbeidsgivers uforutsigbarhet. Dette var den viktigste faktoren både i 1999 og 2002.
2. Organisasjon: Ubalanse mellom ansvar og myndighet, spesielt i forhold til øvrig administrasjon og politisk nivå.
3. Interpersonelle forhold og sosial støtte: Både i forhold til kommunal ledelse og i forhold til faglige nettverk.
4. Faglige forhold: Mange beskrev konflikter i grensesnittet mellom fag og politikk og fag og administrasjon.
5. Personlige forhold: For mange var det snakk om familiære forhold som var årsak til at de sluttet. Men en del hadde vært innom kommunal samfunnsmedisin og funnet at dette ikke passet deres personlig-faglige preferanser.

I en kvantitativ undersøkelse, hvor legene ble spurt om en del forhåndsdefinerte faktorer, viste det seg at kontroll med arbeidets innhold og ansvarsmengde var viktig, og at de fikk bruke egne evner. Men også miljøfaktorer og stillingsinstruks skåret høyt.

I spørreskjemaundersøkelsen fra 1998 analyserte **Sørensen** og medarbeidere hva som påvirker allmennlegenes kontraktvalg og flytteplaner.³ De fant da at fastlønskcontrakter ble foretrukket av yngre leger, av leger som prioriterer fritid og samfunnsmedisinske oppgaver, og av leger som ønsker å arbeide i usentrale kommuner. Sannsynligheten for flytting var høyere for mannlige enn for kvinnelige leger og for fastlønsleger med høy arbeidsbelastning. Mange legevakter per måned medførte økt sannsynlighet for flytting. Leger med driftsavtale var mer stabile enn leger på fastlønskcontrakt. Det kan derfor synes som om privatisering virker stabiliserende,

trolig fordi det innebærer større forpliktelser for legen, med betydelige investeringer i egen virksomhet. Etter Fastlegereformen driver omtrent 90 % av fastlegene privat praksis, og det er derfor grunn til å forvente at reformen kan ha virket stabiliserende.

Sørensen fant at godt over halvparten av legene uttrykte generell tilfredshet i praksis i 2002.²⁴ Det var en tendens til at tidligere fastlønnsleger og leger i fastlegeforsøket var mer tilfredse, men ellers var det bare små forskjeller mellom legene (alder, kjønn). 35 % var mer fornøyd enn i 1998, 21 % mindre fornøyd. Igjen var det tidligere fastlønnsleger og leger i fastlegeforsøket som opplevde størst bedring (hhv. 52 % og 45 %). Listelengden hadde liten innflytelse på legenes grad av generell tilfredshet. De tidligere fastlønnslegenes tilfredshet kan ha sammenheng med det nye avlønningssystemet, mens legene i forsøkskommunene har fått redusert sin gjennomsnittlige listelengde (1 680 pasienter i 1998, 1 531 i 2002) og det kan vel forklare at de opplever økt grad av tilfredshet.

Før innføring av fastlegeordningen måtte legene velge listelengde uten å ha sikker kunnskap om hvilken arbeidsbelastning en gitt listelengde ville gi. Det var bekymring for at ulike listesammensetninger med hensyn til alder, kjønn og andel kronisk syke ville gi store ulikheter i arbeidsbelastninger, og at dette særlig ville belaste kvinnelige leger.¹⁴⁻¹⁷ Fastlegeforsøket og de kvinnelige legenes frustrasjon over arbeidsbelastningen ga imidlertid nyttige erfaringer for etablering av listene i den nasjonale ordningen i 2001. Man hadde da betydelig mer kunnskap om konsekvensene av listeetablering og ikke minst listestørrelse i forhold til arbeidsbelastning. Finansieringsordningen var gjort om fra 50/50 til 30/70, noe som gjorde det mindre attraktivt å ha svært lange lister. Mens legene i forsøkskommunen Trondheim hadde 1 650 innbyggere på listene i gjennomsnitt, ligger gjennomsnittet i dag på rundt 1 200. Ut fra dagens kunnskap om arbeidsbelastning i fastlegeordningen og erfaringene med legenes tilfredshet med listenes størrelse og sammensetning, ser det ut til at man har funnet en tilfredsstillende utforming av listene.

I sin undersøkelse blant allmennleger i Bergen fant **Hetlevik** at kvinner valgte kortere liste, men sett i forhold til listelengde var det ingen kjønnsforskjell i arbeidstid, ventetid og tilfredshetsvurderinger.⁹ Heller ikke legens alder eller ansiennitet i allmennpraksis viste klare sammenhenger med arbeidstid eller ventetid, selv om dette er variabler som kunne tenkes å være korrelert til en liste med flere pasienter med kronisk sykdom og større behov for legekontakt. Årsakene kan være at listelengdene er kortere enn i forsøkskommunene, og at det ble gitt anledning til å begrense antall aktive søkere som kom på listen (30/70-regelen).

Bare 4 % av fastlegene i Bergen planla å være ute av allmennpraksis innen tre år, og halvparten av disse var over 60 år. 70 % av legene var godt/svært godt fornøyd med å jobbe i allmennpraksis. Leger med åpen liste var mer fornøyd enn de som hadde full liste (80 % og 61 %), det var ingen kjønnsforskjeller. Det var noe færre (46 %) som var godt/svært godt fornøyd med å jobbe i fastlegeordningen, men den tidligere skepsisen til fastlegeordningen blant leger i Bergen synes ikke opprettholdt.¹⁸

Leger med lengst ventetid, særlig de som var minst fornøyd med egen ventetid, var mindre fornøyd. Ellers var det ingen forskjeller relatert til legens kjønn, alder, ansiennitet, samlet arbeidstid, listelengde eller listestatus (åpen/lukket). En ventetid på mer enn et par uker kan oppfattes som et uttrykk for "å være på etterskudd", med en arbeidsbelastning som er større enn legen ønsker. Dette kan påvirke tilfredshet med fastlegeordningen spesielt, fordi ordningen tydeliggjør legens ansvar overfor en populasjon. Leger som var moderat og mindre fornøyd, vurderte i større grad å redusere listen, men regelen om tilfeldig uttrekk kan gi legen lojalitetsproblemer overfor pasienter og medvirke til at legene ikke ber om listereduksjoner. Antakelig burde flere leger redusere listetaket før det nås, for å beholde kontroll over arbeidsmengden.

Sandvik fant at spesialister i allmennmedisin var sterkere tilhengere av fastlegeordningen ett år etter reformen enn de var på forhånd, men likevel var den generelle tilfredsheten synkende.¹⁰ Dette kan synes som en motsigelse, men man må ta i betraktning at tilfredsheten var relativt høy i utgangspunktet. Det er kanskje riktigere å si at skepsisen til fastlegeordningen har avtatt, men ikke tilstrekkelig til å unngå en redusert tilfredshet. Økningen i oppslutning om fastlegeordningen var høyere blant dem som var solopraktikere i 2001 enn blant dem som arbeidet i gruppepraksis. Solopraktikerne var mest skeptiske i utgangspunktet, og hadde derfor et større potensial for å bli positivt overrasket. Noen av dem har dessuten gått sammen i gruppepraksiser.

Til forskjell fra Hetlevik fant Sandvik at fastleger med fulle lister var mest tilfreds. Økningen i oppslutning om fastlegeordningen var også større blant dem som hadde fulle lister enn blant dem som hadde åpne lister. De ulike funnene kan skyldes at Hetleviks undersøkelse begrenser seg til fastleger i Bergen, mens Sandvik undersøkte et representativt utvalg spesialister i allmennmedisin i hele Norge.

I likhet med Sørensen fant også Sandvik at fastleger i forsøkskommunene var mer tilfredse og sterkere tilhengere av fastlegeordningen enn andre fastleger. Det er tidligere funnet synkende tilfredshet blant deltakerne i fastlegeforsøket fra 1996 til 1999,¹⁹ men de rapporterer likevel en høy grad av tilfredshet og er sterke tilhengere av fastlegeordningen. Til en viss grad kan dette være utslag av naturlig seleksjon. Forsøkskommunene har hatt fastlegeordning i mer enn ti år, og det er naturlig at de som trives med ordningen er blitt værende. En annen forklaring kan være at legene i fastlegeforsøket etter hvert har fått redusert sin arbeidsmengde.

I **Lians** spørreskjemaundersøkelse blant innbyggere i Nord-Norge og på Østlandet ble det også gjort en klassifisering av kommuner med hensyn til stabilitet i legetjenestene.^{6,20} Klassifiseringen var skjønnsmessig ut fra oppgitte kriterier og ble gjort av prosjektleder i samråd med fylkeslegene. Kommunene ble klassifisert som enten stabile eller ustabile. Med ustabilitet menes store og vedvarende problemer med utstrakt vikarbruk og tidvis ubesatte stillinger. I 2000 ble 43 kommuner karakterisert som ustabile, i 2003 var det 17.

I den samme undersøkelsen mente 27 % av brukerne at stabiliteten i legedekningen var blitt bedre, mens bare 7 % mente den var blitt dårligere. Folk i små kommuner var mindre fornøyd med stabiliteten både i 2000 og 2003, og skilte seg ut ved at de i mindre grad enn andre syntes at stabiliteten var blitt bedre. I en regresjonsanalyse, hvor man kontrollerte svarene for alder, kjønn og kommunestørrelse, avtok andelen som rapporterte manglende stabilitet som et problem (fra 28 % til 12 %). Tilsvarende økte andelen som nevnte stabilitet som et positivt aspekt (fra 29 % til 36 %).

Lian fant også at en variabel som sier noe om stabiliteten og kontinuiteten i forholdet mellom lege og pasient, *vært hos samme lege før*, var den viktigste forklaringen på pasientenes grad av fornøydhet med de fleste aspektene av legetjenesten. Men dette kan selvsagt også tolkes som et uttrykk for at de som oppsøker samme lege flere ganger, gjør det fordi de tidligere har vært fornøyd med han eller henne.

Til forskjell fra dette fant **Breidablik** at brukernes tilfredshet samvarierte negativt med økende legestabilitet.⁸ Denne undersøkelsen var imidlertid begrenset til ni legekontor i Møre og Romsdal, og funnet har derfor tvilsom generaliserbarhet.

Riksrevisjonen gjennomførte i mars 2004 en landsomfattende spørreskjemaundersøkelse til alle landets kommuner (bydeler i Oslo og Bergen) og oppnådde en meget høy svarprosent (95,7).²¹ 74 % av kommunene mente at stabiliteten blant legene var uendret, 8 % mente den var blitt verre og 18 % bedre. Det var lite variasjon mellom ulike kommunestørrelser.

Referanser

1. Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Kontraktsvalg, tjenesteproduksjon og stabilitet i allmennlegetjenesten. Forskningsrapport 10/1999. Handelshøyskolen BI, Institutt for offentlige styringsformer.
2. Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Fastlegereformen - En analyse av fastlegenes arbeidsbelastning og tjenestetilbud. Forskningsrapport 11/ 2003. Handelshøyskolen BI, Institutt for offentlige styringsformer.
3. Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Hva påvirker allmennlegenes kontraktsvalg og flytteplaner? Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120(26):3134-9.
4. Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Legenes arbeidssituasjon etter ett år med fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(3):358-61.
5. Pettersen B, Johnsen R. Søkelys på samfunnsmedisinen. Evaluering av kommunal samfunnsmedisinsk legetjeneste, offentlig legearbeid og de forebyggende oppgaver i fastlegeordningen. Rapport til Norges Forskningsråd. Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 2004.
6. Lian OS. Pasienterfaringer i primærlegetjenesten før og etter Fastlegereformen. ISM skriftserie nr 70. Universitetet i Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, 2003.
7. Abelsen B, Karlsen Bæck DU, Kramvig B, Moilanen M. Lav stillingsstabilitet som utfordring for fastlegeordningen i Finnmark og Nord-Trøndelag. NORUT Samfunnsforskning AS, Rapport nr 06/05.
8. Breidablik HJ, Meland E. Pasientenes syn på fastlegeordningen - entusiasme med forbehold. Utposten 2004;33(7):36-8.
9. Hetlevik Ø, Hunskår S. Listelengde, arbeidstid, ventetid og jobbtildfredshet blant fastleger i Bergen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(6):813-5.
10. Sandvik H. Fastlegeordningen: forventninger og erfaringer. Tidsskr Nor Lægeforen 2003;123(10):1319-21.
11. Feiring E. Forgubbingstendens blant fastlegene. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125(11):1467.

12. Andersen F, Forsdahl A, Herder O, Aaraas IJ. Legemangelen i distriktene - nordnorske funn, nasjonale utfordringer. Tidsskr Nor Lægeforen 2001;121(23):2732-5.
13. Andersen F, Herder O, Forsdahl A. Kommunelegetjenesten i Nord-Norge 1995-97. Tidsskr Nor Lægeforen 1999;119(9):1296-8.
14. Hasvold T. Listestørrelse og kvalitet i fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120(7):786-7.
15. Malterud K, Steinert S, Mo TO. Kjønn, arbeidsbelastning og listeprofil i allmennpraksis. Erfaringer fra fastlegeforsøket. Tidsskr Nor Lægeforen 1995;115(19):2406-11.
16. Fjermestad T, Paulsen B. Populasjonsansvar i allmennpraksis. Tre års erfaringer med fastlegeordning i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1996;116(21):2573-6.
17. Skogsholm A, Hasvold T. Er fastlegesystemet mer krevende for kvinnelige enn for mannlige leger? Tidsskr Nor Lægeforen 1999;119(23):3417-20.
18. Fosse G, Jøsendal O. Forventninger til fastlegeordningen. Spørreskjemaundersøkelse blant allmennpraktiserende leger i Bergen kommune. Tidsskr Nor Lægeforen 1997;117(9):1316-9.
19. Paulsen B. Seks år med fastlegeordning - hva mener fastlegene? Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120(7):788-91.
20. Lian OS, Wilsgaard T. Pasienterfaringer i primærlegetjenesten før og etter fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(5):655-8.
21. Riksrevisjonens undersøkelse om forvaltning av og måloppnåelse i fastlegeordningen. Riksrevisjonens administrative rapport nr. 1 2005.

7.3. Legedekning – Rekruttering

Departementet utarbeidet følgende problemstillinger (nøkkelsspørsmål) for dette evalueringsområdet:

- Hvilke konsekvenser har legenes holdning til fastlegeordningen for rekrutteringen til allmennpraksis?
- Har spesielle forhold ved innføring av fastlegeordningen betydning for rekrutteringen? (stikkord: avtaleforhold, økonomi, oppfatning av i hvilken grad primærhelsetjenesten er prioritert)
- Hva motiverer leger for arbeid i kommunehelsetjenesten?
- Hvordan utvikler rekrutteringen av leger til kommunehelsetjenesten seg?
- Hvordan er sammenhengen mellom turnustjeneste og rekruttering til kommunehelsetjenesten?

Styringsdata fra Rikstrygdeverket gir kvartalsvise oversikter over hvor mange nye fastlegeavtaler som inngås (se tabell 7.2.1 og 7.2.2). Andel lister som mangler lege har gradvis blitt redusert og utgjorde 2,3 % ved utgangen av første halvår 2005.

Tabell 7.3.1. Styringsdata for fastlegeordningen (Rikstrygdeverket)

	Juni	Des.	Juni	Des.	Juni	Des.	Juni	Des.	Juni
	2001	2001	2002	2002	2003	2003	2004	2004	2005
Andel av listene som mangler lege	7,1	4,3	3,5	3,3	3,2	2,9	2,7	2,6	2,3
Andel kvinnelige fastleger	28,8	29,0	29,1	29,4	29,3	29,4	29,7	29,9	30,0

Prosjektnr: 158405/V50 **Prosjektleder:** Unn Doris Bæck **Prosjekt:** Legedekning og stillingsstabilitet som utfordringer for fastlegeordningen

Denne studien består av en spørreskjemaundersøkelse blant 100 fastleger i Finnmark og Nord-Trøndelag, samt en kvalitativ studie blant 13 fastleger og representanter fra 7 kommuner.¹

Kommunene ble klassifisert som stabile eller ustabile på bakgrunn av styringsdata fra RTV. Man registrerte andel innbyggere på lister uten lege, andel fastlegeavtaler (eksklusive lister uten lege) som er betjent av vikarer og andelen ufrivillige legebytter. Dersom minst to av disse andelen lå over landsgjennomsnittet, ble kommunen klassifisert som ustabil. På grunn av manglende styringsdata ble fire kommuner skjønsmessig klassifisert som ustabile. Dette resulterte i at 9 kommuner i Finnmark og 10 i Nord-Trøndelag ble klassifisert som ustabile.

Kvalitativ studie

Generelt synes arbeidsbetingelsene i form av en rekke særordninger og gode lønnsvilkår å være langt bedre i Finnmark enn i Nord-Trøndelag. I Finnmark er tidligere ”Nord-Norge ordninger” videreført av kommunene innenfor:

- Fire måneder lønnet permisjon hvert tredje år
- To uker fri hvert år med lønn for å gå på dokumenterte kurs
- To uker tjenestefri med lønn (forlenget ferie)

Kommunene både i Finnmark og Nord-Trøndelag benytter i tillegg ulike andre særordninger i sine rekrutteringsstrategier. Disse er tilbud om dekning av flyttekostnader, tilbud om bolig, barnehageplass, dekning av avdrag på studielån, plass på elgjaktval osv. De forholdsvise gode arbeidsbetingelsene som brukes i rekruttering til legestillinger i Finnmark var, i følge majoriteten av fastlegene, ikke de viktigste rekrutterende forhold ved valg av arbeidssted. Samtidig la mange av fastlegene i Finnmark vekt på at eksistensen av særordningene var en forutsetning for at de fortsatt vurderte de stillingene de hadde som interessante og en forutsetning for videre engasjement. Særordningene kan dermed sies å virke mer stabiliserende enn rekrutterende:

”Det er en veldig god premiering for å være her. Men jeg kom frivillig og jeg er fortsatt her frivillig. Det er ikke på grunn av ordningene. Bortsett fra at i dag ville jeg nok ikke bli her hvis jeg ikke beholdt ordningene. Jeg ser på det som en honorering for at jeg har vært lenge og at jeg har bidratt ansvarlig og profesjonelt til helsetjenesten.”

Fastlegene ga likevel uttrykk for at lønn ikke var den viktigste motiverende faktoren, verken i forhold til rekruttering eller i forhold til stabilitet. De var oppmerksomme på at de ofte tjente det dobbelte av det de kommunale representantene de forhandlet lønn med tjente, men sammenlignet seg først og fremst med andre leger i fylket og på landsbasis. Mange var opptatt av at fastlegeordningen antas å ha medført lønnsforskjeller mellom legepraksiser i byer og legepraksiser i utkantkommuner.

Flere av fastlegene i de mindre utkantkommunene hadde valgt bo- og arbeidssted med bakgrunn i ønsket om å realisere verdier som å produsere gode tjenester for sine pasienter og ta del i samfunnsoppgaver i den kommunen der de bor. De oppfattet primærlegetjenester i en liten kommune, der avstanden til sykehus ofte er stor, som en anledning til å møte utfordrende og mangfoldige helsemessige problemstillinger. Flere hadde også valgt bosted for å kunne prioritere samvær med barn og familie.

Spørreskjemaundersøkelse blant fastlegene

Spørreskjemaundersøkelsen omfattet et tilfeldig utvalg på 100 fastleger og man fikk svar fra 50. Svarprosenten var høyere i stabile kommuner enn i ustabile, og var bare 22 % i de ustabile kommunene i Finnmark. Det er grunn til å anta at det var de mest stabile legene som svarte. Fastlegene hadde i gjennomsnitt vært ansatt 11 år i kommunen, 9 år i de ustabile og 13 år i de stabile kommunene.

Tabell 7.3.2. Kjenntegn ved respondentene i stabile og ustabile kommuner. Andeler i prosent

	Alle N = 50	Stabile N = 32	Ustabile N = 18	
Gjennomsnittsalder	44	45	42	
Median alder	44	46	41	
Kvinneandel	34	34	33	
Gjennomsnittlig antall år som allmennlege i kommunen	11	13	9	
Median antall år som allmennlege i kommunen	11	14	5	
Andel ansatt i kommunen før 2001	76	84	61	*
Andel med norsk som morsmål	90	84	100	*
Andel med utdanning fra Norge	78	75	83	
Andel gift / samboende	90	84	100	*
Andel bosatt i tettsted med mer enn 5 000 innbyggere	62	56	72	
Andel med spesialistutdanning i allmenn- eller samfunnsmedisin	62	72	44	**
* p < 0,1 ** p < 0,05				

Respondentene ble bedt om å tenke tilbake til da de begynte å arbeide som lege i kommunen og tilkjennegi hvordan de vurderte viktigheten av en rekke ulike forhold ved valget av kommunen som arbeidssted. Ønsket om å jobbe i primærhelsetjenesten var det forhold som i gjennomsnitt ble vektlagt som viktigst. Deretter fulgte tilknytning til stedet, kommunen eller fylket og utfordringer i jobben. For respondentene i de ustabile kommunene var ønsket om å jobbe i primærhelsetjenesten signifikant viktigere enn for respondentene i de stabile kommunene, som la signifikant mer vekt på tilknytning til stedet, kommunen eller fylket. Muligheten for å utøve spesielle fritidsinteresser ble også signifikant mer vektlagt blant fastlegene i de stabile kommunene. Resultatene gir grunn til å anta at stedsvalget var av mer vesentlig betydning for fastlegene i de stabile kommunene, mens sektorvalget synes å være mer vesentlig for fastlegene i de ustabile kommunene. Vaktbelastningen var også et forhold som ble vurdert som relativt viktig. Fastlegene i de stabile kommunene la signifikant større vekt på dette enn fastlegene i de ustabile kommunene.

Muligheten for faglig utvikling, for å ta spesialistutdanning, samt jobbmuligheter for eventuell ektefelle/samboer ble i gjennomsnitt vurdert som relativt viktig av begge grupper. Kjennskap til stedet eller kommunen etter turnustjeneste, lønnsbetingelsene og samarbeidsklimaet mellom legetjenesten og den kommunal ledelsen ble tillagt mindre vekt i begge grupper. Av de forhold fastlegene ble bedt om å vurdere, var muligheten for å drive forsknings- og utviklingsarbeid det som ble ansett som minst viktig ved tidspunkt for ansettelse.

Fastlegene som jobbet i Finnmark vurderte i tillegg viktigheten av to ulike særordninger. Den ene var ordningen med nedskrivning av studielån som har vært praktisert som et personrettet tiltak for bosatte i Tiltakssonen siden 1988. Den andre var en permisjonsordning hvor fastlegene får 4 måneder permisjon med lønn hvert tredje år. Tidligere gikk denne ordningen under benevnelsen Nord-Norge-permisjon og var en statlig tiltaksordning som falt bort ved innføringen av fastlegeordningen. Alle kommuner i fylket har imidlertid på eget initiativ og innenfor egne økonomiske rammer valgt å videreføre ordningen for sine fastleger. Permisjonsordningen ble i gjennomsnitt vurdert som viktig blant alle fastlegene. Ordningen med nedskrivning av studielån ble tillagt større vekt blant fastlegene i de ustabile kommunene sammenlignet med de stabile. Dette har trolig sammenheng med at det var flere yngre blant fastlegene i de ustabile kommunene enn i de stabile. Resultatene indikerer at særordningene har betydning. Permisjonsordningen bidrar til stabilitet både i stabile og ustabile kommuner, mens ordningen med nedskrivning av studielån synes å ha betydning for rekrutteringen, spesielt i ustabile kommuner.

Tabell 7.3.3. Viktigheten av ulike forhold ved valget av kommunen som arbeidssted. Gjennomsnittsvurdering på en skala fra 1 = ikke viktig til 5 = svært viktig. Sammenligning mellom respondenter i stabile og ustabile kommuner

	Alle N = 50	Stabile N = 32	Ustabile N = 18	
Ønsket å jobbe i primærhelsetjenesten	4,0	3,8	4,4	**
Tilknytning til stedet / kommunen / fylket	3,8	4,1	3,2	*
Utfordringene i jobben	3,8	3,7	4,0	
Muligheten for faglig utvikling	3,7	3,8	3,6	
Jobbmuligheter for ektefelle / samboer	3,7	3,8	3,5	
Vaktbelastningen	3,6	3,9	3,2	**
Mulighetene for å ta spesialistutdanning	3,5	3,6	3,4	
Kjennskap til stedet / kommunen etter turnustjeneste	3,1	3,0	3,3	
Lønnsbetingelsene jeg ble tilbudt	3,1	3,2	3,0	
Muligheten for å utøve spesielle fritidsinteresser	3,0	3,3	2,4	**
Samarbeidsklimaet mellom legetjenestene og den kommunale ledelsen	2,7	2,8	2,4	
Mulighetene for å drive forskning / fagutvikling	2,3	2,5	1,9	
Særordninger i Finnmark:	N = 21	N = 17	N = 4	
Ordningen med nedskrivning av studielån	2,7	2,4	3,8	
4 mnd permisjon med lønn hvert 3. år	3,8	3,8	4,0	
* p < 0,1 ** p < 0,05				

7.3.1. Oppsummering

Styringsdata fra **Rikstrygdeverket** viser at andel av listene som mangler lege er gradvis synkende, fra 7,1 % i juni 2001 til 2,3 % ved utgangen av første halvår 2005. I samme periode har andel kvinnelige fastleger økt fra 28,8 % til 30,0 %. Kvinnelige leger har inngått 37 % av alle nye fastlegeavtaler. Det er likevel grunn til å merke seg at kvinneandelen blant fastleger øker langsommere enn blant andre leger, noe som betyr at en synkende andel av kvinnelige leger er fastleger.² Rikstrygdeverkets tall viser også at 17 % av alle nye avtaler har vært inngått av leger i alderen 20 - 29 år, 54 % i alderen 30 - 39 år og 25 % i alderen 40 - 54 år.

Bæck har gjennomført kvalitative studier og spørreskjemaundersøkelser blant fastleger og kommuner i Finnmark og Nord-Trøndelag.¹ Kommunene ble klassifisert som stabile eller ustabile på bakgrunn av styringsdata fra RTV.

Det generelle inntrykket var at arbeidsbetingelsene i form av en rekke særordninger og gode lønnsvilkår var langt bedre i Finnmark enn i Nord-Trøndelag. I Finnmark er tidligere "Nord-Norge ordninger" videreført av kommunene i form av fire måneder permisjon hvert tredje år, to uker fri hvert år for å gå på kurs og to uker forlenget ferie. Kommunene benytter i tillegg ulike andre særordninger i sine rekrutteringsstrategier. Disse kan være tilbud om dekning av flyttekostnader, tilbud om bolig, barnehageplass, dekning av avdrag på studielån, plass på elgjaktval osv.

De forholdsvis gode arbeidsbetingelsene som brukes i rekruttering til legestillinger i Finnmark var, i følge majoriteten av fastlegene i den kvalitative studien, ikke de viktigste rekrutterende forhold ved valg av arbeidssted. Men mange av fastlegene i Finnmark la vekt på at eksistensen av særordningene var en forutsetning

for at de fortsatt vurderte de stillinger de hadde som interessante og en forutsetning for videre engasjement. Særordningene kan dermed sies å virke mer stabiliserende enn rekrutterende.

Lønn er ikke den viktigste motiverende faktoren, verken i forhold til rekruttering eller i forhold til stabilitet. Flere av fastlegene i de mindre utkantkommuner hadde valgt bo- og arbeidssted med bakgrunn i ønsket om å realisere verdier som å produsere gode tjenester for sine pasienter og ta del i samfunnsoppgaver i den kommunen der de bor. De oppfattet primærlegetjenester i en liten kommune, der avstanden til sykehus ofte er stor, som en anledning til å møte utfordrende og mangfoldige helsemessige problemstillinger. Flere hadde også valgt bosted for å kunne prioritere samvær med barn og familie.

Spørreskjemaundersøkelsen blant fastlegene var av begrenset omfang (50 respondenter) og med en underrepresentasjon fra ustabile kommuner, særlig i Finnmark. Det er trolig de mest stabile legene som har svart.

Respondentene ble bedt om å tenke tilbake til da de begynte å arbeide som lege i kommunen og tilkjennegi hvordan de vurderte viktigheten av en rekke ulike forhold ved valget av kommunen som arbeidssted. Ønsket om å jobbe i primærhelsetjenesten ble vektlagt som viktigst. Dernest fulgte tilknytning til stedet, kommunen eller fylket og utfordringer i jobben.

For respondentene i de ustabile kommunene var ønsket om å jobbe i primærhelsetjenesten signifikant viktigere enn for respondentene i de stabile kommunene som la mer vekt på tilknytning til stedet, kommunen eller fylket. Muligheten for å utøve spesielle fritidsinteresser ble også mer vektlagt blant fastlegene i de stabile kommunene. Vaktbelastningen var også et forhold som ble vurdert som relativt viktig. Fastlegene i de stabile kommunene la signifikant større vekt på dette sammenlignet med fastlegene i de ustabile kommunene.

Muligheten for faglig utvikling, for å ta spesialistutdanning samt jobbmuligheter for eventuell ektefelle/samboer ble vurdert som relativt viktig av begge grupper. Dette er i tråd med en tidligere kartlegging og analyse av legemangelen i Nord-Norge. Mangel på faglig nettverk og faglig isolasjon, kombinert med stor arbeidsbelastning, var av sentral betydning for rekruttering av leger til distriktkommuner.³

Riksrevisjonen gjennomførte i mars 2004 en landsomfattende spørreskjemaundersøkelse til alle landets kommuner (bydeler i Oslo og Bergen) og oppnådde en meget høy svarprosent (95,7).⁴ Denne undersøkelsen viste at svært mange kommuner gir ulike godtgjørelser til fastlegene ut over basistilskudd eller fast lønn. Dette gjelder 52 % av kommuner med privatpraktiserende leger og 68 % av kommuner med kommunalt ansatte fastleger. Kommunene opplyste at den viktigste årsaken til dette er å beholde eller rekruttere leger.

Slike tilleggsgodtgjørelser er mest utbredt i de små kommunene, og særlig i små kommuner med fastlønte leger (80 % av kommunene med under 5 000 innbyggere og fastlønte leger). Helsedepartementet har i sine kommentarer til Riksrevisjonen uttalt at omfanget av ekstragodtgjørelser kan ha ført til en omvendt profil på utgiftsutviklingen enn forventet, selv om utjamningsordningen har bidratt til å modifisere dette. Det var på forhånd ventet at utgiftene per innbygger ville øke mest i større kommuner. Videre mener departementet at problemene i Sogn og Fjordane kan skyldes at mange av kommunene i dette fylket ikke gir godtgjørelser til legene utover ytelsene det sentrale avtaleverket spesifiserer.⁴

Referanser

1. Abelsen B, Karlsen Bæck DU, Kramvig B, Moilanen M. Lav stillingsstabilitet som utfordring for fastlegeordningen i Finnmark og Nord-Trøndelag. NORUT Samfunnsforskning AS, Rapport nr 06/05.
2. Feiring E. Forgubbingstendens blant fastlegene. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125(11):1467.
3. Andersen F, Forsdahl A, Herder O, Aaraas IJ. Legemangelen i distriktene - nordnorske funn, nasjonale utfordringer. Tidsskr Nor Lægeforen 2001;121(23):2732-5.
4. Riksrevisjonens undersøkelse om forvaltning av og måloppnåelse i fastlegeordningen. Riksrevisjonens administrative rapport nr. 1 2005.

7.4. Legedekning – Offentlig legearbeid

Departementet utarbeidet følgende problemstillinger (nøkkelsspørsmål) for dette evalueringsområdet:

- Hvordan fordeles de offentlige legeoppgavene blant kommunens leger?
- Hvordan påvirker Fastlegereformen de ulike deltjenester innen det kommunale offentlige legearbeidet: rekruttering, omfang, innhold og eventuelt annet?
- Har reformen konsekvenser for enkeltlegers motivasjon eller interesse for deltjenester innen det offentlige legearbeidet?
- Har ulike avtaler/avlønninger og/eller bruk av felleslister noen betydning for rekruttering til offentlig legearbeid?

Data fra Statistisk sentralbyrå viser at antall legeårsverk i kommunehelsetjenesten totalt økte med 10,2 % fra 1994 til 2000 og økte videre med 8,8 % fra 2000 til 2004 (tabell 7.4.1).¹ Antall legeårsverk i institusjoner for eldre og funksjonshemmede økte med 19,2 % fra 1994 til 2000 og økte videre med 12,6 % fra 2000 til 2004. Antall legeårsverk i skole og helsestasjon økte med 8,6 % fra 1994 til 2000, men avtok med 5,3 % fra 2000 til 2004. Antall legeårsverk i samfunnsmedisinsk arbeid (administrasjon, miljørettet helsevern og annet forebyggende arbeid, "annet") avtok med 15,0 % fra 1994 til 2000 og avtok videre med 8,4 % fra 2000 til 2004.

Tabell 7.4.1. Legeårsverk etter virkeområde i kommunehelsetjenesten 1994 - 2004

	Leger i alt	Diagnose, behandling og rehabilitering	Skole og helsestasjon	Miljørettet helsevern	Annet forebyggende arbeid	Institusjoner for eldre og funksjonshemmede	Administrasjon	Annet
1994	3 457	2 760	210	.	.	193	.	294
1995	3 436	2 752	213	.	.	201	.	271
1996	3 518	2 830	217	.	.	213	.	258
1997	3 555	2 864	219	.	.	204	.	268
1998	3 689	2 976	222	.	.	222	.	269
1999	3 752	3 044	227	.	.	225	.	257
2000	3 809	3 102	228	82	65	230	103	.
2001	4 109	3 376	231	80	80	249	93	.
2002	4 151	3 429	232	75	71	257	87	.
2003	4 131	3 417	224	77	72	259	82	.
2004	4 143	3 439	216	78	72	259	79	.

Kilde: SSB, foreløpige tall 2004. Det er brudd i tidsserien siden 2000 på grunn av nye virkeområder i forbindelse med KOSTRA.

Prosjektnr: 144311/330
Prosjektleder: Rune Sørensen
Prosjekt: 158403/V50
Forskningsbasert evaluering av fastlegeordningen

Analysene bygger på to spørreskjemaundersøkelser blant allmennleger, i 1998 og 2002. 1 639 besvarte spørreskjemaet i 1998 (svarprosent 66), 2 306 i 2002 (svarprosent 70). Mange av spørsmålene gikk igjen i begge spørreundersøkelsene, men i tillegg inneholdt undersøkelsen i 2002 en bolk om allmennlegenes situasjon etter Fastlegereformen.^{2 3}

I følge allmennlegeundersøkelsen 2002 brukte hver lege i gjennomsnitt 4,7 timer per uke på offentlig legearbeid. Dette var en nedgang fra 5,0 timer i 1998. Forskjellen forsvinner imidlertid når man kontrollerer for at utvalgene er forskjellige i de to årene. Tidligere fastlønnsleger brukte litt mindre tid per uke enn tidligere, avtaleløse leger noe mer, og disse to oppveier hverandre.

Prosjektnr:	Prosjektleder:	Prosjekt:
144320/330	Roar Johnsen	Søkelys på samfunnsmedisinen. Samfunnsmedisinsk hverdag

Dette er en intervjuundersøkelse med ordførere, rådmenn, kommunelege I og fastleger i et utvalg kommuner og bydeler. Alle helseregioner og kommunistørrelser er representert, 90 kommuner i 2001 og 60 kommuner i 2002. I tillegg er det brukt data fra spørreskjemaundersøkelser blant leger i kommunale samfunnsmedisinske stillinger i alle landets kommuner i 1994, 1999 og 2002 (svarprosent 64 % - 70 %).⁴

Arbeidstidsbruk

Det var en nedgang i antall timer samfunnsmedisinsk arbeid per samfunnsmedisinere fra 1994 til 1999 (fra 17,3 til 15,1 timer per uke) og fra 1999 til 2002 (til 13,1 timer per uke). Tiden har dels blitt omprioritert til klinisk arbeid, dels til fritid. Fra 1994 til 1999 var det størst nedgang for miljørettet helsevern, fra 1999 til 2002 var det størst nedgang for administrasjon og ledelse.

Dersom man multipliserer gjennomsnittlig samfunnsmedisinsk arbeidstid blant alle responderende samfunnsmedisinere med totalt antall registrerte stillinger, finner man at totalt utført samfunnsmedisinsk arbeid i kommunal sektor i 1994 var 8 737 timer/uke, i 1999 8 426 timer/uke (4 % reduksjon) og 7 257 timer/uke i 2002 (14 % reduksjon). Antallet samfunnsmedisinere økte noe fra 1994 til 1999, hovedsakelig i større kommuner, og forble siden stabilt til 2002.

Tabell 7.4.2. Kommunale samfunnsmedisinere i 1994, 1999 og 2002

	1994	1999	Rekruttert etter 1994	2002	Rekruttert etter 1999
Totalt	505	555	286	553	230
Vakanser	5	20		35	
Andel kvinner	10 %	16 %	23 %	18 %	22 %

I 1994 var 12 % av samfunnsmedisinerne i full stilling, 13 % i 1999 og 9 % i 2002. Resten kombinerte deltids samfunnsmedisinsk stilling med klinisk arbeid som allmennpraktiker/fastlege. Leger i kombinerte stillinger brukte i gjennomsnitt 35 % av sin totale arbeidstid på samfunnsmedisinske oppgaver i 1994, og 30 % i 1999 og 2002. I tillegg brukte de henholdsvis 10,10 og 11 % på offentlige allmennmedisinske oppgaver.

I 1994 og 1999 arbeidet kombilegene ca 3 timer mer per uke enn samfunnsmedisinere i hel stilling. I 2002 hadde kombilegene redusert sin totale arbeidstid, slik at det ikke lenger var noen forskjell mellom gruppene.

I 1994 var 70 % av samfunnsmedisinerne på fast lønn både for det samfunnsmedisinske og det kliniske arbeidet, resten hadde en kombinasjon av fast lønn og stykkpris for klinisk arbeid. Fastlønsandelen sank til 45 % i 1999 og 33 % i 2002. Om en holder heltidssamfunnsmedisinerne utenfor, var det en endring fra 48 % i 1999 til 24 % i 2002. Økningen i stykkprisfinansiering av klinisk arbeid er størst i de mellomstore kommunene og minst i de små. Begge gruppene reduserte sin totale arbeidstid med 4-5 timer per uke fra 1994 til 2002. Størst reduksjon i arbeidstid hadde fastlønslegene fra 1999 til 2002. Størstedelen av arbeidstidsreduksjonen ble tatt ut på samfunnsmedisinsk arbeid, mindre på klinisk arbeid.

Spesialister i samfunnsmedisin reduserte sin totale arbeidstid fra 1999 til 2002 ved reduksjon både i samfunnsmedisinsk og klinisk arbeid (hhv. 1,9 og 1,7 timer), mens ikke-spesialister reduserte sin arbeidstid gjennom en forholdsmessig større reduksjon i samfunnsmedisinsk arbeid (2,6 timer) og en mindre økning i klinisk arbeid (1,8 timer).

I mindre kommuner arbeidet samfunnsmedisinerne mindre i samfunnsmedisinske virksomhetsområder enn i større kommuner, mens det motsatte var tilfelle for de offentlige allmennmedisinske virksomhetsområdene. Arbeidstid innenfor klinisk arbeid var også klart større i de mindre kommunene, men økte kraftig over tid i de største kommunene (tabell 7.4.3). Endringene er altså størst i de største kommunene (> 15 000), med en reduksjon i total samfunnsmedisinsk arbeidstid og en økning i klinisk arbeidstid. Dette skyldes trolig at

heltidsstillinger eller store samfunnsmedisinske stillinger i de større kommunene ble delt og omgjort til stillinger med mer klinikk i forbindelse med Fastlegereformen.

Tabell 7.4.3. Arbeidstid innenfor ulike virksomhetsområder, for ulike kommunestørrelser og år. Gjennomsnittlig antall timer per uke. 1994, 1999 og 2002

	År	Kommunestørrelse				
		0 - 1 999	2 000 - 4 999	5 000 - 14 999	15 000 - 49 999	50 000 +
Totalt samfunns- medisinsk arbeid	1994	9,2	13,3	16,9	27,3	30,6
	1999	8,5	11,5	14,8	20,9	22,3
	2002	7,0	10,1	13,5	17,8	15,8
Offentlig allmennmedisinsk arbeid	1994	6,4	4,9	3,4	3,0	3,9
	1999	5,4	4,9	4,5	3,8	4,2
	2002	6,0	5,0	3,2	4,3	3,4
Klinisk arbeid	1994	23,3	24,4	23,3	10,4	7,2
	1999	25,3	25,0	23,2	16,0	15,3
	2002	24,4	24,3	22,4	16,5	23,2
Total arbeidstid	1994	39,0	42,6	43,6	40,6	41,7
	1999	39,1	41,3	42,5	40,8	41,8
	2002	37,5	39,3	39,1	39,1	42,3

Mobilitet i det samfunnsmedisinske arbeidsmarkedet

Med fastlegeordningen er det lagt til rette for en større stabilitet i lege-pasientrelasjonen. Spørsmålet er om dette også vil øke stabiliteten mellom lege og kommune (for kommunale samfunnsmedisinere).

Antall vakanser økte fra 1 % i 1994 til 3,5 % i 1999 og 6 % i 2002. Beregnet avgang per år var 48 i den første perioden og 78 i den andre, nærmere 50 % utskifting i stillingene over henholdsvis 5 og 3 år. Utskiftingen startet før, men økte kraftig i perioden hvor fastlegeordningen ble innført.

Det er forholdsvis flere kvinner blant dem som slutter, de er noe yngre og har vært kortere tid i stillingen. De har også i mindre grad spesialisert i allmenn- eller samfunnsmedisin. De samme karakteristika gjelder for dem som begynner i stillingene. De som begynte i 1999 hadde oftere spesialisert i allmennmedisin enn de som begynte i 2002 (hhv. 47 % og 34 %), mens det omvendte var tilfelle for spesialisert i samfunnsmedisin (hhv. 13 % og 19 %). Dette kan forstås slik at det i 1999 var en større yrkesmessig mobilitet blant allmennmedisinske spesialister mens det i 2002 var mindre, de har slått seg mer til ro, – utenfor samfunnsmedisinen. Samtidig var det altså en større grad av nyrekruttering av spesialister i samfunnsmedisin fra 1999 til 2002.

De som sluttet mellom 1999 og 2002 gjorde dette i hovedsak (75 %) for å gå inn i kliniske stillinger på kommunalt nivå (62 %). Spesialister i samfunnsmedisin gikk i noe større grad inn i den sentrale helseforvaltningen. Tallene for perioden 1994 til 1999 er mer usikre, men også da gikk de fleste (70 %) over i kliniske stillinger, men bare 49 % på kommunalt nivå. Kommunal klinisk medisin ser altså ut til å ha blitt mer aktuell å søke til for leger som slutter i samfunnsmedisinske stillinger i den perioden fastlegeordningen ble innført.

Legene ble spurt om sine fremtidsplaner på kort og lang sikt. På lang sikt var det en avtakende andel som planla å søke seg bort fra kommunal samfunnsmedisin før pensjonsalderen (59 % i 1999 og 44 % i 2002). På kort sikt var andelen som planla å skifte til annen samfunnsmedisinsk stilling relativt stabil og lav fra 1994 til 2002 (hhv. 8 %, 7 % og 6 %). Andelen som planla å søke seg over i annet medisinsk arbeid var høyere (hhv. 19 %, 21 % og 9 %). Andelen som planla å søke en stilling på annet forvaltningsnivå eller gå over i privat praksis var hhv. 15 %, 19 % og 8 %. Det ser derfor ut til at noen stabiliserende prosesser kom i gang rundt etableringen av fastlegeordningen. Dette kan være uttrykk for at de som ønsket å slutte, gjorde det før innføringen av fastlegeordningen, og at det krever mer planlegging å flytte på seg når man er etablert innenfor fastlegeordningen.

De legene som hadde sluttet mellom 1999 og 2002, og andre spesialister i samfunnsmedisin som ikke var i kommunal stilling, ble spurt om de hadde planer om å søke seg tilbake til slik stilling før pensjonsalderen. I 1999 var det 20 % som svarte positivt, i 2002 bare 9 %. Det betyr at man må basere seg på nyrekruttering og stabilisering av de nyrekruttede.

Respondentene ble spurt om hvilke tiltak de mente kunne bidra til at de samfunnsmedisinske og øvrige offentlige legetjenester bedre kunne ivaretas. Størst betydning ble tillagt utdanningsprogrammer, tilrettelegging for spesialisering og styrking av kontakten mellom sentrale ressursmiljøer og lokal samfunnsmedisin. Mange nevnte også bedre lønn og interkommunale ordninger som positive tiltak.

Offentlig legearbeid - dimensjonering, dekningsgrad og prioritering før og etter Fastlegereformen

Mange respondenter reservert seg mot å gi detaljerte timeangivelser og derfor brukes kun relative andeler. Man spurte om de avsatte timer i 2001 var mindre, det samme eller mer enn før fastlegeordningen. I stor grad (80 - 95 %) svarte de at det var uendret (tabell 7.4.4). Kurativ privat praksis var økt i 21 % av kommunene, kurativ fastlønnet praksis redusert i 16 %. Det var noe hyppigere økning enn reduksjon for offentlig allmenntilleggslegearbeid og omvendt for samfunnsmedisin.

Tabell 7.4.4. Samfunnsmedisinernes angivelser om *avsatte timer* til legetjenester i kommunehelsetjenesten ved starten av fastlegeordningen i 2001 var mindre, samme eller mer enn før fastlegeordningen. Prosent

	Avsatte timer ved start av fastlegeordningen i forhold til før fastlegeordningen		
	Mindre	Samme	Mer
Miljørettet helsevern	6	86	8
Administrasjon og ledelse	13	79	8
Smittevern	5	88	7
Kurativ - fastlønnet	16	82	2
Kurativ privat praksis	2	77	21
Helsestasjon	4	94	2
Skolehelsetjeneste	4	85	12
Syke/aldershjem	3	85	12
Annet forebyggende arbeid	2	96	2
Annet legearbeid	0	96	4

Dekningsgraden av legetjenester i 2002 sammenlignet med tidligere var uendret for 75 - 91 %. Størst positiv endring ble funnet for kurativt arbeid og syke/aldershjem, størst negativ endring for samfunnsmedisinske legetjenester (tabell 7.4.5).

Tabell 7.4.5. Samfunnsmedisinernes angivelser om *dekkede timer* til legetjenester i kommunehelsetjenesten etter ett år med fastlegeordning var mindre, samme eller mer enn før fastlegeordningen. Prosent

	Dekning første året etter fastlegeordningen i forhold til før fastlegeordningen		
	Mindre	Samme	Mer
Miljørettet helsevern	13	81	6
Administrasjon og ledelse	13	81	6
Smittevern	2	89	9
Kurativ - fastlønnet	11	76	13
Kurativ privat praksis	2	75	23
Helsestasjon	8	86	6
Skolehelsetjeneste	4	90	6
Syke/aldershjem	3	81	16
Annet forebyggende arbeid	2	88	10
Annet legearbeid	0	91	9

I 2001 ble det spurt om i hvilken grad man mente 8 lovpålagte oppgaver ville bli dekket i tiden etter fastlegeordningen (tabell 7.4.6). Svar ble gitt på en skala fra 1 (ikke dekket) til 5 (optimalt dekket). Den store majoriteten (85 - 93 %) mente at dekningsgraden ville være uendret, bortsett fra for de kurative oppgavene hvor 24 % mente at dekningsgraden ville bli bedre.

Ett år etter innføringen av fastlegeordningen synes forventningen å ha slått til, men miljørettet helsevern og opplysningsvirksomhet synes å komme litt dårligere ut enn antatt på forhånd. Legevakt og beredskap kommer noe bedre ut (tabell 7.4.6). De ulike respondentene (ordførere, rådmenn, samfunnsmedisinere og fastleger) hadde noe ulikt syn på dekningsgraden av de ulike lovpålagte oppgavene, men alle mente at miljørettet helsevern og helseopplysning kom dårligere ut i 2002 enn prognosert året før. Alle var enige om at helsestasjonen var vinneren blant de offentlige allmennmedisinske oppgavene.

Tabell 7.4.6. Sammenligning mellom situasjonen før fastlegeordningen, prognosering ved inngangen til fastlegeordningen og vurdering av første år med fastlegeordning på grad av dekning av 8 lovpålagte oppgaver. Dekningsgrad ble angitt på en skala fra 1 (ikke dekket) til 5 (optimalt dekket)

	Dekningsgrad før fastlegeordningen sammenlignet med prognosert dekningsgrad i tiden etter fastlegeordningen		Prognosert dekningsgrad i tiden etter fastlegeordningen	Dekningsgrad første året med fastlegeordning	
	Dårligere (%)	Bedre (%)			
Miljørettet helsevern	7	8	3,42	3,14	*
Smittevern	5	6	3,63	3,66	
Helsestasjon	8	4	4,19	4,36	*
Skolehelsetjeneste	10	5	3,60	3,52	
Opplysningsvirksomhet	5	3	2,92	2,74	*
Kurativt arbeid	24	5	4,26	4,34	
Pleie og omsorg	10	3	3,90	3,93	
Legevakt, helseberedskap	8	4	4,18	4,35	

* Statistisk signifikant forskjell mellom prognosert dekningsgrad og registrert dekningsgrad

De største kommunene hadde forventning om større forbedringer enn de mindre kommunene den første tiden etter reformen. Ett år senere var det de minste kommunene som evaluerte ordningen mest positivt ved at man mente å ha en høyere dekningsgrad i 2002 enn man prognoserte i 2001. De mellomstore kommunene rapporterte klart mest negative erfaringer.

Man spurte like etter innføring av fastlegeordningen om hvordan fem hovedoppgaver som er definert i Kommunehelsetjenesteloven var prioritert i forhold til hverandre. Samme spørsmål ble stilt i 2002, ett år etter innføringen. Respondentene mente at den innbyrdes prioriteringen var lik de to årene:

1. Kurativt arbeid
2. Legevakt/beredskap
3. Pleie og omsorg
4. Habilitering/rehabilitering
5. Forebyggende arbeid

Alle hovedoppgavene ble lavere prioritert i 2002 enn i 2001, minst reduksjon ble sett for kurativt arbeid. Fastlegene opplevde endringen fra 2001 til 2002 nokså forskjellig fra de andre gruppene. De opplevde økning eller minimal reduksjon i prioritering av alle hovedoppgavene utenom forebyggende arbeid (hvor de rapporterte den største reduksjonen), mens de andre gruppene opplevde noen grad av redusert prioritering for alle oppgavene. Størst grad av reduksjon rapporterte rådmennene. Rådmenn og ordførere oppfattet begge år at forebygging var høyere prioritert enn hva samfunnsmedisinere og fastleger oppfattet. De mellomstore kommunene rapporterte størst negative endringer i prioritering fra 2001 til 2002.

Prosjektnr: 144331/V50
Prosjektleder: Tor Iversen
Prosjekt: Evaluering av Fastlegereformen
 158361/V50

Dette er en kartlegging av offentlig legearbeid i 36 kommuner i 2002. Man har valgt ut de 14 kommunene som er med i SSBs prosjekt Sentrale data fra allmennlegetjenesten (SEDA),⁵ de fire kommunene som var med i fastlegeforsøket og en ekstra kommune fra hvert fylke. Data om den enkelte leges deltakelse i offentlig legearbeid ble samlet inn via kommunens administrasjon, og man oppnådde en svarprosent på 100. Opplysningene er senere koblet til eksisterende data om fastlegene og kommunene.^{6,7}

Tabell 7.4.7 beskriver organiseringen av allmennlegetjenesten før innføringen av fastlegeordningen i de fire ulike kommunekategoriene (inndelt etter sentralitet). De minst sentrale kommunene brukte flest legeårsværk per innbygger og hadde høyest innslag av fastlønnsleger og turnusleger.

Tabell 7.4.7. Organisering av allmennlegetjenesten før innføringen av fastlegeordningen (2000). Gjennomsnitt for ulike kommunetyper i utvalget

	Mest sentrale kommuner	Sentrale kommuner	Mindre sentrale kommuner	Minst sentrale kommuner
Legeårsværk per 100 000 innbyggere	82,1	76,5	105,1	119,9
Leger med driftsavtale (% av antall årsværk)	71,9 %	74,4 %	67,9 %	37,8 %
Leger med fast lønn (% av antall årsværk)	9,4 %	14,4 %	15,2 %	41,4 %
Turnusleger (% av antall årsværk)	2,4 %	6,9 %	11,9 %	17,8 %

I de utvalgte kommunene ble det offentlige legearbeidet fordelt på til sammen 415 stillinger. Over 90 % av disse var besatt av fastleger i bistilling. Kun åtte stillinger var heltidsstillinger. Tabell 7.4.8 viser at jo mer sentral kommunen er, desto færre timer per uke arbeider den enkelte lege med offentlig legearbeid, og desto mindre er omfanget av offentlig legearbeid per innbygger. Variasjonen er imidlertid meget stor. Det høyeste var 118 legeårsværk per 100 000 innbyggere i en av de minst sentrale kommunene (Kvitsøy). Også mellom bydelene i Oslo var det store variasjoner (16,2 i Stovner og 6,3 i Sogn). Variasjonen reflekterer at kommunene selv står fritt til å vurdere hvor stort omfang det offentlige legearbeidet skal ha. Det eksisterer ingen sentral norm for dette.

Tabell 7.4.8. Omfang og organisering av offentlig legearbeid etter innføring av fastlegeordningen (2002). Gjennomsnitt for ulike kommunetyper i utvalget

	Mest sentrale kommuner	Sentrale kommuner	Mindre sentrale kommuner	Minst sentrale kommuner
Antall timer per lege per uke	6,4	7,1	7,2	9,5
Legeårsværk per 100 000 innbyggere	11,5	14,1	17,8	26,7

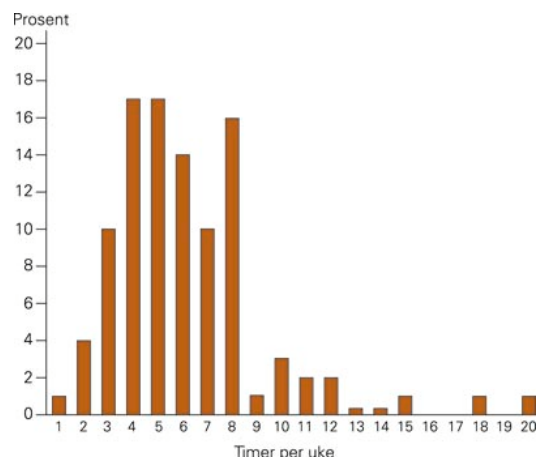
Bare 22 % av stillingene utgjorde mer enn 7,5 timer per uke, og om man så på tilsynslegene separat, var det bare 13 % som arbeidet mer enn 7,5 timer per uke. I gjennomsnitt arbeidet fastlegene 5,55 timer per uke for kommunen. Det var kun 17,3 % som hadde stillinger som utgjorde mer enn 7,5 timer per uke. 10 % deltok ikke i offentlig legearbeid. Dersom alle fastlegene arbeidet 7,5 timer per uke, kunne det samlede offentlige legearbeidet økes med mer enn 40 %.

Utvalget bestod av 416 fastleger, der man også kjente listekarakteristika og deltakelse i offentlig legearbeid. 73 % av listene var åpne. Fastleger som hadde fulle lister utførte gjennomsnittlig 5,1 timer offentlig legearbeid per uke, og 13,2 % av dem utførte mer enn 7,5 timer per uke. Fastleger som hadde åpne lister utførte gjennomsnittlig 5,7 timer offentlig legearbeid per uke, og 18,9 % av dem utførte mer enn 7,5 timer per uke. Disse forskjellene bestod også om man korrigererte for en rekke karakteristika ved legen og kommunen.

Prosjektnr: 158395/V50 **Prosjektleder:** Kari Jorunn Kværner **Prosjekt:** Pasienter med oppfølgingsbehov. Samhandling og ressursutnyttelse i Fastlegereformen

Dette er en spørreundersøkelse som ble sendt ut til alle landets fastleger våren 2004. Man fikk svar fra 1 633 (48 %), med samme alders- og kjønnsfordeling som totalpopulasjonen.⁸

77 % av de fastlegene som besvarte spørreskjemaet, hadde kommunale legeoppgaver, hvorav 37 % med tilsynsoppgaver i sykehjem. Median arbeidstid som tilsynslege var fem timer per uke. 76 % av fastlegene mente at legetjenesten i sykehjem fungerte godt. Fastleger med tilsynsoppgaver var mer tilfredse med sykehjemstjenesten enn leger uten slike oppgaver (henholdsvis 85 % og 75 %).



Figur 7.4.1. Prosentvis fordeling av antall timer i tilsynslegearbeid blant fastleger med kommunale arbeidsoppgaver (N = 462)

Prosjektnr: 144334/V50	Prosjektleder: Tori Guldahl Seierstad	Prosjekt: Småbarnsforeldre og fastleger om helsestasjonen
----------------------------------	---	---

Hovedformålet var å undersøke hvordan brukerne av helsestasjonen ser på forholdet mellom helsestasjon og fastlegen, og å finne ut om foreldre kunne tenke seg at fastlegen utførte helsekontrollene. Undersøkelsen var en spørreskjemaundersøkelse til foreldre som møtte til helsekontroll på helsestasjonen i Lillehammer våren 2003, og til Lillehammers fastleger. Undersøkelsen består av 189 svar fra foreldre/foresatte (svarprosent 97,5), og svarskjema fra 14 av 18 fastleger.⁹

Fra april 2003 spurte man alle foreldre til barn som kom til rutinemessig legekonsultasjon på helsestasjonen ved barns alder 6 uker, 6 måneder, 1, 2 og 5 år, eller som møtte til 4-årskonsultasjon hos helsesøster, inntil det var omkring 30 svar i hver aldersgruppe. Det var ønskelig å få svar fra foreldre til barn i alle aldersgrupper fordi man antok at behovet for helsestasjonen synker og kjennskapet til fastlegen øker ettersom barnet blir eldre.

Lillehammer var en av prøvekommunene for fastlegeordningen. Ordningen var derfor godt innarbeidet da denne undersøkelsen ble utført. Det har imidlertid i lang tid vært problemer med å skaffe leger til helsestasjonen i kommunen. Fra 2001 til 2003 delte alle fastlegene og to turnusleger på helsestasjonsjobben.

Blant foreldrene mente 29 % at det hadde vært en fordel om fastlegen utførte helsekontrollene, 48 % svarte nei og 23 % vet ikke. Blant legene var tallene henholdsvis 57 %, 29 % og 14 %.

53 % mente helsekontrollene helst burde foregå på helsestasjonen, 27 % mente dette ikke hadde noen betydning. Bare 2 % svarte at helsekontrollene burde skje "på legekontoret" mens 18 % ikke svarte på spørsmålet.

53 % av barna hadde ikke vært hos fastlegen siste året, 39 % hadde vært hos legen 1-2 ganger og 7 % mer enn tre ganger. Blant barn 2 - 5 år hadde signifikant flere vært hos fastlegen siste året enn de minste barna, henholdsvis 57 % og 36 %.

40 % syntes ikke det gjorde noe å møte forskjellige leger på helsestasjonen, mens nesten alle (94 %) syntes det var viktig å møte den samme helsesøsteren hver gang.

Halvparten av legene var uenig i at samarbeidet mellom helsestasjonen og fastlegen fungerte godt, like mange syntes det var uklart hvem som har ansvar for videre utredning, og hele 93 % så behov for mer kontakt mellom helsestasjon og fastlege.

De fleste mødrene i undersøkelsen (84 %) var blitt fulgt opp hos fastlegen under svangerskapet. 94 % av barna hadde samme fastlege som mor, og hos ca. en tredel av disse hadde far også samme fastlege. Fastlegen har dermed gode forutsetninger for å kunne følge opp barnet videre også med tanke på det individrettede forebyggende helsearbeidet. Fastlegen vil være den naturlige samarbeidspartner i tverrfaglige grupper i forhold til barn med spesielle behov.

7.4.1. Oppsummering

Tidligere forskning på kommunal samfunnsmedisinsk legetjeneste har vist at denne tjenesten er i en utsatt posisjon, både hva angår arbeidsinnhold, rammer, trivsel, rekruttering og stabilitet. Romøren gjorde i 1988 en evaluering av Kommunehelsetjenestereformens fem første år og fant ut fra egne og andres delundersøkelser at samfunnsmedisinen hadde tyngre kår enn allmennmedisinen under reformen, både hva gjaldt rekruttering, tilpasning og trivsel. Han konkluderte med at skifte av arbeidsgiver, organisasjonskonflikter og svak posisjon i det kommunale beslutningssystemet var årsaker til at halvparten av et utvalg kommuneleger hadde betydelige problemer med å tilpasse seg den nye situasjonen.¹⁰ En undersøkelse fra 1988-91 viste at trivsel blant samfunnsmedisinerne var mest avhengig av faglig innhold i arbeidet, samarbeidsforhold og arbeidsbelastning.¹¹ En undersøkelse fra 1993-94 fant at samarbeidet med kommunens øvrige helsepersonell var godt og ble høyt prioritert, men at samarbeidet med administrasjon og politikere var mindre godt.¹²

Fastlegeordningen la til rette for en styrking av det allmennmedisinske offentlige legearbeidet ved at kommunen kan pålegge en fulltids fastlege 7,5 timer offentlig arbeid per uke. Dette omfatter tilsynsoppgaver i sykehjem og fengsler, skolelege- og helsestasjonsarbeid. Det finnes ingen tilsvarende mulighet for å pålegge samfunnsmedisinsk arbeid.

Offentlig allmennmedisinsk legearbeid

Data fra **Statistisk sentralbyrå** viser at antall legeårsværk i institusjoner for eldre og funksjonshemmede økte med 19,2 % fra 1994 til 2000 og økte videre med 12,6 % fra 2000 til 2004. Antall legeårsværk i skole og helsestasjon økte med 8,6 % fra 1994 til 2000, men avtok med 5,3 % fra 2000 til 2004.¹

Riksrevisjonen gjennomførte i mars 2004 en landsomfattende spørreskjemaundersøkelse til alle landets kommuner (bydeler i Oslo og Bergen) og oppnådde en meget høy svarprosent (95,7).¹³ Mellom 72 % og 83 % av kommunene svarte at de brukte like mye tid som før på sykehjem, skolehelsetjeneste og helsestasjon. Det var en viss tendens til at flere hadde økt tidsbruken på sykehjem (22 %) enn på helsestasjon og skolehelsetjeneste. 25 % av kommunene med over 10 000 innbyggere hadde redusert antall legetimer i skolehelsetjenesten, 36 % brukte mer tid på sykehjem. 70 % av kommunene mente at det ikke var noen endring i hvor vanskelig det var å få leger til å ta på seg offentlig legearbeid etter fastlegeordningen, 20 % mente det var blitt vanskeligere og 10 % lettere.

I sine spørreskjemaundersøkelser fant **Sørensen** at allmennlegene brukte gjennomsnittlig 5,0 timer per uke på offentlig legearbeid i 1998 og 4,7 timer i 2002.³ Forskjellene forsvant imidlertid når man kontrollerte for at utvalgene var noe forskjellige i de to årene. Tidligere fastlønnsleger brukte noe mindre tid per uke enn tidligere, avtaleløse leger noe mer.

Iversen kartla offentlig legearbeid i 36 kommuner, og fant at dette arbeidet var fordelt på til sammen 415 stillinger i disse kommunene.⁷ Over 90 % var besatt av fastleger i bistilling. Bare 22 % av stillingene utgjorde mer enn 7,5 timer per uke, og kun 17,3 % av legene hadde stillinger som utgjorde mer enn 7,5 timer per uke. Om man så på tilsynslegene separat, var det bare 13 % som arbeidet mer enn 7,5 timer per uke. I gjennomsnitt arbeidet fastlegene 5,55 timer per uke for kommunen. 10 % deltok ikke i offentlig legearbeid. Fastleger som hadde åpne lister, utførte noe mer offentlig legearbeid enn fastleger med fulle lister.

Jo mer sentral kommunen var, desto færre timer per uke arbeidet den enkelte lege med offentlig legearbeid, og desto mindre var omfanget av offentlig legearbeid per innbygger. Variasjonen var imidlertid meget stor, noe som reflekterer at kommunene selv står fritt til å vurdere hvor stort omfang det offentlige legearbeidet skal ha. Det har ikke eksistert noen sentral norm for dette.

En rapport fra SINTEF Helse viste at omfanget av legetjenester i norske sykehjem varierte med en faktor på 10, fra 2,6 til 26 beboere per ukentlig legetime.¹⁴ Legeforeningen har foreslått en minstenorm for legedekningen i sykehjem, tilsvarende én lege for 80 sykehjemspasienter, noe som innebærer en økning i legeressursene med ca. 100 %.¹⁵ Stortingets sosialkomité har senere bedt regjeringen utarbeide kriterier for en slik minstenorm.¹⁶ Rehab-Nor foreslår i en rapport at man styrker legetjenesten til eldre med heldøgns pleie- og omsorgsbehov, og at stillingsbrøkene normalt ikke bør være under 40 %.¹⁷

Kværner gjennomførte en spørreundersøkelse våren 2004, og da rapporterte 77 % av fastlegene at de hadde kommunale legeoppgaver, hvorav 37 % med tilsynsoppgaver i sykehjem.^{8 18} Median arbeidstid som tilsynslege var fem timer per uke. Svært få arbeidet mer enn 7,5 timer per uke. 76 % av fastlegene mente at legetjenesten i sykehjem fungerte godt. Fastleger med tilsynsoppgaver var mer tilfredse med sykehjemstjenesten enn leger uten slike oppgaver (henholdsvis 85 % og 75 %).

Faglig sett kan det være uheldig at det allmennmedisinske offentlige legearbeidet splittes opp på så mange små stillinger. Dette gjelder i særlig grad legetjenesten i sykehjem, som etter hvert er blitt svært krevende. Det kan stilles spørsmål med om det er mulig å opprettholde tilstrekkelig kompetanse og kontinuitet når man bare arbeider fem timer per uke.

Dette problemet ble også berørt da Helse- og omsorgsdepartementet, i forbindelse med sin statusrapport, ba noen sentrale instanser om å spille inn sine erfaringer med ordningen så langt.¹⁹ **Oslo kommune** pekte på at fastlegeordningen har ført til at legeoppgaver innen allmennmedisinsk offentlig legearbeid er blitt splittet opp og delt på flere leger. Denne tendensen har vært særlig sterk i sykehjemmene. **Statens helsetilsyn** hadde også fått rapporter om at tilsynslegeoppgaver i sykehjem var fordelt på flere leger enn før, uten at antall timer benyttet hadde økt tilsvarende. Det ble også fremholdt at når et sykehjem betjenes av mange leger med et lite uketimetall hver for seg, får tjenesten et fragmentarisk preg med pulverisering av hvem som har det medisinsk-faglige ansvaret for institusjonen.

Faglig sett hadde det trolig vært en fordel om det offentlige legearbeidet ble fordelt på færre leger, men i så fall må dette arbeidet gjøres mer attraktivt for å tiltrekke seg leger som kunne tenke seg å arbeide mer konsentrert med offentlig legearbeid. Offentlig legearbeid er betydelig dårligere betalt enn privat fastlegepraksis. **Iversen** har beregnet marginal timelønn i privat praksis til 274 kroner per time, sammenlignet med 179 kroner i offentlig legearbeid.⁷ Dette medfører at offentlig legearbeid er mindre attraktivt for fastlegene, og det er få som ønsker å påta seg mer enn de 7,5 timene kommunen kan pålegge dem.

Ordningen med per-capita-finansiering innebærer at kommunene har de samme utgiftene på fastlegene uansett om legedekningen er god eller dårlig. Etter Fastlegereformen kan man ikke lenger spare ved å holde fastlegestillinger vakante og unnlate å opprette nye hjemler. Offentlig legearbeid er det derimot opp til kommunen å organisere og dimensjonere, kostnadene er ikke gitt på forhånd. Det offentlige legearbeidet konkurrerer derfor med mange viktige oppgaver ellers i helsesektoren og i andre sektorer i kommunen. Mange kommuner opplevde at Fastlegereformen ble kostbar, og det er rimelig å tenke seg at knappe ressurser i kommunene er en viktig forklaring på manglende kommunal satsing på offentlig legearbeid. På den annen side er det i småkommunene fastlegeordningen er dyrest,^{13 20 21} og det er samtidig disse kommunene som bruker mest ressurser på offentlig legearbeid.

Seierstad har undersøkt hvordan brukerne av helsestasjonen ser på forholdet mellom helsestasjonen og fastlegen.⁹ Gjeldende forskrifter om forebyggende arbeid i helsestasjon og skolehelsetjeneste stiller ikke krav om samlokalisering av samarbeidende personell, og kommunene kan velge om de vil organisere helsetjenestene ved å ansette personell i kommunal stilling eller inngå avtale med personell om privat helsevirksomhet. Det har vært fremmet ønsker fra allmennleger om at mer av det forebyggende arbeidet burde foregå på fastlegens kontor, slik det gjerne er i andre land med fastlegeordning.^{22 23} En tidligere undersøkelse viste at fire av fem ønsket at den faste allmennlegen skulle foreta helsekontrollene av barna.²⁴

I Lillehammer kommune, hvor Seierstad gjorde sin undersøkelse, var det imidlertid bare 29 % av foreldrene som mente at det hadde vært en fordel om fastlegen utførte helsekontrollene og 53 % mente at helsekontrollene helst burde foregå på helsestasjonen. 40 % syntes ikke det gjorde noe å møte forskjellige leger på helsestasjonen, men nesten alle (94 %) syntes det var viktig å møte den samme helsesøsteren hver gang. 53 % av barna hadde ikke vært hos fastlegen det siste året.

Samfunnsmedisin

Data fra **Statistisk sentralbyrå** viser at antall legeårsværk i samfunnsmedisinsk arbeid avtok med 15,0 % fra 1994 til 2000 og avtok videre med 8,4 % fra 2000 til 2004.¹

Riksrevisjonen fant i sin spørreundersøkelse at 29 % av kommunene mente det var blitt vanskeligere å få legene til å ta på seg samfunnsmedisinsk arbeid etter fastlegeordningen, 67 % mente situasjonen var uendret, mens bare 4 % syntes at det var blitt lettere.¹³

Johnsen har i spørreskjemaundersøkelser og intervjuer med leger, rådmenn og ordførere funnet at det var en nedgang i samfunnsmedisinsk arbeidstid per samfunnsmedisiner på 2,2 timer fra 1994 til 1999 og 2,0 timer fra 1999 til 2002.^{4 25} Tiden er dels blitt omprioritert til klinisk arbeid, dels til fritid. Det var 505 samfunnsmedisinere i 1994, mens det i 1999 og 2002 var henholdsvis 555 og 553.

I 1994 var 12 % av samfunnsmedisinerne i full stilling, 13 % i 1999 og 9 % i 2002. Leger i kombinerte stillinger brukte i gjennomsnitt 35 % av sin totale arbeidstid på samfunnsmedisinske oppgaver i 1994, og 30 % i 1999 og 2002. I tillegg brukte de henholdsvis 10, 10 og 11 % på offentlige allmennmedisinske oppgaver. Samfunnsmedisinere i mindre kommuner brukte forholdsvis mer tid på offentlige allmennmedisinske oppgaver, mens samfunnsmedisinere i de større kommunene brukte forholdsvis mer tid på samfunnsmedisinske oppgaver. Arbeidstid innen klinisk arbeid var også klart større i mindre kommuner, men økte kraftig over tid i de større kommunene. Dette skyldes trolig at heltidsstillinger eller store samfunnsmedisinske stillinger i de store kommunene ble delt og omgjort til stillinger med mer klinikk i forbindelse med Fastlegereformen.

Det var betydelig ustabilitet i de samfunnsmedisinske stillingene, med nærmere 50 % utskifting i begge de undersøkte periodene (1994 - 1999 og 1999 - 2002). Antall vakanser økte fra 1 % til 1994 til 3 % i 1999 og 6 % i 2002. De fleste (75 %) som sluttet mellom 1999 og 2002 gikk over i kliniske stillinger, hovedsakelig til fastlegestillinger. Svært få av dem som hadde sluttet, kunne tenke seg å søke seg tilbake til en tilsvarende stilling. Det betyr at man må basere seg på nyrekruttering og stabilisering av de nyrekruttede.

I 1999 var 47 % av dem som begynte i stillingene spesialist i allmennmedisin, mot bare 34 % i 2002. Dette kan tyde på at mobiliteten blant allmennmedisinerne har blitt mindre, og at de har slått seg mer til ro, utenfor samfunnsmedisinen. Samtidig var det en viss økning (fra 13 % til 19 %) av nye leger som var spesialist i samfunnsmedisin. Fra 1999 til 2002 var det en avtakende andel (fra 59 % til 44 %) som planla å søke seg bort fra kommunal samfunnsmedisin før pensjonsalderen. Det kan altså synes som om det har kommet i gang noen stabiliserende prosesser rundt etableringen av fastlegeordningen.

Respondentene ble spurt om hvilke tiltak de mente kunne bidra til at de samfunnsmedisinske og øvrige offentlige legetjenester bedre kunne ivaretas. Størst betydning ble tillagt utdanningsprogrammer, tilrettelegging for spesialisering og styrking av kontakten mellom sentrale ressursmiljøer og lokal samfunnsmedisin. Mange nevnte også bedre lønn og interkommunale ordninger som positive tiltak.

I planleggingsfasen før innføring av fastlegeordningen ville noen kommuner øke de kurative legetjenestene og de offentlige allmennmedisinske legetjenestene i forhold til det man hadde før reformen. De samfunnsmedisinske legetjenestene ble planlagt noe redusert. Ett år etter reformen var disse planene i stor grad realisert hva angikk kurative legetjenester og de kurativt pregede offentlige allmennmedisinske legetjenestene i syke- og aldershjem. De mer forebyggende tjenestene utenom helsestasjon og skolehelsetjeneste, og da spesielt samfunnsmedisin, kom dårligere ut.

De største kommunene hadde forventning om større forbedringer enn de mindre kommunene den første tiden etter reformen. Ett år senere var det likevel de minste kommunene som evaluerte ordningen mest positivt. Disse kommunene mente å ha en høyere dekningsgrad i 2002 enn man prognoserte i 2001. De mellomstore kommunene rapporterte klart mest negative erfaringer. Rådmenn og ordførere oppfattet begge år at forebygging var høyere prioritert enn hva samfunnsmedisinere og fastleger oppfattet.

Den negative utviklingen for samfunnsmedisinens vedkommende startet før introduksjonen av fastlegeordningen, og reformen synes ikke å ha endret eller stoppet denne utviklingen.

Referanser

1. Legeårsverk etter virkeområde. 1994-2004. Førebelse tal 2004. Statistisk sentralbyrå.
www.ssb.no/helsetjko/tab-2005-07-08-15.html.
2. Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Kontraktsvalg, tjenesteproduksjon og stabilitet i allmennlegetjenesten. Forskningsrapport 10/1999. Handelshøyskolen BI, Institutt for offentlige styringsformer.
3. Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Fastlegereformen - En analyse av fastlegenes arbeidsbelastning og tjenestetilbud. Forskningsrapport 11/ 2003. Handelshøyskolen BI, Institutt for offentlige styringsformer.
4. Pettersen B, Johnsen R. Søkelys på samfunnsmedisinen. Evaluering av kommunal samfunnsmedisinsk legetjeneste, offentlig legearbeid og de forebyggende oppgaver i fastlegeordningen. Rapport til Norges Forskningsråd. Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 2004.
5. Sundvoll A, Kvalstad I. SEDA - Sentrale data fra allmennlegetjenesten. Sluttrapport fra pilotprosjektet. Statistisk sentralbyrå, rapport 13/2002.
6. Iversen T, Lurås H. Sluttrapport fra Prosjekt 144331/V50: Evaluering av Fastlegereformen. 24.8.2005.
7. Godager G, Lurås H. I skyggen av fastlegeordningen: Hvordan har det gått med det offentlige legearbeidet? Helseøkonomisk forskningsprogram, Universitetet i Oslo. Hero skriftserie 2005:9.
8. Kværner, KJ. Pasienter med oppfølgingsbehov: Samhandling og ressursutnyttelse i Fastlegereformen. Rapport.
9. Seierstad TG, Straand J. Fastlegens rolle på helsestasjonen. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125(19):2659-61.
10. Romøren TI. Kommunehelsetjenestens fem første år. Sosialdepartementets utredningsserie. Rapport nr. 12 1989. Oslo: Sosial og helsedepartementet, 1989.
11. Kolstrup N, Kristiansen IS. Trivsel blandt læger i kommunale samfundsmedicinske stillinger. Tidsskr Nor Lægeforen 1997;117(24):3481-6.
12. Kolstrup N, Kristiansen IS. Samfundsmedicinerens vurdering af samarbejde og arbejdsbelastning i kommunehelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120(17):1970-3.
13. Riksrevisjonens undersøkelse om forvaltning av og måloppnåelse i fastlegeordningen. Riksrevisjonens administrative rapport nr. 1 2005.
14. Paulsen B, Harsvik T, Halvorsen T, Nygård L. Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem. Trondheim: SINTEF Helse, 2004.
15. Johannessen LB. Legedekning i sykehjem må doubles. Tidsskr Nor Lægeforen 2003;123(6):850.
16. Innst. S. nr. 122 (2004-2005). Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene Sigbjørn Molvik og Olav Gunnar Ballo om utarbeidelse av kriterier for en minstenorm for legedekning ved norske sykehjem.
17. Lorentsen Ø. Legetjenester til brukere med heldøgns pleie- og omsorgsbehov. Rehab-Nor, rapport 2005.
www.rehab-nor.no/Legetsyk.pdf.
18. Kværner KJ. Fastlegers oppfatning av samarbeidet med sykehjem. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125(8):1016-7.
19. Statusrapport om fastlegeordningen i Norge etter to og et halvt år. Erfaringer fra og med innføringen 1.6.2001 til og med 31.12.2003. Helse- og omsorgsdepartementet, desember 2004.
20. Kjelvik J. Små kommuner har høyest utgifter til primærlegetjenesten. Samfunnsspeilet 2004(2):34-7.
21. Kjelvik J. Del I: Kommunenes utgifter til primærlegetjenesten 2002. Statistisk sentralbyrå, notat 2004/6.
22. Høringsuttalelse. Forslag til ny felles forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Den norske lægeforening, 27.9.2002
www.legeforeningen.no/index.gan?id=12068&subid=0.
23. Dommerud T. Vil ha helsestasjon hos fastlegen. Intervju med ApLf-leder Kjell Maartmann-Moe. Dagens Medisin 10.10.2002.
24. Folkvord B, Thorsen O. Helsestasjonen - en hellig ku? Hva mener foreldre om at familiens faste lege foretar barnekontrollen? Tidsskr Nor Lægeforen 1997;117:3116-7.
25. Pettersen B, Johnsen R. More physicians in public health medicine, does it mean more clinical and less public health work? Scand J of Public Health 2005;33:91-8.

8. Tilgjengelighet

I oppdragsbeskrivelsen har departementet gitt følgende utgangspunkt for evalueringen av dette området:

Fastlegereformen er rettet mot større trygghet målt som bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten. Antagelsen er at bedret tilgjengelighet til allmennlegetjenesten, det at man blir vurdert for time hos lege når en trenger det, øker tryggheten. Dette evalueringsområdet omhandler altså ikke trygghet som psykologisk fenomen, men trygghet målt som tilgjengelighet og om og i hvilken grad Fastlegereformen medfører en bedret tilgjengelighet til allmennlegetjenesten. Tilgjengelighet til legetjenesten handler både om ventetid og om aspekter ved selve konsultasjonen i tillegg til faktiske forhold som reisetid og fysisk tilgjengelighet. Aktuelle indikatorer er ventetid, relasjon og lokaler.

Følgende prosjekter faller innenfor dette området:

Tabell 8.1. Hovedprosjekter med deres respektive dekning av indikatorer under evalueringsområdet tilgjengelighet					
Prosjektnr	Prosjektleder Institusjon	Prosjekt (rapport)	Ventetid	Relasjon	Lokaler
144311/330 158403/V50	Rune Sørensen Handelshøyskolen BI	Forskningsbasert evaluering av fastlegeordningen	x		
144317/V50 144332/V50 158410/V50	Bård Paulsen SINTEF Jon-Erik Finnvald Statistisk sentralbyrå	Evaluering av Fastlegereformen med utgangspunkt i SSBs levekårsundersøkelser	x	x	
144319/V50	Tone Opdahl Mo SINTEF	Legers arbeidsvilkår under Fastlegereformen	x	x	
144331/V50 158361/V50	Tor Iversen Universitetet i Oslo	Evaluering av Fastlegereformen		x	
144337/330	Ole Frithjof Norheim Universitetet i Bergen	Legens doble rolle som advokat og portvakt i fastlegeordningen	x	x	
151318/330	Olaug Synnøve Lian Universitetet i Tromsø	Pasienterfaringer i allmennlegetjenesten før og etter fastlegeordningen	x	x	x
152217/330	Rannveig Dahle NOVA	Pasienter som trenger å gå ofte til lege	x	x	
152218/330	Ola Jøsendal Nordhordland legevakt	Evaluering av interkommunal legevakt før og etter innføring av fastlegeordningen	x		
158363/V50	Steinar Hunskaar Universitetet i Bergen	Telefontilgjengelighet hos fastlegen	x		
158399/V50	Marian Ådnanes SINTEF	Fastlegenes tilbud og samarbeid med andre tjenester når det gjelder pasienter med alvorlige psykiske lidelser	x	x	
158402/V50	Helle Wessel Andersson SINTEF	Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer?		x	
158405/V50	Unn Doris Bæck NORUT	Legedekning og stillingsstabilitet som utfordringer for fastlegeordningen	x	x	

Tabell 8.2. Småskalaprosjekter med deres respektive dekning av indikatorer under evalueringsområdet tilgjengelighet					
Prosjektnr	Prosjektleder	Prosjekt (rapport)	Ventetid	Relasjon	Lokaler
144334/V50	Hans-Johan Breidablik	Pasientenes syn på fastlegeordningen – entusiasme med forbehold	x	x	
144334/V50	Dagfinn Haarr	Fastlegen og den narkomane pasient	x		
144334/V50	Anne Helen Hansen	Tilgjengelighet ved fastlegekontorene i Troms	x		
144334/V50	Øystein Hetlevik	Listelengde, arbeidstid, ventetid og jobbtilfredshet blant fastleger i Bergen	x		

8.1. Tilgjengelighet – Ventetid

Departementet utarbeidet følgende problemstillinger (nøkkelsspørsmål) for dette evalueringsområdet:

- Hvordan påvirker fastlegeordningen brukernes mulighet til å komme i kontakt med ”sin lege” eller eventuelt annen lege, enten via telefon, ventetid på uprioritert time, ventetid ved øyeblikkelig hjelp? Hva skjer med ventetid på legekontoet, selv om en har bestilt time? Hva skjer med bruk av sykebesøk?
- Hvordan fungerer fastlegenes prioritering av listepasienter fremfor andre brukere som henvender seg til aktuell lege? Er det ulikheter mellom leger, og/eller forskjeller i forhold til ulike pasienter, eksempelvis i forhold til alder, kjønn, lidelse/problem?
- Hvordan fungerer ulike vikarordninger? Hvordan blir brukerne informert om aktuelle vikarordninger?
- Hvordan fungerer fastlegeordningen/beredskapen for ulike grupper pasienter, eksempelvis personer som er tilfeldige gjester i kommunen, asylsøkere, fremmedspråklige, studenter og bostedsløse?

Prosjektnr: 144311/330 158403/V50	Prosjektleder: Rune Sørensen	Prosjekt: Forskningsbasert evaluering av fastlegeordningen
--	--	--

Analysene bygger en spørreundersøkelse blant fastlegene høsten 2002. I alt 2 306 leger (70 %) besvarte spørreskjemaet.¹ Her ble ventetid for ikke-øyeblikkelig hjelp analysert i forhold til praksisstørrelse, og man fant da at solopraktikerne hadde kortest ventetid (10 dager). Ventetiden økte parallelt med praksisstørrelsen, til 14 dager for praksiser med mer enn seks leger. I en multipl regressjonsanalyse fant man dessuten at ventetiden var lengre hos kvinnelige leger og hos spesialister i allmennmedisin. Leger som følte at de hadde for mye å gjøre, hadde betydelig lengre ventetid enn leger som syntes de hadde for lite å gjøre (henholdsvis 20 og 6 dager). Leger med lange lister (> 1 600) fant det lettere å innpasse akuttpasienter enn leger med korte lister (< 800).

I en annen studie undersøkte man om tilgjengeligheten for grupper med store helsebehov er spesielt vanskelig hos leger som har lange lister. Analysen bygger på Levekårsundersøkelsen 2002 som er gjennomført av Statistisk sentralbyrå. Det er brukt to separate utvalg: Statistisk sentralbyrås ordinære hovedutvalg og et tilleggsutvalg på oppdrag fra Nasjonalt folkehelseinstitutt. Begge utvalgene er landsrepresentative og består av 5 000 hjemmeboende personer i alderen 16 år og eldre. Spørsmålene dreier seg om bruk av allmennlege, forekomst av kroniske sykdommer og respondentenes egenvurdering av sin helse. Til hver respondent har en via Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste fått koblet på opplysninger om listelengden til den fastlegen respondenten er tilknyttet.²

Det ble benyttet to spørsmål for å identifisere de ”tunge brukerne”. I det første spørsmålet ble respondentene bedt om å angi hvorvidt de hadde noen sykdom eller lidelse av mer varig natur, medfødt sykdom eller virkning av skade. 38,3 % av respondentene hadde slik sykdom/skade. I det andre spørsmålet ble respondentene bedt om å angi hvordan de vurderte sin helse i alminnelighet på en femdelt skala: meget god, god, verken god eller dårlig, dårlig, meget dårlig. I analysene ble ytterkategoriene slått sammen med nest høyeste/laveste kategori. 79,8 % av respondentene vurderte sin helse som god/meget god, mens bare 6,5 % vurderte sin helse som dårlig/meget dårlig. I tillegg til listelengde og sykkelighet er kjønn, alder og utdanning inkludert som kontrollvariabler i den multivariate regressjonsanalysen.

For både kronikere og ikke-kronikere var antall kontakter tilnærmet uavhengig av fastlegens listelengde. De kronisk syke hadde ca. 3,5 kontakter per år. Tilsvarende tall for ikke-kronikere var i underkant av 2,5 kontakter. Antall legekontakter for dem som vurderte sin helsetilstand som dårlig, var også tilnærmet uavhengig av listelengden. De som skåret lavt på egenvurdert helse, hadde litt i overkant av 4,5 legekontakter per år for alle nivåer på fastlegens listelengde. Tilsvarende tall for dem som hadde høyest skår på egenvurdert helse var ca 2,5 kontakter.

Sannsynligheten for å oppsøke en annen lege enn sin egen var om lag en og en halv gang så stor for kronikere som for ikke-kronikere. De som hadde dårlig egenvurdert helse, hadde om lag to ganger så høy sannsynlighet for å oppsøke en annen lege som de med god egenvurdert helse. Kronisk syke hadde 4 % flere legevaktskontakter

enn de som ikke var kronisk syke. Tilsvarende hadde de med dårlig egenvurdert helse 9,5 % flere legevaktssamtaler enn de med god egenvurdert helse. De kronisk syke hadde 20 % flere spesialistkontakter enn de som ikke var kronisk syke. De som hadde dårlig egenvurdert helse, hadde 37 % flere spesialistkontakter enn de som hadde god egenvurdert helse. Dette bruksmønsteret var ikke påvirket av fastlegenes listelengder.

Prosjektnr: 144317/V50 144332/V50 158410/V50	Prosjektledere: Bård Paulsen Jon-Erik Finnvald	Prosjekt: Evaluering av Fastlegereformen med utgangspunkt i SSBs levekårsundersøkelser
--	---	--

Datagrunnlaget bygger i hovedsak på levekårspanelet, som ble etablert 1. halvår 1997. Panelet omfatter et utvalg på ca. 5 000 personer, der de samme personene blir kontaktet år etter år. De som er med blir intervjuet ved besøk, men det blir også gjort telefonintervju. Spørreskjemaet er organisert rundt faste sekvenser av spørsmål om helse, arbeid og bostedsforhold. Første gang det ble stilt spørsmål om legetjenester, var i 2000. Dette temaet ble fulgt opp i 2001 og 2002. I 2003 var spørsmål om legetjenester et hovedtema. I tillegg til opplysningene som blir gitt gjennom intervjuene, blir informasjon om svarpersonenes bakgrunn gjort tilgjengelig gjennom registerkoblinger. Dette gjelder dels individopplysninger, slik som utdanningslengde og inntekt. Dels gjelder det også ulike egenskaper ved svarpersonenes bostedskommune, herunder trekk ved det lokale legetilbudet. Disse opplysningene er hentet fra oversikten til Statistisk sentralbyrå over personell og virksomhet i kommunehelsetjenesten. Man har også koblet til opplysninger fra Rikstrygdeverkets register over fastlegene. Svarprosenten for levekårspanelet er normalt på omtrent 70 %.³⁻⁵

For å etablere en basislinje for denne undersøkelsen analyserte man variasjonsmønsteret for ventetid på vanlig time i året før reformen ble iverksatt, med utgangspunkt i data fra levekårsundersøkelsen 2001. Denne undersøkelsen viste at de som bruker legetjenesten mest også er de som må vente lengst ved bestilling av vanlig time. Kvinner rapporterer lengre ventetider enn menn, og eldre lengre enn yngre. Disse variasjonene i ventetider avspeiler trolig variasjoner i medisinske problemstillinger, og måten disse prioriteres på ved legesentrene. Det er rimelig å anta at de som bruker helsetjenesten mye kan ha et større innslag av egeninitierte legekontroller, som prioriteres forholdsvis lavt, enn det en finner hos dem som er mindre aktive legebrukere.

I kommuner med over 10 000 innbyggere var det en enkel sammenheng mellom kapasiteten i legetjenesten og rapporterte ventetider. Hovedregelen var at kommuner med legedekning over gjennomsnittet for den aktuelle kommunetypen også var de som kunne tilby sitt publikum de korteste ventetidene. I mindre kommuner var sammenhengen mer komplisert. Her var det først og fremst innslaget av fastlønnsstillinger som hadde betydning for tilgjengeligheten: Jo større innslag av fastlønnsstillinger, desto større sannsynlighet for at flere måtte vente ved bestilling av vanlig time.

Kvinnelige leger som deltok i forsøket rapporterte om "tunge lister", stort arbeidspress, og lengre ventetider.⁶⁻⁸ Data fra levekårspanelets svargivere 2001 gir ingen indikasjoner på spesielle ventetidsproblemer hos de kvinnelige legene i året før fastlegeordningen ble innført. Man fant imidlertid at det var noe lengre ventetider ved legesentre med tre eller flere leger. Det samme gjaldt kommuner med manglende stabilitet i legetilbudet.

Analysen av ventetider bygger på legebrukernes egne rapporteringer, og ikke faktiske målinger. Registreringen bygger på spørsmålene:

"Har du de siste 12 månedene bestilt time hos allmennlege på grunn av egen sykdom? Ikke regn med situasjoner der du trengte øyeblikkelig hjelp. Hvis ja: Hvor mange dager måtte du vente på å få time siste gang du bestilte?"

Ut fra spørsmålsstillingen omfatter ventetidsregistreringene ikke faste kontroller eller øyeblikkelig hjelp.

Det har skjedd en signifikant reduksjon i ventetid etter innføring av fastlegeordningen, målt både med median og gjennomsnitt:

Tabell 8.1.1. Antall dager ventetid for dem som bestilte time hos lege i 2001 og 2003

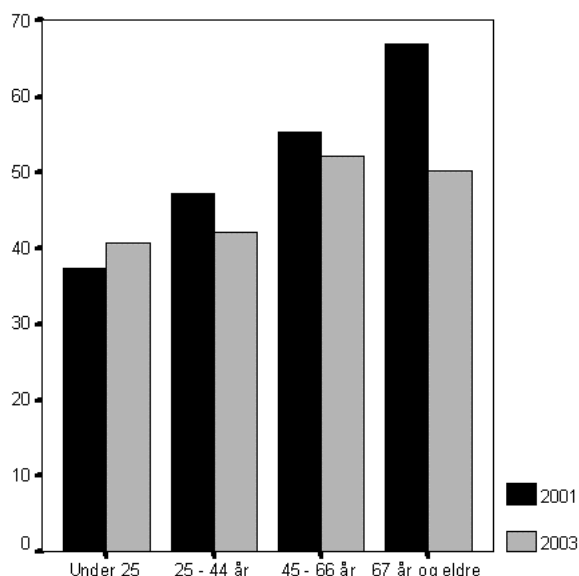
	Median ventetid	Gjennomsnittlig ventetid	N
2001	4 dager	8,3 dager	1 202
2003	3 dager	7,2 dager	1 331

Den neste tabellen tyder på at det har skjedd en generell forskyvning mot kortere ventetider. Andelen som kommer til hos legen etter å ha ventet 3 dager eller mindre har økt fra 48 til 53 %. Samtidig har andelen som venter 8 dager eller mer sunket fra ca. 30 til ca. 25 %.

Tabell 8.1.2. Andel legebrukere (%) med ulik ventetid på vanlig time 2001 og 2003. Antall dager ventet

Kom til hos legen:	2001 (N = 1 202)	2003 (N = 1 331)
Samme dag	11,0 (132)	11,7 (156)
Ventet 1 dag	18,3 (220)	19,9 (265)
Ventet 2 - 3 dager	18,9 (227)	21,6 (287)
Ventet 4 - 7 dager	21,4 (257)	22,0 (293)
Ventet 8 - 14 dager	15,6 (187)	14,6 (194)
Ventet 15 - 30 dager	11,7 (141)	7,7 (102)
Ventet 30 dager eller mer	3,2 (38)	2,6 (24)
Totalt	100,0 (1 202)	100,0 (1 331)

Den mediane ventetiden er redusert fra 3 til 2 dager for mannlige pasienter og fra 5 til 4 dager for kvinnelige pasienter. Figur 8.1.1 viser at ventetidsforbedringen har kommet særlig sterkt for de eldste.

**Figur 8.1.1.** Andel legebrukere som venter minst 4 dager på vanlig time. Etter alder. 2001 (N = 1 202) og 2003 (N = 1 331).

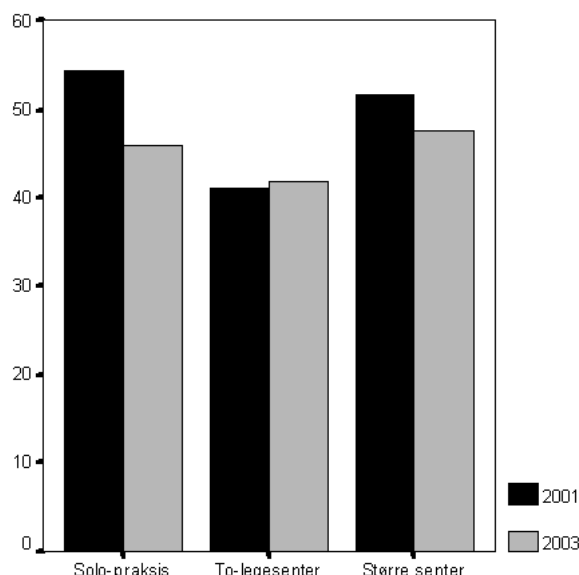
Kvinner venter gjennomgående lengre på time enn menn. Det ville derfor være rimelig å anta at kvinnelige leger, med et gjennomsnittlig kvinneinnslag på rundt 70 %, hadde lengre ventetider for sine pasienter enn mannlige leger. Man fant imidlertid ingen sikre indikasjoner på dette i 2001. Tabell 8.1.3 viser ventetidsutviklingen (median ventetid) hos pasienter tilknyttet mannlige og kvinnelige leger. Denne tyder på at kapasitetsøkningen i legetjenesten har slått sterkere ut i ventetidsreduksjoner hos de mannlige enn hos de kvinnelige legene:

Tabell 8.1.3. Median ventetid for vanlig time (antall dager) etter tilknytning til mannlige eller kvinnelige leger. 2001 (N = 1 173) og 2003 (N = 1 306)

	2001	2003	p
Mannlig lege	4	3	0,045
Kvinnelig lege	4	4	-

Forskjellene mellom mannlige og kvinnelige leger forsvinner imidlertid når man i en multivariatanalyse kontrollerer for forskjeller i pasientenes kjønns- og alderssammensetning.

I 2001 hadde de som hadde sin faste lege i et større legesenter lengre ventetider enn de som var tilknyttet lege i et lite senter (to-legesenter). Solopraktikernes pasienter plasserte seg et sted midt i mellom. I 2003 var det ikke lenger signifikante forskjeller i ventetid mellom de ulike praksistypene. Figur 8.1.2 viser at det har skjedd en reduksjon i ventetid hos solopraktikere og i de større legesentrene.



Figur 8.1.2. Ventetidsutvikling for pasienter tilknyttet ulike praksistyper. Andel som venter 4 dager eller mer. 2001 (N = 1 170) og 2003 (N = 1 308)

Totalt sett er det utviklingen ved de større legesentrene som har størst betydning, siden disse sentrene betjener mer enn to tredjedeler av befolkningen. Før fastlegeordningen var det rimelig å tro at de større sentrene i større grad enn andre ville tiltrekke seg pasienter med løsere legetilknytning, som en effekt av at de er mer synlige utad. Det kan tenkes at dette førte til et større press på slike sentre enn andre pga. flere "slengere", pasienter med tilfeldig legebruk. Det kan ha ført til lengre ventetider. Med fastlegeordningen blir legesøking regulert i forhold til legenes lister, og "slengene" blir borte. Det er rimelig å anta at endringer i samspillet mellom de større sentrene og de mindre, sammen med rekruttering av nye leger til etablerte sentre, har bidradd til en bedre driftssituasjon for de legene som arbeider der.

En analyse av ventetidsutviklingen i kommuner av ulik størrelse viser jevnt over en bedring i alle kommunetyper. Endringene når imidlertid ikke statistisk signifikans på 5 % nivå på grunn av stor indre variasjon i hver av gruppene.

For mange av de minste kommunene kan et høyt innslag av fastlønnsleger være en indikator på manglende stabilitet i legetjenesten. Fastlønnsstillinger har tradisjonelt vært et virkemiddel for å lette rekruttering av leger fordi det fritok legene for etableringskostnader og økonomisk risiko. På den annen side er en fastlønnspraksis lett å forlate, og mange av disse kommunene har vært nødt til å basere seg på korttidsvikarer og andre midlertidige ordninger. Tabell 8.1.4 viser ventetidsutviklingen i små kommuner med ulike innslag av fastlønnsstillinger 2001.

Tabell 8.1.4. Median ventetid for svargivere bosatt i kommuner med under 10.000 innbyggere. Kommuner med ulik andel fastlønnsstillinger i 2001. 2001 (N = 1 202) og 2003 (N = 1 331)

	Lav andel fastlønnsleger 2001	Høy andel fastlønnsleger 2001	p
2001	3	7	0,001
2003	3,5	4	0,677

De ventetidsforskjellene som var mellom småkommuner med ulike innslag av fastlønte leger 2001 ser ut til å være utjevnet i 2003. Tabellen tyder med andre ord på at innføringen av fastlegeordning har bidradd til å bedre situasjonen for legebrukerne i disse kommunene, i alle fall når det gjelder ventetid ved bestilling av vanlig time. Reduksjonen i median ventetid fra 7 til 4 dager er klart statistisk signifikant.

I tillegg til å spørre om antall dager ventetid, er det også interessant å fokusere på pasientenes forventninger til, og opplevelse av, ventetiden. De som ble intervjuet tok stilling til et utsagn om ventetid som lød:

"Det tok alt for lang tid å få time hos legen"

Det var en signifikant reduksjon i andelen som var helt eller delvis enig i utsagnet, fra 31 % til 26 %. 61 % var helt uenige både i 2000 og 2003. Samlet sett tyder dette på at brukerne opplever at ventetiden har gått ned. Størst forbedring er det for de eldste aldersgruppene. Det er også en større forbedring i kommuner med ustabil legedekning enn i andre kommuner.

En gruppe som i noe større grad opplever at ventetiden er for lang, er de som ønsker å bruke flere allmennleger. 34 % av disse opplevde at ventetiden var for lang, sammenlignet med 26 % av resten.

Siden dette dreier seg om paneldata, kan en undersøke nærmere hvem som har endret oppfatning om ventetid fra 2000 til 2003. Hvilke grupper var misfornøyd med tiden det tok å få time hos legen tidligere, men har blitt fornøyd etter fastlegeordningen? Og hvilke grupper har skiftet mening fra å oppleve at det ikke tok for lang tid å få time hos legen i 2000, til at de i 2003 synes det tar for lang tid? Tabellen viser at det har skjedd relativt store forskyvninger.

Tabell 8.1.5. Endringer i opplevelse av tiden det tar å få time hos legen fra 2000 til 2003

	Prosent	N
Var misfornøyd og har blitt fornøyd	18	276
Fornøyd hele perioden	55	831
Var fornøyd og har blitt misfornøyd	14	207
Misfornøyd i hele perioden	13	192
Totalt (N)	100	1 506

To grupper skiller seg ut ved at de i signifikant grad angir at situasjonen er blitt bedre: personer fra kommuner med ustabil legedekning og pasienter ved større legesentra (3 eller flere leger). 27 % i ustabile kommuner opplevde forbedring, 17 % i andre kommuner. 20 % av pasienter ved større legesenter opplevde forbedring, 14 % i solopraksiser og 12 % i to-legepraksiser. Her har det skjedd en utjevning, ved at de dårligst stilte før fastlegeordningen har opplevd sterkest forbedring.

To grupper skiller seg også ut ved at de i signifikant grad angir at situasjonen er blitt verre: de som fikk oppfylt sitt førstevalg i legevalgprosessen og de som ønsker å bruke flere allmennleger. 14 % av dem som fikk førstevalget oppfylt opplevde forverring, mot 10 % av dem som ikke fikk førstevalget oppfylt. 21 % av dem som ønsker å bruke flere allmennleger opplevde forverring, mot 13 % av dem som ikke har et slikt ønske.

Det er også en tendens til at eldre har opplevd forbedring og yngre en forverring i ventetiden, men denne tendensen er ikke signifikant når en kontrollerer for andre faktorer.

Kronikere og personer med symptomer på lettere psykiske plager

Det er også gjort en nærmere analyse av fire grupper med kronisk somatisk sykdom eller lettere psykiske plager. De somatiske diagnosene er basert på åpne spørsmål om varige helseproblemer. Svarene er senere kodet etter ICD-9. Et eget spørreskjema ble brukt til å identifisere 10 % som hadde symptomer på "lettere psykiske lidelser".

Median ventetid har gått ned for alle gruppene med kronisk sykdom, unntatt for muskel- og skjelettsykdom. En multivariatanalyse tyder på at det er alders- og kjønns sammensetningen blant personer med hjerte- og karsykdom som forklarer hvorfor mange i denne gruppen venter lenge på time.

Tabell 8.1.6. Ventetid i dager for dem som bestilte time hos lege. Etter sykdomsgruppe. 2001 og 2003. Median.

	2001	N	2003	N
Muskel- og skjelettsykdom	5 dager	296	5 dager	281
Hjerte- og karsykdom	6 dager	136	5 dager	111
Sykdom i åndedrettsorganene	4 dager	196	3 dager	194
Psykiske lidelser	4 dager	163	3 dager	132
Uten kronisk sykdom	3 dager	465	3 dager	527

Andelene som er misfornøyd med ventetiden har gått ned for alle unntatt gruppen med psykiske lidelser. Endringen er imidlertid statistisk signifikant bare for pasienter med hjerte- og karsykdommer (tabell 8.1.7). Resultatene bekreftes i en multivariatanalyse hvor man korregerer for kjønns- og aldersfordelingen. Det kan synes som om forskjellene mellom pasientgruppene har blitt større etter Fastlegereformen.

Tabell 8.1.7. Misfornøyd med ventetid hos lege. Etter sykdomsgruppe. 2000 og 2003. Prosent.

	2000	N	2003	N
Muskel- og skjelettsykdom	32	603	30	402
Hjerte- og karsykdom	32	362	21	205
Sykdom i åndedrettsorganene	31	384	28	269
Psykiske lidelser	33	258	35	184
Uten kronisk sykdom	28	1 128	26	1 386

Variasjoner i kapasitet og andre legekarakteristika

Her har man koblet data fra levekårspanelet til opplysninger fra Rikstrygdeverkets register over fastleger. Hensikten har vært å undersøke hvorvidt egenskaper ved paneldeltakernes leger og praksiser har konsekvenser for hvordan pasientene opplever tjenestetilbudet.

Listekapasitet er definert ut fra forholdet mellom ønsket listelengde og faktisk listelengde. Det gjennomsnittlige avviket mellom faktisk og ønsket listelengde er 92 personer. Det betyr at et flertall av paneldeltakerne står på listen til leger som har færre pasienter enn de egentlig ønsker. Men det er betydelig variasjon. I alt 10 % står på listen til leger som har mer enn 377 pasienter færre enn de ønsker, mens 10 % står på listen til leger som har over 76 pasienter flere enn de egentlig ønsker.

Andre legevariabler som er inkludert i analysene er spesialitet (45 % har ingen spesialitet), legens alder (10 % er over 60 år og 10 % er under 37 år), kjønn (23 % kvinner), praksistype (16 % solopraktikere). Det skilles også mellom leger som har en relativ dominans av kvinner på sin liste, og leger som har mange eller få pasienter over 80 år. Også her er ytterkategoriene definert ved hjelp av 10- og 90-persentilen. I tillegg er pasientenes alder, kjønn og egenvurderte helsetilstand med i analysene.

Det er kortere ventetid for pasienter som står på listen til leger som har for få pasienter (tabell 8.1.8). Resultatet er fortsatt signifikant når variabler som kjønn, alder og sykkelighet trekkes med i analysene. Tabellen illustrerer også at kvinnelige leger har lengre ventetid. Det samme gjelder ventetiden for personer på lister med høy kvinneandel. Tendensen til at kvinner, eldre og personer med dårlig egenvurdert helse venter lenger er mer statistisk sikre enn betydningen av legens kjønn. Tilsvarende sammenhenger finnes når man spør om tilfredshet med ventetiden (tabell 8.1.9).

Tabell 8.1.8. Andel som ventet i 4 dager eller mer for å få time hos legen. Etter listekapasitet, legens kjønn og kvinneandel på legens liste. Prosent. 2003.

	Prosent	N
Listekapasitet		
Ønsker betydelig flere pasienter (> 377 færre pasienter på listen enn ønsket)	35	106
Ønsker flere pasienter (0 - 377 færre pasienter på listen enn ønsket)	46	755
Ønsker færre pasienter (0 - 76 flere pasienter på listen enn ønsket)	58	154
Ønsker betydelig færre pasienter (> 76 flere pasienter på listen enn ønsket)	57	118
Legens kjønn		
Mannlige leger	46	830
Kvinnelige leger	53	278
Kvinneandel på legens liste		
Mer enn 65 %	57	119
Mindre enn 65 %	47	1 014

Tabell 8.1.9. Andel som var misfornøyd med tiden det tok å få time hos legen. Etter listekapasitet, legens kjønn og kvinneandel på legens liste. Prosent. 2003.

	Prosent	N
Listekapasitet		
Ønsker betydelig flere pasienter (> 377 færre pasienter på listen enn ønsket)	17	265
Ønsker flere pasienter (0 - 377 færre pasienter på listen enn ønsket)	26	1 783
Ønsker færre pasienter (0 - 76 flere pasienter på listen enn ønsket)	29	365
Ønsker betydelig færre pasienter (> 76 flere pasienter på listen enn ønsket)	34	279
Legens kjønn		
Mannlige leger	24	2 421
Kvinnelige leger	32	674
Kvinneandel på legens liste		
Mer enn 65 %	37	271
Mindre enn 65 %	25	2 421

Selv om dårlig listekapasitet har negative konsekvenser for tilgjengeligheten, er pasienter som står på listen til leger som har for mange pasienter, like fornøyd med hvordan de blir møtt av legen, og tiden de blir tildelt under konsultasjonen. Det er heller ikke noe som tyder på at omfanget av tjenester som pasientene blir tildelt er påvirket av kapasiteten på legens liste.

En sammenligning av pasientpopulasjonen til leger som synes de har for få eller for mange pasienter, viser at leger som har "for mye å gjøre" har en større andel listepersoner som mente at det var viktig å få legen som ble satt opp som førstevalg. Disse legene har også en høyere andel listepersoner som faktisk fikk innfridd førstevalget sitt, og dette var som regel den legen de brukte før reformen. Relativt dårlig tilgjengelighet synes i denne sammenheng å være av mindre betydning.

Øyeblikkelig hjelp og telefontilgjengelighet

I 2001 rapporterte 71 % at de hadde fått hjelp hos sin faste lege ved behov for øyeblikkelig hjelp. I 2003 hadde 61 % fått hjelp hos sin faste lege, ytterligere 13 % hos annen lege ved fastlegens kontor eller hos vikar. Det var altså fortsatt en betydelig andel (26 %) som i 2003 brukte "annen lege" i forbindelse med øyeblikkelig hjelp.

91 % rapporterte at det hadde vært lett å få tilgang til øyeblikkelig hjelp, både i 2001 og i 2003 (legevakt unntatt). Det var heller ingen signifikante endringer i ventetid på øyeblikkelig hjelp. 94 % kom til samme dag eller neste dag i 2001, i 2003 var tilsvarende andel 92 %.

Samlet sett er det derfor lite som tyder på at det har skjedd vesentlige generelle endringer med hensyn til ivaretagelse av øyeblikkelig-hjelp funksjonen. Det var imidlertid en reduksjon i det totale antall legebrukere som

søkte øyeblikkelig hjelp utenfor legevakt, fra 306 i 2001 til 254 i 2003. En mulig forklaring kan være at den generelle ventetidsforbedringen har medført at en del episoder som i 2001 utløste ekstra anstrengelser for å skaffe hjelp raskt, i 2003 registreres av legebrukerne som vanlige timer, fordi sannsynligheten for å få time raskt økte i perioden.

Levekårspanelet har bare data om telefontilgjengelighet fra 2003. Dette ble målt ved grad av enighet med påstanden: *"Det gikk greit å få kontakt med legesenteret på telefon ved bestilling av time"*

Tabell 8.1.10. Andel (%) fornøyde med telefontilgjengelighet 2003

	Prosent	N
Helt enig	72,7	1 988
Litt enig	11,8	323
Litt uenig	8,1	222
Helt uenig	7,4	203
Sum	100,0	2 736

Det var en tendens til at menn var oftere fornøyd enn kvinner og at eldre var mer fornøyd enn yngre. Pasienter hos solopraktikere opplevde bedre telefontilgjengelighet enn pasienter ved større sentre. To-legepraksiser kom i en mellomstilling. Innbyggerne i de minste kommunene og i kommuner med høy andel fastlønnsstillinger rapporterte også bedre telefontilgjengelighet.

Prosjektnr: 144319/V50 **Prosjektleder:** Tone Opdahl Mo **Prosjekt:** Legers arbeidsvilkår under Fastlegereformen

Dette er en kvalitativ studie basert på intervju med 21 leger og observasjonsstudier ved 8 legesentre i 6 kommuner. Utvalget av kommuner, legekantor og leger er gjort for å få stor variasjon i materialet.⁹

Legene i studien la stor vekt på å være tilgjengelige for sine pasienter. Et av tiltakene er å sette opp flere timer for øyeblikkelig hjelp, dvs. timer som er ledige for bruk samme dag. Lang ventetid oppfattes som problematisk av de fleste, og de har ulike strategier for å håndtere ventetid.

Tidligere kunne legene be pasienter om å gå til en annen lege hvis de hadde det travelt. I praksis betydde dette at leger med mye å gjøre overførte pasienter til leger med mindre å gjøre. Dette flytende ansvaret fungerte som en buffer i legetjenesten. Fastlegen har derimot få legitime muligheter til å avvise forespørsler fra pasientene. Også øyeblikkelig hjelp skal tas imot, selv om timeboken er full, og legene fortalte at de strakk seg langt før de bad folk om å henvende seg til legevakten. Alle var svært oppmerksomme på behovet for å ivareta personer med behov for øyeblikkelig hjelp (ØH) på dagtid, og flertallet hadde satt av flere ØH-timer enn før fastlegeordningen ble innført. Henvisning til legevakt gjør man bare i nødssfall, dersom henvendelsen kommer sent på dagen eller man har spesielt mye å gjøre.

Teoretisk sett kunne man tenke seg at leger som ønsket færre pasienter kunne spekulere i dårlig tilgjengelighet, men det var ingen utsagn som tydet på dette. Inntrykket var at legene ønsket å være tilgjengelige, og oppfattet evt. dårlig tilgjengelighet som et problem.

Det var betydelige ulikheter mellom legene i hvor stor grad de åpnet for forhåndsbestilling og fylte opp timeboken, og hvor strengt de avgrenset de henvendelsene som kom inn på dagen. Dersom man starter dagen med mange ledige timer, er det ingen ting i veien for at også det som ikke haster, slipper til på disse timene. Når timeboken er svært full, blir det viktig å prioritere nøye mellom det som virkelig haster, og det som ikke haster fullt så mye. Dette er arbeidskrevende både for hjelpepersonell og leger. Lang ventetid skaper misnøye og frustrasjon hos pasienter og hos hjelpepersonell og ofte også hos legene. Arbeidsmiljømessig er det en klar fordel å ikke ha for mange timer bundet opp for lang tid i forveien. Det er mye ekstraarbeid å ha lang ventetid:

"Ventetid er noe av det mest tidskonsumerende du har. Det blir så mye styr av det. Forespørsler, ombestillinger, folk som ikke møter opp og sånn"

Ventetid har imidlertid også en bufferfunksjon i forholdet mellom tilbud og etterspørsel, og det å redusere denne til null virker ikke hensiktsmessig.

Legene hadde ulike oppfatninger om hvordan ventetiden henger sammen med f.eks. listens lengde eller andre forhold, og de tenkte svært ulikt om hvordan pågangen fra pasientene kunne styres og håndteres. En generell oppfatning var at listelengden påvirket ventetiden ved legekantoret, men forskerne bak denne studien finner at ventetid og listelengde er uavhengige av hverandre. Ventetid på time gjenspeiler i større grad legekantorenes timetildelingspraksis. Det er stor variasjon i fordelingen mellom vanlige timer og ØH-timer, og fra pasientenes perspektiv er ventetid på vanlig time ikke et mål på tilgjengelighet. Ventetid på vanlig time har ingen sammenheng med hvor tilgjengelig legen er dersom det haster.

Legene hadde ellers klare, men forskjellige oppfatninger om hva de mente var en akseptabel ventetid på vanlig time, og de hadde ulike strategier for å få ventetiden ned hvis den i en periode ble lengre enn ønskelig. De satte opp pasienter ”innimellom” dem som allerede var tilmeldt, arbeidet lengre dager, flyttet papirarbeid til kveldstid og innarbeidet på ulike måter mer arbeid i hver arbeidsdag inntil ventetiden igjen var på et akseptabelt nivå.

Prosjektnr: 14437/330	Prosjektleder: Ole Frithjof Norheim	Prosjekt: Legens doble rolle som advokat og portvakt i fastlegeordningen
---------------------------------	---	--

Studien bygger på data fra 11 fokusgruppeintervjuer med et utvalg videre- og etterutdanningsgrupper for allmennleger og samfunnsmedisinere i Hordaland og Oslo. Dette omfatter 81 informanter (hvorav 77 fastleger) som ble intervjuet våren 2002.¹⁰

En side ved fastlegeordningen som kom frem i gruppediskusjonene var at listesystemet gjør konkurransesituasjonen mer synlig. Når en pasient skifter fastlege, kan legen ofte knytte dette til en spesiell episode som kan ha utløst skiftet. Leger i Oslo opplever 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.

Enkelte informanter beskrev hvordan de etter hvert tok hensyn til slike opplevelser. 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 telefonilgjengelighet, kortere ventetid for ordinære timer, sykmelding per telefon og å oppfylle pasientens ønsker om sykmelding og henvisning.

"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."

Prosjektnr: 151318/330	Prosjektleder: Olaug Synnøve Lian	Prosjekt: Pasienterfaringer i allmennlegetjenesten før og etter fastlegeordningen
----------------------------------	---	---

Dette er en postsendt spørreskjemaundersøkelse blant et tilfeldig utvalg av innbyggerne i Nord-Norge og på Østlandet. I analysene inngikk totalt 1 133 skjemaer fra 2000 og 1 141 fra 2003 (58 % av utvalget). Det er ikke de samme personene som er spurt begge ganger, men utvalgene var ellers like. Man ønsket å sammenligne befolkningens opplevelser av kvalitet og tilgjengelighet i primærlegetjenesten før og etter Fastlegereformen. Omtrent halvparten av spørsmålene skulle bare besvares av dem som hadde vært til primærlege siste år.¹¹

I 2000 var 46 % i stor grad trygg på at de ville få legehjelp dersom de skulle trenge det. I 2003 var dette tallet steget til 55 %. Den største økningen gjaldt folk i mellomstore kommuner, for små kommuner (< 5 000 innb) var det ingen endring.

Henholdsvis 33 % og 22 % hadde forsøkt å få snakke med primærlege per telefon en eller flere ganger uten å oppnå det.

I 2003-studien ble det stilt spørsmål knyttet til folks opplevelser av kvaliteten i primærlegetjenesten før og etter innføringen av fastlegeordningen:

Tabell 8.1.11. Opplevelse av kvaliteten i primærlegetjenesten før og etter innføringen av fastlegeordningen (N = 1 141)

Kvalitetsindikatorer	Bedre	Uendret	Dårligere
Ventetid på legetime	29 %	55 %	15 %
Tilgjengelighet for telefonkontakt	22 %	60 %	19 %
Tilgjengelighet for ø-hjelp	24 %	55 %	21 %

Folk som bodde i små kommuner skilte seg ut med lavest svarandel på "bedre" på spørsmålene om ventetid (25 %) og tilgjengelighet for ØH-hjelp (22 %). På spørsmålet om telefontilgjengelighet hadde folk i småkommunene høyest andel på "bedre" (25 %).

For å finne forskjellene i grad av fornøydhets, særlige problemområder og særlig positive aspekter mellom 2000 og 2003, ble dataene analysert med logistisk regresjon, justert for alder, kjønn og kommunestørrelse.

Det ble stilt spørsmål om hva respondentene opplevde som *særlige problemområder* i 2000 og 2003. Her avtok andelen som rapporterte lang ventetid på time (53 % og 31 %). Når det gjaldt *særlige positive aspekter*, var det en signifikant økning i andelen som nevnte kort ventetid (20 % og 32 %). Andelen svært fornøyde økte for ventetid, men sank for telefontilgjengelighet og tilgjengelighet for hjemmebesøk.

Tabell 8.1.12. Andelen svært fornøyde (%), sammenligning mellom 2000 og 2003 med logistisk regresjon. Tallene er justert for respondentens alder og kjønn, samt bostedskommunens størrelse

Kvalitetsindikatorer	2000 N = 860	2003 N = 904	Odds ratio	95 % KI
Telefontilgjengelighet	30	24	0,90**	0,84-0,97
Tilgjengelighet for hjemmebesøk	19	14	0,90*	0,82-0,99
Ventetid på legetime	21	25	1,08*	1,00-1,16
Ventetid på legekantoret	25	30	1,09*	1,01-1,17

** p < 0,01 * p < 0,05

Det var en generell trend for de fleste spørsmålene at økningen i andel svært fornøyde var mindre for dem som bodde i små kommuner enn for dem som bodde i mellomstore eller store kommuner. Likeledes var nedgangen i andelen svært fornøyde større for dem som bodde i små kommuner. Eksempelvis gikk graden av fornøydhets med legens telefontilgjengelighet ned i alle kommunegruppene, men nedgangen var særlig stor i småkommuner. Andelen som oppga lang ventetid for time som særlig problematisk gikk ned i alle kommunegruppene, men nedgangen var særlig stor i store og mellomstore kommuner.

Prosjektnr: 152217/330 **Prosjektleder:** Rannveig Dahle **Prosjekt:** Pasienter som trenger å gå ofte til lege

Dette er en kvalitativ studie, basert på 20 individuelle intervjuer og tre fokusgrupper. Informantene, som alle er bosatt i Oslo-området, er 24 kvinner og åtte menn med følgende diagnosegrupper: fibromyalgi, astma og allergi, hjerte- og lungesyke. For å sikre pasientenes uavhengighet valgte man bevisst å ikke rekruttere dem via fastlegene deres, men brukte pasientorganisasjoner og media.¹²

Uventet mange informanter nevnte at legesekretærene hadde en nøkkelrolle i forhold til fastlegen. Sekretæren blir en portvakt de må komme forbi for å få legetime. I noen tilfeller ble legesekretæren en syndebykk for å unngå konflikt direkte mellom lege og pasient.

Noen av informantene fortalte at de ikke hadde så lang ventetid, bare seks uker, mens andre mente at de hadde svært lang ventetid, *hele* en og en halv uke. For noen kunne en god og lang prat etter lang ventetid være greit, andre ville ha en rask avklaring og en fem-minutters konsultasjon for å kvitte seg med bekymringene sine.

En av informantene opplevde at fastlegeordningen ga mindre tidsfleksibilitet fordi hun ikke kunne ringe til andre hvis fastlegen hadde for lang ventetid. I situasjoner hvor det å komme raskt til lege er viktig, kan fastlegeordningen være et problem.

Prosjektnr:	Prosjektleder:	Prosjekt:
152218/330	Ola Jøsendal	Evaluering av interkommunal legevakt før og etter innføring av fastlegeordningen

Nordhordland interkommunale legevakt startet 30. desember 1999, og gjennom 2000 og 2001 ble aktiviteten gradvis utvidet. Det er etablert en ordning med vakthavende lege og sykepleier til stede hele døgnet.¹³

Dette prosjektet består av to deler, en brukerundersøkelse før og etter innføring av fastlegeordningen og en registrering og tilbakemelding til alle fastlegene om deres "lekkasje" av pasienter til legevakten (se også kapittel 10.2). Ordningen med daglegevakt kan ved misbruk undergrave intensjonene i fastlegeordningen. Fastlegene kan prioritere sine timelister slik at egne pasienter ikke får tilgang for akutte problemstillinger, og i stedet sende dem til daglegevakten.

I fem to-ukersperioder fra våren 2001 til og med høsten 2003 er det gjennomført brukerundersøkelser. Alle pasienter som har vært til konsultasjon har fått utdelt spørreskjema. Svarprosenten varierte fra 32 % til 49 % og totalt er det 1 014 respondenter, 54 % kvinner og 46 % menn. 30 % av konsultasjonene skjedde på dagtid (0800 - 1530), 65 % på ettermiddag/kveld (1530 - 2300) og 5 % på natt (2300 - 0800).

Pasientene mente at det var tilfredsstillende responstid over telefon ved legevakta. Dette endret seg ikke da fastlegeordningen ble innført. På en skala fra 1 til 10, der 1 er beste skår (kort tid), varierte resultatet fra 2,2 til 2,8. Pasientene var også stort sett fornøyd med tiden det tok fra de fikk svar på telefon til de fikk adekvat hjelp.

12 % visste ikke navnet på fastlegen sin, og 17 % visste ikke om fastlegekontoret deres var åpent denne dagen. En av tre visste ikke om deres fastlege var tilstede på kontoret samme dag. Bare 24 % hadde forsøkt å ringe fastlegen, og over tid var det en avtakende andel som hadde forsøkt å få kontakt med fastlegen på telefon.

Pasientene var rimelig fornøyd med tilgjengeligheten hos sin fastlege, både for ordinære timer og for akutte henvendelser. Skår var ca. 7 på en skala fra 1 til 10, der 10 er beste resultat. Det var ingen endringer over tid. Tilfredshet med telefonilgjengeligheten hos fastlegen viste en negativ tendens, selv om den ikke var statistisk signifikant. De som hadde forsøkt å ringe fastlegen, rapporterte følgende resultater:

- 37 pasienter ringte kontoret, men kom ikke gjennom på telefonen
- 39 pasienter ringte kontoret, men kontoret var stengt
- 53 pasienter ringte kontoret, men fikk ikke time
- 70 pasienter ringte kontoret, og fikk beskjed om å ringe legevakten
- 9 pasienter ringte kontoret, fikk time, men valgte legevakten i stedet
- 15 pasienter var til konsultasjon hos fastlegen, men gikk likevel til legevakten

38 % sa at de ikke ville ha oppsøkt legevakten dersom de hadde vært helt sikre på å få time hos fastlegen dagen etter. Men bare 9 % ville vente så mye som 4-5 dager på time hos fastlegen. Det var ingen endringer over tid.

Prosjektnr:	Prosjektleder:	Prosjekt:
158363/V50	Steinar Hunsbår	Telefontilgjengelighet hos fastlegen

Formålet med denne undersøkelsen var å kartlegge telefontilgjengeligheten ved et tilfeldig utvalg norske fastlegekontor. Ved å inkludere et større antall, kunne en dessuten definere en gjennomsnittsstandard som enkeltkontor senere kan sammenligne seg med.¹⁴

Studien ble gjennomført høsten 2003. Det ble sendt ut 240 invitasjoner til et tilfeldig utvalg norske fastlegekontor, og man fikk svar fra 147. Seks adresser var ugyldige, slik at svarprosenten var $147/234 = 63\%$. Ett kontor ønsket ikke å delta, 42 var ikke målbare av ulike tekniske grunner, 100 ble inkludert, og fire svarte for sent.

Det var flere grunner til at noen telefonsystemer ikke var målbare. En rekke kontor hadde telefon i serie med andre kommunale etater, og da var det ikke mulig å skille ut trafikken til legekontoret alene. Dette var hyppigst i

mindre kommuner. Noen brukte andre operatører enn Telenor, og i noen tilfeller med enkel ISDN-linje var det ikke mulig å gjennomføre målingen uten å endre funksjonaliteten på linjen.

Invitasjonen bestod av et spørreskjema som legekantoret måtte returnere for å bli inkludert. Her ble det innhentet opplysninger om antall leger, antall kurative legedager per uke, antall medarbeiderdager per uke og listelengde. Listelengden ble supplert og kontrollert mot Rikstrygdeverkets fastlegeoversikt.¹⁵ Samme kilde ble brukt til å registrere listelengde og antall leger for de kontorene som ikke svarte. Det ble også spurt om kontoret hadde diskutert telefonilgjengeligheten sin i løpet av det siste halvåret, og hvor bra de mente den var. Her kunne man velge mellom fem svaralternativ: meget bra, bra, brukbar, dårlig, meget dårlig.

Antall telefonlinjer ble kartlagt i forbindelse med Telenors trafikkteiling som ble gjort i midten av november (uke 46). Disse tellingene ga detaljerte oversikter over antall anrop gjennom hele døgnet, sammen med hvor mange anrop som ble besvart, ubesvart, møtte opptattsignal eller sperr. Sperr er avviste anrop som følge av manglende linjekapasitet. Gjennomsnittlig ventetid på svar og samtaleid ble også registrert. Tilsvarende ble utgående anrop registrert. Svar fra talemaskin eller automatisk telefonsvarer er inkludert i samtaleiden. Slike maskiner vil vanligvis medføre kortere ventetid og lengre samtaleid. Summen av ventetid og samtaleid (holdetiden) er derfor det beste grunnlaget når alle kontorene skal sammenlignes.

I tilbakemeldingen til legekantorene ble det, sammen med den individuelle rapporten fra Telenor, gitt en sammenligning med gjennomsnittstall for alle de 100 deltakerne. Denne omfattet antall anrop (justert for listelengde) innenfor normal arbeidstid (0800 - 1530), fordelt på besvarte, ubesvarte, opptatte og sperr. Gjennomsnittlig ventetid, samtaleid og holdetid ble også rapportert i denne sammenligningen.

Tre måneder senere fikk de inkluderte legekantorene et nytt spørreskjema hvor det ble spurt om rapporten hadde ført til noen tiltak fra kontorets side, og i så fall hvilke. En spurte også hvor bra de nå syntes telefonilgjengeligheten deres var, med de samme svaralternativene som i det første invitasjonsbrevet.

Medarbeiderfaktor ble definert som antall medarbeiderdager per uke dividert med antall kurative legedager. Antall besvarte anrop per person på liste per år ble beregnet ved å multiplisere uketallene med 52. En tilgjengelighetsvariabel ble konstruert ved å dividere andel besvarte anrop (prosent) med holdetiden (sekunder).

De 100 legekantorene hadde i gjennomsnitt 2,7 leger, 10,3 kurative dager per uke, en medarbeiderfaktor på 1,3, og en samlet listelengde på 3 494. Tabell 8.1.13 viser at legekantor fra store kommuner og med lange lister er overrepresentert og at solopraksiser er underrepresentert blant de inkluderte. Forholdsvis flere legekantor i småkommuner falt ut fordi de ikke var målbare.

Tabell 8.1.13. Sammenligning av inviterte og inkluderte legekantor, samt de som ikke var målbare (gjennomsnittsverdier med 95 % konfidensintervall)

	Inviterte (N = 234)	Inkluderte (N = 100)	Ikke målbare (N = 42)
Antall leger per kontor	2,6 (2,3 - 2,8)	2,7 (2,4 - 3,0)	2,7 (2,1 - 3,3)
Listelengde per kontor	3 118 (2 845 - 3 391)	3 494 (3 073 - 3 915)	3 172 (2 422 - 3 922)
Andel solopraksiser (%)	31 (25 - 37)	20 (13 - 29)	33 (20 - 50)
Andel kommuner < 10 000 innb (%)	33 (27 - 39)	24 (16 - 34)	50 (34 - 66)
Andel kommuner 10 - 50 000 innb (%)	32 (26 - 38)	31 (22 - 41)	26 (14 - 42)
Andel kommuner > 50 000 innb (%)	36 (29 - 42)	45 (35 - 45)	24 (12 - 39)

Resultatet av trafikkteilingene, fordelt på kontorer med og uten talemaskin, er vist i tabell 8.1.14.

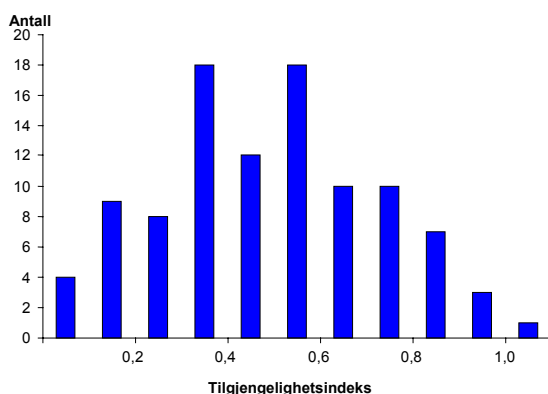
Tabell 8.1.14. Resultat av trafikktegninger for alle 100 legekantorene, og oppsplittet på dem som brukte eller ikke brukte talemaskin (gjennomsnittsverdier med 95 % konfidensintervall)

	Alle (N = 100)	Med talemaskin (N = 43)	Uten talemaskin (N = 56)
Inngående anrop per uke per 1 000 personer på liste	266 (219 - 312)	202 (172 - 233)	317 (238 - 396)
Andel besvarte (%)	66 (61 - 71)	79 (73 - 84)	56 (49 - 63)
Andel ubesvarte (%)	7 (5 - 8)	5 (3 - 7)	8 (6 - 10)
Andel opptatte (%)	5 (2 - 8)	3 (1 - 6)	6 (1 - 10)
Andel sperr (%)	22 (17 - 27)	13 (8 - 18)	30 (22 - 38)
Ventetid inngående anrop (sek)	25 (20 - 30)	15 (11 - 20)	33 (25 - 41)
Samtaletid inngående anrop (sek)	119 (111 - 127)	142 (130 - 155)	101 (92 - 109)
Holdetid inngående anrop (sek)	145 (136 - 153)	158 (146 - 170)	134 (123 - 144)
Antall besvarte anrop per person på liste per år	7,0 (6,4 - 7,5)	7,5 (6,9 - 8,1)	6,6 (5,7 - 7,4)
Utgående anrop per uke per 1 000 personer på liste	64 (49 - 78)	69 (51 - 88)	59 (37 - 82)
Holdetid utgående anrop (sek)	103 (94 - 111)	102 (94 - 110)	103 (89 - 117)
Telefonlinjer per 1 000 personer på liste	1,4 (1,1 - 1,8)	1,5 (1,3 - 1,7)	1,4 (0,8 - 2,0)

45 % hadde eget telefonnummer for akutte henvendelser, og disse rapporterte i gjennomsnitt fem henvendelser per dag på dette telefonnummeret. 79 % hadde hemmelig telefonnummer med seks henvendelser, 79 % hadde faks med to henvendelser, og 11 % hadde e-post med to henvendelser per dag. 43 % brukte talemaskin/køordner og 78 % automatisk telefonsvarer som var innkoblet gjennomsnittlig 6,8 timer per uke.

Ved 14 % av kantorene var det vanlig praksis at de som ville snakke med legen, ble satt direkte over, selv om legen satt i konsultasjon med en annen pasient. Ved 10 % av kantorene hadde legene egne telefontider, og ved 52 % pleide legen å ringe tilbake på et høvelig tidspunkt. Resten av kantorene hadde varierende praksis fra lege til lege.

Den gjennomsnittlige tilgjengelighetsindeksen var 0,49 (median 0,50, minimum 0,03 og maksimum 1,05). Fordelingen er også vist som et histogram i figur 8.1.3.

**Figur 8.1.3.** Fordeling av de 100 legekantorene etter telefontilgjengelighet

Det var ingen signifikant korrelasjon mellom tilgjengelighetsindeksen og kommunestørrelse, listelengde, antall kurative legedager eller ventetid på ordinær time. Tilgjengelighetsindeksen var også uavhengig av om legekantoret hadde alternative kontaktmuligheter (eget nummer for øyeblikkelig hjelp, hemmelig telefonnummer, faks eller e-post).

Det var en tendens til at kontor med talemaskin hadde bedre telefontilgjengelighetsindeks enn de andre (0,54 mot 0,46). Det var signifikant positiv korrelasjon mellom tilgjengelighetsindeksen og antall telefonlinjer per 1 000 personer på listen. Det var signifikant negativ korrelasjon mellom tilgjengelighetsindeksen og økende bruk av automatisk telefonsvarer. Medarbeiderfaktoren viste ingen signifikant korrelasjon med telefontilgjengeligheten.

I en regresjonsanalyse var det bare bruk av automatisk telefonsvarer som bidro signifikant til å forklare variansen i tilgjengelighetsindeksen (beta = - 0,26). Ingen av forklaringsvariablene bidro signifikant til å forklare variansen

i holdetid. Tre forklaringsvariabler bidro signifikant til å forklare variansen i andel bevarte anrop: antall telefonlinjer (beta = 0,37), bruk av talemaskin (beta = 0,33) og bruk av automatisk telefonsvarer (beta = - 0,30).

79 % av kontorene hadde diskutert telefontilgjengeligheten sin i løpet av det siste halvåret. Det var ingen signifikant forskjell i tilgjengelighet mellom de som hadde diskutert sin tilgjengelighet og de som ikke hadde diskutert dette.

Deltakernes egen mening om kontorets telefontilgjengelighet før og etter registreringen er vist i tabell 8.1.15. De tre dårligste gruppene er slått sammen da bare fire før og seks etter registreringen mente at deres tilgjengelighet var dårlig eller meget dårlig. Andelen som mente at telefontilgjengeligheten deres var brukbar eller dårligere, avtok fra 48 % til 33 %. Det var signifikante forskjeller i tilgjengelighetsindeksen mellom de tre gruppene før registreringen, og mellom de to dårligste gruppene etter registreringen. Forskjellen var bare grensesignifikant mellom de to beste gruppene etter registreringen.

Tabell 8.1.15. Legekontorenes egne meninger om hvor bra deres telefontilgjengelighet er. Gjennomsnittlig tilgjengelighetsindeks med 95 % konfidensintervall		
Hvor bra mener dere kontorets telefontilgjengelighet er?	Før registrering	Etter registrering
Meget bra	0,64 (0,55 - 0,73) (N = 17)	0,64 (0,56 - 0,73) (N = 24)
Bra	0,52 (0,45 - 0,60) (N = 35)	0,54 (0,46 - 0,62) (N = 34)
Bruktar eller dårligere	0,42 (0,36 - 0,49) (N = 48)	0,37 (0,30 - 0,45) (N = 29)

Det var 10 deltakere som ikke besvarte den andre henvendelsen. Disse hadde dårligere telefontilgjengelighet enn de som svarte (0,32 mot 0,51). Det var 13 som hadde ulike innvendinger mot undersøkelsen eller som eksplisitt kommenterte at det var umulig å forbedre telefontilgjengeligheten. Disse hadde også dårligere telefontilgjengelighet enn resten (0,39 mot 0,54).

Av de kontorene som besvarte den andre henvendelsen, var det 38 % som ville iverksette et eller flere tiltak for å forbedre telefontilgjengeligheten. Disse kontorene hadde signifikant dårligere tilgjengelighet enn de som ikke så behov for slike tiltak (0,39 mot 0,59). 7 % ville øke linjekapasiteten og 9 % ville øke medarbeiderfaktoren. Andre tiltak som ble nevnt var egen linje for øyeblikkelig hjelp, hjemmeside på Internett, utvidet telefontid, omorganisering av medarbeidere, korte ned samtaletiden, styre trafikken til andre tider på dagen og innskjerpe privat bruk av telefonen.

Prosjektnr: 158399/V50	Prosjektledere: Marian Adnanes	Prosjekt: Fastlegenes tilbud og samarbeid med andre tjenester når det gjelder pasienter med alvorlige psykiske lidelser
----------------------------------	--	---

Dette er en kvalitativ studie hvor man har intervjuet 26 psykiatriske pasienter, 6 pårørende, 20 fastleger, 8 samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten og 10 i kommunehelsetjenesten. Informantene er rekruttert fra fire kommuner av ulik størrelse.¹⁶

Nesten alle pasientene synes tilgjengeligheten for time er akseptabel. Hvis det ikke dreier seg om et akutt behov, synes de det er greit å måtte vente en til to uker. For øvrig kjenner de til at de kan få øyeblikkelig hjelp dersom de ringer tidlig på dagen. De fleste har dessuten en avtale med fastlegen om regelmessige konsultasjoner eller avtale om å ta kontakt ved behov.

De fleste pasientene har også kontakt med andre helsetjenester, enten i spesialisthelsetjenesten eller i kommunen. I slike perioder med andre tjenestetilbud blir fastlegen mindre viktig, men dersom kriser eller problemer oppstår, kan han bli svært viktig. Helt unntaksvis har pasientene fått anledning til å kontakte fastlegen utenom arbeidstid, men i de fleste tilfellene må pasientene da ty til legevakten.

Fastlegene mener selv at tilgjengeligheten er relativt bra for denne pasientgruppen, og ikke verre for disse enn for andre. Noen fastleger bedrer tilgjengeligheten ytterligere gjennom å praktisere fleksible løsninger overfor

pasienter som de vet er skrøpelige. Det kan være at de ringer til pasientene eller drar på hjemmebesøk. De aller tyngste pasientenes behov for hjelp fanges gjerne opp av annet helsepersonell i kommunen:

”Da kommer jo de (hjemmesykepleier) nedom her på kontoret, og da lager vi en time, noe relativt fort, kanskje samme dag eller dagen etterpå, eller at jeg reiser hjem til pasienten på vei hjem fra kontoret.”

Andre kommunale helsearbeidere sier at det varierer veldig mye mellom fastleger hvor mye de engasjerer seg. Noen uttrykker misnøye med fastlegenes fleksibilitet i forhold til å agere overfor kriser, noe som medfører mange akutte henvendelser på legevakten, gjerne hos en fremmed lege. To pårørende hadde opplevd store problemer i slike kriser fordi pasienten ikke hadde fastlege i lokalmiljøet.

Prosjektnr: 158405/V50	Prosjektleder: Unn Doris Bæck	Prosjekt: Legedekning og stillingsstabilitet som utfordringer for fastlegeordningen
----------------------------------	---	---

Formålet med denne undersøkelsen var å undersøke befolkningens fornøydhhet med fastlegeordningen. Et spørreskjema ble sendt til to tilfeldige utvalg fra Folkeregisteret, 1 000 personer i Finnmark og 1 000 personer i Nord-Trøndelag. Man fikk svar fra 56 % i Nord-Trøndelag og 49 % i Finnmark. Det var flere kvinner enn menn som svarte, og de yngste aldersgruppene er underrepresentert. Det var også en underrepresentasjon av respondenter med videregående skole som høyest fullførte utdanning.¹⁷

Man har undersøkt (med multivariat teknikk) hvorvidt tilfredshet med praktiske forhold som ventetid på legetime og geografisk nærhet til lege varierte med en del relevante uavhengige variabler. Det er gjort separate analyser for Nord-Trøndelag og Finnmark. Generelt er sammenhengene nokså svake, men alder har en signifikant effekt, og for Finnmarks del også utdanningsnivå. Eldre legger mer vekt på praktiske faktorer enn yngre og folk med lav utdanning legger mer vekt på dette enn folk med høyere utdanning.

Tabell 8.1.16 viser en oversikt over befolkningens fornøydhhet med ulike aspekter ved fastlegeordningen. Ventetid og tilgjengelighet på telefon er de to områdene befolkningen er mest misfornøyd med. Fastlegen selv og muligheten til å ha samme fastlege over tid er de aspektene befolkningen er mest fornøyd med. Folk er også relativt fornøyd med servicen ved fastlegens kontor. Analysene viser at fylkene skiller seg fra hverandre med hensyn til hvor fornøyd befolkningen er. Når det gjelder muligheten for å få snakke med fastlegen på telefon samt servicen på fastlegens kontor er det ikke signifikante forskjeller mellom fylkene. For de andre aspektene er befolkningen i Nord-Trøndelag mer fornøyd enn befolkningen i Finnmark. Spesielt tydelig er forskjellen når det gjelder muligheten til å ha samme fastlege over tid.

Tabell 8.1.16. Befolkningens fornøydhhet med ulike aspekter ved fastlegeordningen. Prosent

	Svært misfornøyd	Misfornøyd	Verken fornøyd eller misfornøyd	Ganske fornøyd	Svært fornøyd	N
Fastlegen	2	2	19	31	46	943
Fastlegeordningen slik du har erfart den der du bor	4	7	24	36	29	910
Ventetiden for å få time hos fastlegen	5	13	21	37	24	908
Muligheten for å få snakke med fastlegen på telefon	6	13	33	25	24	902
Servicen ved fastlegens kontor	2	6	21	35	36	918
Muligheten til å ha samme fastlege over tid	4	5	16	25	50	915

Multivariate analyser av folks fornøydhhet med service og tilgjengelighet viser at kvinner er mer fornøyd enn menn og at eldre er mer fornøyd enn yngre. I tillegg er folk med høyere utdanning mer misfornøyd enn folk med lavere utdanning. I Finnmark er aktive helsetjenestebrukere mer fornøyd enn de som bruker helsetjenesten lite. I Nord-Trøndelag er folk i større kommuner mer fornøyd med service og tilgjengelighet enn folk i mindre kommuner. Stillingsstabilitet er en sentral forklaringsvariabel i begge fylkene.

Prosjektnr: 144334/V50	Prosjektleder: Hans-Johan Breidablik	Prosjekt: Pasientenes syn på fastlegeordningen – entusiasme med forbehold
----------------------------------	--	---

Dette er en spørreundersøkelse utført ved ni legekantor i Møre og Romsdal høsten 2003. Materialet er fra 995 pasienter som utgjorde 63 % av samlet pasientmasse i praksisene de aktuelle undersøkelsesdagene. Man kartla synspunkter og tilfredshet med ulike aspekter av fastlegeordningen.¹⁸

Flertallet mente at tilgjengeligheten var uendret i forhold til før fastlegeordningen, eller de hadde ikke gjort seg opp noen mening om dette. Det var likevel klart flere som rapporterte en forbedring enn som rapporterte en forverring.

Tabell 8.1.17. Ulike syn på tilgjengelighet i fastlegeordningen, andeler i prosenter (95 % konfidensintervall)

	Bedret	Uendret	Forverret	Ingen mening
Tilgjengelighet for ordinære konsultasjoner	28 (25 - 31)	43 (39 - 46)	7 (5 - 9)	22 (19 - 24)
Tilgjengelighet for ø. hj. konsultasjoner	18 (15 - 20)	39 (35 - 42)	6 (4 - 7)	38 (34 - 41)

Prosjektnr: 144334/V50	Prosjektleder: Dagfinn Haarr	Prosjekt: Fastlegen og den narkomane pasient
----------------------------------	--	--

Dette er en brukerundersøkelse på venterommet til fire legekantor i Kristiansand, ca 200 respondenter på hvert. Et av de undersøkte legesentrene (A) har et betydelig antall tunge rusmisbrukere, og man var spesielt interessert i hvorledes disse kunne påvirke venteromsmiljøet og brukernes tilfredshet med senteret.¹⁹

Det ble utarbeidet et enkelt spørreskjema med bilder av terningøyne som skår (1 - 6). Respondentene satte ring rundt det bildet som passet best med deres opplevelse. Skjemaet inneholdt 12 spørsmål og plass til fritekstkommentarer. Utdelingen av skjema ble avsluttet når ca. 200 var kommet i retur, og man har derfor ingen kunnskap om svarprosent. 65 % av respondentene var kvinner og gjennomsnittsalderen 42 år.

Spørsmålet om ubehag på venterommet ("*Har du opplevd ubehageligheter fra medpasienter på venterommet?*") skåret signifikant dårligere ved legesenter A enn ved de andre sentrene. Forskjellen i skår var imidlertid ikke stor og de aller fleste uttrykte stor grad av tilfredshet (5,6 og 5,9). Det var også flere fritekstkommentarer om ubehag på venterommet ved dette senteret, og disse var tydelig rettet mot rusmisbrukergruppen. Svarene dreide seg om rusmisbrukers hund på venterommet, synlig rusede pasienter og rusmisbrukere som ikke ønsket å treffe andre rusmisbrukere.

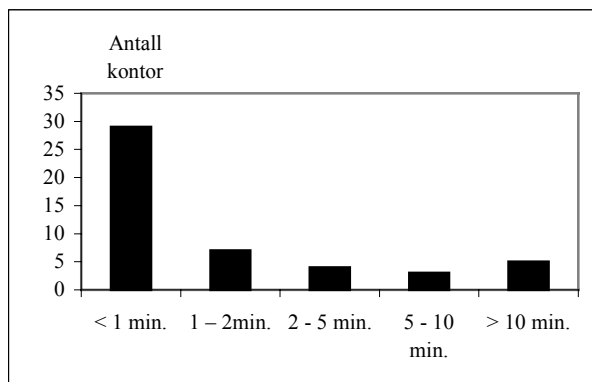
Gjennomsnittlig total brukertilfredshet fikk skår 5,3 og var praktisk talt identisk for de fire legesentrene. Det var lavest skår for telefontilgjengelighet og ventetid på time. Muligheten for å komme gjennom på telefon til legesenteret fikk skår 4,2, og muligheten for å få snakke med legen på telefon bare 3,8. Ventetid på time ble skåret til 4,3. Samlet sett så det ut til at pasientene hadde mer å utsette på organiseringen av praksis enn opplevd faglighet og måten de ble møtt på av leger og medarbeidere.

Prosjektnr: 144334/V50	Prosjektleder: Anne Helen Hansen	Prosjekt: Tilgjengelighet ved fastlegekontorene i Troms
----------------------------------	--	---

Helsetilsynet i Troms kartla høsten 2002 tilgjengelighet og ivaretagelse av øyeblikkelig-hjelp-plikten i fastlegeordningen ved å intervju en helsesekretær ved hvert legekantor. Telefonresponstid, telefontid med pasienter, antall øyeblikkelig-hjelp-konsultasjoner og ventetid på uprioritert time ble registrert. Ettersom kartleggingen var et tilsyn hadde legekantorene svarplikt. Kartleggingen omfattet alle fylkets 48 legekantor med 138 fastlegehjemler.²⁰

Tiden fra nummeret ble slått til det ble oppnådd personkontakt ble registrert. For hver lege ble telefontid, antall øyeblikkelig-hjelp-konsultasjoner (ØH-konsultasjoner) og ventetid på uprioritert time registrert. Man brukte kontorets definisjon av ”øyeblikkelig hjelp” som ga pasienter rett til konsultasjon samme dag. For uprioritert time ble det spurt etter første mulighet for to ledige timer etter hverandre og flere ledige timer neste dag, slik at en tilfeldig avbestilling ikke skulle gi et feilaktig uttrykk for ventetiden.

Telefonresponstiden var 3 minutter (variasjon 15 sek - 23 min). Fem kontor hadde over 10 min responstid, og tre hadde over 20 min. Uten disse fem var snittet 1 min 18 sek. 75 % hadde responstid på under 2 minutter.

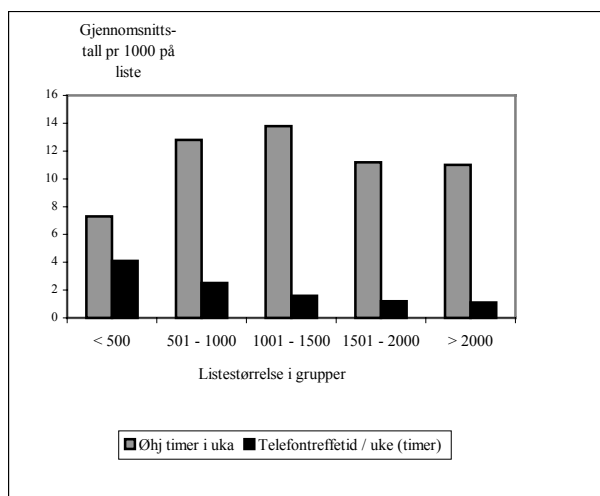


Figur 8.1.4. Responstid for telefonkontakt

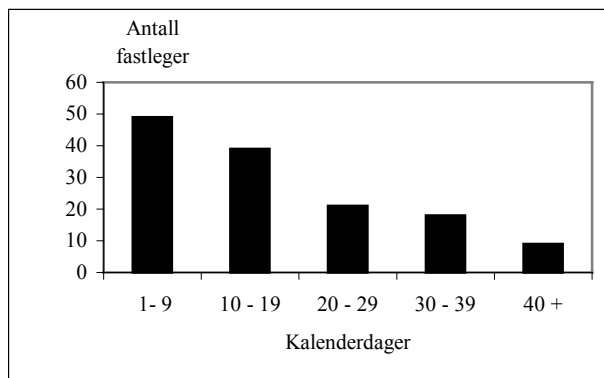
Legene hadde i snitt 2 timer telefontid per uke. Telefontiden var omvendt proporsjonal med listestørrelse (figur 8.1.5). I byene var telefontiden per 1 000 på liste 1 t 24 min/uke, og i landkommunene 2 t 48 min/uke.

Fastlegene hadde i gjennomsnitt 14,4 ØH-konsultasjoner per uke per 1 000 på liste. Det var ikke signifikant forskjell mellom leger i byer og landkommuner, eller mellom mannlige og kvinnelige leger. Antall ØH-konsultasjoner var proporsjonal med listestørrelsen for lister på 500 - 1 500 personer. Leger med mindre eller større lister hadde færre ØH-konsultasjoner per 1 000 på liste. I registreringsuka var 2 082 pasienter (1,4 % av listepopulasjonen) på ØH-konsultasjon i Troms, herav 1 446 i byene (1,5 % av listepopulasjonen) og 636 i landkommunene (1,2 % av listepopulasjonen).

To tredjedeler av legene hadde ventetid under 20 dager (figur 8.1.6). Gjennomsnittlig ventetid for alle legekantor var 16,5 dager, helger inkludert (variasjon 1 - 54 dager). Det var ingen forskjell mellom by- og landkommuner, men store innbyrdes forskjeller mellom byene. Kvinnelige leger hadde 4,5 dager lengre ventetid enn mannlige kolleger (ikke signifikant). Ventetid på uprioritert time økte med listens størrelse opp til 1500, men sank for de største listene.



Figur 8.1.5. Antall øyeblikkelig-hjelp-konsultasjoner per uke (grå) og telefontid per uke (svart) per 1 000 på liste



Figur 8.1.6. Ventetid på uprioritert time

Prosjektnr: 144334/V50 **Prosjektleder:** Øystein Hetlevik **Prosjekt:** Listelengde, arbeidstid, ventetid og jobbtilfredshet blant fastleger i Bergen

160 av 188 fastleger (85 %) i Bergen svarte i 2003 på et spørreskjema om demografiske data, listelengde, arbeidstid og ventetid. De vurderte også tilfredshet med å jobbe i allmennpraksis og i fastlegeordningen. Ventetid på legetime ble registrert som antall praksisdager frem til en dag med tre ledige uprioriterte timer.²¹

Ventetid på ordinær time var i gjennomsnitt seks praksisdager (variasjon 0 - 45 dager). 79 % av hadde en ventetid på ≤ 8 praksisdager. Leger med åpne lister og leger som ønsket seg lengre liste, hadde kortere ventetid enn andre. Det var ingen klar sammenheng mellom listelengde og ventetid. Legenes kjønn, alder eller antall år i allmennpraksis viste heller ingen sammenheng med ventetid.

69 % av legene var "godt/svært godt fornøyd" med ventetid i egen praksis, 19 % "moderat fornøyd" og 12 % "mindre fornøyd", med stor grad av samsvar med oppgitte ventetider:

Tabell 8.1.18. Legens vurdering av aktuell ventetid i egen praksis

	Antall leger	Ventetid (praksisdager)			
		0 - 4	5 - 8	9 - 12	>12
Mindre fornøyd	20	15	25	15	45
Moderat fornøyd	30	14	40	23	23
Godt/svært godt fornøyd	110	67	27	3	3

Leger med lengst ventetid, særlig de som selv var minst fornøyd med egen ventetid, var i mindre grad fornøyd med å jobbe i fastlegeordningen. En ventetid på mer enn et par uker kan oppfattes som et uttrykk for "å være på etterskudd", med en arbeidsbelastning som er større enn legen ønsker.

8.1.1. Oppsummering

Allmennlegetjenesten skal være et lavterskeltilbud og skal i prinsippet ikke være en rasjonert tjeneste. Økt tilgjengelighet var en av målsettingene med reformen. Etter innføringen av fastlegeordningen er dessuten tilgjengeligheten blitt enda viktigere enn før. Fastlegene skal først og fremst prioritere sine egne listepasienter, og "fremmede" pasienter vil oftere bli avvist. Det er derfor blitt vanskeligere å slippe til på andre legekantor. Pasientene har færre alternativer å velge mellom enn tidligere. Tilgjengeligheten til helsevesenet blir i større grad avhengig av tilgjengeligheten til egen fastlege.

Dette stiller større krav til fastlegenes tilgjengelighet enn hva som var vanlig før fastlegeordningen trådte i kraft.²² Disse økte kravene kan resultere i at pasientene rapporterer større problemer og lavere tilfredshet, selv om tilgjengeligheten objektivt sett er blitt bedre. Dette er en mulig forklaring på at pasienter rapporterte større problemer med telefontilgjengelighet i fastlegeforsøket enn i konvensjonelle praksistyper.²³

Tilgjengeligheten synes å ha sterk sammenheng med den lokale legedekningen, i alle fall i større kommuner. I en registrering før innføringen av fastlegeordningen fant **Paulsen og Finnvold** (SSBs levekårsundersøkelse) at det var en enkel sammenheng mellom kapasiteten i legetjenesten og rapporterte ventetider i kommuner med over 10 000 innbyggere.³ I mindre kommuner var imidlertid sammenhengen mer komplisert. Ventetidene var for eksempel lengre i småkommuner med et stort innslag av fastlønnsleger.

Ifølge tall fra Statistisk sentralbyrå økte antall legeårsverk i kommunehelsetjenesten med 8 % fra 2000 til 2003. Økningen var sterkest i de mest sentrale kommunene (se tabell 7.1.8). Når flere ulike prosjekter registrerer en bedring i ventetiden i denne tidsperioden, må en anta at den bedrede legedekningen er en vesentlig forklaringsfaktor, trolig viktigere enn fastlegeordningen *per se*.

Det er imidlertid også indikasjoner på at fastlegeordningen *per se* kan ha hatt betydning for tilgjengeligheten. I en kvalitativ undersøkelse fant **Norheim** at legene opplevde en sterkere konkurranse om pasientene.^{10 24} Spesielt kunne leger i Oslo oppleve at pasientene anklaget dem for å ha for lang liste og truet med å skifte lege når de mente at tilgjengeligheten var for dårlig. Dette medførte at de bestrebet seg på å forbedre tilgjengeligheten.

Med bakgrunn i en annen kvalitativ studie viser **Tone Opdahl Mo** til at det tidligere var mulig å regulere arbeidsmengden ved hjelp av tilgjengeligheten, for eksempel lange ventetider eller dårlig telefontilgjengelighet.⁹ Etter Fastlegereformen har legene fått ansvar for en definert listebefolkning, og tar oftere hånd om sine egne pasienter, også når det gjelder akutthjelp. Teoretisk sett kunne man tenke seg at leger som ønsket færre pasienter kunne spekulere i dårlig tilgjengelighet, men det var ingen utsagn som tydet på dette. Inntrykket var at legene ønsket å være tilgjengelige, og oppfattet evt. dårlig tilgjengelighet som et problem. Dersom ventetiden økte over en viss lengde som de selv oppfatter som akseptabel, ville de håndtere flere pasienthenvelser per dag.

I en fastlegeordning fungerer derfor ventetiden som en regulator for fastlegenes arbeidsinnsats. Hva som regnes som akseptabel ventetid varierer imidlertid fra lege til lege, og en stabilt lang ventetid avspeiler ikke arbeidsmengden, men hva legen regner som akseptabel ventetid.

Ventetid på time

Opdahl Mo fant at det var betydelige ulikheter mellom legene i hvor stor grad de åpnet for forhåndsbestilling og fylte opp timeboken, og hvor strengt de avgrenset de henvendelsene som kom inn på dagen.⁹ Når timeboka er svært full, blir det viktig å prioritere nøye mellom det som virkelig haster, og det som ikke haster fullt så mye. Dette er arbeidskrevende både for hjelpepersonell og leger. Lang ventetid skaper misnøye og frustrasjon hos pasienter og hos hjelpepersonell og ofte også hos legene. Arbeidsmiljømessig er det en klar fordel å ikke ha for mange timer bundet opp for lang tid i forveien. Ventetid har imidlertid også en bufferfunksjon i forholdet mellom tilbud og etterspørsel, og det å redusere denne til null virker ikke hensiktsmessig.

Legene hadde ulike oppfatninger om hvordan ventetidene henger sammen med f.eks. listens lengde eller andre forhold, og de tenkte svært ulikt om hvordan pågangen fra pasientene kunne styres og håndteres. En generell oppfatning var at listelengden påvirket ventetiden ved legekontolet, men forskerne bak denne studien finner at ventetid i større grad gjenspeiler legekontoletenes timetildelingspraksis. Det var stor variasjon i fordelingen mellom vanlige timer og øyeblikkelig-hjelp-timer (ØH-timer), og fra pasientenes perspektiv er ventetid på vanlig time ikke et mål på tilgjengelighet. Ventetid på vanlig time har ingen sammenheng med hvor tilgjengelig legen er dersom det haster.

Paulsen og Finnvold (SSBs levekårspanel) analyserte ventetid på vanlig time året før reformen ble iverksatt.³ Analysene er basert på legebrukernes egne rapporteringer, og ikke faktiske målinger. Denne undersøkelsen viste at de som bruker legetjenesten mest (eldre, kvinner) også er de som må vente lengst ved bestilling av vanlig time. Dette avspeiler trolig variasjoner i medisinske problemstillinger, og måten disse prioriteres på ved legesentrene. Det er rimelig å anta at de som bruker helsetjenesten mye kan ha et større innslag av egeninitierte legekontroller, som prioriteres forholdsvis lavt, enn det en finner hos de som er mindre aktive legebrukere.

Kvinnelige leger som deltok i fastlegeforsøket rapporterte om "tunge lister", stort arbeidspress, og lengre ventetider.⁶⁻⁸ Data fra levekårpanelets svargivere 2001 gir ingen indikasjoner på spesielle ventetidsproblemer hos de kvinnelige legene i året før fastlegeordningen ble innført. Man fant imidlertid at det var noe lengre ventetider ved legesentre med tre eller flere leger. Det samme gjaldt kommuner med manglende stabilitet i legetilbudet.

I 2003 fant man en signifikant reduksjon i ventetiden, ved at gjennomsnittlig ventetid ble redusert fra 8,3 til 7,2 dager, median ventetid fra 4 til 3 dager.⁴ Median ventetid ble redusert fra 3 til 2 dager for mannlige pasienter og fra 5 til 4 dager for kvinnelige pasienter. Største ventetidsforbedring ble sett for de eldste pasientene.

Dataene tyder på at ventetidsforbedringen er noe større hos mannlige enn hos kvinnelige leger, noe som trolig har sammenheng med forskjeller i pasientenes kjønns- og alderssammensetning. Det har også skjedd en utjevning av forskjellene i ventetid mellom ulike typer legepraksis. Bedringen i ventetid var noenlunde jevnt fordelt mellom små og store kommuner, men småkommuner med høyt innslag av fastlønnsstillinger (en indikator på dårlig stabilitet) opplevde en klart større forbedring enn andre småkommuner.

I en analyse av fire grupper med kronisk somatisk sykdom eller lettere psykiske plager fant man at ventetiden har gått ned for alle unntatt de som har muskel- og skjelettsykdom.⁵ Pasienter med hjerte- og karsykdom venter noe lengre enn andre grupper, men en multivariatanalyse tyder på at det er alders- og kjønns sammensetningen som er forklaringen på dette. Det er vel også grunn til å tro at det i denne gruppen er en høy andel med egeninitierte kontroller som prioriteres relativt lavt.

Man har også koblet data fra levekårpanelet til opplysninger fra Rikstrygdeverkets register over fastleger.⁵ Hensikten har vært å undersøke hvorvidt egenskaper ved paneldeltakernes leger og praksiser har konsekvenser for hvordan pasientene opplever tjenestetilbudet. Man fant da en klar sammenheng mellom listekapasitet og ventetid. Det er kortest ventetid for pasienter som står på listen til leger som mangler pasienter. Resultatet er fortsatt signifikant når variabler som kjønn, alder og sykkelighet trekkes med i analysene. Kvinnelige leger har lengre ventetid enn mannlige leger, og det er også lengre ventetid for personer på lister med høy kvinneandel.

Sørensen gjennomførte en spørreundersøkelse blant fastlegene høsten 2002, og fant at ventetid på ordinær time økte parallelt med praksisstørrelsen, fra 10 dager hos solopraktikerne til 14 dager i praksiser med mer enn seks leger.¹ I en multippel regresjonsanalyse fant man dessuten at ventetiden var lengre hos kvinnelige leger og hos spesialister i allmenntilmedisin.

I en kartlegging av alle fastlegekontor i Troms fant Helsetilsynet i Troms (**Hansen**) at gjennomsnittlig ventetid for alle legekontorene var 16,5 dager, med en variasjon fra 1 til 54 dager.²⁰ To tredjedeler hadde ventetid under 20 dager (helger inkludert). Ventetid på uprioritert time økte med listens størrelse opp til 1 500, men sank for de største listene.

Hansen kommenterer at ventetiden er en servicenorm mer enn en forsvarlighetsnorm, men bør ikke overstige 20 dager, en grense de fleste holder seg innenfor. Lang ventetid kan lettere gi uforsvarlige forhold, selv om lang ventetid i seg selv ikke trenger være uforsvarlig.

I en kartlegging av fastlegene i Bergen fant **Hetlevik** at ventetid på ordinær time var i gjennomsnitt seks praksisdager (variasjon 0 - 45).²¹ Ventetid ble da definert som antall praksisdager frem til en dag med tre ledige uprioriterte timer. 79 % hadde en ventetid på åtte eller færre praksisdager. Det var ingen klar sammenheng mellom listelengde og ventetid, og legens kjønn, alder eller ansiennitet spilte ingen rolle. Leger med åpne lister og leger som ønsket seg lengre liste hadde kortere ventetid enn andre. I en oppfølgende registrering i 2005 fant man en liten nedgang i gjennomsnittlig ventetid, til vel fem praksisdager.²⁵

Helsetilsynet i Hordaland kartla i januar 2003 tilgjengeligheten hos 101 fastleger, og fant en gjennomsnittlig ventetid på 9,6 dager for å få time til å ta celleprøve, og en ventetid på 3,6 dager på konsultasjon for å undersøke en foflekk som hadde endret farge.²⁶ **Helsetilsynet i Finnmark** gjorde en tilsvarende undersøkelse i mars 2003, og fant store variasjoner i ventetiden på ordinær legetime. Gjennomsnittlig ventetid var 17 dager med variasjoner fra under en uke og opptil åtte ukers ventetid.²⁷

Riksrevisjonen gjennomførte i mars 2004 en landsomfattende spørreskjemaundersøkelse til alle landets kommuner (bydeler i Oslo og Bergen) og oppnådde en meget høy svarprosent (95,7).²⁸ Nesten ingen av kommunene mente det hadde skjedd en forverring i tilgjengeligheten, Ca. 20 % mente det var en bedring i

legenes åpningstid, og ca. 40 % mente at ventetiden på ledig time var blitt kortere. Det var en nokså entydig tendens til at bedringen var mest uttalt i de største kommunene.

I en svensk undersøkelse utført av **Demoskop** sammenlignet man tilgjengeligheten til lege i åtte vesteuropeiske land. Av dem som hadde vært til lege det siste året, hadde 48 % kommet til samme dag og 81 % i løpet av en uke. De norske pasientene måtte vente noe lengre enn gjennomsnittet, henholdsvis 37 % og 76 % hadde sluppet til hos legen i løpet av en dag eller en uke.²⁹

Øyeblikkelig hjelp

Tidligere kunne legene be pasienter om å gå til en annen lege hvis de hadde det travelt. I praksis betydde dette at leger med mye å gjøre overførte pasienter til leger med mindre å gjøre. Dette flytende ansvaret fungerte som en buffer i legetjenesten. Fastlegen har imidlertid få legitime muligheter til å avvise forespørsler. Også øyeblikkelig hjelp skal tas imot, selv om timeboken er full. I en kvalitativ undersøkelse (**Opdahl Mo**) fortalte legene at de strakk seg langt før de bad folk om å henvende seg til legevakta.⁹ Alle var svært oppmerksomme på behovet for å ivareta personer med behov for øyeblikkelig hjelp på dagtid, og flertallet hadde satt av flere ØH-timer enn før fastlegeordningen ble innført.

Ifølge SSBs levekårsundersøkelse (**Paulsen og Finnvold**) er det lite som tyder på at det har skjedd vesentlige generelle endringer med hensyn til ivaretagelse av ØH-funksjonen.⁴ 91 % rapporterte at det hadde vært lett å få tilgang til ØH, både i 2001 og i 2003 (legevakt unntatt). Det var heller ingen signifikante endringer i ventetid på ØH. 94 % kom til samme dag eller neste dag i 2001, i 2003 var tilsvarende andel 92 %. I 2001 rapporterte 71 % at de hadde fått hjelp hos sin faste lege ved behov for ØH. I 2003 hadde 61 % fått hjelp hos sin faste lege, ytterligere 13 % hos annen lege ved fastlegens kontor eller hos vikar. Det var imidlertid en reduksjon i det totale antall legebrukere som søkte ØH utenfor legevakt, fra 306 i 2001 til 254 i 2003. En mulig forklaring kan være at den generelle ventetidsforbedringen har medført at en del episoder som i 2001 utløste ekstra anstrengelser for å skaffe hjelp raskt, i 2003 registreres av legebrukerne som vanlige timer, fordi sannsynligheten for å få time raskt økte i perioden.

I sine kartlegginger i 2003 fant **Helsetilsynet i Hordaland og Finnmark** at tilgjengeligheten var god for akutte problemstillinger. De aller fleste fikk time samme dag.^{26 27} **Riksrevisjonen** fant i sin spørreundersøkelse at ca. 40 % av kommunene mente at tilgjengeligheten for ØH var blitt bedre, med en tydelig tendens til at bedringen var mest uttalt i de største kommunene.²⁸

Helsetilsynet i Troms (**Hansen**) fant at fastlegene hadde i gjennomsnitt 14,4 ØH-konsultasjoner per uke per 1 000 på liste.²⁰ Antallet var proporsjonalt med listestørrelsen for lister på 500 - 1 500 personer, men leger med mindre og større lister hadde færre ØH-konsultasjoner per 1 000 på liste. Det kan tyde på at leger med mindre og større lister trenger hjelp fra andre for å yte øyeblikkelig hjelp til egne pasienter. I løpet av registreringsuken var 1,4 % av listepopulasjonen på ØH-konsultasjon, noe mer i byene enn på landsbygda.

Helsevernetaten i Bergen fant at fastlegene hadde i gjennomsnitt seks ØH-timer per arbeidsdag både i 2002 og i 2005.²⁵ Her fant man at antall ØH-timer økte fra 4,7 blant leger med de korteste listene (< 800), stigende jevnt til 7,2 blant de med de lengste listene (≥ 1 600).

Sørensen fant at leger med lange lister (> 1 600) syntes det var lettere å innpasse akuttpasienter sammenlignet med leger med korte lister (< 800).¹ Dette kan skyldes at leger med lange lister arbeider flere dager og har større fleksibilitet (bufferkapasitet), men kan også skyldes at de er mer effektive.

I en evaluering av Nordhordland interkommunale legevakt fant **Jøsendal** at pasientene var rimelig godt fornøyde med tilgjengeligheten hos sin fastlege, både for ordinære timer og for akutte henvendelser.¹³ Skår var ca. 7 på en skala fra 1 til 10, der 10 er beste resultat. Det var imidlertid 12 % som ikke visste navnet på fastlegen sin, og 17 % visste ikke om fastlegekontoret deres var åpent denne dagen. En av tre visste ikke om deres fastlege var tilstede på kontoret samme dag. 38 % sa at de ikke ville ha oppsøkt legevakten dersom de hadde vært helt sikre på å få time hos fastlegen dagen etter. Men bare 9 % ville vente så mye som 4 - 5 dager på time hos fastlegen.

Steen og Hunskaar kartla over en 12 dagers periode i januar 2003 pasienter som oppsøkte legevakten i Bergen.³⁰ I alt 1 504 pasienter ble inkludert i undersøkelsen. De fleste (84 %) visste hvem som var deres fastlege. Flere menn enn kvinner visste ikke navnet på fastlegen (henholdsvis 26 % og 9 %). Yngre pasienter manglet oftere kjennskap til sin fastlege enn eldre. Bare 26 % hadde forsøkt å kontakte fastlegen før de oppsøkte legevakten.

Halvparten var villig til å vente til neste dag dersom de var sikret time hos fastlegen da, men få var villig til å vente 4 - 5 dager. Dette tyder på at pasientene må sikres time hos fastlegen sin allerede neste dag, dersom henvendelsene på legevakt skal avta betydelig.

Tollefsen og medarbeidere sammenlignet i 2000 og 2001 legevaktbruken i fastlegekommunen Tromsø med Fredrikstad, som på det tidspunktet ikke hadde fastlegeordning.³¹ Det ble inkludert 174 pasienter i Tromsø og 225 i Fredrikstad. Man fant at legevakten i Tromsø ble benyttet hyppigere selv om pasientene i Tromsø var mer tilfreds med legenes tilgjengelighet på dagtid. Undersøkelser gjort før fastlegeforsøket viste også at Tromsø hadde et høyt legevaktforbruk, noe som ble sett på som en indikasjon på lav tilgjengelighet i allmennlegetjenesten.³² Men til tross for bedre tilgjengelighet på legekantorene, indikerer denne studien at legevakten i Tromsø fortsatt brukes for trivielle problemer som sykmelding og mindre alvorlige tilstander. Forfatterne antar at Tromsøs befolkning har vent seg til å bruke legevakten til mindre akutte tilstander, og at denne vanen henger igjen selv etter at byen har fått god legedekning. Tendensen forsterkes av at studenter som bor kortvarig i Tromsø, heller kontakter legevakt enn sin fastlege. En del av forskjellen kan også skyldes at Fredrikstad faktisk hadde bedre legedekning i forhold til innbyggertallet enn Tromsø.

Tilfredshet med ventetiden

Respondentene i SSBs levekårsundersøkelse (**Paulsen og Finnvoll**) ble også spurt om hvor *fornøyd* de var med ventetiden.⁴ Også her ble det registrert en forbedring, tydeligst i de eldste aldersgruppene og i kommuner med ustabil legedekning.

Siden dette er paneldata, kan en også studere endringene på individnivå, og da viser det seg at det også er noen som synes at situasjonen er blitt dårligere. Blant disse er det spesielt to grupper som er overrepresentert: de som ønsker å bruke flere allmennleger og de som fikk oppfylt førstevalget i legevalgprosessen. Det er grunn til å tro at leger som er blitt valgt av mange pasienter, har fulle lister med en overvekt av pasienter med store behov for legetjenester. Det er derfor ikke så overraskende at enkelte pasienter hos disse legene kan ha opplevd en forverring i ventetiden.

I en analyse av fire grupper med kronisk somatisk sykdom eller lettere psykiske plager fant man at andelen som er misfornøyd med ventetiden har gått ned for alle unntatt for dem som har psykiske lidelser.⁵ Det kan synes som om forskjellene mellom pasientgruppene er blitt noe større når det gjelder tilfredshet med ventetiden.

Da man koblet data fra levekårspanelet til opplysninger fra Rikstrygdeverkets register over fastleger, fant man tilsvarende sammenhenger som i analysen av ventetid.⁵ Det er størst tilfredshet med ventetiden hos leger som mangel pasienter. Det er lavere tilfredshet hos kvinnelige leger og blant personer på lister med høy kvinneandel.

Selv om dårlig listekapasitet har negative konsekvenser for tilgjengeligheten, er pasienter som står på listen til leger som har for mange pasienter like fornøyd med hvordan de blir møtt av legen, og tiden de blir tildelt under konsultasjonen. Det er heller ikke noe som tyder på at omfanget av tjenester som pasientene blir tildelt er påvirket av kapasiteten på legens liste.

En sammenligning av pasientpopulasjonen til leger som synes de har for få eller for mange pasienter, viser at leger som har "for mye å gjøre" har en større andel listepersoner som mente at det var viktig å få legen de satte opp som førstevalg. Disse legene har også en høyere andel listepersoner som faktisk fikk innfridd førstevalget sitt, og dette var som regel den legen de brukte før reformen. Relativt dårlig tilgjengelighet synes i denne sammenheng å være av mindre betydning.

Carlsen fant i en større spørreskjemaundersøkelse at brukerne rapporterte økt tilfredshet med ventetid på time.³³ Eldre var gjennomgående mer tilfredse, både i 2000 og 2003, mens det var ubetydelige forskjeller mellom kjønnene. Brukere i mellomstore kommuner, hvor tilfredsheten var lavest før reformen, rapporterte størst forbedring i ventetiden. Det var ingen endring i tilgjengelighet på legevakt.

I en annen undersøkelse har **Carlsen** studert sammenhengen mellom befolkningens tilfredshet med allmennlegetjenesten og fastlegenes listekapasitet, turn-over og andel fastleger med fast lønn i kommunen.³⁴ Materialet består av data fra en landsomfattende brukerundersøkelse gjennomført ved årsskiftet 2004/2005 (TNS Gallup). Disse dataene er senere koblet med Rikstrygdeverkets database over fastleger.

Brukerne er klart mer tilfreds med behandlingskvaliteten (legens faglige dyktighet, legens evne til å lytte, informasjon om behandlingen og behandlingsresultatet) enn med tilgjengeligheten (ventetid på time, telefontilgjengelighet). Ledige listeplasser har en positiv og signifikant effekt på tilfredshet med tilgjengeligheten, men ingen effekt på tilfredshet med behandlingskvaliteten. Turn-over av fastleger og andel fastleger med fast lønn (dårlig kontinuitet) samvarierte negativt med befolkningens tilfredshet, både med tilgjengelighet og med behandlingskvalitet.

I **Lians** undersøkelse var det i 2000 46 % som i stor grad var trygge på at de ville få legehjelp dersom de skulle trenge det.^{11 35} I 2003 var dette tallet steget til 55 %. Den største økningen gjaldt folk i mellomstore kommuner, for små kommuner (< 5 000 innb) var det ingen endring. 29 % rapporterte at ventetiden var bedret, 15 % dårligere. I en regresjonsanalyse hvor man justerte for alder, kjønn og kommunistørrelse økte andelen svært fornøyd med ventetiden fra 21 % til 25 %. Det var en nedgang i andelen som rapporterte lang ventetid som et særlig problemområde (fra 53 % til 31 %) og en økning i andelen som nevnte kort ventetid som et særlig positivt aspekt (fra 20 % til 32 %). Det var en nedgang i andelen som var svært fornøyd med tilgjengeligheten for hjemmebesøk, mens tilgjengeligheten for ØH var stort sett uendret.

I sin brukerundersøkelse fant **Breidablik** at 28 % opplevde bedre tilgjengelighet for ordinære konsultasjoner etter fastlegeordningen, 7 % angav forverring.¹⁸ Tilsvarende var det 18 % som opplevde bedre tilgjengelighet for ØH, 6 % forverring.

Haarr gjennomførte en brukerundersøkelse på venterommet til fire legekontor i Kristiansand, ca. 200 respondenter på hvert.¹⁹ Gjennomsnittlig total brukertilfredshet fikk skår 5,3 på en skala fra 1 til 6, mens ventetid på time ble skåret til 4,3. Ventetiden er altså et negativt aspekt som trekker den generelle tilfredsheten ned.

Et av kontorene i dette prosjektet hadde et betydelig antall tunge rusmisbrukere, og man var spesielt interessert i hvorledes disse kunne påvirke venteromsmiljøet og brukernes tilfredshet med senteret. Spørsmålet om ubehag på venterommet skåret signifikant dårligere ved dette legesenteret enn ved de andre, men forskjellen var ikke stor og de aller fleste uttrykte stor grad av tilfredshet med venteromsmiljøet (5,6 og 5,9). Den totale brukertilfredsheten var like god ved dette legesenteret som ved de andre. Et stort innslag av rusmisbrukere har altså relativt liten betydning tilfredsheten, og klart mindre betydning enn ventetiden.

TNS Gallup har gjennomført jevnlig nasjonale undersøkelser av brukertilfredshet med ulike kommunale tjenester. Undersøkelsen i 2003 var den første etter innføringen av fastlegeordningen,³⁶ og sammenlignet med undersøkelsen i 2000 kunne da legetjenesten vise til den største fremgangen av alle de undersøkte tjenestene. Kvalitetsindeks for ventetid på time økte fra 55 til 61. Til sammenligning var kvalitetsindeksen for legetjenesten som helhet 76. Det var en klar tendens til at eldre var mer tilfreds med ventetiden enn yngre, men fremgangen fra 2000 til 2003 var noenlunde lik i alle aldersgrupper. Legens tilgjengelighet på legevakt fikk samme kvalitetsindeks (52) både i 2000 og 2003. Også her var de eldre mest tilfreds. Det var betydelige forskjeller relatert til kommunistørrelsen. Mens innbyggere i de minste kommunene (under 3 000 innbyggere) ga legevaktlegen en kvalitetsindeks på 62, var tilsvarende karakter i de største kommunene (over 90 000 innbyggere) bare 44.

I en undersøkelse gjort av **Opinion** i 2003 på oppdrag fra Den norske lægeforening, hvor folk ble spurt om hvordan de opplevde tjenestetilbudet før og etter fastlegeordningen, svarte de fleste at de ikke opplevde noen forskjeller i tjenestenes kvalitet etter fastlegeordningen. Like mange svarte at tjenestene var blitt dårligere som at de var blitt bedre. Dette gjaldt også ventetiden.³⁷

På oppdrag fra Den norske lægeforening gjennomførte **Norsk Respons** en landsomfattende opinionsundersøkelse i mai 2005 hvor man spurte om folks holdninger til legetjenester og andre offentlige tjenester.³⁸ Det ble gjennomført i alt 1 000 intervjuer. På dette tidspunktet hadde 88 % vært i kontakt med sin fastlege etter at ordningen ble innført. Flere kvinner enn menn hadde hatt kontakt (92 % og 83 %) og kontaktfrekvensen steg med økende alder. 39 % var svært fornøyd og 28 % ganske fornøyd med at de fikk komme til når de trengte det. På tilsvarende spørsmål om ventetid på time var 24 % svært fornøyd og 32 % ganske fornøyd. Undersøkelsen viste at folk var mer tilfreds med relasjonen til fastlegen enn med legens tilgjengelighet.

Dahle fant i en kvalitativ undersøkelse som ble gjennomført i Oslo-området at det var stor variasjon i hva pasientene opplevde som akseptabel ventetid.¹² Det ble ellers nevnt at fastlegeordningen ga mindre tidsfleksibilitet fordi man ikke kunne ringe til andre hvis fastlegen hadde for lang ventetid. Uventet mange nevnte at legesekretærene hadde en nøkkelrolle i forhold til fastlegen. Sekretæren ble en portvakt de måtte

komme forbi for å få legetime, og i noen tilfeller ble legesekretæren gjort til en syndebykk for å unngå konflikt direkte mellom lege og pasient.

Bæck gjennomførte en spørreskjemaundersøkelse blant brukere i Nord-Trøndelag og Finnmark og analyserte befolkningens fornøydhet med ulike aspekter ved fastlegeordningen.¹⁷ Det var nokså tydelig at man var minst fornøyd med ventetid og tilgjengelighet på telefon. Man var mest fornøyd med fastlegen selv og muligheten til å ha samme fastlege over tid. Folk i større og stabile kommuner var mer fornøyde med service og tilgjengelighet enn folk i mindre og ustabile kommuner.

Telefontilgjengelighet

Når lege og pasient kjenner hverandre over tid, kan mange spørsmål avklares gjennom enkle kontakter på telefon. Rasjonell utnyttelse av telefonen kan på denne måten føre til redusert behov for ordinære konsultasjoner hos fastlegen.³⁹ Utover dette kan mange administrative oppgaver, som f.eks. timebestillinger og reseptfornyelser, lettest utføres på telefon. Tidligere undersøkelser har vist svært stor variasjon i telefontilgjengeligheten hos allmennleger.⁴⁰⁻⁴⁴

I 1989 ble det gjort en opprinningsundersøkelse til 35 avtaleleger i Vestfold.⁴² Av totalt 863 oppringninger fikk man kontakt innen to minutter i 74 % av tilfellene. Denne undersøkelsen ble gjentatt i 1991, og da var tilgjengeligheten blitt noe dårligere.⁴⁵ Forfatterne anbefalte 90 % tilgjengelighet innen to minutter som en rimelig standard for legepraksiser i primærhelsetjenesten.⁴² Fagutvalget i Alment praktiserende lægers forening (Aplf) sluttet seg til dette.⁴⁶

Tidligere trafikkteellinger i regi av Televerket/Telenor har gjennomgående avslørt klart dårligere tilgjengelighet enn 90 % besvarte anrop, og det har vært stilt spørsmål med om en så høy standard er realistisk og tjenlig for kvalitetssikring i praksis.^{43 44} I forbindelse med fastlegeforsøket i Trondheim ble det gjort en trafikkteelling ved ti legekantor to måneder før forsøket startet (1993). Etter innføringen ble det gjort målinger ved 25 kontor i 1994 og 1995.⁴¹ Andel besvarte telefoner steg fra 31 % i 1993 til 43 % i 1994 og 48 % i 1995.

Hunskår undersøkte telefontilgjengeligheten ved 100 tilfeldig utvalgte fastlekantorer ved at Telenor registrerte alle anrop i løpet av en arbeidsuke i november 2003.^{14 47} Man fant at det var 266 inngående anrop per 1 000 personer på liste, og av disse ble 66 % besvart. Gjennomsnittlig ventetid var 25 sekunder og gjennomsnittlig samtaleetid 119 sekunder.

Det er beregnet at det var syv besvarte anrop per person på liste per år. Dette er nesten 70 % mer enn hva man, med samme metode, fant i fastlegeforsøket i Trondheim.⁴¹ Legekantorene har med andre ord opplevd en sterk økning i telefontrafikken de siste årene. Når økningen i tilgjengelighet vurderes mot denne bakgrunnen, må en kunne si at mange legekantor har gjort en god jobb. Det er her relevant å nevne at man i den nasjonale fastlegeordningen har en egen telefontakst, som kan være et insitament til å bedre tilgjengeligheten. I fastlegeforsøket hadde man ikke en slik takst.

En tilgjengelighetsindeks som tok hensyn til både andel besvarte anrop og holdetiden (ventetid + samtaleetid) viste svært stor variasjon, og var stort sett uavhengig av en rekke registrerte bakgrunnsvariabler ved de enkelte legekantorene. Antall medarbeidere viste for eksempel ingen signifikante utslag på telefontilgjengeligheten, heller ikke legekantorets størrelse eller kommunestørrelsen. Bruk av talemaskin/køordner og antall telefonlinjer bidro til å øke andel besvarte anrop, men dette skyldes nok i stor grad at svar fra talemaskin også blir registrert som besvart anrop. Dette er en svakhet med denne metoden.

Økende bruk av automatisk telefonsvarer var en indikator på dårlig telefontilgjengelighet. Fagutvalget i Aplf har tidligere frarådet bruk av dette hjelpemiddelet.⁴⁶ I denne studien brukte 78 % av kantorene automatisk telefonsvarer, som i gjennomsnitt var koblet inn 6,8 timer per uke. 79 % hadde telefaks, 45 % eget telefonnummer for akutte henvendelser og 11 % e-post. Bruk av SMS og ”call center” ble ikke registrert.

79 % av kantorene hadde diskutert telefontilgjengeligheten sin i løpet av det siste året, og det viste seg at de hadde et relativt korrekt inntrykk av hvordan deres egen telefontilgjengelighet var. Det var bra samsvar mellom deres egen oppfatning og de objektive målingene. For en del av deltakerne bekreftet undersøkelsen den utbredte oppfatningen av at telefontilgjengeligheten til legekantorene er for dårlig. Men det var også mange med god telefontilgjengelighet, og for noen var trafikkteellingen en positiv overraskelse.

Selv om de fleste legekantorene synes å ha en rimelig korrekt oppfatning av sin egen telefonilgjengelighet, kan objektive trafikkregistreringer øke motivasjonen for å iverksette lokale tiltak, særlig når en kan sammenligne seg med et representativt landsgjennomsnitt. Trafikktellinger kan også være et aktuelt redskap dersom kommunene velger å benytte seg av sin rett til å stille krav til fastlegenes telefonilgjengelighet.⁴⁸ En ulempe er at slike undersøkelser er kostbare å gjennomføre. I 2003 var Telenors normalpris for en ukes registrering 7 440 kr per kontor.

I en tilbakemelding til legekantorene ble det, sammen med den individuelle rapporten fra Telenor, gitt en sammenligning med gjennomsnittstall for alle de 100 deltakerne. Tre måneder senere fikk de et nytt spørreskjema hvor de ble spurt om rapporten hadde ført til noen tiltak fra kantorets side, og i så fall hvilke. 38 % ville iverksette et eller annet tiltak for å bedre telefonilgjengeligheten, og denne gruppen hadde signifikant dårligere tilgjengelighet enn de som ikke så behov for slike tiltak. Blant de tiltakene som ble nevnt, var flere telefonlinjer, flere medarbeidere, egen linje for øyeblikkelig hjelp, hjemmeside på Internett, utvidet ventetid, omdisponering av medarbeidere, nedkorting av samtaletid, styring av trafikken til roligere tider på dagen og innskjerping av privat bruk av telefonen. Det var 10 deltakere som ikke besvarte den andre henvendelsen, og disse hadde signifikant dårligere telefonilgjengelighet enn de som svarte. Dette kan være en indikasjon på at interesse, serviceinnstilling og holdninger spiller en vesentlig rolle for telefonilgjengeligheten.

I **Lians** undersøkelse blant innbyggere i Nord-Norge og på Østlandet var det 33 % som i 2000 hadde forsøkt å få snakke med primærlege på telefon en eller flere ganger uten å lykkes.^{11 35} Denne andelen gikk ned til 22 % i 2003.

I sin kartlegging oppnådde **Helsetilsynet i Hordaland** telefonkontakt med de fleste legekantorene innen relativt kort tid, gjennomsnittlig ventetid var to minutter.²⁶ Man vurderte det som akseptabelt om man fikk svar innen 20 minutter. Alle de 101 oppringte kantorene tilfredsstilte dette kravet. Tilgjengeligheten ble vurdert som god.

Riksrevisjonen fant i sin spørreundersøkelse at ca. 20 % av kommunene mente at telefonilgjengeligheten var blitt bedre, med en tydelig tendens til at bedringen var mest uttalt i de største kommunene.²⁸

I Troms fant Helsetilsynet (**Hansen**) at telefonresponstiden var gjennomsnittlig tre minutter.²⁰ Man fant videre at legene i snitt hadde 2 timer ventetid per uke og at ventetiden var omvendt proporsjonal med listelengden. Leger i landkommuner hadde dobbelt så lang ventetid som leger i bykommuner. Andre har også funnet at leger i landkommuner har bedre telefonilgjengelighet enn byleger.⁴⁰ Forklaringen kan være at legene i byene, særlig i Tromsø, har større lister enn i resten av fylket, men kort ventetid. Geografiske avstander gjør det også mer hensiktsmessig å ordne flere forhold på telefon i landkommunene.

Hansen kommenterer at kort responstid er et servicekrav mer enn et forsvarlighetskrav. For å vurdere om responstiden er forsvarlig, må den holdes opp mot flere faktorer, for eksempel tilgang til en egen ØH-linje. Der det fins, synes en responstid på under 2 minutter (slik man fant hos 75 %) å være en akseptabel servicenorm.

Ved Nordhordland legevakt fant **Josendal** at 17 % av dem som hadde forsøkt å ringe fastlegen på forhånd, ikke hadde kommet gjennom på telefonen.¹³ Tilsvarende tall ved Bergen legevakt var 21 %.³⁰

For å få et nærmere innblikk i kommunenes ivaretagelse av øyeblikkelig hjelp på dagtid, ga Statens helsetilsyn i 2002 **Norsk Gallup** i oppdrag å gjennomføre en kartlegging av kommunenes legevaktordning på dagtid. Kartleggingen tok for seg situasjoner når ”hjelpen kan vente litt”, det vil si ikke akuttmedisinske tilstander, men der legehjelp kan vente i noen timer, men ikke dager.⁴⁹

Det ble tatt utgangspunkt i telefonnummeret på side to i telefonkatalogen. Gallup ringte dette telefonnummeret inntil tre ganger med ett minuts mellomrom. Undersøkelsen kartla de ulike utfall oppringningen resulterte i, og den tid som gikk med fra telefonnummeret ble ringt og til det ble etablert kontakt med et legekantor som hadde vakt den dagen. Gallup ringte opp 432 kommuner og kom i kontakt med legekantor i vakt i 184 av disse. I 114 kommuner ble det henvist til egen fastlege eller annen lege. I 134 kommuner ble det ikke oppnådd kontakt, enten fordi telefonen ikke ble besvart, det var opptatt linje eller andre feilkilder. Resultatet var at ønsket kontakt ble oppnådd i om lag 40 % av kommunene. I ytterligere 18 % ble det oppnådd kontakt, der det ble ytt ulik grad av hjelp for å få kontakt med lege i kommunen. Kartleggingen gir, etter Helsetilsynets vurdering, indikasjon om at mer enn halvparten av kommunene mangler system for å oppnå kontakt med vakthavende lege på dagtid. Konsekvensen av dette er at pasient eller pårørende selv må ringe rundt til legekantor for å finne en lege som kan ta imot henvendelsen.

Kartleggingen avdekket at problemet med å komme frem til legekantor med beredskap for øyeblikkelig hjelp var størst i sentrale kommuner. Dette kan forklares med at organiseringen omkring øyeblikkelig hjelp blir mer oversiktlig i små kommuner med få legekantorer.

Tilfredshet med telefontilgjengeligheten

I **Lians** undersøkelse blant innbyggere i Nord-Norge og på Østlandet mente 22 % at telefontilgjengeligheten var blitt bedre etter fastlegeordningen, mens 19 % mente den var blitt dårligere.^{11 35} Når dataene ble analysert med logistisk regresjon og justert for alder, kjønn og kommunestørrelse, viste det seg at det var en signifikant nedgang i andelen svært fornøyde med telefontilgjengeligheten, fra 19 % til 14 %. Nedgangen var særlig stor i småkommunene.

Nedgangen i tilfredshet med telefontilgjengelighet kan synes å være inkonsistent med at andelen som svarte at de "flere ganger" i løpet av siste år hadde forsøkt å få snakke med primærlege per telefon uten å lykkes, sank i samme periode. Grad av fornøydhet er imidlertid også knyttet til forventninger. Det er grunn til å tro at folks forventninger har økt med innføringen av fastlegeordningen, og dette vil lede i retning av redusert fornøydhet, dersom forventningene ikke oppfylles. Dessuten er telefontilgjengeligheten blitt mer kritisk etter fastlegeordningen. Folk har færre alternativer enn før dersom de ikke kommer gjennom på telefonen til sin egen fastlege.

SSBs levekårspanel (**Paulsen og Finnvold**) har bare data om telefontilgjengelighet fra 2003.⁴ Det var da 72,7 % som sa seg helt enig i utsagnet: *"Det gikk greit å få kontakt med legesenteret på telefon ved bestilling av time"*. 11,8 % var litt enige i dette utsagnet. Menn var mer enige enn kvinner og eldre mer enige enn yngre. Pasienter hos solopraktikere opplevde bedre tilgjengelighet enn pasienter ved større sentra og innbyggere i de minste kommunene og i kommuner med høy andel fastlønnsstillinger rapporterte også bedre telefontilgjengelighet.

Det er rimelig å anta at forskjellene mellom ulike praksistyper og kommuner kan tilskrives bemanningen ved legekantorene, men det er vanskelig å tenke seg at forhold som hvor ofte man møter opptattsignal, eller hvor raskt et anrop besvares, kan henge sammen med forhold knyttet til den som ringer (kjønn, alder). Her må forklaringen ligge i ulike forventninger til hva som er god telefontilgjengelighet.

Haarr gjennomførte en brukerundersøkelse på venterommet til fire legekantor i Kristiansand, ca 200 respondenter på hvert.¹⁹ Gjennomsnittlig total brukertilfredshet fikk skår 5,3 på en skala fra 1 til 6, mens muligheten for å komme gjennom på telefon til legesenteret fikk skår 4,2, og muligheten for å få snakke med legen på telefon bare 3,8. Dette var de dårligste resultatene av alle tilfredshetsvariablene som ble registrert.

Carlsen fant en marginal økning i tilfredsheten med tilgjengelighet på telefon.³³ Eldre var gjennomgående mer tilfredse enn yngre. I en annen undersøkelse fant han at tilfredsheten var bedre i kommuner med god listekapasitet, god stabilitet og lav andel fastleger med fast lønn.³⁴

I **TNS Gallup (2003)** fikk telefontilgjengeligheten en kvalitetsindeks på 52 (50 i år 2000), med en tydelig tendens til at eldre var mer tilfreds enn yngre.³⁶ Til sammenligning var kvalitetsindeksen for legetjenesten som helhet 76. Tilfredsheten med telefontilgjengeligheten avtok med økende utdanningslengde. Det var ellers en tendens til at innbyggere i småkommuner var noe mer tilfreds enn innbyggere i større kommuner.

Den landsomfattende opinionsundersøkelsen til **Norsk Respons** viste for øvrig at henholdsvis 29 % og 23 % var svært eller ganske fornøyd med fastlegens telefontilgjengelighet.³⁸

Ved Nordhordland legevakt fant **Jøsendal** at tilfredsheten med telefontilgjengeligheten hos fastlegen viste en negativ tendens over tid, selv om den ikke var statistisk signifikant.¹³

Tilgjengelighet for svake pasientgrupper

I en kvalitativ studie med fokus på pasienter med alvorlige psykiske lidelser fant **Ådnanes** at nesten alle pasientene syntes tilgjengeligheten for time var akseptabel.¹⁶ Hvis det ikke dreier som et akutt behov, er det greit å måtte vente en til to uker. For øvrig var de kjent med at de kunne få øyeblikkelig hjelp dersom de ringte tidlig på dagen. De fleste hadde dessuten en avtale med fastlegen om regelmessige konsultasjoner eller avtale om å ta

kontakt ved behov. Fastlegene mente også selv at tilgjengeligheten var relativt bra for denne pasientgruppen, og ikke verre for disse enn for andre.

Noen fastleger bedrer tilgjengeligheten ytterligere gjennom å praktisere fleksible løsninger overfor pasienter som de vet er skrøpelige. Det kan være at de ringer til pasientene eller drar på hjemmebesøk. Helt unntaksvis har også pasienter fått anledning til å kontakte fastlegen utenom arbeidstid, men i de fleste tilfellene må pasientene da ty til legevakten. De aller tyngste pasientenes behov for hjelp fanges gjerne opp av annet helsepersonell i kommunen. Andre kommunale helsearbeidere rapporterer imidlertid at det varierer veldig mye mellom fastleger hvor mye de engasjerer seg. Noen uttrykker misnøye med fastlegenes fleksibilitet i forhold til å agere overfor kriser, noe som medfører mange akutte henvendelser på legevakten.

Sørensen har brukt data fra SSBs levekårsundersøkelse 2002 (koblet med opplysninger om listelengden til respondentenes fastleger) og analysert om tilgjengeligheten for grupper med store helsebehov er spesielt vanskelig hos leger med lange lister.² Respondentene ble spurt om de hadde kronisk sykdom og hvordan de vurderte sin egen helse. De som hadde dårlig egenvurdert helse og de som anga kronisk sykdom, hadde flere legekontakter per år, oppsøkte oftere legevakten og andre leger enn sin egen fastlege, og hadde flere kontakter med spesialisthelsetjenesten.

Bruksmønsteret for de ”tunge” pasientene var imidlertid ikke påvirket av fastlegenes listelengder. Fastleger med lange lister rasjonerte altså ikke konsultasjoner for kronikere og pasienter med dårlig egenvurdert helse og henviste heller ikke disse gruppene hyppigere til spesialisthelsetjenesten enn det fastleger med korte lister gjorde. Resultatene tyder derfor ikke på at fastleger med lange lister har en form for strategisk atferd, hvor de ut fra lønnsomhetskriterier favoriserer tjenestetilbudet til de enkle og greie pasientene.

Referanser

1. Grytten N, Skau I, Sørensen R. Kjennetegn ved solo- og gruppepraksiser i norsk allmenntidisin. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125(10):1357-60.
2. Grytten J, Sørensen R, Skau I. Fastlegeordningen - marked, legedekning og tilgjengelighet. Forskningsrapport 4/2005. Handelshøyskolen BI, Institutt for offentlige styringsformer.
3. Finnvoll JE, Paulsen B. Før innføring av fastlegeordning. Brukervurderinger av allmennlegetjenesten i et veiskille. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning, 2002.
4. Finnvoll JE, Svalund J, Paulsen B. Etter innføring av fastlegeordning - brukervurderinger av allmennlegetjenesten. Statistisk sentralbyrå. Rapport 2005/1.
5. Finnvoll JE, Svalund J. Kronikere og personer med symptomer på lettere psykiske plager: bruk og vurdering av allmennlegetjenesten før og etter fastlegeordningen. Pasientenes opplevelse av variasjoner i kapasitet og andre legekarakteristika under fastlegeordningen. Rapport 2005.
6. Malterud K, Steinert S, Mo TO. Kjønn, arbeidsbelastning og listeprofil i allmennpraksis. Erfaringer fra fastlegeforsøket. Tidsskr Nor Lægeforen 1995;115(19):2406-11.
7. Skogsholm A, Hasvold T. Er fastlegesystemet mer krevende for kvinnelige enn for mannlige leger? Tidsskr Nor Lægeforen 1999;119(23):3417-20.
8. Paulsen B. Fastlegeordning - pasientsammensetning og arbeidsbelastning for legene. Praksisveing i fastlegekommunen Trondheim. Tidsskr Nor Lægeforen 1995;115(22):2797-800.
9. Heen H, Mo TO. I fastere former. Legenes arbeidsvilkår i fastlegeordningen. SINTEF Teknologi og samfunn, IFIM. Trondheim og Oslo, april 2005. Rapport.
10. Norheim OF, Carlsen B. Legens doble rolle som advokat og portvakt i fastlegeordningen. Evaluering av fastlegeordningen. Rokkansenteret, Program for helseøkonomi i Bergen, Notat 19/2003.
11. Lian OS. Pasienterfaringer i primærlegetjenesten før og etter Fastlegereformen. ISM skriftserie nr 70. Universitetet i Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, 2003.
12. Dahle R, Skilbrei M. Fastlegeordningen og pasienter med store legebehov. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA Rapport 3/2003.
13. Jøsendal O, Aase S, Hunskaar S. Evaluering av interkommunal legevakt før og etter innføring av fastlegeordninga. Rapport.
14. Sandvik H, Hunskaar S. Telefontilgjengelighet hos fastlegen. Rapport. Seksjon for allmenntidisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen.
15. Rikstrygdeverket. Fastlegeoversikt - liste over alle fastleger i en kommune. fastlege.trygdeetaten.no/FastlegeWeb/fastlege/.
16. Ådnanes M, Hatling T, Grut L. Fastlegens tilbud og samarbeid vedrørende personer med en alvorlig psykisk lidelse. Trondheim, SINTEF Helse 2005.

17. Abelsen B, Karlsen Bæck DU, Kramvig B, Moilanen M. Lav stillingsstabilitet som utfordring for fastlegeordningen i Finnmark og Nord-Trøndelag. NORUT Samfunnsforskning AS, Rapport nr 06/05.
18. Breidablik HJ, Meland E. Pasientenes syn på fastlegeordningen - entusiasme med forbehold. Utposten 2004;33(7):36-8.
19. Haarr D. Terningskåre, pasienttilfredshet og rusmisbrukere på fastlegens venterom. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125(16):2168-70.
20. Hansen AH, Aaraas IJ, Pettersen JS, Ersdal G. Tilgjengelighet ved fastlegekontorene i Troms. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125(16):2210-2.
21. Hetlevik Ø, Hunskaar S. Listelengde, arbeidstid, ventetid og jobbtildfredshet blant fastleger i Bergen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(6):813-5.
22. Bø T. Legeforeningen: Fastlegene må kunne nås mer på telefonen. Aftenposten 24.08.02.
23. Kvamme OJ, Sandvik L, Hjortdahl P. Praksisform, legekarakteristika og pasientvurdert kvalitet i norsk allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120(21):2499-502.
24. Carlsen B, Norheim OF. Introduction of the patient-list system in general practice. Changes in Norwegian physicians' perception of their gatekeeper role. Scand J Prim Health Care 2003;21:209-13.
25. Ventetidskartlegging blant fastleger i Bergen februar-mars 2005. En rapport fra Helsevernetaten Bergen kommune 2005.
26. Rapport frå kartlegging av tilgjenge til fastlegar 28. og 29. januar 2003. Bergen: Helsetilsynet i Hordaland, 2003.
27. Tilsyn med legevakttjenesten, tilgjengelighet til fastlege og ventetid hos fastlege i Finnmark. Helsetilsynet i Finnmark, 2003.
28. Riksrevisjonens undersøkelse om forvaltning av og måloppnåelse i fastlegeordningen. Riksrevisjonens administrative rapport nr. 1 2005.
29. Sjukvård i 8 länder. www.demoskop.se/templates/subpagelist.asp?HeadPageId=3&subPageId=151.
30. Steen K, Hunskaar S. Fastlegeordningen og legevakt i Bergen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(3):365-6.
31. Tollefsen LH, Amundsen A, Kolstrup N. Fastlegeordningens betydning for legevaktsøkningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2003;123:1327-9.
32. Heen H, Johnsen E, Mo TO, Lurås H. Forsøk med fastlegeordning. Evaluering av et forsøk i fire kommuner. Arbeidsforskningsinstituttets rapportserie 2/1996.
33. Grytten J, Skau I, Carlsen F. Brukertilfredshet i allmennlegetjenesten før og etter fastlegereformen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(5):652-4.
34. Carlsen F. Listetaksavvik og tilfredshet med fastlegetilbudet. Økonomisk Forum 2005;59(6):22-32.
35. Lian OS, Wilsaard T. Pasienterfaringer i primærlegetjenesten før og etter fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(5):655-8.
36. TNS Gallups kommuneundersøkelse 2003. www.tns-gallup.no/arch/_img/189702.pdf.
37. Hafstad A. Ingen bedring med fastleger. Aftenposten 21.5.2003.
38. Norsk Respons. Holdning til legetjenester og andre offentlige tjenester. Landsomfattende Omnibus 2. - 4. mai 2005. www.legeforeningen.no/asset/25705/2/25705_2.pdf.
39. Gallagher M, Huddart T, Henderson B. Telephone triage of acute illness by a practice nurse in general practice: outcomes of care. Br J Gen Pract 1998;48(429):1141-5.
40. Aaraas I, Melbye H, Lundevall S. "Hallo, er det legekontoret - kan jeg få snakke med legen?" En analyse av telefonilgjengelighet ved allmennpraktikerkontorer. Pasientundersøkelsen i Nord-Norge 1987. Tidsskr Nor Lægeforen 1991;111(22):2755-8.
41. Fjermestad T. Hvordan måle tilgjengeligheten på telefon. Utposten 1996;25(5):186-90.
42. Otterstad HK, Bomann-Larsen P. Primærlegens tilgjengelighet på telefon. En opprinningsundersøkelse fra Vestfold. Tidsskr Nor Lægeforen 1990;110(27):3512-4.
43. Nordby K. Telefonilgjengelighet i allmennpraksis. Oslo: Den norske lægeforening, 2000.
44. Nordby K, Eskerud J. Telefonilgjengelighet i allmennpraksis. Et praktisk eksempel på kvalitetssikring. Tidsskr Nor Lægeforen 1993;113(13):1595-6.
45. Otterstad HK, Bomann-Larsen P. Telefonilgjengelighet til primærleger i Tønsberg og omegn 1989-91. Beskrivelse med forslag til forbedring av kvalitetsfaktoren. Tidsskr Nor Lægeforen 1993;113(13):1597-9.
46. Lømsland T, Bratland SZ, Eskerud J, Graff-Iversen S, Mjell J, Nordby K, et al. Tilgjengelighet ved primærlegekontorene. Tidsskr Nor Lægeforen 1991;111(11):1395-7.
47. Sandvik H, Hunskaar S. Telefonilgjengelighet hos fastlegen. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125:182-5.
48. Rammeavtale mellom Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene. www.legeforeningen.no/index.gan?id=1138.
49. Kartlegging av tilgjengeligheten til lege - "når hjelpen kan vente litt". Rapport til Helsetilsynet. Oslo: Statens helsetilsyn, 2003. www.helsetilsynet.no/templates/Document___3349.aspx.

8.2. Tilgjengelighet – Relasjon

Departementet utarbeidet følgende problemstillinger (nøkkelsspørsmål) for dette evalueringsområdet:

- Hva betyr etableringen av fastlegeordningen for møtet mellom lege og pasient i konsultasjonssituasjonen?
- Hvilke forhold legger henholdsvis pasient og lege vekt på for at lege-pasientrelasjonen oppfattes som tilfredsstillende? Hvordan påvirker relasjonelle forhold legebytte?
- Hva betyr det for en person at han/hun står på en leges liste? Virker det å stå på en leges liste trygghetsskapende? Medfører det å ha en fastlege nye/endrede forventninger til allmennlegetjenesten? Opplevs dette likt av kvinner og menn, i forhold til alder og lidelse/problem?
- Medfører Fastlegereformen endringer i befolkningens legesøkningsatferd? Betyr det at man har en fast lege som har plikt til å ta i mot en at terskelen for å søke legehjelp endres? Er det ulikheter avhengig av fastlegens eller brukerens kjønn?

Prosjektnr:	Prosjektledere:	Prosjekt:
144317/V50	Bård Paulsen	Evaluering av Fastlegereformen med utgangspunkt i SSBs levekårsundersøkelser
144332/V50	Jon-Erik Finnvald	
158410/V50		

Datagrunnlaget bygger i hovedsak på levekårspanelet, som ble etablert 1. halvår 1997. Panelet omfatter et utvalg på ca. 5 000 personer, der de samme personene blir kontaktet år etter år. De som er med blir intervjuet ved besøk, men det blir også gjort telefonintervju. Spørreskjemaet er organisert rundt faste sekvenser av spørsmål om helse, arbeid og bostedsforhold. Første gangen det ble stilt spørsmål om legetjenester, var i 2000. Dette temaet ble fulgt opp i 2001 og 2002. I 2003 var spørsmål om legetjenester et hovedtema. I tillegg til opplysningene som blir gitt gjennom intervjuene, blir informasjon om svarpersonenes bakgrunn gjort tilgjengelig gjennom registerkoblinger. Dette gjelder dels individopplysninger, slik som utdanningslengde og inntekt. Dels gjelder det også ulike egenskaper ved svarpersonenes bostedskommune, herunder trekk ved det lokale legetilbudet. Disse opplysningene er hentet fra oversikten til Statistisk sentralbyrå over personell og virksomhet i kommunehelsetjenesten. Svarprosenten for levekårspanelet er normalt på omtrent 70 %.¹⁻³

I 2000 hadde 76 % hatt kontakt med lege i løpet av de siste 12 månedene, i 2003 71 %. Henholdsvis 66 % og 64 % av kontaktene var med allmennlege, 14 % og 12 % med legevakt. Resten var kontakter med privatpraktiserende spesialister og sykehuspoliklinikker, økende fra 20 % i 2000 til 25 % i 2003. Blant dem som ikke hadde hatt kontakt med lege var det flest unge menn med god egenvurdert helse. Kontaktraten var høyere for kvinner enn for menn og økte med alderen. Egenvurdert helse var noe bedre for menn enn for kvinner og avtok med alderen. Andelen henvendelser for øyeblikkelig hjelp avtok med økende alder, mens andel kontroller økte.

De som hadde hatt kontakt, hadde i gjennomsnitt 3,8 kontakter. Dette tallet var høyere dersom de hadde en fast relasjon til en spesialist (tabell 8.2.1), men en multivariatanalyse viste at dette hadde sammenheng med egenvurdert helse.

Hva kjennetegner brukere av privatpraktiserende spesialister? Egenvurdert helse veier tyngst, men det er en tydelig overrepresentasjon av bosatte i Oslo og Akershus, bosatte i sentrale strøk generelt og av personer med svært høy utdanning (tabell 8.2.1). Også personer som ønsker å bruke flere leger er overrepresentert blant brukerne av privatpraktiserende spesialister.

Det ble stilt spørsmål om legen ga dem nok tid og om de ble tatt med på avgjørelse om hva som skulle gjøres. Svarene ble gitt på en 5-delt skala. Det var sterk korrelasjon mellom de to svarene og nesten 80 % lå i de to høyeste svarkategoriene. Variablene ble slått sammen til en variabel med to kategorier: "helt fornøyd" som har gitt høyeste karakter på begge spørsmålene (37 %) og resten som "mindre fornøyd" (63 %). Det var da en tendens til økende fornøydhet med alderen og med økende bruk av legetjenestene. Det var ingen sikre kjønnsforskjeller, og egenvurdert helse eller utdanningsnivå spilte heller ingen rolle.

Kommunikasjonen er best når lege og pasient er av motsatt kjønn, og bedre i solopraksiser og mindre legesentra. Forskjellen mellom praksistyper er bare signifikant for variabelen ”nok tid”. Legedekning, andel fastlønte og andel vakante stillinger (i mindre kommuner) synes ikke å influere på kvaliteten av kommunikasjonen. I større kommuner synes det som om et høyt innslag av fastlønte leger gir større sjanse for at pasientene er fornøyd med kommunikasjonen. Dette gjelder både variabelen ”nok tid” og variabelen ”tatt med på avgjørelser”. Oslo skiller seg ikke ut, og heller ikke de kommunene som deltok i fastlegeforsøket. De praksisrelaterte forskjellene får imidlertid mindre betydning når en kontrollerer for pasientenes alder og legebruksmønster. Trolig er det slik at ulike typer praksis rekrutterer ulike typer pasienter, og at det forklarer variasjonen i brukernes vurderinger.

Tabell 8.2.1. Gjennomsnittlig antall kontakter med lege siste 12 måneder for egen sykdom, og andel som har hatt kontakt med privatpraktiserende spesialist (levetårundersøkelsen 2000)

	Antall kontakter med lege	Andel (%) som har hatt kontakt med privatpraktiserende spesialist
Alle	3,8	17
Alder		
16 - 24	3,3	12
25 - 44	3,7	15
45 - 66	4,0	19
67 - 79	4,8	19
80 -	6,3	20
Kjønn		
Mann	3,0	13
Kvinne	4,7	20
Egenvurdert helse		
Svært god	2,0	12
God	3,4	16
Verken god eller dårlig	5,9	20
Dårlig	11,0	33
Svært dårlig	16,3	39
Kontinuitet i legerelasjonen		
Allmennpraktiker og spesialist utenfor sykehus	9,0	
Allmennpraktiker og spesialist ved sykehus	10,5	
Spesialist utenfor sykehus	6,3	
Spesialist ved sykehus	7,6	
Allmennlege	3,9	
Bedrift/skole/studenthelsetjeneste	1,9	
Fast legesenter	3,1	
Uten fast lege eller legesenter	1,3	
Utdanningslengde		
Ungdomsskole eller lavere	4,6	14
Videregående utdanning	3,9	17
Universitet/høyskole 14 - 17 år	3,3	17
Universitet/høyskole over 18 år	2,4	23
Uoppgitt utdanning (N = 64)	4,3	
Ønske om fast allmennlege		
Ønsker å ha en fast allmennlege		9
Ønsker ikke å ha en fast allmennlege		16
Fylke		
Bosatte i Oslo/Akershus	3,8	21
Bosatte i øvrige fylker	3,8	16
Sentralitet*		
Minst sentrale kommuner (0)	4,0	14
Mindre sentrale kommuner (1)	3,4	10
Sentrale kommuner (2)	3,7	17
Mest sentrale kommuner (3)	3,9	19

*Sentralitetsinndelingen bygger på SSBs standard for kommuneklassifisering

I 2000 og 2003 ble paneldeltakerne bedt om å ta stilling til to utsagn som lød *”Legen gav meg ikke nok tid”* og *”Legen tok meg og mine problemer på alvor”*. Svaralternativene var ”Helt enig”, ”Litt enig”, ”Litt uenig” og ”Helt uenig”.

Tabell 8.2.2. Legen gav meg ikke nok tid. 2000 og 2003. Prosent.

	2000		2003	
	Prosent	N	Prosent	N
Helt enig	16	242	7	113
Litt enig	12	181	11	167
Litt uenig	8	129	12	177
Helt uenig	64	973	69	1 056
Vet ikke/vil ikke svare	0	7	1	19
Totalt	99	1 532	100	1 532

Tabell 8.2.3. Legen tok meg og mine problemer på alvor. 2000 og 2003. Prosent.

	2000		2003	
	Prosent	N	Prosent	N
Helt enig	83	1 262	85	1 295
Litt enig	11	166	10	148
Litt uenig	4	62	3	47
Helt uenig	2	37	1	22
Vet ikke/vil ikke svare	0	5	1	20
Totalt	100	1 532	100	1 532

Tabellene viser at det er færre som mener at legen ikke ga dem nok tid, mens det ikke har vært noen endringer i det mer generelle spørsmålet om de ble tatt på alvor av legen. De aller fleste opplever at legen tar dem på alvor, og forbedringspotensialet er derfor begrenset.

Det var relativt små forskjeller mellom ulike grupper av pasienter, men en signifikant tendens til at de som hadde dårlig egenvurdert helse i større grad følte at legen ikke ga dem nok tid og/eller ikke tok dem på alvor. Det ser ikke ut som fastlegeordningen har hatt noen betydning for dette, ettersom sammenhengen eksisterte både i 2000 og 2003:

Tabell 8.2.4. Andel som var helt eller delvis enig i utsagnet ”Legen gav meg ikke nok tid”. 2000 og 2003. Etter egenvurdert helse. Prosent.

	Andel som er enige i utsagnet i 2000		Andel som er enige i utsagnet i 2003	
	Prosent	N	Prosent	N
Egenvurdert helse		1 407		1 513
Svært god	20	238	13	223
God	26	676	15	652
Verken god eller dårlig	31	329	23	411
Dårlig/svært dårlig	35	164	24	227

Tabell 8.2.5. Andel som var helt eller delvis uenig i utsagnet ”Legen tok meg og mine problemer på alvor”. 2000 og 2003. Etter egenvurdert helse. Prosent.

	Andel som er uenige i utsagnet i 2000		Andel som er uenige i utsagnet i 2003	
	Prosent	N	Prosent	N
Egenvurdert helse		1 410		1 512
Svært god	5	239	2	223
God	5	677	4	651
Verken god eller dårlig	9	329	3	411
Dårlig/svært dårlig	7	164	10	227

Totalt svarte 17 % av utvalget at legens kjønn hadde betydning for dem i 2001, 20 % av kvinnene og 12 % av mennene. I 2003 var tilsvarende andeler 13 % (totalt), 16 % (kvinner) og 6 % (menn). Det er i underkant av 4 % av hele utvalget som har lege med et annet kjønn enn de egentlig ønsker i 2001, mens 3 % opplever at de har lege med ”feil” kjønn i 2003.

Det er en tendens til at pasienter som ønsker seg en lege med annet kjønn føler at de i mindre grad blir tatt på alvor av legen og at legen ikke gir dem nok tid, men tallgrunnlaget er lite og forskjellene ikke statistisk signifikante. 32 % av dem som foretrekker lege med annet kjønn, synes at legen ikke gir dem nok tid, mot 18 % av dem som er fornøyd med legens kjønn. 11 % av dem som foretrekker lege med annet kjønn, føler at de ikke blir tatt på alvor av legen, mot 4 % av dem som er fornøyd med legens kjønn.

Ellers var det en tendens til at pasienter som ønsker å bruke flere ulike allmennleger, føler at de i mindre grad blir tatt på alvor av legen og at legen ikke gir dem nok tid. 32 % av dem som ønsker å bruke flere allmennleger, synes at legen ikke gir dem nok tid, mot 17 % av dem som ikke ønsker å bruke flere allmennleger. Henholdsvis 12 % og 4 % synes at legen ikke tar dem på alvor.

Levekårspanelet gir mulighet til å undersøke hvem det er som har endret oppfatning om disse forholdene fra 2000 til 2003. Hvilke grupper var misfornøyd med legekonsultasjonen tidligere, men har blitt fornøyd etter fastlegeordningen? Og hvilke grupper har skiftet mening fra å oppleve at legekonsultasjonen fungerte i 2000, til at de ikke er tilfreds?

Tabell 8.2.6. Endringer i opplevelse av om legen gav nok tid i legekonsultasjonen fra 2000 til 2003

	Prosent	N
Var misfornøyd og har blitt fornøyd	21	312
Fornøyd hele perioden	61	914
Var fornøyd og har blitt misfornøyd	11	172
Misfornøyd i hele perioden	7	108
Totalt (N)	100	1 506

Tabell 8.2.7. Endringer i opplevelse av om legen tar den enkelte og hans problemer på alvor i legekonsultasjonen fra 2000 til 2003

	Prosent	N
Var misfornøyd og har blitt fornøyd	6	86
Fornøyd hele perioden	90	1 352
Var fornøyd og har blitt misfornøyd	1	11
Misfornøyd i hele perioden	4	58
Totalt (N)	101	1 507

En gruppe skilte seg ut blant dem som var blitt mer fornøyd med tiden legen ga dem, nemlig de som *ikke* fikk oppfylt sitt førstevalg i legevalgprosessen. 26 % av disse opplevde en forbedring i tiden legen ga dem, mot 20 % av dem som fikk oppfylt førstevalget sitt.

En gruppe skiller seg også ut blant dem som har blitt mindre fornøyd, nemlig de som har et ønske om å bruke flere ulike allmennleger. 22 % av disse opplevde en forverring i tiden legen ga dem, mot 10 % av dem som ikke har noe ønske om å bruke flere ulike allmennleger.

Kronikere og personer med symptomer på lettere psykiske plager

Det er også gjort en nærmere analyse av fire grupper med kronisk somatisk sykdom eller lettere psykiske plager. De somatiske diagnosene er basert på åpne spørsmål om varige helseproblemer. Svarene er senere kodet etter ICD-9. Et eget spørreskjema ble brukt til å identifisere 10 % som hadde symptomer på "lettere psykiske lidelser".

Tabell 8.2.8 viser at personer med symptomer på psykiske lidelser var mer misfornøyd enn andre grupper med tiden de fikk hos allmennlegen i 2000. Disse forskjellene er ikke forandret etter fastlegeordningen. Resultatene bekreftes i en multivariatanalyse hvor man korregerer for kjønns- og aldersfordelingen.

Tabell 8.2.8. Andel misfornøyd med tiden de fikk hos legen. Underutvalg blant dem som har vært hos legen på grunn av egen sykdom de siste 12 måneder. Prosent. 2000 og 2003.

	2000	N	2003	N
Muskel- og skjelettsykdom	26	604	21	402
Hjerte- og karsykdom	25	362	22	206
Sykdom i åndedretsorganene	28	383	18	269
Psykiske lidelser	34	258	30	183
Uten kronisk sykdom	26	1 127	15	772

Tabell 8.2.9 viser at aller fleste opplever at legen tar dem på alvor. Det er klart færre uten kroniske sykdommer som opplevde at legen ikke tok dem og deres problemer på alvor etter fastlegeordningen.

Tabell 8.2.9. Andel som opplevde at legen ikke tok dem og deres problemer på alvor. Underutvalg blant dem som har vært hos legen på grunn av egen sykdom de siste 12 måneder. Prosent. 2000 og 2003.

	2000	N	2003	N
Muskel- og skjelettsykdom	6	604	5	402
Hjerte- og karsykdom	6	363	5	205
Sykdom i åndedretsorganene	7	384	6	269
Psykiske lidelser	9	258	6	183
Uten kronisk sykdom	6	1 128	3	772

Prosjektnr: 144319/V50 **Prosjektleder:** Tone Opdahl Mo **Prosjekt:** Legers arbeidsvilkår under Fastlegereformen

Dette er en kvalitativ studie basert på intervju med 21 leger og observasjonsstudier ved 8 legesentre i 6 kommuner. Utvalget av kommuner, legekantor og leger er gjort for å få stor variasjon i materialet. For å få et inntrykk av endringer over tid ble de fleste legene intervjuet to ganger, en gang i 2001/2002 og en gang i 2003/2004.⁴

Flere av legene fortalte at de hadde respekt for og følte ydmykhet over at de var blitt valgt av pasientene på listen, og at det å bli aktivt valgt bidro til at de ville gjøre en god jobb for pasientene. Men i løpet av studieperioden så man også at det å kunne bli valgt bort kom opp som tema. Intervjuene viste økt oppmerksomhet om at bevegelsene på listen kan avspeile om man gjør en god jobb eller ikke. Pasientenes bytte av lege er blitt et grunnlag for å tenke igjennom egen praksis og vurdere hvordan relasjonen til pasienten kan forklare byttet til en annen lege.

Når det fokuseres mer på at pasientene skal velge hvilken lege de vil stå på liste hos, og bytte lege hvis de ikke er fornøyde, trekkes andre forhold inn i tillegg til profesjonens egne kvalitetsstandarder. Man blir i økende grad oppmerksom på "kundeaspekter" ved det å være lege. Dette får som konsekvens at legene i økende grad blir bevisste på egen faglig integritet i forhold til å møte pasientenes ønsker og krav. Studien viser at spenningsforholdet mellom tettere tilknytning mellom lege og pasient på den ene siden, og mulighetene for å miste pasienter på den andre, har blitt et tema.

En lege spissformulerte dette ved å si at han ikke mente det var hans jobb å gjøre det pasienten vil – han hadde også som jobb å sette noen grenser for pasienten. Det kunne føre til at pasienten ville velge en annen – ikke fordi legen gjør en dårlig jobb faglig sett, men paradoksalt nok fordi han gjør en god jobb, målt ut fra egne faglige kriterier. Men hva som er god kvalitet i relasjonen mellom lege og pasient er ikke nødvendigvis gitt, og en lege sa at kvaliteten må være forståelig for pasienten.

Fastlegeordningen har antagelig hatt minst betydning i forhold til de stabile pasientgruppene, kjernepopulasjonen som sjelden skifter lege, og som legene på sin side ønsker å beholde. Det er særlig hvis slike pasienter slutter, at legene begynner å lure og føle usikkerhet. Blant disse pasientene finnes det imidlertid også enkelte som legene

gjærne skulle sett skiftet lege, men som selv ikke ønsker det. Å ikke kunne avvise pasienter, kan oppleves som en belastning og kan i enkelte tilfeller gi en følelse av å være ”fanget”:

”Fastlegeordningen kan medføre en ulempe for meg... det kan bli mer slitsomt. Jeg kan ikke avslutte og sånn. Jeg har jo noen som går hos meg og som jeg noen ganger kunne ønsket var et annet sted. Så sier de ... du er jo fastlegen min, og da føler man seg fanget. Det kan bli slitsomt; jeg kan ikke avvise noen. Noen har bestemt seg for at ... ja, du må hjelpe meg, du er fastlegen min...”

De fleste fastlegene var ikke særlig opptatt av betydningen av kjønn i sitt arbeid. Noen mente at kjønn spiller mindre rolle enn legens personlighet/personlige stil. På spørsmål om de mente at pasientene har andre forventninger til kvinnelige enn til mannlige leger, og om de mente at det er forskjeller på kvinnelige og mannlige leger, svarte de imidlertid forholdsvis entydig med beskrivelser av den kjappe, målrettede mannlige legen og den mer omsorgsfulle og ivaretagende kvinnelige legen. Ser en på legenes beskrivelser av egen praksis, gjenfinnes imidlertid ikke de samme systematiske forskjellene mellom kvinnelige og mannlige leger. Det kan se ut til at bildet som konstrueres av den kvinnelige og mannlige legen dermed er mer tradisjonelt enn det legenes egne valg og strategier skulle tyde på.

Betydningen av kjønn utdypes ved å se nærmere på hvordan legene omtaler håndteringen av relasjonen til pasientene. Her har man fokusert spesielt på de kvinnelige legene, fordi det i særlig grad er i tilknytning til dem at kjønn blir et tema. En kvinnelig lege beskriver hvordan hun håndterer sin relasjon til pasientene, spesielt i forhold til grensesetting omkring utøvelsen av faget:

”Jeg vil at de skal forstå at de er blitt hørt. Men jeg er også opptatt av å sette grenser. Jeg har sett at mange kvinnelige kollegaer blir utslitt. Så jeg kan nok være litt kantete for å beskytte meg selv. Så jeg jobber med den biten at alle skal ikke like meg. Jeg får heller være kantete, og så får de slutte hvis de forventer noe mer. (...) Jeg er opptatt av at jeg ikke skal være en venninne. (...) Jeg prøver å sette grenser, å ikke være sånn damedoktor som ordner opp i alt mulig for folk, jeg vil at folk skal ordne opp i livene sine selv.”

Sentralt i det å være en god lege er å finne en god balanse mellom det å gi pasientene oppmerksomhet for det de kommer med og å sette grenser for hva som skal være legens oppgaver overfor pasienten. Flere leger snakker om at de kan strekke seg langt for å gjøre pasientene fornøyde med dem som leger. En kvinnelig lege forklarer:

”Det er vanskelig å ta det at folk ikke blir fornøyd med meg som lege, ikke sant, jeg vil være en grei lege. Det er min jobb. Jeg vil være grei og forståelsesfull. Og det er kanskje sånn at en del folk som føler seg avvist ikke vil like deg som doktor. Men det er ikke bare av hensyn til det, det er også mitt eget selvbilde som doktor ... at det er viktig, kjempeviktig, at pasientene liker meg. Samtidig vet jeg at det er ikke så farlig. I hodet mitt vet jeg at det er ikke så farlig om ikke han liker meg. Som de gamle legene sier: Du skal være glad for at ikke alle liker deg. For da setter du grenser. Det er ikke alt som går an. Jeg vet jo det og.”

Å sette grenser kan stå i motsetning til å bli likt. Tidsaspektet er også en viktig dimensjon ved legens grensehåndtering. Flere kvinnelige leger gir uttrykk for et ambivalent forhold til å ta seg av ”det andre”, dvs. de problemstillingene som handler om hvordan pasienten har det. Det å skulle gjøre pasientene fornøyd samtidig som man ikke er alt for forsinket i forhold til neste pasient, blir en balansegang mellom å gjøre en god jobb i forhold til den enkelte som er inne på kontoret, og å gjøre en god jobb i å håndtere pågangen fra alle de andre som sitter og venter.

Koblingene mellom det å vise omsorg, det å bruke god tid og det å være kvinnelig lege sier samtidig noe om at det rettes andre forventninger til de kvinnelige legene enn til de mannlige. Flere av legene snakker f.eks. om at det er et problem at de kvinnelige legene ikke kan sette grenser. En mannlige lege kommenterer en kvinnelig kollega som nylig begynte på legekontoret slik:

”Hun har endret seg mot en mer mannlig måte å være på. Blitt flinkere til å avvise, sette grenser og sånn.”

Det å sette en grense for hvor mye tid man vil bruke på den enkelte, får ulik betydning i ulike situasjoner. Er det enkle problemstillinger synes legene det er greit å være kjappe, og det gjelder både for kvinnelige og mannlige leger. Det som er utfordringen er der hvor det er mer omfattende problemer som trenger tid og en annen involvering fra legen, og det er også her det ser ut til at kjønn ”oppstår”. Det ser dermed ut til at kjønn konstrueres i forhold til de situasjonene hvor pasientenes problemstillinger etterspør noe mer enn den tradisjonelle medisinske tilnærmingen fra legen, f.eks. i sammenheng med følelsesmessig vanskelige temaer.

Prosjektnr: 144331/V50 158361/V50	Prosjektleder: Tor Iversen	Prosjekt: Evaluerings av Fastlegereformen
--	--------------------------------------	---

I denne studien har man koblet data fra SSBs levekårspanel med opplysninger om paneldeltakernes fastleger, hentet fra Rikstrygdeverkets registre. Man har så analysert hvilken betydning disse ulike variablene hadde for valg av fastlege og for tilfredshet med fastlegen.^{5 6}

I alt 70 % av paneldeltakerne sa at det var viktig å få tildelt den legen de hadde ført opp som førstevalg. For 20 % var dette mer eller mindre uten betydning. For de fleste (53 %) var den viktigste enkeltfaktoren at de fikk beholde en lege de kjente fra tidligere (kontinuitet). Det var 20 % som la mest vekt på legens dyktighet og like mange som vektla praktiske forhold som avstand og tilgjengelighet. Kvinner la større vekt på kontinuitet enn menn og eldre mer enn yngre. Og jo dårligere egenvurdert helse, desto viktigere var det for pasientene å få beholde den legen de kjente fra tidligere.

Jo dårligere legedekningen i kommunen var, desto viktigere ble det for innbyggerne å få den legen de førte opp som sitt primære ønske. De som ikke hadde fast allmennlege før reformen, syntes også det var spesielt viktig å få tildelt sitt førstevalg.

De som egentlig hadde et ønske om å bruke flere allmennleger, la først og fremst vekt på praktiske forhold når de valgte fastlege, men for disse var det ikke så viktig om de fikk oppfylt sitt førsteønske. 2,8 % av utvalget hadde valgt å stå utenfor fastlegeordningen. Blant disse var det en overrepresentasjon av dem som ønsket å bruke flere allmennleger, av dem som manglet fast lege før reformen og av innbyggere i kommuner med ustabil legedekning.

Tilfredshet med fastlegen ble målt på fem forskjellige måter:

1. De som fikk tildelt sitt førstevalg følte i større grad at de *ble tatt på alvor av legen* enn de som ikke fikk oppfylt sitt førstevalg. De som foretrakk kvinnelig lege og de som ønsket å bruke flere allmennleger, var mindre fornøyd. Dersom legen manglet mer enn 100 pasienter i forhold til listetaket, var det en tendens til økende misnøye med legen, men dette gjaldt ikke for dem som hadde ført opp denne legen som sitt førstevalg.
2. De eldste pasientene var mest fornøyd med *tiden legen ga dem*, men tilfredsheten avtok med dårligere egenvurdert helse. Tilfredsheten var høyere i kommuner med god legedekning. Det var lavere tilfredshet med tidsbruken dersom legen manglet mer enn 100 pasienter i forhold til listetaket.
3. De som fikk tildelt sitt førstevalg var mer fornøyd med legens portvaktfunksjon, dvs. at de ble *henvist videre når det var nødvendig*. Menn var mer fornøyd enn kvinner, og tilfredsheten var høyere i kommuner med høy andel turnusleger. Tilfredsheten var lavere når legen manglet pasienter, men dette gjaldt ikke for dem som hadde ført opp denne legen som sitt førstevalg.
4. De som fikk tildelt sitt førstevalg hadde større *tillit til den behandlingen de fikk av legen*. Innbyggere med god egenvurdert helse var også mer tilfreds enn andre. Tilfredsheten var igjen dårligere dersom legen manglet pasienter, men ikke dersom de hadde ført opp denne legen som sitt førstevalg.
5. Tilfredsheten med *ventetid på time* var høyest hos leger som manglet pasienter. Tilfredsheten var også høyere hos mannlige leger enn hos kvinnelige leger. Menn var mer fornøyd enn kvinner, og eldre mer fornøyd enn yngre.

Prosjektnr: 144337/330	Prosjektleder: Ole Frithjof Norheim	Prosjekt: Legens doble rolle som advokat og portvakt i fastlegeordningen
----------------------------------	---	--

Studien bygger på data fra 11 fokusgruppeintervjuer med et utvalg videre- og etterutdanningsgrupper for allmennleger og samfunnsmedisinere i Hordaland og Oslo. Dette omfatter 81 informanter (hvorav 77 fastleger) som ble intervjuet våren 2002. Studien bygger på en kombinasjon av kvalitative og kvantitative data.

Hoveddelen av materialet stammer fra fokusgruppeintervjuene, men det ble også delt ut et kort spørreskjema til alle deltakerne.⁷

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. Listesystemet gjør konkurransesituasjonen mer synlig.

Til og med 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 Rikstrygdeverket 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. Når en pasient skifter fastlege, kan fastlegen ofte knytte dette til en spesiell episode som kan ha utløst skiftet. Leger i Oslo opplever 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. Legene i Hordaland mente at pasientene ikke var så bevisste på at de kan skifte lege, og at det på små steder vil være en sosial barriere mot å bytte fastlege.

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 fastlegeordningen. 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.”

Prosjektnr: 151318/330	Prosjektleder: Olaug Synnøve Lian	Prosjekt: Pasienterfaringer i allmennlegetjenesten før og etter fastlegeordningen
----------------------------------	---	---

Dette er en postsendt spørreskjemaundersøkelse blant et tilfeldig utvalg av innbyggerne i Nord-Norge og på Østlandet. I analysene inngikk totalt 1 133 skjemaer fra 2000 og 1 141 fra 2003 (58 % av utvalget). Det er ikke de samme personene som er spurt begge ganger, men utvalgene var ellers like. Man ønsket å sammenligne befolkningens opplevelser av kvalitet og tilgjengelighet i primærlegetjenesten før og etter Fastlegereformen. Omtrent halvparten av spørsmålene skulle bare besvares av dem som hadde vært til primærlege siste år.⁸

Det var en liten (ikke signifikant) økning i antall legekontakter fra 2000 til 2003. 76 % av respondentene hadde vært hos primærlege i 2000, 79 % i 2003. Henholdsvis 32 % og 35 % hadde hatt kontakt med primærlege mer enn tre ganger per år.

I 2000 var 46 % i stor grad trygg på at de ville få legehjelp dersom de skulle trenge det. I 2003 var dette tallet steget til 55 %. Den største økningen gjaldt folk i mellomstore kommuner, for små kommuner (< 5 000 innb) var det ingen endring.

I 2003-studien ble det stilt spørsmål knyttet til folks opplevelser av kvaliteten i primærlegetjenesten før og etter innføringen av fastlegeordningen. 19 % opplevde at primærlegens faglige kunnskaper var blitt bedre, mens bare 2 % mente de var blitt verre, og 78 % uendret. Folk som bodde i små kommuner skilte seg ut med litt lavere svarandel på ”bedre” (16 %). I 2000 hadde 38 % av dem som hadde vært hos lege siste år en eller flere uinnfridde forventninger til sitt forrige legebesøk. I 2003 var denne andelen redusert til 34 %. Forskjellen er ikke statistisk signifikant.

For å finne forskjellene i grad av fornøydhet, særlige problemområder og særlig positive aspekter mellom 2000 og 2003, ble dataene analysert med logistisk regresjon, justert for alder, kjønn og kommunestørrelse.

Det ble stilt spørsmål om hva respondentene opplevde som *særlige problemområder* i 2000 og 2003. Her avtok andelen som rapporterte språkproblemer med utenlandske leger (hhv. 18 % og 13 %) og for liten tid inne hos legen (24 % og 16 %).

Andelen svært fornøyde økte for primærlegetjenesten totalt sett og for flere aspekter ved samhandlingen mellom lege og pasient, men sank for legens språkbeherskelse.

Tabell 8.2.10. Andelen svært fornøyde, sammenligning mellom 2000 og 2003 med logistisk regresjon *

Kvalitetsindikatorer	2000	2003	Odds ratio	95 % KI
Møtt med tillit og respekt	54	58	1,06	0,99 - 1,13
Mulighet for øyekontakt med legen	45	53	1,11***	1,05 - 1,19
Informasjon	45	50	1,06	1,00 - 1,13
Mulighet for å få fortelle	45	52	1,09**	1,02 - 1,59
Mulighet for å bli tatt med på råd	41	47	1,08*	1,01 - 1,15
Hensyn til det som er viktig for deg	45	51	1,09**	1,02 - 1,16
Tidsbruk under konsultasjon	35	41	1,08*	1,02 - 1,16
Legens faglige oppdatering	48	48	1,01	0,94 - 1,08
Personlig kjennskap til sykehistorien	43	44	1,02	0,95 - 1,08
Legens språkbeherskelse	69	64	0,92*	0,86 - 0,99
Primærlegetjenesten totalt sett	32	44	1,18***	1,11 - 1,26

* Tallene er justert for respondentens alder og kjønn, samt bostedskommunens størrelse

Det var en generell trend for de fleste spørsmålene at økningen i andel svært fornøyde var mindre for dem som bodde i små kommuner enn for dem som bodde i mellomstore eller store kommuner. Likeledes var nedgangen i andelen svært fornøyde større for dem som bodde i små kommuner. Eksempelvis økte den totale fornøydheten (særdeles/meget fornøyd) fra 37 % til 50 % i de store kommunene, mens den økte fra 34 % til 41 % i småkommunene.

Når datasettene ble analysert hver for seg, viste det seg at fornøydhet med ulike aspekter av legetjenesten var assosiert med høy utdanning hos pasienten, kontinuitet og stabilitet i legetjenesten, og færre uinnfridde forventninger fra sitt siste legebesøk. Det var en tendens til at det var færre signifikante estimat i 2003 enn i 2000.

Det vanligste mønsteret i 2000 var at folk i de minste kommunene var mest fornøyd og sjeldnest rapporterte om særlige problemområder (unntak: språkproblemer og manglende stabilitet). I 2003 var språkproblemer og manglende stabilitet fortsatt signifikant mer uttalt i småkommuner, men alle estimatene som viste større fornøydhet og færre problemer i småkommunene hadde "falt ut", det vil si at de viste signifikante forskjeller i 2000 men ikke i 2003.

I denne studien var det svært få signifikante sammenhenger knyttet til kjønn, men kvinner som gikk til kvinnelige leger var mest "fornøyd totalt sett", og menn som gikk til kvinnelige leger var minst fornøyd.

Prosjektnr: 152217/330 **Prosjektleder:** Rannveig Dahle **Prosjekt:** Pasienter som trenger å gå ofte til lege

Dette er en kvalitativ studie, basert på 20 individuelle intervjuer og tre fokusgrupper. Informantene, som alle er bosatt i Oslo-området, er 24 kvinner og åtte menn med følgende diagnosegrupper: fibromyalgi, astma og allergi, hjerte- og lungesyke. For å sikre pasientenes uavhengighet valgte man bevisst å ikke rekruttere dem via fastlegene deres, men brukte pasientorganisasjoner og media.⁹

Pasientene brukte også andre allmennleger enn fastlegen sin. Noen hadde løyet og sagt at de ikke hadde fastlege, andre hadde ikke blitt spurt om dette. De hadde ikke blitt avkrevd høyere egenandel, og enkelte hadde fått utskrevet både smertestillende og sovetabletter.

Mange av fibromyalgipasientene hadde gått fra lege til lege i perioder, inntil de fant en som de følte forstod deres situasjon. Også astmatikere og allergikere hadde ofte byttet lege før de fant en som de mente hadde nok kompetanse. I noen perioder hadde de brukt flere leger samtidig, og dette hadde vært ukomplisert. De opplevde ikke Fastlegereformen som et hinder for dette.

De foreldrene som ble intervjuet, hadde hatt mye ansvar når det gjaldt barnets sykdom, og de hadde selv opparbeidet kompetanse på området. Etter hvert stolte de ikke alltid på at legen hadde samme kompetanse og kunnskaper som dem selv. Mødrene ga flere eksempler på at det oppstod åpen konflikt i spørsmål om hva som var barnets beste. Disse foreldrene brukte private leger som en sikkerhetsventil, fordi de ikke følte seg trygge med fastlegeordningen.

En uttalelse fra spesialist gir som regel større tyngde når pasienten ønsker å oppnå noe i helsevesenet. Flere pasienter trakk frem nettopp denne erfaringen. Noen pasienter opplevde at det var blitt vanskeligere å bli sendt videre til spesialist og hadde et inntrykk av at fastlegen var uvillig til å "gi slipp på" pasientene sine. Til en viss grad kunne de forstå behovet for strengere kontroll, og medga at det kanskje hadde vært et "misbruk" av spesialister tidligere, men de opplevde en strengere henvisningsordning som en maktforskyvning mellom allmennlege og pasient. For noen informanter var det tungvint at de måtte tilbake til fastlegen for å få nye henvisninger mye oftere enn før, mens andre klarte å få spesialisttjenester uten henvisninger.

Mange av informantene hadde erfaring med å gå til fastlegens vikar. For noen spilte det ingen rolle hvilken lege de gikk til. For andre var det en ubehagelig opplevelse, fordi vikaren i større grad hadde stilt spørsmål ved deres egen forståelse av sykdommen og avtalte behandlingsmetoder. Dette kan tyde på at fastlegene velger å være mer tilbakeholdne enn allmennleger kunne tillate seg tidligere, og at en mer kritisk holding kommer frem når pasienten oppsøker andre leger/vikarer.

Tid ble ett av de temaene som gikk igjen i svært mange av intervjuene. Det var en nokså felles oppfatning at det hjelper lite å ha kontinuitet hvis fastlegen virker uinteressert og ikke tar seg tid til å finne ut av pasientens behov. Det kunne virke som om legene hadde dårligere tid nå enn tidligere. Flere av informantene som hadde hatt sin fastlege som fast lege tidligere, fortalte at det nå var satt av kortere tid til hver konsultasjon, og at legen ofte virket mer stresset under konsultasjonen.

Flere fortalte at kontaktmønsteret endret seg i takt med at de selv klarte å håndtere lidelsen bedre. Avhengigheten av legen ble mindre med tiden. Men de sa også at de møtte legen med flere krav etter hvert som de ble bedre kjent med symptomene sine. Det kan resultere i at legebehovet øker. Flere sa at med økende alder ble det viktigere å ha en lege nærmere hjemmet, fordi de selv ble mindre mobile.

Noen syntes det var vanskelig å bytte lege fordi det var vanskelig å finne alternativer. Dessuten opplevde noen pasienter at friheten til å bytte lege ble sterkt begrenset gjennom regelen om at journalen skal følge pasienten. Da kunne de ikke unnsnippe tidligere legers "dom". Dette gjaldt særlig pasienter som også hadde en psykiatrisk diagnose i tillegg til de andre, eller de var redde for at de var blitt beskrevet som psykiatrisk pasient. Hva ville det hjelpe å bytte lege når den legen en hadde dårlig relasjon til, hadde makt til å påvirke den neste legen sitt syn på deg?

Legebytte kunne ha rent praktiske årsaker, som at pasienten skulle flytte, eller det kunne være at man var misfornøyd med ventetiden. Slike bytter var enklere å gjennomføre enn dem som skyldtes konflikter mellom dem selv og fastlegen. Noen ganger kunne det være en direkte konsekvens av en enkelt episode, andre ganger hadde ønsket meldt seg allerede før uenigheten ble åpen og synlig. Når uenigheten var knyttet til partenes ulike forståelser av pasientens diagnose, medisinske behov og tilstand, fryktet pasientene at selve byttet ville bli fortolket som et symptom på lidelsen. Det var særlig kvinner som støtte på dette problemet, og som opplevde at lidelsene deres ble forstått som psykiske problemer, en forståelse de selv verken aksepterte eller kjente seg igjen i. Å bytte fastlege kunne bli forstått av andre i omgivelsene som et forsøk på å unnsnippe denne forståelsen.

Et fastlegebytte kunne også bli konfliktfylt ved at den legen de ønsket å bytte til, arbeidet ved samme legesenter som den fastlegen de ville bytte fra. Spørsmålet var hvordan den gamle fastlegen ville reagere på en slik overgang.

Flere informanter gjorde mye for å redefinere en problematisk relasjon, som lett kunne bli oppfattet som et konfliktbytte. Å oppgi avstand som begrunnelse for legebyttet, fremstod som mer akseptabelt, både overfor en selv, overfor legen og omgivelsene.

De av informantene som allerede hadde byttet fastlege, la vekt på at det var forbausende enkelt, og sa at de ville kvie seg mye mindre for å gjøre det samme på nytt dersom relasjonen til den nye fastlegen ikke ble bedre enn den forrige.

Kjønn, klasse, sykdommens prestisje og organisasjonstilhørighet hadde også indirekte betydning for tilbøyeligheten til å bytte fastlege. Kvinner med fibromyalgi hadde høy bytteberedskap, astma- og allergipasienter var også årvåkne, mens menn med hjerte- og lungesykdommer knapt overveide saken.

Prosjektnr: 158399/V50	Prosjektledere: Marian Adnanes	Prosjekt: <i>Fastlegenes tilbud og samarbeid med andre tjenester når det gjelder pasienter med alvorlige psykiske lidelser</i>
----------------------------------	--	--

Dette er en kvalitativ studie hvor man har intervjuet 26 psykiatriske pasienter, 6 pårørende, 20 fastleger, 8 samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten og 10 i kommunehelsetjenesten. Informantene er rekruttert fra fire kommuner av ulike størrelse.¹⁰

Tolv av de 26 pasientene hadde den samme fastlegen som de hadde før reformen, seks fikk ny lege ved innføringen av ordningen. Åtte hadde skiftet fastlege i ettertid, fem av disse fordi de ikke var fornøyd med legen, eller snarere relasjonen til legen. I tillegg ønsket ytterligere seks å skifte lege, hovedsakelig fordi de var misfornøyd med relasjonen eller mente at de ikke fikk tilstrekkelig hjelp. Misnøye med relasjonen er imidlertid ikke tilstrekkelig for å skifte lege så lenge man ikke kjenner andre leger som er tilgjengelige. Enkelte pasienter ga uttrykk for at det er et gode i seg selv å kjenne fastlegen, mens det å etablere en ny relasjon er krevende.

En annen fordel med å holde seg til samme lege er at man etter hvert blir kjent med legekontolet, noe som gir trygghet for å bli forstått:

"De damene som jobber der har jobbet der lenge, så hvis jeg ringer så skjønner de at nå er det noe galt så nå må vi bare ta han inn. Og hvis ikke legen min er der så får jeg en av de andre, og det har gått bra."

Mens de fleste pasientene beskrev en travel fastlege som de helst ikke burde belemre med tidkrevende problemer, fortalte andre om en lyttende og oppmerksom fastlege som tar seg tid til pasienten. Nesten halvparten av de 26 pasientene uttrykte misnøye med fastlegens oppmerksomhet i selve konsultasjonen:

"Nei han har det så travelt, så jeg sitter helt ute på stolkanten. Jeg har ofte med meg skrevet opp hva jeg skal si. Og så tenker jeg at jeg skal ikke snakke for mye, må skynde meg ut igjen."

"Hun er bare opptatt av dataen sin når jeg er der. Det forstyrrer hele tiden. Hun hører ikke på meg."

Enkelte pårørende beskrev situasjoner med mangelfull oppfølging fra fastlegens side, og mange av pasientene hadde lave forventninger både til hva legene kan om psykiske lidelser, og til deres relasjonskompetanse. De synes at den korte konsultasjonstiden ikke er tilstrekkelig til å ta opp spørsmål i forbindelse med de psykiske helseproblemene. Når tiden blir knapp, brukes den stort sett til å fornye resepter, be om henvisning til spesialist, be om sykmelding, eller til å få hjelp med fysiske plager. Noen pasienter får dobbelttimer slik at de får bedre tid i konsultasjonen.

Pasientene har svært ulike forventninger til fastlegen. De synes legen følger bra opp når det gjelder somatiske helseproblemer, og stort sett også når det gjelder medisinsk oppfølging i forhold til den psykiske lidelsen. Det er imidlertid få som opplever at fastlegen tar tak i de psykiske problemene, og det er få som tror at fastlegen har god kompetanse på psykiske helseproblemer. I de tilfellene der pasienten mottar behandling eller oppfølging i annen helsetjeneste, oppleves ikke dette som noe stort problem:

"Nei jeg har ingen alvorlige samtaler med fastlegen. Ikke om de psykiske problemene. Det forventer jeg heller ikke. Jeg går ikke til han med det. Han kan vel ikke hjelpe meg med det? Jeg har samtaler med en psykiatrisk sykepleier her på huset. Det fungerer fint. Det er fast to ganger i uken og ellers hvis jeg trenger det."

Andre forteller om fastleger som i mye større grad forholder seg til, og følger opp de psykiske problemene. Noen setter dette i sammenheng med at de har gått til samme lege lenge. Kontakt gjennom flere år gjør at de kjenner legen, og legen kjenner dem. Opplevelsen av kompetanse blir her satt i sammenheng med kontinuiteten i

relasjonen. Det kan virke som enkelte pasienter setter likhetstegn mellom legens kunnskaper om psykiske lidelser og om legen kjenner pasienten godt. Opplevelse av kompetanse henger også sammen med hvor god pasienten synes legen er med relasjoner og eventuelt mangel på dette:

”En god fastlege hører på deg. Ja, først og fremst kanskje det. Så hovedsaken er at han har tid til å høre på deg for det er veldig mange leger som ikke har tid til det. Det gjør min lege altså. Jeg har inntrykk av at han har bestandig tatt meg på alvor ut fra jeg begynte å gå dit. Ja, han har vært interessert i meg og min person og min kropp, både inn- og utvendig for å si det slik.”

Fastlegene gir uttrykk for at takster og egenandeler styrer mye av tiden de bruker på pasientene. Økninger i egenandeler går ut over takster for lengre konsultasjoner, og dette medfører at betalingen faller kraftig for tidsbruk ut over 20 minutter. Det er likevel få fastleger som antyder at dette går ut over gruppen med psykiske lidelser. De legger gjerne inn dobbeltimer for pasienter som man vet bruker lang tid, eller de får time på slutten av dagen.

Fastlegene bekrefter også pasientenes beskrivelse av oppfølging: at det varierer hvor hyppig og hvor regulert kontakt som eksisterer, og ikke minst at innholdet i fastlegenes tilbud varierer mye. Rundt halvparten tilbyr utvidet fleksibilitet overfor denne pasientgruppen, mer terapilignende samtaler eller rådgivning. Noen få praktiserer også kognitiv terapi, men gir uttrykk for at rammene på et legekontor gjør at det ikke alltid lykkes å få dette til.

Flere fastleger viser til problemet som fra tid til annen oppstår, nemlig at pasientene ikke dukker opp til time og kanskje ikke ser sitt eget behov for å gå til lege:

”Det er ofte pasientene selv som ikke ser at de er syke, og som dropper ut av medisinen – og så bygger det seg opp over tid. Pårørende drøyer og drøyer, og til slutt så gir de opp, og så blir det plutselig en krise, og da sprekker det for alle på en gang, og da blir det ofte legevakten.”

Misnøye med fastlegen kan også føre til økt bruk av legevakt:

”Det fungerer ikke. Hun er ikke interessert i de psykiske problemene mine i det hele tatt. Jeg går der bare når jeg må fornye resepten. Ellers bruker jeg legevakten.”

Det er sjelden fastlegen driver oppsøkende virksomhet. Det er det oftest andre i det kommunale helsetjenestetilbudet som gjør. Fastlegene stoler på at øvrig kommunehelsetjeneste representerer et sikkerhetsnett slik at pasienten fanges opp ved behov for hjelp.

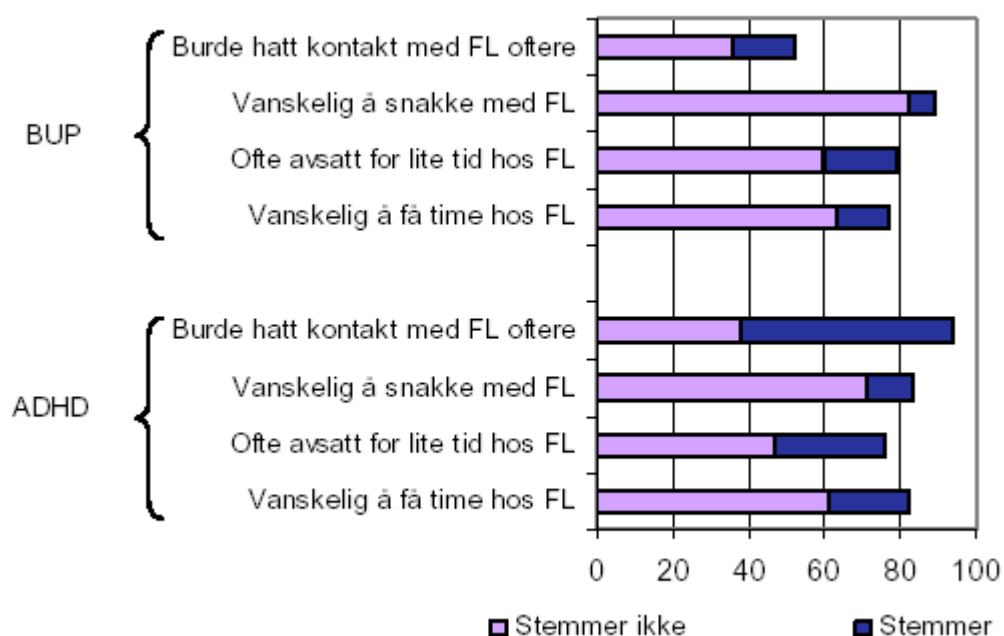
Kommunale helsearbeidere rapporterer om stor variasjon mellom fastlegene. Dette gjelder både i forhold til fastlegens omfang av kontakt med denne pasientgruppen og hvilket innhold tilbudet har. Mange er også kritiske til tidsbruken hos fastlegen.

Informantene i spesialisttjenesten bekrefter inntrykket av stor variasjon og uttrykker et behov for å styrke den faglige kunnskapen. Mange fastleger erkjenner behovet for økt kompetanse og veiledning, men er skeptiske til at spesialisthelsetjenesten kan bistå dem med dette på grunn av mangel på kvalifisert personell. Det optimale for fastlegene er å kjenne en psykiater eller psykologspesialist for enkelt å kunne ta kontakt angående en pasient.

Prosjektnr: 158402/V50	Prosjektleder: Helle Wessel Andersson	Prosjekt: Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer?
----------------------------------	---	---

I denne spørreskjemaundersøkelsen inngår to utvalg: foresatte til barn som er pasienter i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) og foresatte til barn med diagnosen ADHD (medlemmer i ADHD-foreningen). ADHD-utvalget består av 980 respondenter (svarprosent 49) og BUP-utvalget består av 293 (svarprosent 37). Spørreskjemaet inneholdt påstander om fastlegenes tjenestetilbud, med 5 - 6 svaralternativer for hvert spørsmål. Det er i all hovedsak mor som har besvart spørreskjemaet. 80 % av ADHD-utvalget er gutter, 60 % av BUP-utvalget.¹¹

En overvekt av de foresatte mener at det ikke er vanskelig å få time hos fastlegen, men om lag 20 % av ADHD-utvalget og 14 % i BUP-utvalget er ikke tilfredse med tilgjengeligheten. De fleste er tilfredse med tiden som er satt av i konsultasjonen med fastlegen, men om lag 30 % av ADHD-utvalget og 19 % av BUP-utvalget mente at det er avsatt for lite tid. De aller fleste er også tilfredse med de samtaler de har hatt. Bare 10 % synes det er vanskelig å snakke med fastlegen. De fleste mener at de ikke har behov for hyppigere kontakt med fastlegen, men 36 % i ADHD-utvalget og 16 % i BUP-utvalget mener at de burde hatt kontakt med fastlegen oftere.

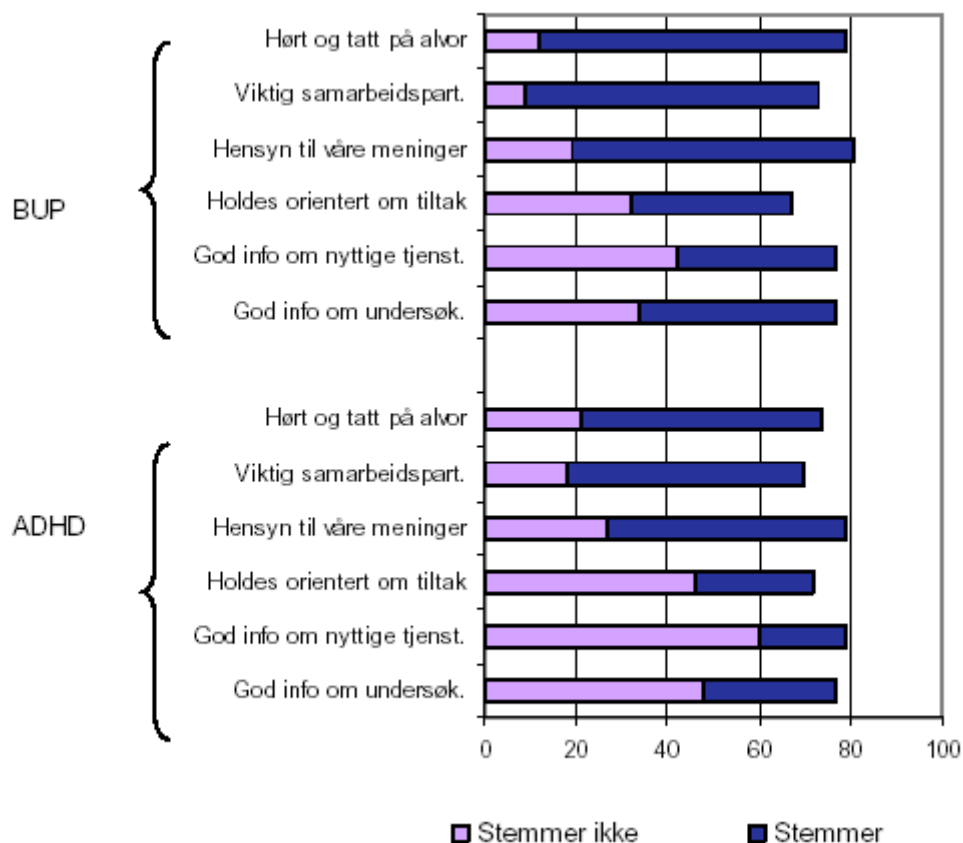


Figur 8.2.1. Ytterpunkter i svarfordeling på påstander relatert til tilgjengelighet og kontinuitet. Lys farge er indikasjon på høy tilfredshet

Man regnet ut en tilfredshetsindikator ved å summere svar på de påstandene i spørreskjemaet som var relatert til tilgjengelighet og kontinuitet i tjenestetilbudet. Denne indikatoren viste at BUP-gruppen var signifikant mer tilfreds enn ADHD-utvalget. Tilfredsheten var ikke avhengig av demografiske variabler som barnets kjønn, alder, foresattes utdanningsnivå eller fastlegens kjønn.

29 % av ADHD-utvalget og 43 % av BUP-utvalget var tilfredse med den informasjonen fastlegene hadde gitt om undersøkelser som var gjort av barnet. Henholdsvis 20 % og 34 % var fornøyd med fastlegens formidling av informasjon vedrørende andre nyttige tjenester. I ADHD-utvalget var det 26 % som var fornøyd med informasjon eller orientering om tiltak det samarbeides om. Tilsvarende andel i BUP-utvalget var 35 %.

I begge utvalgene var det en overvekt av foresatte som mente at fastlegen har tatt hensyn til deres meninger i planlegging av tiltak. 27 % av ADHD-utvalget og 19 % av BUP-utvalget synes imidlertid at det ikke er tatt tilstrekkelig hensyn til deres meninger. Godt over halvparten mener også at de blir ansett som en viktig samarbeidspartner. I ADHD-utvalget er det 18 % som er uenige i dette, i BUP-utvalget bare 9 %. Andelen som mener at de hos fastlegen blir hørt og tatt på alvor i forhold til barnets problem er også relativt høy i begge utvalgene, henholdsvis 52 % i ADHD-gruppen og 64 % i BUP-gruppen.



Figur 8.2.2. Ytterpunkter i svarfordeling på påstander relatert til informasjon og medvirkning. Mørk farge er indikasjon på høy tilfredshet

Det er utarbeidet en tilsvarende tilfredshetsindikator ved å summere svar på de påstandene i spørreskjemaet som var relatert til informasjon og medvirkning. Også denne indikatoren viste at BUP-gruppen var signifikant mer tilfreds enn ADHD-utvalget. Tilfredsheten var ikke avhengig av demografiske variabler som barnets kjønn, alder, foresattes utdanningsnivå eller fastlegens kjønn.

Blant dem som *ikke* hadde hatt kontakt med fastlegen var det nesten 80 % som var litt eller helt enig i at det burde være lettere å kontakte fastlegen med bekymringer om barns psykiske helse. Det var likevel 80 % som forventet at kommunikasjonen og samtalen med fastlegen ville gå greit.

Man fant også at 70 - 80 % av denne gruppen var litt eller helt enig i at fastlegen vet for lite om psykiske problemer hos barn. Andelen som var helt enig i denne påstanden var betydelig høyere blant foresatte til barn med ADHD enn blant foresatte til barn som er pasienter i BUP (55 % mot 30 %). Når det gjelder oppfatninger om fastlegens interesse for psykisk helse hos barn, svarte 65 % av foresatte til ADHD-barn at de var litt eller helt enig i en påstand om at fastlegen ikke er særlig interessert i dette. I BUP-gruppen var 38 % enige i denne påstanden. En forholdsvis høy andel av respondentene (70 - 80 %) mente at fastlegen burde hatt større ansvar for barn med ADHD eller andre psykisk vansker.

Prosjektnr: 158405/V50	Prosjektleder: Unn Doris Bæck	Prosjekt: Legedekning og stillingsstabilitet som utfordringer for fastlegeordningen
----------------------------------	---	---

Dette er en kvalitativ studie blant 33 brukere i Nord-Trøndelag og Finnmark, samt en spørreskjemaundersøkelse i de samme fylkene.¹²

I den kvalitative studien avkreftet mange av de kvinnelige brukerne at fastlegens kjønn var av betydning, men for noen var det viktig, særlig blant de kvinnelige samiske brukerinformantene:

”Det som var viktig for meg var at hun var kvinne. Jeg tenkte ikke så mye på om det var en samisk lege.”

Språk og kulturkompetanse ble vektlagt av både arbeidsgiver og brukere i de to samiske kommunene som denne studien omfattet. I de samiske kommunene ble manglende norsk språkkompetanse blant leger sett på som en tilleggsbelastning, da det gjerne også innebærer manglende lokal (kultur)kompetanse. Dette tyder på at leger med dårlige norskkunnskaper oppleves som en merbelastning i en situasjon som i utgangspunktet erfares som krevende både i form av språklig og kulturell oversettelsesproblematikk.

Språkkompetanse ble ansett som viktig men ikke tilstrekkelig for å skape en god og trygg situasjon. I tillegg er det viktig at man for eksempel er kjent med måter å fortolke taushet på – og har respekt for at man i samisk sosialitet ikke legger frem hensikt med besøket på legekontoen før etter at man har gjennomgått rituelle innledende samtaler om generelle hverdagslige fenomener. Om man legger til rette for at den samiske omgangsformen også skal kunne ha tilstedeværelse i helsevesenet, vil hver konsultasjon nødvendigvis strekke seg ut i tid.

Spørreskjemaundersøkelse blant brukerne

Formålet med denne undersøkelsen var å undersøke befolkningens fornøydhet med fastlegeordningen. Spørreskjemaet ble sendt til to tilfeldige utvalg fra Folkeregisteret, 1 000 personer i Finnmark og 1 000 personer i Nord-Trøndelag. Man fikk svar fra 56 % i Nord-Trøndelag og 49 % i Finnmark. Det var flere kvinner enn menn som svarte, og de yngste aldersgruppene er underrepresentert. Det var også en underrepresentasjon av respondenter med videregående skole som høyest fullførte utdanning.

Befolkningen ble spurt om hvor viktig ulike elementer ville vært for deres valg av fastlege dersom de skulle velge fastlege i dag (tabell 8.2.11). Brukerne la aller mest vekt på at de kunne ha tillit til at fastlegen følger dem opp og foretar nødvendig henvisning, at fastlegen tar seg god tid og gjør en grundig undersøkelse samt god kommunikasjon. Det er også viktig for folk å kunne ha den samme fastlegen over tid.

Tabell 8.2.11. Respons på spørsmålet ”Dersom du i dag skulle velge fastlege, hvor viktig vil disse tingene være for ditt valg?” (%)						
	Ikke viktig	Lite viktig	Verken viktig eller uviktig	Ganske viktig	Svært viktig	N
At jeg kan ha samme fastlege over tid, slik at min sykdomshistorie blir kjent for fastlegen	0,5	1,3	3,4	21,7	73,1	982
Fastlegens faglige dyktighet	0,3	0,8	4,5	28,4	65,9	953
God kommunikasjon	0,2	0,2	1,3	18,2	80,0	965
Språklig og kulturell forståelse	1,5	1,5	8,2	23,9	64,9	952
Kort ventetid	0,1	0,4	6,0	36,4	57,1	962
Geografisk nærhet	2,0	3,6	11,2	41,2	42,0	952
At fastlegen tar seg god tid og gjør en grundig undersøkelse	0,2	0,1	2,1	18,5	79,1	963
At jeg har tillit til at fastlegen følger meg opp og foretar nødvendig henvisning videre	0,2	0,1	0,9	13,1	85,6	968
At fastlegen har samme kjønn som jeg selv	36,9	15,9	29,7	9,0	8,5	960

Man har videre undersøkt (med multivariat teknikk) hvorvidt vurderingene av viktigheten ved ulike sider ved fastlegen og fastlegeordningen varierer med en del relevante uavhengige variabler, og har her gruppert de ulike aspektene fra tabellen ovenfor. For det første er det elementer som har å gjøre med selve *legekonsultasjonen* å gjøre, som at brukeren kan ha samme fastlege over tid, fastlegens faglige dyktighet, at fastlegen tar seg god tid

og gjør en grundig undersøkelse, samt at brukeren har tillit til at han/hun blir fulgt opp av fastlegen og at fastlegen foretar nødvendig henvisning videre. For det andre er det elementer som har å gjøre med *kommunikasjonen* mellom bruker og lege, heriblant språklig og kulturell forståelse.

Det er gjort separate analyser for Nord-Trøndelag og Finnmark. Generelt er sammenhengene nokså svake, men når det gjelder faktorer knyttet til konsultasjonen har kjønn og alder betydning for hva en regner som viktig. Kvinner legger noe mer vekt på dette enn menn, og eldre legger mer vekt på dette enn yngre. Kvinner legger også mer vekt på kommunikasjon med fastlegen enn menn gjør. Verken helsemessige karakteristika, kommunistørrelse eller indikator for stillingsstabilitet influerer på vektlegging av faktorer knyttet til konsultasjon eller kommunikasjon.

Multivariate analyser viser at det er spesielt variablene kjønn, alder og stillingsstabilitet som har betydning for fornøydhetsgrad med *fastlegen*. Kvinner er mer fornøyde enn menn, eldre mer fornøyde enn yngre, og folk som bor i stabile kommuner er mer fornøyd enn de som bor i ustabile kommuner. I tillegg er det slik at for Finnmarks del har det betydning om legen er samiskspråklig eller ikke.

Respondentene ble også presentert for en rekke påstander knyttet til sitt forhold til sin fastlege. De ble bedt om å vurdere påstandene på en 5-punktsskala hvor 1 = helt uenig, 2 = litt uenig, 3 = verken enig eller uenig, 4 = ganske enig og 5 = helt enig. For å forenkle analysene brukte man faktoranalyse for å redusere antall variabler, og endte da opp med to dimensjoner som befolkningen vurderte sin fastlege i forhold til; en fagligmedisinsk dimensjon og en kulturell dimensjon. Den fagligmedisinske dimensjonen omhandler i hvor stor grad befolkningen har tillit til at den behandling og oppfølging de får fra legen er god/dårlig og i hvor stor grad de opplever trygghet/utrygghet i møtet med legen. Den kulturelle dimensjonen tar for seg i hvor stor grad man opplever eller ikke opplever spenninger av kulturell og/eller språklig art i møtet med legen. Disse to faktorvariablene ble deretter brukt i flere multivariate analyser.

Når det gjelder befolkningen i Nord-Trøndelag sin vurdering av den fagligmedisinske dimensjonen har alder, kommunistørrelse og stillingsstabilitet betydning. Eldre er mer positive enn yngre. Folk som bor i større kommuner er mer positive enn folk som bor i mindre kommuner, og folk i stabile kommuner er mer positive enn folk i ustabile kommuner. For Finnmarks del har i tillegg utdanningsnivå en effekt på den måten at folk med lavere utdanning vurderer denne dimensjonen i mer positiv retning enn folk med høyere utdanning.

Når det gjelder vurdering av den kulturelle dimensjonen, har inntekt og kommunistørrelse effekt i Nord-Trøndelag. Jo høyere inntekt respondenten har, jo mer positivt vurderer han/hun den kulturelle dimensjonen. Folk som bor i større kommuner vurderer denne dimensjonen mer positivt enn folk som bor i mindre kommuner. Vurderingen av denne dimensjonen viser et litt annet mønster i Finnmark. Her ser både kjønn, alder, samiskspråklig, kommunistørrelse og stillingsstabilitet ut til å ha en effekt. Kvinner vurderer den mer positivt enn menn og eldre vurderer den mer positivt enn yngre. Variabelen samiskspråklig slår spesielt sterkt inn ved at ikke-samiskspråklige vurderer den i mer positiv retning enn samiskspråklige. Opplevelsen av språklig og kulturell spenning ser altså ut til å være relativt sterkt tilstede i den samiskspråklige delen av befolkningen. I tillegg opplever folk i større kommuner og folk i kommuner med høy stillingsstabilitet den kulturelle dimensjonen mer positivt enn folk i mindre kommuner og i kommuner med lav stillingsstabilitet.

Prosjektnr: 144334/V50	Prosjektleder: Hans-Johan Breidablik	Prosjekt: Pasientenes syn på fastlegeordningen – entusiasme med forbehold
----------------------------------	--	---

Dette er en spørreundersøkelse utført ved ni legekantor i Møre og Romsdal høsten 2003. Materialet er fra 995 pasienter som utgjorde 63 % av samlet pasientmasse i praksisene de aktuelle undersøkelsesdagene. Man kartla synspunkter og tilfredshet med ulike aspekter av fastlegeordningen.¹³

Det fremgår at 33 % av pasientene opplevde at forholdet og tilliten til egen lege var bedret, mens bare 3 % opplevde en tilsvarende forverring. 47 % opplevde situasjonen som uendret og 17 % hadde ingen mening.

8.2.1. Oppsummering

Kvalitative studier

Kvalitative studier er velegnet til å studere det kompliserte samspillet i lege-pasientforholdet, og evt. endringer som følge av fastlegeordningen. Legene som ble intervjuet i **Norheims** undersøkelse følte at pasientene hadde fått mer makt i forhold til å fremme krav til fastlegen.^{7 14} Dette ble knyttet til en voksende følelse av konkurranse om pasientene. Når en pasient skifter fastlege, kan fastlegen ofte knytte dette til en spesiell episode som kan ha utløst skiftet.

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 fastlegeordningen. 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.”

Legene i **Opdahl Mos** studie fortalte at de hadde respekt for og følte ydmykhet over at de var blitt valgt av pasientene på listen.⁴ Det å bli aktivt valgt bidro til at de ville gjøre en god jobb for pasientene. Men over tid så man også at det å kunne bli valgt bort kom opp som tema. Intervjuene viste økt oppmerksomhet om at bevegelsene på listen kan avspeile om man gjør en god jobb eller ikke. Pasientenes bytte av lege er blitt et grunnlag for å tenke igjennom egen praksis og vurdere om relasjonen til pasienten kan forklare byttet til en annen lege.

Den økende oppmerksomheten på ”kundeaspekter” har fått som konsekvens at legene i økende grad er blitt bevisste på egen faglig integritet i forhold til å møte pasientenes ønsker og krav. En lege spissformulerte dette ved å si at han ikke mente det var hans jobb å gjøre det pasienten vil – han hadde også som jobb å sette noen grenser for pasienten. Det kunne føre til at pasienten ville velge en annen – ikke fordi legen gjorde en dårlig jobb faglig sett, men paradoksalt nok fordi han gjorde en god jobb, målt ut fra egne faglige kriterier.

Fastlegeordningen har antagelig hatt minst betydning i forhold til de stabile pasientgruppene, kjernepopulasjonen som sjelden skifter lege, og som legene på sin side ønsker å beholde. Det var særlig hvis slike pasienter sluttet, at legene begynte å lure og føle usikkerhet. Blant disse pasientene finnes det imidlertid også enkelte som legene gjerne skulle sett skiftet lege, men som selv ikke ønsker det. Å ikke kunne avvise pasienter, kan oppleves som en belastning og kan i enkelte tilfeller gi en følelse av å være ”fanget”.

De fleste fastlegene var ikke særlig opptatt av betydningen av kjønn i sitt arbeid. Noen mente at kjønn spiller mindre rolle enn legens personlighet/personlige stil. På spørsmål om de mente at pasientene har andre forventninger til kvinnelige enn til mannlige leger, og om de mente at det er forskjell på kvinnelige og mannlige leger, svarte de imidlertid forholdsvis entydig med beskrivelser av den kjappe, målrettede mannlige legen og den mer omsorgsfulle og ivarettende kvinnelige legen. Om man så på legenes beskrivelser av egen praksis, fant man imidlertid ikke de samme systematiske forskjeller mellom kvinnelige og mannlige leger.

Dahle intervjuet pasienter som trenger å gå ofte til lege.⁹ Dette var pasienter med fibromyalgi, astma og allergi, hjerte- og lungesyke. Alle var hjemmehørende i Oslo-området og for en stor del rekruttert gjennom pasientorganisasjoner. Dette betyr trolig at det dreier seg om nokså selekterte pasienter som har tradisjon for bruk av spesialister i utstrakt grad, både som pasienter og i faglige sammenhenger.

Mange av fibromyalgipasientene hadde gått fra lege til lege i perioder, inntil de fant en som de følte forstod deres situasjon. Også astmatikere og allergikere hadde ofte byttet lege før de fant en som de mente hadde nok kompetanse. De foreldrene som ble intervjuet, hadde hatt mye ansvar når det gjaldt barnets sykdom, og de hadde selv opparbeidet kompetanse på området. Etter hvert stolte de ikke alltid på at legen hadde samme kompetanse

og kunnskaper som dem selv. Mødrene ga flere eksempler på at det oppstod åpen konflikt i spørsmål om hva som var barnets beste. Disse foreldrene brukte private leger som en sikkerhetsventil, fordi de ikke følte seg trygge med fastlegeordningen.

Flere av informantene som hadde hatt sin fastlege som fast lege tidligere, fortalte at det nå var satt av kortere tid til hver konsultasjon, og at legen ofte virket mer stresset under konsultasjonen. En mulig effekt av at legen kjenner pasientene sine, er at konsultasjonen tar kortere tid,¹⁵ men det er også mulig at tidligere fastlønne bydelsleger som nå er privatisert, kan ha fått et mer oppdrevet arbeidstempo. I en spørreundersøkelse blant allmennleger fant Sørensen at antall pasientkontakter per time hadde økt for alle leger, og særlig for de tidligere fastlønnslegene (kapittel 10.1).

Noen pasienter opplevde at det var blitt vanskeligere å bli sendt videre til spesialist og hadde et inntrykk av at fastlegen var uvillig til å ”gi slipp på” pasientene sine. De opplevde en strengere henvisningsordning som en maktforskyvning mellom allmennlege og pasient. Dette står i kontrast til hva legene i Norheims studie rapporterte.

Mange av informantene hadde erfaring med å gå til fastlegens vikar. For noen spilte det ingen rolle hvilken lege de gikk til. For andre var det en ubehagelig opplevelse, fordi vikaren i større grad hadde stilt spørsmål ved deres egen forståelse av sykdommen og avtalte behandlingsmetoder. Dette kan tyde på at fastlegene velger å være mer tilbakeholdne enn allmennleger kunne tillate seg tidligere, og at en mer kritisk holding kommer frem når pasienten oppsøker andre leger/vikarer.

Noen pasienter opplevde at friheten til å bytte lege ble sterkt begrenset gjennom regelen om at journalen skal følge pasienten. Da kunne de ikke unnsnippe tidligere legers ”dom”. Dette gjaldt særlig pasienter som også hadde en psykiatrisk diagnose i tillegg til de andre, eller de var redde for at de var blitt beskrevet som psykiatrisk pasient. Et fastlegebytte kunne også bli konfliktfylt ved at den legen de ønsket å bytte til, arbeidet ved samme legesenter som den fastlegen de ville bytte fra. Spørsmålet var hvordan den gamle fastlegen ville reagere på en slik overgang. Flere informanter gjorde mye for å redefinere en problematisk relasjon, som lett kunne bli oppfattet som et konfliktbytte. Å oppgi geografisk avstand som begrunnelse for legebyttet, fremstod som mer akseptabelt, både overfor en selv, overfor legen og omgivelsene.

Det kan være problematisk at pasienters lojalitet eller endringsfrykt låser eller binder dem til leger de ikke har gode relasjoner til. At bytte av fastlege kan oppleves som ubehagelig viser at pasientene bryr seg om de mellommenneskelige sidene ved møtet, og ikke bare vurderer de rent medisinske. De tar ansvar for legenes følelser, verdighet og selvrespekt. Frykt for å såre eller støte fastlegen ved å bytte, er viktige spørsmål som angår folk. Det kan være særlig aktuelt på steder med begrenset legetilgang, der en er bundet av geografi, og der en likevel må fortsette å gå til samme legekontor. Men det gjelder altså også i høy grad i storbyen Oslo.

Kvinner med fibromyalgi hadde høy bytteberedskap, astma- og allergipasienter var også årvåkne, mens menn med hjerte- og lungesykdommer knapt overveide saken. En av evalueringsrapportene fra fastlegeforsøket fant også at opplevelsen av fastlegeordningen så ut til å henge sammen med hva slags sykdom/lidelse/problem pasienten hadde.¹⁶ En del ”typiske kvinnelidelser” som er kjennetegnet ved at de vanskelig lar seg diagnostisere og behandle, kan bidra til et mer sårbart og risikobetonet forhold til fastlegen.

Ådnanes har gjennomført en kvalitativ studie med fokus på pasienter med alvorlige psykiske lidelser.¹⁰ Også denne gruppen hadde relativt høy bytteberedskap, først og fremst på grunn av misnøye med relasjonen til legen. Det er imidlertid nærliggende å tro at pasientinformantene i denne undersøkelsen er mer offensive og ressurssterke enn det som er vanlig i denne gruppen.

De fleste pasientene beskrev en travel fastlege som de helst ikke burde belemre med tidkrevende problemer. Den korte konsultasjonstiden går ofte med til å fornye resepter, be om henvisning til spesialist, be om sykmelding, eller til å få hjelp med fysiske plager.

Pasientene har svært ulike forventninger til fastlegen. De synes legen følger bra opp når det gjelder somatiske helseproblemer, og stort sett også når det gjelder medisinsk oppfølging i forhold til den psykiske lidelsen. Det er imidlertid få som opplever at fastlegen tar tak i de psykiske problemene, og det er få som tror at fastlegen har god kompetanse på psykiske helseproblemer. Men i de tilfellene der pasienten mottar behandling eller oppfølging i annen helsetjeneste, oppleves ikke dette som noe stort problem. I enkelte tilfeller fører imidlertid misnøye med fastlegen til økt bruk av legevakt.

Andre forteller om fastleger som i mye større grad forholder seg til, og følger opp de psykiske problemene. Noen setter dette i sammenheng med at de har gått til samme lege lenge. Kontakt gjennom flere år gjør at de kjenner legen, og legen kjenner dem.

Fastlegene gir uttrykk for at takster og egenandeler styrer mye av tiden de bruker på pasientene. Det er likevel få som antyder at dette går ut over gruppen med psykiske lidelser. De legger gjerne inn dobbeltimer for pasienter som de vet bruker lang tid, eller de får time på slutten av dagen. Legene bekrefter at innholdet i deres tilbud varierer mye. Rundt halvparten tilbyr utvidet fleksibilitet overfor denne pasientgruppen, mer terapilignende samtaler eller rådgivning. Noen få praktiserer også kognitiv terapi, men gir uttrykk for at rammene på et legekontor gjør at det ikke alltid lykkes å få dette til.

Flere fastleger nevner problemer med pasienter som ikke dukker opp til time og kanskje ikke ser sitt eget behov for å gå til lege. Manglende sykdomsinnsikt kan føre til at de slutter med medisiner. Pårørende drøyer med å søke hjelp inntil en krise oppstår, og da ender man ofte på legevakten. Det er sjelden fastlegen driver oppsøkende virksomhet. Det er det oftest andre i det kommunale helsetjenestetilbudet som gjør, og fastlegene stoler på at øvrig kommunehelsetjeneste representerer et sikkerhetsnett slik at pasienten fanges opp ved behov for hjelp.

Bæck gjennomførte en kvalitativ studie blant 33 brukere i Nord-Trøndelag og Finnmark.¹² Her avkreftet mange av de kvinnelige brukerne at fastlegens kjønn var av betydning, men for noen var det viktig, særlig blant de kvinnelige samiske brukerinformantene:

”Det som var viktig for meg var at hun var kvinne. Jeg tenkte ikke så mye på om det var en samisk lege.”

Språk og kulturkompetanse ble imidlertid vektlagt av både arbeidsgiver og brukere i de samiske kommunene. Leger med dårlige norskkunnskaper oppleves som en merbelastning siden utgangspunktet er ekstra krevende både i form av språklig og kulturell oversettelsesproblematikk.

Kvantitative studier

Respondentene i SSBs levekårspanel (**Paulsen og Finnvold**) ble spurt om legen ga dem nok tid og om de ble tatt med på avgjørelse om hva som skulle gjøres.² På begge spørsmål var det høy grad av tilfredshet, nesten 80 % lå i de to høyeste svarkategoriene. Eldre og de som brukte legetjenestene mye, var mest tilfreds. Videre fant man større tilfredshet når lege og pasient var av motsatt kjønn, i solopraksiser og mindre legesentra. Det var ingen endringer fra 2000 til 2003 på spørsmålet om de følte at de ble tatt på alvor av legen, men det var en reduksjon fra 28 % til 18 % som syntes at legen ikke ga dem nok tid.

En gruppe skilte seg ut blant dem som var blitt mer fornøyd med tiden legen ga dem, nemlig de som *ikke* fikk oppfylt sitt førstevalg i legevalgprosessen. 26 % av disse opplevde en forbedring i tiden legen ga dem, mot 20 % av dem som fikk oppfylt førstevalget sitt. Dette skyldes trolig at leger som er blitt valgt av mange pasienter har fulle lister med en overvekt av pasienter med store behov for legetjenester. Disse legene er trolig mer presset på tid enn andre leger. Dette er i tråd med Iversens studie hvor man fant at leger med fulle lister gjør mer bruk av enkle kontakter og mindre bruk av vanlige konsultasjoner og tidstakster (se kapittel 10.1).

Det var en signifikant tendens til at de som hadde dårlig egenvurdert helse i større grad følte at legen ikke ga dem nok tid og/eller tok dem på alvor. Det ser ikke ut som fastlegeordningen har hatt noen betydning for dette, ettersom sammenhengen eksisterte både i 2000 og 2003.

Totalt svarte 17 % av utvalget at legens kjønn hadde betydning for dem i 2001, 20 % av kvinnene og 12 % av mennene. I 2003 var tilsvarende andeler 13 % (totalt), 16 % (kvinner) og 6 % (menn). Det var i underkant av 4 % av hele utvalget som hadde lege med et annet kjønn enn de egentlig ønsket i 2001, mens 3 % opplevde at de hadde lege med ”feil” kjønn i 2003. Det var en tendens til at pasienter som ønsket seg en lege med annet kjønn følte at de i mindre grad ble tatt på alvor av legen og at legen ikke ga dem nok tid, men tallgrunnlaget er lite og forskjellene ikke statistisk signifikante. Ellers var det en tendens til at pasienter som ønsket å bruke flere ulike allmennleger, følte at de i mindre grad ble tatt på alvor av legen og at legen ikke ga dem nok tid.

I en analyse av fire grupper med kronisk somatisk sykdom eller lettere psykiske plager fant man at personer med symptomer på psykiske lidelser var mer misfornøyd enn andre grupper med tiden de fikk hos allmennlegen i 2000.³ Disse forskjellene ble ikke redusert etter fastlegeordningen. Alle gruppene opplevde i stor grad at legen tok dem på alvor.

Gruppen uten kronisk sykdom viste en økende tilfredshet med tiden de fikk hos legen og opplevde sjeldnere at legen ikke tok dem på alvor. Dette er en gruppe som i mindre grad hadde fast lege før reformen og som kanskje opplever en positiv effekt av å ha fått en mer formalisert relasjon til en lege.

Iversen koblet data fra SSBs levekårspanel med opplysninger om paneldeltakernes fastleger, hentet fra Rikstrygdeverkets registre, og har analysert hvilken betydning ulike variabler hadde for valg av fastlege og for tilfredshet med fastlegen.⁶

De som fikk tildelt sitt førstevalg følte i større grad enn andre at legen tok dem på alvor, og de hadde større tillit til den behandlingen legen ga dem. De var også mer fornøyd med at de ble henvist videre når det var nødvendig. I de fleste tilfellene var denne legen den samme som de hadde brukt før reformen, en indikasjon på at kontinuitet i lege-pasientforholdet er viktig for tilfredshet med allmennlegen. Videre fremover vil det være av interesse å undersøke hvordan tilfredsheten utvikler seg blant dem som ikke fikk oppfylt sitt førsteønske. Kanskje vil tilfredsheten øke etter hvert som lege og pasient blir bedre kjent med hverandre.

Det var en tendens til mindre tilfredshet med leger som manglet mer enn 100 pasienter i forhold til listetaket. Deres pasienter følte i mindre grad at de ble tatt på alvor av legen, de var mindre tilfreds med tiden legen ga dem, de hadde mindre tillit til behandlingen, og de ble sjeldnere henvist videre når de syntes det var nødvendig. Denne tendensen til misnøye var imidlertid ikke tilstede blant de pasientene som hadde ført opp denne legen som sitt førstevalg. Dessuten var det en høyere tilfredshet med ventetid på time hos disse legene.

De samme forfatterne har også analysert takstbruken hos fastlegene (se kapittel 10.1). Her fant de at leger som opplever pasientknapphet oftere bruker tidstaksten 2cd enn leger som ikke mangler pasienter. Det er derfor et interessant funn at pasientene likevel er mer misfornøyd med tiden de får hos disse legene.

I sin brukerundersøkelse i Nord-Norge og på Østlandet fant **Lian** at 76 % av respondentene hadde vært hos primærlege i 2000, 79 % i 2003.^{8 17} 19 % opplevde at primærlegens faglige kunnskaper var blitt bedre etter reformen, bare 2 % mente de var blitt verre. Når dataene ble justert for alder, kjønn og kommunestørrelse fant hun at det var en avtakende andel som rapporterte språkproblemer med utenlandske leger (henholdsvis 18 % og 13 %) og at de fikk for liten tid inne hos legen (24 % og 16 %). Andelen svært fornøyd økte for primærhelsetjenesten totalt sett og for flere aspekter ved samhandlingen mellom lege og pasient, som mulighet for å få øyekontakt, mulighet for å få fortelle, bli tatt med på råd, tidsbruk og at det ble tatt hensyn til det som var viktig for pasienten. Til tross for at en avtakende andel rapporterte språkproblemer med utenlandske leger, var det likevel færre som var *svært fornøyd* med legens språkbeherskelse.

Det vanligste mønsteret i 2000 var at folk i de minste kommunene var mest fornøyd og sjeldnest rapporterte om særlige problemområder (unntak: språkproblemer og manglende stabilitet). I 2003 var språkproblemer og manglende stabilitet fortsatt signifikant mer uttalt i småkommuner, men alle estimatene som viste større fornøydhet og færre problemer i småkommunene hadde ”falt ut”, det vil si at de viste signifikante forskjeller i 2000 men ikke i 2003.

Den totale fornøydheten (særdeles/meget fornøyd) økte fra 37 % til 50 % i de store kommunene, mens den økte fra 34 % til 41 % i småkommunene. Forklaringen på dette fenomenet kan være at Fastlegereformen først og fremst var en reform for storbyene. Det er da ikke uventet at det er disse brukerne som opplever den største forbedringen.

Når datasettene ble analysert hver for seg, viste det seg at fornøydhet med ulike aspekter av legetjenesten var assosiert med kontinuitet og stabilitet i legetjenesten, og færre uinnfridde forventninger fra siste legebesøk. Det var svært få signifikante sammenhenger knyttet til alder og kjønn, men kvinner som gikk til kvinnelige leger var mest ”fornøyd totalt sett”, og menn som gikk til kvinnelige leger var minst fornøyd. Dette var altså ulikt Paulsen og Finnvold som fant at tilfredsheten var høyest når pasient og lege var av motsatt kjønn. I motsetning til Lian finner også de fleste at brukertilfredsheten er høyere hos eldre enn hos yngre.

Carlsen fant i en større brukerundersøkelse at det var en liten økning i tilfredshet på alle indikatorer som omhandlet selve legebesøket og behandlingen som ble gitt.¹⁸ Dette gjaldt spørsmål om de ble tatt på alvor, behandlingsresultat, legens faglige dyktighet, evne til å lytte, snakke et forståelig språk, gi informasjon og helsepersonale serviceinnstilling. Et gjennomgående funn var at tilfredsheten var høy både før og etter reformen. Eldre var gjennomgående mer tilfredse enn yngre. Det var ingen vesentlige forskjeller i opplevd bedring fra 2000 til 2003 mellom ulike aldersgrupper eller kommunetyper.

I en annen undersøkelse har **Carlsen** studert sammenhengen mellom befolkningens tilfredshet med allmennlegetjenesten og fastlegenes listekapasitet, turn-over og andel fastleger med fast lønn i kommunen.¹⁹ Materialet består av data fra en landsomfattende brukerundersøkelse gjennomført ved årsskiftet 2004/2005 (TNS Gallup). Disse dataene er senere koblet med Rikstrygdeverkets database over fastleger.

Brukerne er klart mer tilfreds med behandlingskvaliteten (legens faglige dyktighet, legens evne til å lytte, informasjon om behandlingen og behandlingsresultatet) enn med tilgjengeligheten (ventetid på time, telefontilgjengelighet). Ledige listeplasser har en positiv og signifikant effekt på tilfredshet med tilgjengeligheten, men ingen effekt på tilfredshet med behandlingskvaliteten. Turn-over av fastleger og andel fastleger med fast lønn (dårlig kontinuitet) samvarierte negativt med befolkningens tilfredshet, både med tilgjengelighet og med behandlingskvalitet.

Andersson har gjennomført en spørreskjemaundersøkelse blant foresatte til barn som er pasienter i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) og foresatte til barn med diagnosen ADHD.¹¹ Om lag 60 % av brukerne var tilfredse med muligheten for å få time hos fastlegen, mens 70 - 80 % uttrykte tilfredshet med kommunikasjonen med fastlegen i forhold til barnets problematikk. Tilfredsheten var noe lavere i forhold til konsultasjonstid og hyppigheten av kontakt med fastlegen.

Når det gjelder den informasjonen de får fra fastlegen, og spesielt informasjon om andre nyttige tjenester, varierte andelen tilfredse fra 19 % til 35 % i de to utvalgene. De var mer fornøyd med muligheten for medvirkning (52 - 67 %). Andelen som var tilfredse med fastlegens tiltak varierte mellom 32 og 54 %. I ADHD-utvalget var foresatte med høy utdanning mindre tilfredse med fastlegens tiltak enn foresatte med lavere utdanning.

På grunn av noe lav svarprosent er det usikkerhet knyttet til generaliserbarheten av resultatene. Det er også viktig å være oppmerksom på at utvalgene er selektert og ikke representative for den totale gruppen barn og unge med psykiske problemer.

Bæck gjennomførte en spørreskjemaundersøkelse blant brukere i Nord-Trøndelag og Finnmark.¹² De ble spurt om hvor viktig ulike elementer ville vært for deres valg av fastlege dersom de skulle velge fastlege i dag. Brukerne la aller mest vekt på at de kunne ha tillit til at fastlegen følger pasienten opp og foretar nødvendig henvisning, at han tar seg god tid og gjør en grundig undersøkelse, samt god kommunikasjon. Det var også viktig for folk å kunne ha den samme fastlegen over tid.

Kvinner la noe mer vekt på faktorer knyttet til konsultasjonen enn menn. Dette gjaldt muligheten for å ha samme lege over tid, faglig dyktighet, grundighet, tidsbruk, og at fastlegen henviser når det er nødvendig. Analysene viste også at eldre la mer vekt på dette enn yngre. Kvinner legger også mer vekt på kommunikasjon med fastlegen enn menn gjør.

Multivariate analyser viste at det er spesielt variablene kjønn, alder og stillingsstabilitet som har betydning for fornøydhet med *fastlegen*. Kvinner er mer fornøyde enn menn, eldre mer fornøyde enn yngre, og folk som bor i stabile kommuner er mer fornøyd enn de som bor i ustabile kommuner. I tillegg er det slik at for Finnmarks del har det betydning om legen er samiskspråklig eller ikke.

Respondentene ble også bedt om å vurdere sin fastlege i forhold til en fagligmedisinsk dimensjon og en kulturell dimensjon. Gjennomgående fant man også her at kvinner, eldre og innbyggere i store og stabile kommuner er mest tilfreds.

Den samiskspråklige delen av befolkningen i Finnmark hadde ikke andre preferanser i forhold til hva som vurderes som viktig ved valg av fastlege, men de vurderte forholdet til sin fastlege langs den "kulturelle dimensjonen" langt mer negativt enn den ikke-samiskspråklige delen av befolkningen. Det ser altså ut til at den samiskspråklige delen av befolkningen opplever spenninger av kulturell og/eller språklig art i møtet med legen. Selv om flere av kommunene i det samiske kjerneområdet har lav stillingsstabilitet, er de samiskspråkliges negative vurdering av den kulturelle dimensjonen uavhengig av om respondentene bor i stabile eller ustabile kommuner.

I en brukerundersøkelse ved ni legekantor i Møre og Romsdal fant **Breidablik** at 33 % av pasientene opplevde at forholdet og tilliten til egen lege var bedret, mens bare 3 % opplevde en tilsvarende forverring. 47 % opplevde situasjonen som uendret og 17 % hadde ingen mening.¹³

TNS Gallup har gjennomført jevnlig nasjonale undersøkelser av brukertilfredshet med ulike kommunale tjenester. Undersøkelsen i 2003 var den første etter innføring av fastlegeordningen,²⁰ og sammenlignet med undersøkelsen i 2000 kunne da legetjenesten vise til den største fremgangen av alle de undersøkte tjenestene. Helsepersonaleets serviceinnstilling fikk en kvalitetsindeks på 70 (68 i år 2000), og legens faglige dyktighet 77 (76 i år 2000). Legens evne til å lytte fikk en kvalitetsindeks på 75 (72 i år 2000). Spørsmålet om legen tar deg og dine plager på alvor fikk kvalitetsindeks 76 (73), informasjon om behandling og lidelse 75 (72), legens råd/behandling 75 (72) og behandlingsresultatet 73 (71). For alle disse parametrene var det en klar tendens til at eldre var mer tilfreds enn yngre.

Legens evne til å snakke et lett forståelig språk fikk en kvalitetsindeks på 78 (75 i år 2000). Igjen var det en klar tendens til at eldre var mer tilfreds enn yngre. Her var det også tydelig at innbyggere i småkommuner var mindre tilfreds enn innbyggere i større kommuner, kvalitetsindeks 69 i kommuner med færre enn 3 000 innbyggere, økende til 80 i kommuner med over 20 000 innbyggere.

På oppdrag fra Den norske lægeforening gjennomførte **Norsk Respons** en landsomfattende opinionsundersøkelse i mai 2005 hvor man spurte om folks holdninger til legetjenester og andre offentlige tjenester.²¹ Det ble gjennomført i alt 1 000 intervjuer. På dette tidspunktet hadde 88 % vært i kontakt med sin fastlege etter at ordningen ble innført. Flere kvinner enn menn hadde hatt kontakt (92 % og 83 %) og kontaktfrekvensen steg med økende alder. 46 % var svært tilfreds med den måten de ble ivarettatt hos fastlegen, 45 % ganske tilfreds. 46 % var også svært fornøyd med fastlegenes faglige dyktighet, 34 % ganske fornøyd. 46 % var svært fornøyd med hvordan legen så og forstod deres problemer, 32 % ganske fornøyd. Undersøkelsen viste at folk var mer tilfreds med relasjonen til fastlegen enn med legens tilgjengelighet.

Legesøkningsatferden er studert nærmere av **Paulsen og Finnvoll** (SSBs levekårspanel).² De fant i 2000 at 76 % hadde hatt kontakt med lege i løpet av de siste 12 månedene, i 2003 71 %. Av dem som hadde hatt kontakt, var det i gjennomsnitt 3,8 kontakter per pasient i 2000 og 3,9 i 2003. Henholdsvis 66 % og 64 % av kontaktene var med allmennlege, 14 % og 12 % med legevakt. Resten var kontakter med privatpraktiserende spesialister og sykehuspoliklinikker, økende fra 20 % i 2000 til 25 % i 2003. Kontaktratene var høyere for kvinner enn for menn og økte med alderen og med dårlig egenvurdert helse.

Den viktigste faktoren for bruk av privatpraktiserende spesialister er dårlig egenvurdert helse, men ellers er det en tydelig overrepresentasjon av bosatte i Oslo og Akershus, i sentrale strøk generelt og av personer med svært høy utdanning.

Et tilsvarende funn ble gjort av **Iversen og Kopperud** som analyserte bruk av spesialisthelsetjenester med bakgrunn i SSBs levekårsundersøkelse og kapasitets- og tilgjengelighetsdata for første- og andrelinjetjenesten.²² De fant at tilgjengelighet spilte en betydelig rolle for bruk av privatpraktiserende spesialister. De fant også at sannsynligheten for å bruke privatpraktiserende spesialister avtok dersom det var god dekning av allmennleger. Det var ingen tilsvarende effekt av allmennlegedekningen på bruk av poliklinikker og innleggelser. Det kan altså synes som om privatpraktiserende spesialister (i motsetning til sykehuspoliklinikker) fungerer som et alternativ til allmennleger.

Referanser

1. Finnvoll JE, Paulsen B. Før innføring av fastlegeordning. Brukervurderinger av allmennlegetjenesten i et veiskille. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning, 2002.
2. Finnvoll JE, Svalund J, Paulsen B. Etter innføring av fastlegeordning - brukervurderinger av allmennlegetjenesten. Statistisk sentralbyrå. Rapport 2005/1.
3. Finnvoll JE, Svalund J. Kronikere og personer med symptomer på lettere psykiske plager: bruk og vurdering av allmennlegetjenesten før og etter fastlegeordningen. Pasientenes opplevelse av variasjoner i kapasitet og andre legekarakteristika under fastlegeordningen. Rapport 2005.
4. Heen H, Mo TO. I fastere former. Legenes arbeidsvilkår i fastlegeordningen. SINTEF Teknologi og samfunn, IFIM. Trondheim og Oslo, april 2005. Rapport.
5. Iversen T, Lurås H. Sluttrapport fra Prosjekt 144331/V50: Evaluering av Fastlegereformen. 24.8.2005.
6. Lurås H. Choosing a GP. Experiences from the implementation of a list patient system in Norway. Health Economics Research Programme, University of Oslo, Working Paper 13/2004.
7. Norheim OF, Carlsen B. Legens doble rolle som advokat og portvakt i fastlegeordningen. Evaluering av fastlegeordningen. Rokkansenteret, Program for helseøkonomi i Bergen, Notat 19/2003.

8. Lian OS. Pasienterfaringer i primærlegetjenesten før og etter Fastlegereformen. ISM skriftserie nr 70. Universitetet i Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, 2003.
9. Dahle R, Skilbrei M. Fastlegeordningen og pasienter med store legebehov. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA Rapport 3/2003.
10. Ådnanes M, Hatling T, Grut L. Fastlegens tilbud og samarbeid vedrørende personer med en alvorlig psykisk lidelse. Trondheim, SINTEF Helse 2005.
11. Andersson HW, Tingvold L. Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer? Evaluering av fastlegeordningen med vekt på samarbeid, tilgjengelighet og kontinuitet i tjenestetilbudet. Trondheim, SINTEF Helse 2005.
12. Abelsen B, Karlsen Bæck DU, Kramvig B, Moilanen M. Lav stillingsstabilitet som utfordring for fastlegeordningen i Finnmark og Nord-Trøndelag. NORUT Samfunnsforskning AS, Rapport nr 06/05.
13. Breidablik HJ, Meland E. Pasientenes syn på fastlegeordningen - entusiasme med forbehold. Utposten 2004;33(7):36-8.
14. Carlsen B, Norheim OF. Introduction of the patient-list system in general practice. Changes in Norwegian physicians' perception of their gatekeeper role. Scand J Prim Health Care 2003;21:209-13.
15. Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. BMJ 1991;303:1181-4.
16. Johnsen E, Sandaune AG. Tillit, aksess og risiko. Erfaringer blant fastlegens brukere og samarbeidspartnere etter to år med fastlegeforsøk i Tromsø kommune. NORUT Samfunnsforskning rapport 05/95 1995.
17. Lian OS, Wilsgaard T. Pasienterfaringer i primærlegetjenesten før og etter fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(5):655-8.
18. Grytten J, Skau I, Carlsen F. Brukertilfredshet i allmennlegetjenesten før og etter fastlegereformen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(5):652-4.
19. Carlsen F. Listetaksavvik og tilfredshet med fastlegetilbudet. Økonomisk Forum 2005;59(6):22-32.
20. TNS Gallups kommuneundersøkelse 2003. www.tns-gallup.no/arch/_img/189702.pdf.
21. Norsk Respons. Holdning til legetjenester og andre offentlige tjenester. Landsomfattende Omnibus 2. - 4. mai 2005. www.legeforeningen.no/asset/25705/2/25705_2.pdf.
22. Iversen T, Kopperud GS. Regulation versus practice. The impact of accessibility on the use of specialist health care in Norway. Health Economics Research Programme, University of Oslo, Working Paper 2/2005.
23. Iversen T, Kopperud GS. Befolkningens bruk av spesialisthelsetjenester. Tidsskr Nor Lægeforen 2002;122(22):2199-203.

8.3. Tilgjengelighet – Lokaler

Departementet utarbeidet følgende problemstillinger (nøkkelsspørsmål) for dette evalueringsområdet:

- Hvordan er omfanget og fordeling av legekontorer med vanskelig tilgjengelighet?
- Har det skjedd endringer eller er det planlagt endringer av legekontorers fysiske tilgjengelighet som følge av Fastlegereformen?
- I hvilken grad påvirker reiseavstand eller legekontoets fysiske tilgjengelighet pasienters valg av fastlege?

Prosjektnr: 151318/330	Prosjektleder: Olaug Synnøve Lian	Prosjekt: Pasienterfaringer i allmennlegetjenesten før og etter fastlegeordningen
----------------------------------	---	---

Dette er en postsendt spørreskjemaundersøkelse blant et tilfeldig utvalg av innbyggerne i Nord-Norge og på Østlandet. I analysene inngikk totalt 1 133 skjemaer fra 2000 og 1 141 fra 2003 (58 % av utvalget). Det er ikke de samme personene som er spurt begge ganger, men utvalgene var ellers like. Man ønsket å sammenligne befolkningens opplevelser av kvalitet og tilgjengelighet i primærlegetjenesten før og etter Fastlegereformen. Omtrent halvparten av spørsmålene skulle bare besvares av dem som hadde vært til primærlege siste år.¹

For å finne forskjellene i grad av fornøydhet, særlige problemområder og særlig positive aspekter mellom 2000 og 2003, ble dataene analysert med logistisk regresjon, justert for alder, kjønn og kommunestørrelse. Andelen som var svært fornøyd med legens geografiske nærhet til brukerne, avtok fra 65 % i 2000 til 54 % i 2003.

8.3.1. Oppsummering

Denne indikatoren er i liten grad berørt av forskningsprosjektene. I en brukerundersøkelse spurte **Lian** om tilfredshet med legens geografiske nærhet. Hun fant at 65 % var svært fornøyd i 2000, 54 % i 2003.^{1 2}

Carlsen gjennomførte også brukerundersøkelser i 2000 og 2003. Et av spørsmålene i undersøkelsen gikk på tilfredshet med den geografiske avstanden til legekontoet. Tilfredsheten var høy før reformen ble innført, og den endret seg ikke vesentlig etter reformen. På en skala fra 1 til 6 var gjennomsnittlig skår 4,8 i 2000 og 4,9 i 2003.³

TNS Gallup har gjennomført jevnlig nasjonale undersøkelser av brukertilfredshet med ulike kommunale tjenester. Undersøkelsen i 2003 var den første etter innføring av fastlegeordningen,⁴ og sammenlignet med undersøkelsen i 2000 kunne da legetjenesten vise til den største fremgangen av alle de undersøkte tjenestene. Den fysiske tilgjengeligheten til legekontoet fikk kvalitetsindeks 76 (75 i år 2000). Det var en tydelig tendens til at eldre var mer tilfreds enn yngre. De yngste (16-24 år) ga kvalitetsindeksen 66, de eldste (over 66 år) ga kvalitetsindeksen 83. Den geografiske avstanden til legekontoet fikk kvalitetsindeks 78 (77 i år 2000). Eldre var igjen mer tilfreds enn yngre. Det var ingen vesentlige forskjeller relatert til kommunestørrelse eller kommunetype.

Referanser

1. Lian OS. Pasienterfaringer i primærlegetjenesten før og etter Fastlegereformen. ISM skriftserie nr 70. Universitetet i Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, 2003.
2. Lian OS, Wilsgaard T. Pasienterfaringer i primærlegetjenesten før og etter fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(5):655-8.
3. Grytten J, Skau I, Carlsen F. Brukertilfredshet i allmennlegetjenesten før og etter fastlegereformen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(5):652-4.
4. TNS Gallups kommuneundersøkelse 2003. www.tns-gallup.no/arch/_img/189702.pdf.

9. Kontinuitet

I oppdragsbeskrivelsen har departementet gitt følgende utgangspunkt for evalueringen av dette området:

Fastlegereformen søker å bedre allmennlegetjenestens kvalitet ved å bidra til økt kontinuitet i lege-pasientforhold. Økt kontinuitet henspiller i denne sammenheng på varigheten av lege-pasientforholdet, og at antallet lege-pasientforhold som varer over tid øker. Det ligger også i kontinuitet at brukerens faktiske allmennlegebruk rettes mot den faste legen. Antagelsen er at spesielt for personer med stort legebehov er det et gode å etablere et fast lege-pasientforhold og at dette varer over tid. Hovedfokus under dette området rettes mot i hvilken grad Fastlegereformen bidrar til økt kontinuitet i lege-pasientforhold. Kontinuitet omhandler i denne sammenheng indikatorene varighet (på lege-pasientforholdet), omfang (antall lege-pasientforhold som varer over tid) samt innhold/bruk (at den faste legen er den allmennlegen som faktisk benyttes).

Følgende prosjekter faller innenfor dette området:

Tabell 9.1. Hovedprosjekter med deres respektive dekning av indikatorer under evalueringsområdet kontinuitet					
Prosjektnr	Prosjektleder Institusjon	Prosjekt (rapport)	Varighet	Omfang	Innhold
144311/330 158403/V50	Rune Sørensen Handelshøyskolen BI	Forskningsbasert evaluering av fastlegeordningen			x
144317/V50 144332/V50 158410/V50	Bård Paulsen SINTEF Jon-Erik Finnvald Statistisk sentralbyrå	Evaluering av Fastlegereformen med utgangspunkt i SSBs levekårsundersøkelser	x	x	x
144331/V50 158361/V50	Tor Iversen Universitetet i Oslo	Evaluering av Fastlegereformen	x	x	
144337/330	Ole Frithjof Norheim Universitetet i Bergen	Legens doble rolle som advokat og portvakt i fastlegeordningen			x
151318/330	Olaug Synnøve Lian Universitetet i Tromsø	Pasienterfaringer i allmennlegetjenesten før og etter fastlegeordningen	x	x	
152217/330	Rannveig Dahle NOVA	Pasienter som trenger å gå ofte til lege			x
158399/V50	Marian Ådnanes SINTEF	Fastlegenes tilbud og samarbeid med andre tjenester når det gjelder pasienter med alvorlige psykiske lidelser			x
158402/V50	Helle Wessel Andersson SINTEF	Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer?			x
158405/V50	Unn Doris Bæk NORUT	Legedekning og stillingsstabilitet som utfordringer for fastlegeordningen		x	x

Tabell 9.2. Småskalaprojekter med deres respektive dekning av indikatorer under evalueringsområdet kontinuitet					
Prosjektnr	Prosjektleder	Prosjekt (rapport)	Varighet	Omfang	Innhold
144334/V50	Hans-Johan Breidablik	Pasientenes syn på fastlegeordningen – entusiasme med forbehold	x	x	x
144334/V50	Øystein Hetlevik	Listelengde, arbeidstid, ventetid og jobbtilfredshet blant fastleger i Bergen			x
144334/V50	Hogne Sandvik	Fastlegeordningen: forventninger og erfaringer			x

9.1. Kontinuitet – Varighet

Departementet utarbeidet følgende problemstillinger (nøkkelsspørsmål) for dette evalueringsområdet:

- Hvor mange av dem som ønsket å videreføre et etablert lege-pasientforhold fikk sitt ønske innfridd ved Fastlegereformens ikrafttreden? Får manglende videreføring av etablert lege-pasientforhold noen konsekvenser eksempelvis i forhold til bruk av allmennlege, legebytte, bruk av ny vurdering eller annet?
- Hva vet vi om varighet på lege-pasientforhold? Hvordan er fordelingen i forhold til alder, kjønn, diagnose, evt. annet?
- På hvilket grunnlag har pasienten valgt fastlege? Benytter vedkommende seg allerede av samme lege? Geografisk nærhet? Annet? Hvor mange reelle valgalternativer følte pasienten at det var (for eksempel i forhold til nærhet)?
- Hvor ofte benytter pasienter seg av en ny vurdering hos annen lege? Opplever pasienter med etablerte lege-pasientforhold eventuelle barrierer i forhold til legebytte eller fornyet vurdering? Er det forskjeller i forhold til kjønn, alder, diagnose mellom ulike pasientkategorier/grupper?
- Er det noen sammenheng mellom varighet på lege-pasientrelasjonen og bruk av fornyet vurdering?

Prosjektnr:	Prosjektledere:	Prosjekt:
144317/V50	Bård Paulsen	Evaluering av Fastlegereformen med utgangspunkt i SSBs levekårsundersøkelser
144332/V50	Jon-Erik Finnvoll	
158410/V50		

Datagrunnlaget bygger i hovedsak på levekårspanelet, som ble etablert 1. halvår 1997. Panelet omfatter et utvalg på ca. 5 000 personer, der de samme personene blir kontaktet år etter år. De som er med blir intervjuet ved besøk, men det blir også gjort telefonintervju. Spørreskjemaet er organisert rundt faste sekvenser av spørsmål om helse, arbeid og bostedsforhold. Første gangen det ble stilt spørsmål om legetjenester, var i 2000. Dette temaet ble fulgt opp i 2001 og 2002. I 2003 var spørsmål om legetjenester et hovedtema. I tillegg til opplysningene som blir gitt gjennom intervjuene, blir informasjon om svarpersonenes bakgrunn gjort tilgjengelig gjennom registerkoblinger. Dette gjelder dels individopplysninger, slik som utdanningslengde og inntekt. Dels gjelder det også ulike egenskaper ved svarpersonenes bostedskommune, herunder trekk ved det lokale legetilbudet. Disse opplysningene er hentet fra oversikten til Statistisk sentralbyrå over personell og virksomhet i kommunehelsetjenesten. Svarprosenten for levekårspanelet er normalt på omtrent 70 %.¹⁻³

De som hadde fast lege ble spurt om hvor mange år de hadde hatt denne legen. Før reformen varte en gjennomsnittlig legerelasjon 9,7 år, økende med pasientens alder. Varigheten var lite påvirket av bosted, egenvurdert helse og sosiodemografisk bakgrunn. Etter reformen var gjennomsnittet nesten 7,7 år. Det er viktig å være oppmerksom på at tallet på personer som svarer på de to tidspunktene er endret. I 2000 var opplysning om lengden av relasjonen opplyst for 1 788 personer. I 2003 var det 2 645 personer som svarte. Bakgrunnen er selvsagt at flere nå har fast lege. Dette betyr at reformen har virket for kort tid til at det er meningsfullt å trekke noen konklusjon om virkningen av fastlegeordningen på lengden av legerelasjonen.

Det er gjort en nærmere analyse av fire grupper med kronisk somatisk sykdom eller lettere psykiske plager. De somatiske diagnosene er basert på åpne spørsmål om varige helseproblemer. Svarene er senere kodet etter ICD-9. Et eget spørreskjema ble brukt til å identifisere 10 % som hadde symptomer på "lettere psykiske lidelser".

Tabell 9.1.1. viser at den gjennomsnittlige reduksjonen i varigheten av legerelasjonen er noe mindre for disse gruppene enn for dem som ikke har noen kronisk sykdom. Dette skyldes at kronikergruppene i større grad enn andre allerede hadde fast lege før reformen. Tabell 9.1.2 viser at det var viktigere for dem enn for andre å få beholde den legen de allerede hadde, og tabell 9.1.3 viser at de også oftere fikk beholde sin faste lege:

Tabell 9.1.1. Respons på spørsmålet "Omtrent hvor lenge har du hatt denne faste legen?" Gjennomsnitt for underutvalg som hadde fast allmennlege, 2000 og 2003. Antall år.

	2000	Konfidensintervall	N	2003	Konfidensintervall	N
Muskel- og skjelettsykdom	10,5	9,9 - 11,2	525	9,3	8,6 - 10,0	545
Hjerte- og karsykdom	10,4	9,5 - 11,3	297	8,4	8,7 - 10,7	304
Sykdom i åndedrettsorganene	10,1	9,5 - 10,6	309	8,4	7,6 - 9,3	382
Psykiske lidelser	9,3	8,4 - 10,3	215	8,3	7,3 - 9,3	228
Uten kronisk sykdom	9,4	8,9 - 9,9	1 018	6,8	6,4 - 7,2	1 385

Tabell 9.1.2. Fastlegetildeling ved innføringen av reformen. Etter sykdomsgruppe. Andel som mente at det var svært viktig eller nokså viktig å få legen som ble satt opp som førstevalg.

Sykdomsgruppe	Prosent	N
Muskel- og skjelettsykdom	82	539
Hjerte- og karsykdom	80	299
Sykdom i åndedrettsorganene	70	372
Psykiske lidelser	79	220
Uten kronisk sykdom	61	1 200

Tabell 9.1.3. Fastlegetildeling ved innføringen av reformen. Etter sykdomsgruppe. Andel som fikk den legen de helst ønsket/førstevalget.

Sykdomsgruppe	Prosent	N
Muskel- og skjelettsykdom	84	539
Hjerte- og karsykdom	86	311
Sykdom i åndedrettsorganene	82	372
Psykiske lidelser	83	239
Uten kronisk sykdom	74	1 356

14 % av dem som fikk oppfylt sitt førstevalg i legevalgprosessen opplevde en forverring med hensyn til ventetid på time, mot 10 % av dem som ikke fikk oppfylt førstevalget sitt. Tilsvarende opplevde 20 % av dem som fikk oppfylt førstevalget en forbedring i tiden legen ga dem, mot 26 % av dem som ikke fikk oppfylt førstevalget.

I 2001 sa 40 % av dem som hadde vært i kontakt med allmennlegetjenesten at de hadde blitt henvist til spesialist i løpet av det siste året. De som hadde fast lege, ble henvist oftere, uavhengig av egenvurdert helse og alder. Varigheten av det faste lege-pasientforholdet spilte ingen rolle.

Den samme forskergruppen har også publisert en artikkel om hvilke beveggrunner som styrte folks valg av fastlege ved reformens ikrafttreden.⁴ Nesten 70 % av utvalget mente at det var nokså eller svært viktig å få tildelt legen de hadde ført opp som sitt førstevalg. Dette var særlig viktig for kvinner, eldre og de som vurderte sin egen helse som dårlig.

Mer enn halvparten av utvalget (53 %) svarte at det viktigste for dem da de valgte lege, var at de fikk beholde en lege de kjente fra før, mens i overkant av 20 % svarte praktiske hensyn som ventetid og tilgjengelighet. Nesten 20 % svarte at det som hadde størst betydning for legevalget, var at legen var ansett for å være dyktig. Hvis en ser nærmere på svarfordelingene innenfor ulike grupper av befolkningen, viser det seg at:

- Kontinuitet er viktigere for de eldre enn for de yngre, og viktigere for dem med dårlig enn for dem med god egenvurdert helse.
- Praktiske hensyn er viktigere for unge enn for eldre, og viktigere for dem som bor mest tettbygd enn dem som bor spredtbygd.
- Bortsett fra de eldste som ikke er opptatt av medisinske kvalifikasjoner, betyr dette omtrent det samme for de ulike gruppene.
- Praktiske hensyn er viktigst for menn og kontinuitet viktigst for kvinner, men dette er ikke statistisk sikre resultat.

Prosjektnr:	Prosjektleder:	Prosjekt:
144331/V50	Tor Iversen	Evaluerings av Fastlegereformen
158361/V50		

I denne studien analyseres legevalgskjemaene fra 59 119 innbyggere i 12 kommuner som er representative med hensyn til sentralitet. Man har registrert alder og kjønn for både innbyggere og leger, samt listelengde og spesialiststatus for legene.^{5,6}

Det var ca 70 % av innbyggerne i de 12 kommunene som hadde fylt ut legevalgskjema, og av disse fikk 82,9 % den legen de prioriterte på topp, mens 11,2 % ikke fikk noen av alternativene sine. Det var en overvekt av kvinner og eldre blant dem som hadde fylt ut skjema. Kvinner førte gjennomgående opp flere alternativer enn menn, mens eldre og de som hadde lang ansiennitet hos førstevalget, fylte ut færre alternativer.

Det ble gjort en nærmere analyse av skjemaene til dem som hadde ført opp tre alternative legevalg. Dette utgjorde ca. 17 % av hele utvalget. Disse innbyggerne bodde i de mest sentrale kommunene med høyest stabilitet blant legene. Her var det også flere leger å velge blant, det var en høyere andel kvinnelige leger, og den gjennomsnittlige listelengden var lengre. Det var større sjans for at legen ble valgt dersom det var liten aldersforskjell mellom lege og innbygger og dersom de var av samme kjønn. Sjansen for å bli valgt økte dessuten med legens alder og listelengde og dersom legen var spesialist i allmennmedisin.

Prosjektnr:	Prosjektleder:	Prosjekt:
151318/330	Olaug Synnøve Lian	Pasienterfaringer i allmennlegetjenesten før og etter fastlegeordningen

Dette er en postsendt spørreskjemaundersøkelse blant et tilfeldig utvalg av innbyggerne i Nord-Norge og på Østlandet. I analysene inngikk totalt 1 133 skjemaer fra 2000 og 1 141 fra 2003 (58 % av utvalget). Det er ikke de samme personene som er spurt begge ganger, men utvalgene var ellers like. Man ønsket å sammenligne befolkningens opplevelser av kvalitet og tilgjengelighet i primærlegetjenesten før og etter Fastlegereformen. Omtrent halvparten av spørsmålene skulle bare besvares av dem som hadde vært til primærlege siste år.⁷

Ni prosent oppga at fastlegeordningen førte til at de mistet et tidligere stabilt legeforhold som de hadde ønsket å beholde.

Prosjektnr:	Prosjektleder:	Prosjekt:
144334/V50	Hans-Johan Breidablik	Pasientenes syn på fastlegeordningen – entusiasme med forbehold

Dette er en spørreundersøkelse utført ved ni legekantor i Møre og Romsdal høsten 2003. Materialet er fra 995 pasienter som utgjorde 63 % av samlet pasientmasse i praksisene de aktuelle undersøkelsesdagene. Man kartla synspunkter og tilfredshet med ulike aspekter av fastlegeordningen.⁸

Tabell 9.1.4. Andel som fikk oppfylt sitt ønske om fastlege og som vil anbefale egen fastlege til andre. Prosent (95 % konfidensintervall)

		Andeler i %
Har fått ønsket fastlege?	Ja	73 (70 - 76)
	Nei	12 (10 - 14)
	Ingen spes. ønsker	15 (12 - 17)
Anbefale egen fastlege til andre?	Ja	71 (68 - 74)
	Nei	7 (5 - 9)
	Vet ikke	22 (19 - 24)

9.1.1. Oppsummering

Paulsen og Finnvold (SSBs levekårspanel) beregnet i 2000 at et gjennomsnittlig lege-pasientforhold varte i 9,7 år. Etter reformen var gjennomsnittet nesten 7,7 år.² Nedgangen skyldes at det i perioden er blitt opprettet mange nye lege-pasientforhold som trekker ned gjennomsnittet. Reformen har virket for kort tid til at det er meningsfullt å trekke noen konklusjon om virkningen av fastlegeordningen på lengden av legerelasjonen.

I en analyse av fire grupper med kronisk somatisk sykdom eller lettere psykiske plager fant man at den gjennomsnittlige reduksjonen i varigheten av legerelasjonen var noe mindre for disse gruppene enn for dem som ikke har noen kronisk sykdom.³ Dette skyldes at kronikergruppene i større grad enn andre allerede hadde fast lege før reformen. Det var viktigere for dem enn for andre å få beholde den legen de allerede hadde, og analysene viser da også at de oftere fikk beholde sin faste lege.

Nesten 70 % av respondentene mente at det var viktig å få tildelt den legen de hadde ført opp som sitt førstevalg.⁴ Dette var særlig viktig for kvinner, eldre og de som vurderte sin egen helse som dårlig. Over halvparten sa at det viktigste var å få beholde en lege de kjente fra før. Dette gjaldt særlig eldre med dårlig helse. I overkant av 20 % la mer vekt på praktiske hensyn som ventetid og tilgjengelighet. Dette gjaldt særlig yngre i tettbygde strøk. Knappt 20 % la mest vekt på at legen var ansett for å være dyktig.

De som fikk oppfylt førstevalget sitt, kom noe dårligere ut enn resten med hensyn til ventetid på time og tiden legen ga dem i konsultasjonen. Dette skyldes nok at leger som er blitt valgt av mange pasienter, har fulle lister med en overvekt av pasienter med store behov for legetjenester. Disse legene er trolig mer presset på tid enn andre leger.

I en analyse av et utvalg legevalgskjema fant **Iversen** at innbyggere som hadde benyttet anledningen til å oppgi tre alternative legevalg, bodde i de mest sentrale kommunene med høyest stabilitet blant legene.⁶ Her var det også flere leger å velge blant, det var en høyere andel kvinnelige leger, og den gjennomsnittlige listelengden var lengre. Det var større sjanse for at legen ble valgt dersom det var liten aldersforskjell mellom lege og innbygger og dersom de var av samme kjønn. Sjansen for å bli valgt økte dessuten med legens alder og listelengde og dersom legen var spesialist i allmennmedisin. Disse funnene kan tolkes som at innbyggerne har lagt stor vekt på kontinuitet i sitt valg av fastlege.

I en brukerundersøkelse ved ni legekantor i Møre og Romsdal fant **Breidablik** at 73 % hadde fått oppfylt sitt ønske om fastlege.⁸ 15 % hadde ingen spesielle ønsker og 12 % hadde ikke fått oppfylt ønsket sitt. Bare 71 % ville anbefale sin fastlege til andre. Siden denne studien er gjennomført i et avgrenset geografisk område, kan neppe resultatene generaliseres til hele landet.

I en brukerundersøkelse i Nord-Norge og på Østlandet fant **Lian** at fastlegeordningen førte til at 9 % mistet et tidligere stabilt legeforhold som de hadde ønsket å beholde.⁹ Dette tallet stemmer bra med resultatet av legevalget.¹⁰ Det ble da mottatt legeønske fra vel 3,3 millioner innbyggere (74 % av befolkningen). 91,7 % av befolkningen fikk innfridd ett av tre mulige legeønsker. 87,8 % av kvinnene og 86,6 % av mennene fikk innfridd sitt førsteønske. Totalt var det 421 824 innbyggere (12,7 %) som ikke fikk oppfylt sitt første legeønske. Av disse var det 74,6 % som ikke hadde oppgitt noen ansiennitet hos legen. 14,7 % oppga 1 - 4 års ansiennitet, 9,4 % oppga 5 - 14 års ansiennitet, mens 1,2 % oppga å ha brukt legen i femten år eller mer. Ut fra dette er det beregnet at 107 181 personer (3,2 %) ikke fikk beholde den legen de hadde gått til tidligere, men denne beregningen undervurderer nok antallet siden man kun har regnet med den fjerdedelen som oppga ansiennitet hos legen.

Helse- og omsorgsdepartementet har analysert takstbruksundersøkelsen 2002/2003 på bruk av takst 2gd (tillegg ved konsultasjon hos fastlege for fornyet vurdering) og takst 2hd (tillegg ved konsultasjon hos fastlege for pasient som er tilmeldt annen fastlege).¹⁰

Muligheten til ny vurdering benyttes i svært liten grad. Det er beregnet at det i løpet av perioden fra juli 2002 til juni 2003 ble gjennomført drøyt 8 000 slike konsultasjoner. I samme periode ble det krevd refusjon for 343 000 konsultasjoner der fastlegen tok imot pasienter som ikke tilhørte egen liste. Det er her viktig å være klar over at den aktuelle taksten ikke gjelder leger som har kontorfellesskap med innbyggerens lege. Totalt ble det beregnet at det i samme periode ble gjennomført omkring 11 millioner konsultasjoner. Det betyr at omkring 3 % av konsultasjonene hos fastlegene gjelder pasienter som ikke hører til legen eller legesenteret.

Referanser

1. Finnvold JE, Paulsen B. Før innføring av fastlegeordning. Brukervurderinger av allmennlegetjenesten i et veiskille. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning, 2002.
2. Finnvold JE, Svalund J, Paulsen B. Etter innføring av fastlegeordning - brukervurderinger av allmennlegetjenesten. Statistisk sentralbyrå. Rapport 2005/1.
3. Finnvold JE, Svalund J. Kronikere og personer med symptomer på lettere psykiske plager: bruk og vurdering av allmennlegetjenesten før og etter fastlegeordningen. Pasientenes opplevelse av variasjoner i kapasitet og andre legekarakteristika under fastlegeordningen. Rapport 2005.
4. Finnvold JE, Lurås H, Paulsen B. Fastlegeordningen. De fleste fikk den de ville ha. Samfunnsspeilet 2003(5):2-11.
5. Iversen T, Lurås H. Sluttrapport fra Prosjekt 144331/V50: Evaluering av Fastlegereformen. 24.8.2005.
6. Lurås H. Individuals' preferences for GPs. Choice analysis from the establishment of a list system in Norway. Health Economics Research Programme, University of Oslo, Working Paper 5/2003.
7. Lian OS. Pasienterfaringer i primærlegetjenesten før og etter Fastlegereformen. ISM skriftserie nr 70. Universitetet i Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, 2003.
8. Breidablik HJ, Meland E. Pasientenes syn på fastlegeordningen - entusiasme med forbehold. Utposten 2004;33(7):36-8.
9. Lian OS, Wilsgaard T. Pasienterfaringer i primærlegetjenesten før og etter fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(5):655-8.
10. Statusrapport om fastlegeordningen i Norge etter to og et halvt år. Erfaringer fra og med innføringen 1.6.2001 til og med 31.12.2003. Helse- og omsorgsdepartementet, desember 2004.

9.2. Kontinuitet – Omfang

Departementet utarbeidet følgende problemstillinger (nøkkelsspørsmål) for dette evalueringsområdet:

- Hva vet vi om omfanget av allerede etablerte og varige lege-pasientrelasjoner ved reformens ikrafttreden og hvordan utvikler dette seg?
- Økes omfanget av varige lege-pasientrelasjoner for personer med kroniske lidelser etter Fastlegereformens ikrafttredelse?
- Hvor stort er omfanget av legebytter? Er det noen systematiske forskjeller mellom dem som foretar legebytte? Alder, kjønn, diagnose, annet?
- Får bruk av ulike avtaler/avlønninger eller felleslister noen betydning for omfang og varighet av lege-pasientrelasjoner?

Styringsdata fra Rikstrygdeverket viser at ca. 2,5 % av brukerne bytter fastlege hvert kvartal, og dette tallet har vært stabilt siden 2002. Det førte halvåret var byttefrekvensen betydelig høyere (6,3 % per kvartal). Tabell 9.2.1 viser hvilke årsaker som ligger bak bytte av lege. Den første tiden etter reformen var det en klar overvekt av såkalte ordinære bytter, dvs. at brukeren ønsket en annen lege enn den han/hun var tildelt. Senere skyldes like mange bytter at legen avslutter sin praksis. Den tredje viktigste årsaken er at innbyggeren flytter. Legebytter medfører at det hvert kvartal overføres ca 1 000 listepersoner fra mannlige til kvinnelige fastleger.

Tabell 9.2.1. Styringsdata for fastlegeordningen (Rikstrygdeverket). Prosentvis fordeling av ulike årsaker til legebytte per kvartal

	2001		2002				2003				2004				2005	
Kvartal	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
Ordinært legebytte	59	52	41	39	32	38	31	36	29	37	38	35	36	41	38	40
Avsluttet praksis	24	24	39	41	44	34	48	42	46	39	37	42	40	37	41	40
Redusert praksis	3	6	6	4	5	6	5	3	4	3	5	6	4	4	3	2
Barn tilknyttet foresattes lege	3	4	3	3	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2
Innbyggeren flytter	10	14	12	14	17	20	14	17	19	19	17	16	18	16	15	16

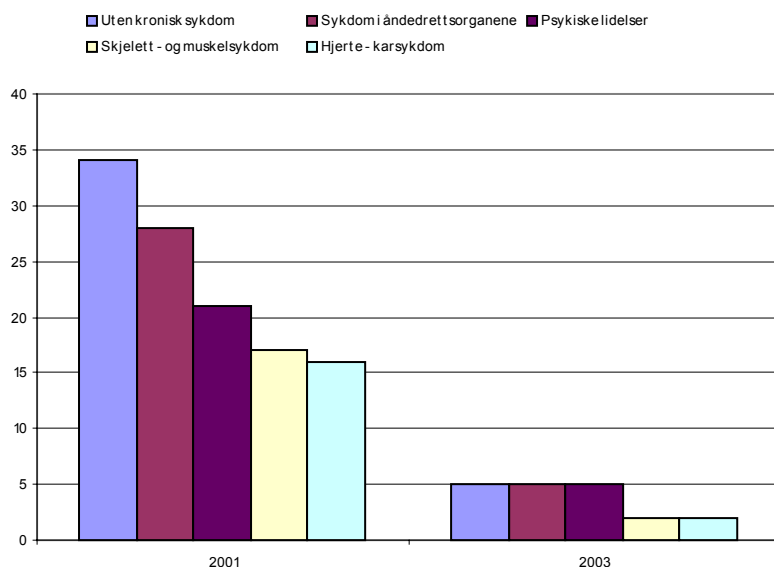
Prosjektnr: 144317/V50 144332/V50 158410/V50	Prosjektledere: Bård Paulsen Jon-Erik Finnvald	Prosjekt: Evaluering av Fastlegereformen med utgangspunkt i SSBs levekårsundersøkelser
--	---	--

Datagrunnlaget bygger i hovedsak på levekårspanelet, som ble etablert 1. halvår 1997. Panelet omfatter et utvalg på ca. 5 000 personer, der de samme personene blir kontaktet år etter år. De som er med blir intervjuet ved besøk, men det blir også gjort telefonintervju. Spørreskjemaet er organisert rundt faste sekvenser av spørsmål om helse, arbeid og bostedsforhold. Første gangen det ble stilt spørsmål om legetjenester, var i 2000. Dette temaet ble fulgt opp i 2001 og 2002. I 2003 var spørsmål om legetjenester et hovedtema. I tillegg til opplysningene som blir gitt gjennom intervjuene, blir informasjon om svarpersonenes bakgrunn gjort tilgjengelig gjennom registerkoblinger. Dette gjelder dels individopplysninger, slik som utdanningslengde og inntekt. Dels gjelder det også ulike egenskaper ved svarpersonenes bostedskommune, herunder trekk ved det lokale legetilbudet. Disse opplysningene er hentet fra oversikten til Statistisk sentralbyrå over personell og virksomhet i kommunehelsetjenesten. Svarprosenten for levekårspanelet er normalt på omtrent 70 %.¹⁻³

Før innføringen av fastlegeordningen oppgav 67 % at de hadde en fast allmennlege (evt. bedriftslege eller skolelege). 5 % hadde fast legespesialist (i sykehus eller privatpraktiserende), noen i kombinasjon med en fast allmennlege. 28 % hadde ikke fast lege. Nesten en av ti ønsket ikke fast lege. Dette betyr at 19 % var i den situasjonen at de manglet fast lege uten selv å ønske det.

Det er også gjort en nærmere analyse av fire grupper med kronisk somatisk sykdom eller lettere psykiske plager. De somatiske diagnosene er basert på åpne spørsmål om varige helseproblemer. Svarene er senere kodet etter ICD-9. Et eget spørreskjema ble brukt til å identifisere 10 % som hadde symptomer på "lettere psykiske lidelser".

Det var færre blant disse som manglet fast lege før reformen. Likevel er det også for disse gruppene en klar reduksjon i andelen som nå er uten fast lege (figur 9.2.1).



Figur 9.2.1. Andel som var uten fast lege. Etter sykdomsgruppe. 2001 og 2003. Prosent.

Utvalget ble både før og etter reformen spurt om de hadde byttet fast lege i løpet av det siste året. I 2001 var det bare 3 % som hadde byttet fast lege. I 2003 var det over 6 % som hadde byttet fast lege i løpet av det siste året. De som hadde byttet fast lege fikk spørsmål om hvorfor dette hadde skjedd. Relativt få svarte at årsaken var misnøye med telefontilgjengelighet, ventetider eller andre aspekter ved legerelasjonen. Den mest vanlige grunnen var at den tidligere legen hadde sluttet.

Tabell 9.2.2. Respons på spørsmålet "Hva var årsaken til legebyttet?" Prosent (N = 192)

Svarpersonen flyttet	27
Telefontilgjengeligheten hos tidligere lege var for dårlig	1
Tidligere lege hadde for lange ventetider ved timebestilling	3
Misfornøyd med behandlingen	10
Tidligere lege sluttet, flyttet, eller ønsket å redusere sin praksis	41
Andre grunner	18
I alt	100

Økningen i det en kan kalle ufrivillig bytte av fast lege er ikke uventet, siden forbedringen av kontinuitet i form av å ha en fast lege først og fremst er skjedd i regioner og grupper i befolkningen som tidligere hadde mindre stabile legerelasjoner. Før en analysen videre og leter etter kjennetegn ved dem som har byttet fast lege, finner en ikke uventet at dette er blitt mer vanlig blant bosatte i kommuner som baserer legetilbudet på turnusleger og leger med fast lønn. En slik sammenheng kunne ikke observeres før reformen. Det betyr ikke at legetilbudet i disse kommunene er blitt mer ustabil. Selv om fastlegeordningen har ført til at langt flere i slike kommuner har fått en fast lege, vil de samtidig oppleve flere ufrivillige bytter av fast lege enn andre. I alt 11 % av dem som bodde i kommuner med ustabil legetilbud, hadde byttet fast lege i løpet av det siste året.

Prosjektnr: 144331/V50 158361/V50	Prosjektleder: Tor Iversen	Prosjekt: Evaluerings av Fastlegereformen
--	--------------------------------------	---

Denne studien er en utvidet analyse av legebytter basert på styringsdata fra Rikstrygdeverket. Legebyttene analyseres i forhold til kjennetegn ved fastlegen, listen og praksiskommunen. På grunn av forsinkelser i dataleveransen har ikke dette prosjektet blitt fullført innen tidsfristen, og analysene er derfor foreløpige.^{4 5}

Datasettet inkluderer bare fastleger som deltok i ordningen ved oppstart i juni 2001. Når tabell 9.2.3 viser at det i 2003 og 2004 var en netto årlig avgang på omtrent 20 personer fra en gjennomsnittsliste, er dette personer som har registrert seg på liste hos nyetablerte fastleger som ikke inngår i datasettet.

Hvert tredje bytte er klassifisert som ordinært legebytte, sannsynligvis en indikator på hvor fornøyd folk er med sin fastlege. Årlig bytter 2 - 3 % av personene på en fastleges liste lege av denne grunn. Tabellen viser at antall ordinære legebytter er høyere hvis fastlegen ikke er spesialist i allmennmedisin, ikke er norsk statsborger, er mann, mangler pasienter, har lang liste, deltok i fastlegeforsøket eller arbeider i en sentral kommune. Forskjellene viste seg også signifikante i en lineær regresjonsanalyse (år 2004), men da hadde kvinnelige fastleger flere ordinære legebytter enn sine mannlige kolleger.

Det er imidlertid viktig å presisere at antallet legebytter per liste kan være en noe misvisende størrelse. Fordi listelengden varierer mellom ulike grupper av leger vil det ikke nødvendigvis være slik at antallet legebytter *per person* på fastlegens liste varierer på tilsvarende måte.

Tabell 9.2.3. Antall ordinære legebytter per liste per år i forhold til kjennetegn ved legen, listen og praksiskommunen. I parentes netto tilgang (+) eller avgang (-)

	2001	2002	2003	2004
Spesialist i allmennmedisin	50 (+ 37)	31 (+ 3)	29 (- 13)	31 (- 20)
Ikke spesialist i allmennmedisin	65 (+ 7)	36 (+ 17)	35 (- 29)	37 (- 26)
Mannlig fastlege	59 (+ 14)	34 (+ 5)	32 (- 25)	34 (- 23)
Kvinnelig fastlege	52 (+ 47)	32 (+ 20)	31 (- 25)	33 (- 17)
Norsk fastlege	54 (+ 30)	32 (+ 8)	30 (- 14)	32 (- 19)
Ikke norsk fastlege	78 (- 21)	42 (+ 16)	41 (- 65)	43 (- 48)
Mangler pasienter (listelengde minst 100 kortere enn listetaket)	87 (- 50)	50 (+ 14)	30 (+ 21)	49 (+ 4)
Mangler ikke pasienter	52 (+ 37)	30 (+ 9)	29 (- 29)	30 (- 28)
Listelengde < 1 000	43 (+ 24)	27 (+ 10)	25 (- 28)	24 (- 40)
Listelengde 1 000 - 1 500	61 (+ 25)	36 (+ 12)	33 (- 18)	34 (- 19)
Listelengde 1 500 - 2 000	65 (+ 28)	38 (+ 4)	38 (- 10)	42 (- 8)
Listelengde > 2 000	98 (- 26)	41 (- 11)	40 (- 45)	50 (- 13)
Deltok i fastlegeforsøket	72 (- 9)	38 (- 4)	32 (- 20)	53 (- 62)
Deltok ikke i fastlegeforsøket	56 (+ 25)	33 (+ 10)	32 (- 20)	33 (- 19)
Kommune med sentralitet 1 (minst sentral)	30 (+ 7)	15 (- 14)	18 (- 50)	17 (- 56)
Kommune med sentralitet 2	39 (+ 6)	23 (- 31)	24 (- 52)	29 (- 69)
Kommune med sentralitet 3	53 (+ 24)	21 (+ 16)	23 (- 10)	25 (- 20)
Kommune med sentralitet 4	39 (- 2)	16 (- 4)	17 (- 22)	19 (- 8)
Kommune med sentralitet 5	54 (+ 14)	25 (- 1)	23 (- 2)	29 (- 16)
Kommune med sentralitet 6	76 (+ 24)	35 (+ 12)	30 (- 22)	27 (- 26)
Kommune med sentralitet 7	59 (+ 30)	41 (+ 16)	38 (- 14)	41 (-14)
Totalt	57 (+23)	34 (+9)	32 (-20)	33 (-22)

Prosjektnr:	Prosjektleder:	Prosjekt:
151318/330	Olaug Synnøve Lian	Pasienterfaringer i allmennlegetjenesten før og etter fastlegeordningen

Dette er en postsendt spørreskjemaundersøkelse blant et tilfeldig utvalg av innbyggerne i Nord-Norge og på Østlandet. I analysene inngikk totalt 1 133 skjemaer fra 2000 og 1 141 fra 2003 (58 % av utvalget). Det er ikke de samme personene som er spurt begge ganger, men utvalgene var ellers like. Man ønsket å sammenligne befolkningens opplevelser av kvalitet og tilgjengelighet i primærlegetjenesten før og etter Fastlegereformen. Omtrent halvparten av spørsmålene skulle bare besvares av dem som hadde vært til primærlege siste år.⁶

I 2000 hadde 58 % vært hos samme lege flere ganger tidligere, i 2003 var dette tallet steget til 69 %. Denne økningen skjedde nesten utelukkende i småkommunene, hvor utgangspunktet var dårligst. I 2000 hadde 43 % av respondentene i småkommunene vært til samme lege flere ganger tidligere, i 2003 var tilsvarende tall 63 %. I de største kommunene økte andelen fra 69 % til 70 %. Forskjellen mellom kommunegruppene ble altså redusert.

Andelen av dem som aldri hadde vært hos samme lege tidligere sank fra 25 % til 15 %. I 2000 betraktet 62 % denne legen som sin faste lege, i 2003 var dette tallet steget til 80 %.

18 % hadde byttet fastlege etter at ordningen ble innført (kartleggingen ble gjort i april/mai 2003). Den vanligste grunnen til bytte var egen eller legens flytting (63 %), en mindre gruppe byttet fordi de var misfornøyd med legen (23 %) eller med tilgjengeligheten (8 %). I tillegg var det 17 % som hadde ønsket å bytte lege men ikke gjort det. Den vanligste grunnen til dette var at de gikk så sjelden til lege at de ikke hadde tatt seg bryet

Tabell 9.2.4. Grunner til at man ikke bytter lege selv om man egentlig ønsker å bytte. (2003-data, N = 1 141)

	Antall svar	Prosent
Ikke ledig plass på listen til den legen jeg ønsket meg	45	24 %
Ingen annen lege å velge i rimelig geografisk nærhet	35	18 %
Lang sykehistorie gjør det krevende å etablere noe nytt	27	14 %
Jeg går så sjelden til lege	97	51 %
Jeg vet ikke hvordan jeg skal gå frem for å bytte	16	8 %
Jeg vet for lite om andre leger	48	25 %
Jeg var redd for å fornærme legen	10	5 %
Annen grunn	32	17 %

Prosjektnr:	Prosjektleder:	Prosjekt:
158405/V50	Unn Doris Bæck	Legedekning og stillingsstabilitet som utfordringer for fastlegeordningen

Formålet med denne undersøkelsen var å undersøke befolkningens fornøydhet med fastlegeordningen. Spørreskjemaet ble sendt til to tilfeldige utvalg fra Folkeregisteret, 1 000 personer i Finnmark og 1 000 personer i Nord-Trøndelag. Man fikk svar fra 56 % i Nord-Trøndelag og 49 % i Finnmark. Det var flere kvinner enn menn som svarte, og de yngste aldersgruppene er underrepresentert. Det var også en underrepresentasjon av respondenter med videregående skole som høyest fullførte utdanning.⁷

Kommunene ble klassifisert som stabile eller ustabile på bakgrunn av styringsdata fra RTV. Man registrerte andel innbyggere på lister uten lege, andel fastlegeavtaler (eksklusive lister uten lege) som er betjent av vikarer og andelen ufrivillige legebytter. Dersom minst to av disse andelen lå over landsgjennomsnittet, ble kommunen klassifisert som ustabil. På grunn av manglende styringsdata ble fire kommuner skjønsmessig klassifisert som ustabile. Dette resulterte i at 9 kommuner i Finnmark og 10 i Nord-Trøndelag ble klassifisert som ustabile.

Befolkningen i kommuner med lav stillingsstabilitet er i større grad enn befolkningen i andre kommuner utsatt for stadige ufrivillige legebytter. De som hadde byttet fastlege en eller flere ganger ble derfor bedt om å svare på en del spørsmål som handler om hvordan det oppleves å bytte fastlege og hvorfor de byttet fastlege. Dette gjaldt både frivillige og ufrivillige bytter.

Omtrent en tredel syntes det var helt uproblematisk å bytte fastlege, og 10 % syntes det var greit å slippe å ha den samme fastlegen hele tiden. Nesten halvparten var helt eller ganske enige i en påstand om at det er slitsomt å

sette en ny fastlege inn i ens sykdomshistorie, og 30 % var helt eller ganske enig i at det er vanskelig å bli kjent med nye fastleger. Regresjonsanalyser viste at i Finnmark opplevde folk i områder med lav stillingsstabilitet det som mer problematisk og en større belastning å bytte fastlege enn folk i kommuner med høy stillingsstabilitet.

De som byttet fastlege av egen fri vilje (enten fordi de selv flyttet eller fordi de selv valgte å bytte fastlege) opplevde selve byttet som mindre problematisk og en mindre belastning enn de som måtte bytte fordi fastlegen sluttet eller at de ble overført til en annen liste. De som selv valgte å bytte fastlege ble også spurt om hvor viktig ulike ting var for at de byttet. Det var ikke signifikant forskjell mellom fylkene med hensyn til hvordan folk har svart. Av de alternativene som ble listet opp var misnøye med den faglige kvaliteten og misnøye med fastlegens måte å møte dem som menneske de viktigste årsakene til at folk valgte å bytte.

Tabell 9.2.5. Hvor viktig var ulike ting for at du byttet lege? Prosent

	Ikke viktig	Lite viktig	Verken viktig eller uviktig	Ganske viktig	Svært viktig	N
Jeg var misfornøyd med den faglige kvaliteten	17	5	24	23	32	102
Jeg var misfornøyd med fastlegens måte å møte meg på som menneske	14	6	25	18	37	98
Jeg var misfornøyd med ventetiden	21	10	30	16	23	100
Jeg var misfornøyd med fastlegens tilgjengelighet på telefon	22	10	29	20	18	98
Språkproblemer i kommunikasjonen med fastlegen	40	9	24	11	16	97
Min fastlege var lite til stede ved fastlegekontoret	25	9	25	14	28	98
Annen grunn	17	3	25	11	44	75

Prosjektnr: 144334/V50 **Prosjektleder:** Hans-Johan Breidablik **Prosjekt:** Pasientenes syn på fastlegeordningen – entusiasme med forbehold

Dette er en spørreundersøkelse utført ved ni legekantor i Møre og Romsdal høsten 2003. Materialet er fra 995 pasienter som utgjorde 63 % av samlet pasientmasse i praksisene de aktuelle undersøkelsesdagene. Man kartla synspunkter og tilfredshet med ulike aspekter av fastlegeordningen.⁸

En stor andel hadde skiftet fastlege siden ordningen begynte, men bare en mindre del av disse på grunn av et aktivt ønske om ny lege.

Tabell 9.2.6. Andel som har skiftet fastlege, og grunner for dette, prosent (95 % konfidensintervall)

		Andeler i %
Skiftet fastlege?		28 (24 - 30)
Grunn for fastlegeskifte	Legen har sluttet	10 (8 - 12)
	Ønsket annen lege	6 (5 - 8)
	Har flyttet selv	5 (4 - 6)
	Annen årsak	5 (3 - 6)

9.2.1. Oppsummering

Styringsdata fra **Rikstrygdeverket** viser at det er ca 2,5 % av brukerne som bytter fastlege hvert kvartal. Den første tiden etter reformen var byttefrekvensen høyere, og det var da en klar overvekt av bytter fordi brukeren ønsket en annen lege enn den han/hun var tildelt. Senere skyldes like mange bytter at legen avslutter sin praksis. Den tredje viktigste årsaken er at innbyggeren flytter. Legebytter medfører at det hvert kvartal overføres ca 1 000 listepersoner fra mannlige til kvinnelige fastleger.

Iversen har analysert disse dataene i forhold til kjennetegn ved fastlegen, listen og praksiskommunen.⁵ Særlig interessant er det å analysere ordinære legebytter, som sannsynligvis er en indikator på hvor fornøyd folk er med sin fastlege. Årlig bytter 2 - 3 % av personene på en fastleges liste lege av denne grunn. Dette er noe mer enn hva som tidligere er rapportert fra England (1,6 %) og Danmark (omtrent 1 %).^{9 10}

Man fant at antall ordinære legebytter er høyere hvis fastlegen ikke er spesialist i allmenntillegisin, ikke er norsk statsborger, er mann, mangler pasienter, har lang liste, deltok i fastlegeforsøket eller arbeider i en sentral kommune. Forskjellene viste seg også signifikante i en lineær regresjonsanalyse (år 2004), men da hadde kvinnelige fastleger flere ordinære legebytter enn sine mannlige kolleger.

Det er imidlertid viktig å presisere at antallet legebytter per liste kan være en noe misvisende størrelse. Fordi listelengden varierer mellom ulike grupper av leger vil det ikke nødvendigvis være slik at antallet legebytter *per person* på fastlegens liste varierer på tilsvarende måte.

Før Fastlegereformen hadde 67 % av befolkningen en fast allmennlege, 5 % hadde fast legespesialist, og 28 % hadde ikke fast lege (**Paulsen og Finnvold**, SSBs levekårspanel).¹ Nesten en av ti ønsket ikke fast lege. Det betyr at det i alt var 19 % som manglet fast lege uten selv å ønske det.

I en analyse av fire grupper med kronisk somatisk sykdom eller lettere psykiske plager fant man at det var færre blant disse som manglet fast lege før reformen. Likevel var det også for disse gruppene en klar reduksjon i andelen som nå er uten fast lege.³

I 2001 var det 3 % som hadde byttet fast lege, i 2003 økte dette til over 6 %.² Denne økningen er ikke uttrykk for at legetilbudet er blitt mer ustabil, men skyldes at det er opprettet særlig mange nye faste lege-pasientforhold i regioner og grupper som tidligere hadde mindre stabile lege-pasientrelasjoner. Det var således 11 % av dem som bodde i kommuner med ustabil legetilbud som hadde byttet lege i løpet av det siste året.

Den vanligste grunnen til bytte av lege var at legen hadde sluttet, flyttet eller reduserte listen sin (41 %) eller at svarpersonen selv hadde flyttet (27 %). 10 % byttet på grunn av misnøye med behandlingen, 3 % på grunn av lang ventetid og 1 % på grunn av dårlig telefontilgjengelighet.

I en brukerundersøkelse i Nord-Norge og på Østlandet fant **Lian** at 58 % hadde vært hos samme lege flere ganger tidligere i 2000, økende til 69 % i 2003.^{6 11} Økningen skjedde nesten utelukkende i småkommunene (fra 43 % til 63 %), mens det var relativt stabilt i de største kommunene (69 % og 70 %). Forskjellen mellom kommunegruppene ble altså redusert. Andelen som aldri hadde vært hos samme lege tidligere, sank fra 25 % til 15 %, og andelen som betraktet legen som sin faste lege økte fra 62 % til 80 %.

18 % hadde byttet fastlege to år etter at ordningen ble innført. Den vanligste grunnen til bytte var at legen eller svarpersonen selv hadde flyttet (63 %), 23 % var misfornøyd med legen og 8 % med tilgjengeligheten. I tillegg var det 17 % av respondentene som hadde ønsket å bytte lege uten å gjøre det. Over halvparten av disse sa at de gikk så sjelden til lege at de ikke hadde tatt seg bryet. Andre grunner var at de visste for lite om andre leger (25 %), at det ikke var ledig plass på listen til den legen de ønsket seg (24 %) eller at det ikke var annen lege å velge i rimelig geografisk nærhet (18 %). 8 % visste ikke hvordan de skulle gå frem for å bytte og 5 % var redd for å fornærme legen. Dessuten var det 14 % som hadde en så lang og komplisert sykehistorie at det ville være krevende å etablere et nytt lege-pasientforhold.

Bæck gjennomførte en spørreskjemaundersøkelse blant brukere i Nord-Trøndelag og Finnmark.⁷ De som hadde byttet fastlege en eller flere ganger ble bedt om å svare på en del spørsmål om hvordan det oppleves å bytte fastlege og hvorfor de byttet fastlege. Dette gjaldt både frivillige og ufrivillige bytter.

Omtrent en tredel syntes det var helt uproblematisk å bytte fastlege, og 10 % syntes det var greit å slippe å ha den samme fastlegen hele tiden. Nesten halvparten var helt eller ganske enige i en påstand om at det er slitsomt å sette en ny fastlege inn i ens sykdomshistorie, og 30 % var helt eller ganske enig i at det er vanskelig å bli kjent med nye fastleger. Regresjonsanalyser viste at i Finnmark opplevde folk i områder med lav stillingsstabilitet det som mer problematisk og en større belastning å bytte fastlege enn folk i kommuner med høy stillingsstabilitet.

De som byttet fastlege av egen fri vilje opplevde selve byttet som mindre problematisk og en mindre belastning enn de som måtte bytte fordi fastlegen sluttet eller fordi de ble overført til en annen liste. Viktige grunner for dem som selv valgte å bytte, var misnøye med den faglige kvaliteten og misnøye med fastlegens måte å møte dem som menneske.

I en brukerundersøkelse ved ni legekantor i Møre og Romsdal fant **Breidablik** at 28 % hadde byttet fastlege frem til høsten 2003.⁸ 10 % byttet fordi legen hadde sluttet, 5 % fordi de selv hadde flyttet, 6 % hadde et aktivt ønske om ny lege, og 5 % oppga andre årsaker.

Referanser

1. Finnvold JE, Paulsen B. Før innføring av fastlegeordning. Brukervurderinger av allmennlegetjenesten i et veiskille. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning, 2002.
2. Finnvold JE, Svalund J, Paulsen B. Etter innføring av fastlegeordning - brukervurderinger av allmennlegetjenesten. Statistisk sentralbyrå. Rapport 2005/1.
3. Finnvold JE, Svalund J. Kronikere og personer med symptomer på lettere psykiske plager: bruk og vurdering av allmennlegetjenesten før og etter fastlegeordningen. Pasientenes opplevelse av variasjoner i kapasitet og andre legekarakteristika under fastlegeordningen. Rapport 2005.
4. Iversen T, Lurås H. Sluttrapport fra Prosjekt 144331/V50: Evaluering av Fastlegereformen. 24.8.2005.
5. Lurås H. Utvikling i antallet legebytter på fastlegenes lister fra 2002 til 2004. Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo, Arbeidsnotat 1/2005.
6. Lian OS. Pasienterfaringer i primærlegetjenesten før og etter Fastlegereformen. ISM skriftserie nr 70. Universitetet i Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, 2003.
7. Abelsen B, Karlsen Bæck DU, Kramvig B, Moilanen M. Lav stillingsstabilitet som utfordring for fastlegeordningen i Finnmark og Nord-Trøndelag. NORUT Samfunnsforskning AS, Rapport nr 06/05.
8. Breidablik HJ, Meland E. Pasientenes syn på fastlegeordningen - entusiasme med forbehold. Utposten 2004;33(7):36-8.
9. Thomas K, Nicholl J, Coleman P. Assessing the outcome of making it easier for patients to change general practitioner: practice characteristics associated with patient movements. Br J Gen Pract 1995;45:581-6.
10. Bjerrum L, Sørensen AS. Hvorfor skifter pasienter læge? Ugeskr Læger 1992;154(50):3587-9.
11. Lian OS, Wilsgaard T. Pasienterfaringer i primærlegetjenesten før og etter fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(5):655-8.

9.3. Kontinuitet – Innhold

Departementet utarbeidet følgende problemstillinger (nøkkel spørsmål) for dette evalueringsområdet:

- Benytter brukerne sin fastlege ved behov for allmennlegetjenester, eller velger man lege avhengig av hva som er henvendelsesårsak? Endres terskelen for bruk av legevakt for dem som har en fastlege?
- Hva betyr kontinuitet i lege-pasientrelasjonen for henholdsvis lege og pasient? Er man tilfreds med å ha en fast lege over tid? Vurderes dette forskjellig ut fra alder, kjønn, lidelse/problem?
- Hva betyr kontinuitet for møtet mellom lege og pasient i konsultasjonssituasjonen?
- Hvordan påvirker kontinuitet i lege-pasientforholdet legesøkningsatferden?
- Er det noen sammenheng mellom konsultasjonstyper, lengde, hyppighet sett i forhold til hvor lenge det har eksistert "et forpliktende forhold" mellom lege og pasient?

Prosjektnr: 144311/330
Prosjektleder: Rune Sørensen
Prosjekt: 158403/V50
Forskningsbasert evaluering av fastlegeordningen

Analysene bygger på to spørreskjemaundersøkelser blant allmennleger, i 1998 og 2002. 1 639 besvarte spørreskjemaet i 1998 (svarprosent 66), 2 306 i 2002 (svarprosent 70). Mange av spørsmålene gikk igjen i begge spørreundersøkelsene, men i tillegg inneholdt undersøkelsen i 2002 en bolk om allmennlegenes situasjon etter Fastlegereformen.^{1 2}

Halvparten av legene mente at listesystemet verken gav bedre innsikt i pasientenes medisinske behov eller at den medisinske behandlingen ble mer effektiv. 43 % mente at de hadde fått bedre innsikt i behovene til kronisk syke pasienter. Det var imidlertid en klar tendens til at leger som hadde få faste pasienter før reformen, fikk bedre innsikt i pasientenes medisinske behov og syntes at behandlingen ble mer effektiv ved innføring av listesystemet (tabell 9.3.1). Resultatene tyder på at det er små endringer for pasienter med stort behov og som hadde fast lege før reformen.

Tabell 9.3.1. Fastlegenes vurdering av kvalitet og effektivitet. Andel leger i prosent

		Andel av listen som var faste pasienter før fastlegeordningen			
	Alle leger	< 50 %	50 - 74 %	75 - 89 %	≥ 90 %
Ikke-kronisk syke listepasienter					
Jeg har fått bedre innsikt i pasientenes medisinske behov og den medisinske behandlingen blir mer effektiv	34	60	38	32	23
Jeg har fått bedre innsikt i pasientens medisinske behov, men den medisinske behandlingen blir ikke mer effektiv	14	18	16	16	11
Jeg har ikke fått bedre innsikt i pasientens medisinske behov og den medisinske behandlingen blir ikke mer effektiv	52	22	46	52	66
I alt	100	100	100	100	100
Kronisk syke listepasienter					
Jeg har fått bedre innsikt i pasientenes medisinske behov og den medisinske behandlingen blir mer effektiv	43	71	53	41	29
Jeg har fått bedre innsikt i pasientens medisinske behov, men den medisinske behandlingen blir ikke mer effektiv	12	16	12	14	10
Jeg har ikke fått bedre innsikt i pasientens medisinske behov og den medisinske behandlingen blir ikke mer effektiv	45	13	35	45	61
I alt	100	100	100	100	100

Prosjektnr: 144317/V50 144332/V50 158410/V50	Prosjektledere: Bård Paulsen Jon-Erik Finnvoild	Prosjekt: Evaluering av Fastlegereformen med utgangspunkt i SSBs leveårsundersøkelser
--	--	---

Datagrunnlaget bygger i hovedsak på leveårspanelet, som ble etablert 1. halvår 1997. Panelet omfatter et utvalg på ca. 5 000 personer, der de samme personene blir kontaktet år etter år. De som er med blir intervjuet ved besøk, men det blir også gjort telefonintervju. Spørreskjemaet er organisert rundt faste sekvenser av spørsmål om helse, arbeid og bostedsforhold. Første gangen det ble stilt spørsmål om legetjenester, var i 2000. Dette temaet ble fulgt opp i 2001 og 2002. I 2003 var spørsmål om legetjenester et hovedtema. I tillegg til opplysningene som blir gitt gjennom intervjuene, blir informasjon om svarpersonenes bakgrunn gjort tilgjengelig gjennom registerkoblinger. Dette gjelder dels individopplysninger, slik som utdanningslengde og inntekt. Dels gjelder det også ulike egenskaper ved svarpersonenes bostedskommune, herunder trekk ved det lokale legetilbudet. Disse opplysningene er hentet fra oversikten til Statistisk sentralbyrå over personell og virksomhet i kommunehelsetjenesten. Svarprosenten for leveårspanelet er normalt på omtrent 70 %.³⁻⁵

De som hadde hatt kontakt med allmennlege siste år på grunn av egen sykdom ble spurt om hvor mange ulike leger de hadde hatt kontakt med. Det ble presisert at kontakter med legevakt ikke skulle regnes med. Dette betyr at omtrent halvparten av dem som ble intervjuet fikk dette spørsmålet. Fordelingen er nøyaktig den same før og etter innføring av fastlegeordningen. 66 % hadde brukt bare en lege, 24 % to leger og 10 % tre eller flere leger.

Svarpersoner som hadde brukt flere ulike leger ble spurt om hva som var bakgrunnen for dette. Resultatene viser at det i liten grad er doktorshopping som ligger bak. Relativt få rapporterte misnøye eller ønske om å få ny vurdering fra en annen lege som grunnen til at de hadde brukt flere leger. De mest vanlige årsakene til at folk hadde hatt kontakt med flere ulike leger var at den faste legen hadde sluttet, var på ferie, eller at de hadde fått en annen lege på legesenteret.

Tabell 9.3.2. Respons på spørsmålet "Vi er interessert i å høre hvorfor du har hatt kontakt med flere allmennleger i løpet av de siste 12 måneder? Var det fordi"

	2000	2003
	Prosent (N = 217)	Prosent (N = 332)
..din faste lege sluttet?	12	11
..din faste lege var på ferie, syk eller midlertidig fraværende?	41	39
..du ikke var tilfreds med din faste lege?	6	7
..du ønsket en ny vurdering av sykdommen din?	7	7
..du fikk en annen lege ved legesenteret der din faste lege arbeider?	38	33
Var det en annen grunn?	32	36

I en multivariatanalyse så man nærmere på hva som kjennetegner de pasientene som har brukt 2 eller flere ulike allmennleger. Denne analysen viser at dette særlig er unge mennesker og innbyggere i kommuner med ustabilt legetilbud. Dessuten er det en gruppe som har et ønske om å bruke flere leger. Denne siste gruppen utgjorde 9 % i 2001 og 11 % i 2003 (endringen er ikke statistisk signifikant).

Det er altså en av ti personer som ikke ønsker den stabiliteten som fastlegeordningen representerer. Denne gruppen er også studert nærmere, og både i 2001 og 2003 domineres den av yngre menn. I 2001 var det en tendens til at svarpersoner som opplevde sin egen helse som relativt svak ønsket mer stabilitet i legerelasjonen, dette var omvendt i 2003. I 2003 var det utdanningslengde som var den viktigste bakgrunnen for å uttrykke en preferanse for å bruke flere ulike allmennleger. Det ser altså ut til at gruppen som ønsker å bruke flere ulike allmennleger har endret sammensetning i perioden. I alt var det bare 3 prosent av utvalget som både i 2001 og 2003 svarte at de ønsket å bruke flere ulike allmennleger.

I 2001 sa 40 % av dem som hadde vært i kontakt med allmennlegetjenesten at de hadde blitt henvist til spesialist i løpet av det siste året. De som hadde fast lege, ble henvist oftere, uavhengig av egenvurdert helse og alder. Varigheten av det faste lege-pasientforholdet spilte ingen rolle.

Det er også gjort en nærmere analyse av fire grupper med kronisk somatisk sykdom eller lettere psykiske plager. De somatiske diagnosene er basert på åpne spørsmål om varige helseproblemer. Svarene er senere kodet etter

ICD-9. Et eget spørreskjema ble brukt til å identifisere 10 % som hadde symptomer på "lettere psykiske lidelser".

Svarpersoner med hyppige symptomer på psykiske lidelser utmerker seg med en økning i andelen som sier at de ønsker å bruke flere ulike allmennleger. Forskjellen er imidlertid ikke statistisk signifikant. Også mennesker med muskel- og skjelettsykdom oppgir oftere etter reformen at de foretrekker å bruke flere allmennleger. Denne økningen er statistisk signifikant. Mindre fleksibilitet synes ikke å ha blitt et problem for dem som har hjerte- og karsykdom eller sykdom i åndedretsorganene. Tabell 9.3.3 viser ellers at flere personer med symptomer på psykiske lidelser foretrekker å bruke flere allmennleger i 2003, sammenlignet med personer med hjerte- og karsykdommer.

Tabell 9.3.3. Andel som foretrekker å bruke flere allmennleger. Etter sykdomsgruppe. 2001 og 2003.

	2001		2003	
	Prosent	N	Prosent	N
Muskel- og skjelettsykdom	7	553	11	559
Hjerte- og karsykdom	7	327	8	327
Sykdom i åndedretsorganene	9	388	11	393
Psykiske lidelser	11	253	16	256
Uten kronisk sykdom	11	1 382	12	1 403

Fastlegeordningen kan sies å ha spesiell betydning for kronikerne på den måten at de uttrykker et sterkere behov for å knytte seg til en bestemt lege. Det var også flere kronikere som fikk tildelt den legen de helst ville ha. Ettersom kronikere oftere enn andre hadde en fast lege før innføringen av fastlegeordningen, kan man si at ordningen innebar en mindre overgang for denne gruppen enn for personer uten kronisk sykdom.

Prosjektnr: 144337/330	Prosjektleder: Ole Frithjof Norheim	Prosjekt: Legens doble rolle som advokat og portvakt i fastlegeordningen
----------------------------------	---	--

Studien bygger på data fra 11 fokusgruppeintervjuer med et utvalg videre- og etterutdanningsgrupper for allmennleger og samfunnsmedisinere i Hordaland og Oslo. Dette omfatter 81 informanter (hvorav 77 fastleger) som ble intervjuet våren 2002. Studien bygger på en kombinasjon av kvalitative og kvantitative data. Hoveddelen av materialet stammer fra fokusgruppeintervjuene, men det ble også delt ut et kort spørreskjema til alle deltakerne.⁶

Informantene var spesielt opptatte av at fastlegeordningen innebærer en endret ansvarsstruktur. Ansvaret oppleves større men samtidig tydeligere og klarere avgrenset. Om en opplever dette som positivt eller negativt, varierer i stor grad. 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 fastlegeordningen 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 én 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.

Ettersom fastlegen nå i større 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.

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

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

"Før var det en del av de som lå og fløt, som du håpet på at det var noen andre som tok ansvar for, og tok tak i problemet. Men nå står det ditt navn i journalen, slik at det er du som må ta ansvaret, og ikke la det flyte, og håpe på at – gir dem sykmelding i fire dager, så kommer de til en annen, og så håper jeg at han tar tak i denne vonde ryggen, sant? Det er du som har ansvaret og skal følge opp og stramme inn og ikke la det flyte lenger."

Legene hevdet at det mer omfattende ansvaret fikk dem til å arbeide etter mer langsiktige og forebyggende strategier i 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.

Prosjektnr: 152217/330	Prosjektleder: Rannveig Dahle	Prosjekt: Pasienter som trenger å gå ofte til lege
----------------------------------	---	--

Dette er en kvalitativ studie, basert på 20 individuelle intervjuer og tre fokusgrupper. Informantene, som alle er bosatt i Oslo-området, er 24 kvinner og åtte menn med følgende diagnosegrupper: fibromyalgi, astma og allergi, hjerte- og lungesyke. For å sikre pasientenes uavhengighet valgte man bevisst å ikke rekruttere dem via fastlegene deres, men brukte pasientorganisasjoner og media.⁷

I fokusgruppeintervjuene kom det frem en viss skepsis mot helsepolitiske reformer generelt, også mot Fastlegereformen. Fastlegereformen har verken skapt entusiasme eller satt sinnene i kok. På spørsmålet om de var fornøyde, svarte de fleste litt nølende enten ja eller nei. Men ofte virket det som om konklusjonen like gjerne kunne ha vært den motsatte. De fleste sa at for dem er det greit med en fastlegeordning, men at reformen verken har hatt eller kommer til å få særlig store konsekvenser for dem selv. Mange hadde hatt fast lege forut for reformen. Noen fikk ikke denne som sin fastlege, men selv om de mislikte det, hadde det ikke vært noe problem.

Selv om informantene mente at det er godt å ha en fast lege når en har en komplisert sykdomshistorie, satt forskerne igjen med et inntrykk av at det for mange ikke var så viktig at legen kjente dem.

Selv om informantene i hovedsak var fornøyde med fastlegeordningen, var det mange av dem som gikk utenom ordningen når de mente at de hadde behov for det. De opprettholdt gamle og opprettet nye relasjoner til andre leger enn sin fastlege. Dette kunne være bruk av private legetjenester, spesialisttjenester (uten henvisning) og andre allmennleger. De valgte ofte andre løsninger når de var misfornøyde med fastlegens tilgjengelighet eller kompetanse. En annen grunn kunne være at det ikke var alt en klarte å prate med fastlegen om. For noen var dette også en måte å unngå et konfliktfylt legebytte på. Å bruke andre leger enn fastlegen uten dennes vitende kunne imidlertid senere medføre visse problemer fordi fastlegen da ville mangle deler av sykehistorien. Ingen av informantene hadde benyttet seg av muligheten til ny vurdering hos annen allmennlege enn fastlegen.

Mange av fibromyalgipasientene hadde gått fra lege til lege i perioder, inntil de fant en som de følte forstod deres situasjon. Også astmatikere og allergikere hadde ofte byttet lege før de fant en som de mente hadde nok kompetanse. I noen perioder hadde de brukt flere leger samtidig, og dette hadde vært ukomplisert. De opplevde ikke Fastlegereformen som et hinder for dette.

Flere fortalte at kontaktmønsteret endret seg i takt med at de selv klarte å håndtere lidelsen bedre. Avhengigheten av legen ble mindre med tiden. Men de sa også at de møtte legen med flere krav etter hvert som de ble bedre kjent med symptomene sine. Flere sa at med økende alder ble det viktigere å ha en lege nærmere hjemmet, fordi de selv ble mindre mobile.

Prosjektnr: 158399/V50	Prosjektledere: Marian Adnanes	Prosjekt: Fastlegenes tilbud og samarbeid med andre tjenester når det gjelder pasienter med alvorlige psykiske lidelser
----------------------------------	--	---

Dette er en kvalitativ studie hvor man har intervjuet 26 psykiatriske pasienter, 6 pårørende, 20 fastleger, 8 samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten og 10 i kommunehelsetjenesten. Informantene er rekruttert fra fire kommuner av ulike størrelse.⁸

Hovedinntrykket var at fastlegeordningen ikke hadde betydd store forandringer for den enkelte bruker. Knappt noen var negative til ordningen i seg selv, og ingen beskrev vesentlige forskjeller før og etter reformen. Noen fikk syntes det lå en begrensning i fastlegeordningen fordi de ikke lenger kunne ringe til hvem de ville dersom de mente det hastet med å få time. Andre beskrev problemer på grunn av dårlig legedekning, stor gjennomtrekk og språkproblemer i forhold til utenlandske leger. Hovedinntrykket var at fastlegeordningen er grei, dersom man har endt opp med en fastlege man er fornøyd med.

Fastlegene selv gir også uttrykk for at fastlegeordningen ikke har betydd veldig mye, men at det er en fordel for alle parter at det formelle ansvaret for pasienten er tydelig plassert. De er mer usikre på om ordningen faktisk har ført til bedre kontinuitet og oppfølging av pasientene, men gir likevel uttrykk for at det er vanskeligere å "styre unna" problematikken. Det synes som om god og regelmessig oppfølging av pasienter med psykiske lidelser først og fremst er avhengig av hvordan fastlegen velger å jobbe med denne pasientgruppen. I tillegg til mer personlige preferanser som fastlegen måtte ha vedrørende ulike grupper av pasienter, nevnes også begrensninger som kommer av tidspress og takster sett i relasjon til pasienter med store legebehov.

Den øvrige kommunehelsetjenesten fremhever fordelene ved å ha en fast adresse for pasienten, slik at man vet hvor man skal henvende seg. De rapporterer også at det er blitt lettere å få fastlegen til å stille opp for pasientene og i ansvarsgrupper.

Spesialisthelsetjenesten rapporterer om små endringer, men trekker også frem fordelene ved at ansvaret nå er plassert hos fastlegen. Store forskjeller mellom fastleger trekkes frem som det viktigste poenget. Her går det et skille mellom dem som er psykiatere og de øvrige informantene, som i hovedsak består av høyskoleutdannede profesjoner. Mens psykiaterne mener ordningen vil tvinge frem en bedre kontinuitet, legger de andre faggruppene mer vekt på at graden av involvering handler om fastlegenes egne prioriteringer. Dette kan nok også ha profesjonssosiologiske forklaringer og ha sammenheng med at en del fastleger virker noe tvilende til profesjonaliteten i det arbeidet som blir gjort av andre enn spesialister.

Prosjektnr: 158402/V50	Prosjektleder: Helle Wessel Andersson	Prosjekt: Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer?
----------------------------------	---	---

Dette er en kvalitativ intervjustudie med 12 helsesøstre, 11 fastleger og 15 fagpersoner fra barne- og ungdomspsykiatrien (BUP).⁹

Fastlegene ga uttrykk for forskjellige synspunkter på hvilke endringer Fastlegereformen hadde brakt med seg. Mens enkelte leger mener reformen har ført til konkrete og positive endringer, er andre leger mer i tvil om endringene er av noen betydelig karakter. Uansett holdning til hvilke endringer reformen har brakt med seg, ble det imidlertid påpekt at fastlegeordningen bidrar til å tydeliggjøre hvem som har ansvaret for pasientene. En lege nevnte også at fastlegeordningen gjør at det blir færre muligheter til å oppsøke andre leger enn fastlegen:

"Først og fremst har fastlegeordningen endret det med at vi vet mer hvem som er våre pasienter. Før så gikk pasientene litt her og litt der. Nå vet vi hvem vi har ansvar for og det er lettere å definere hvilken rolle fastlegen skal ha nå enn før. Forhåpentligvis vil dette føre til at barn og ungdom blir fulgt opp på en bedre måte"

Enkelte av fastlegene fremhevet at de etter Fastlegereformen i større grad er blitt familieleger, og at dette er en fordel både med hensyn til ansvar og oversikt.

Helsesøstrene opplevde at fastlegene ikke hadde anledning til å stille opp og ta den koordinerende funksjonen som reformen tilskriver dem. Enkelte opplevde dette som den største utfordringen i forhold til å få fastlegeordningen til å fungere:

"Jeg synes fastlegeordningen er en god greie i utgangspunktet. I forhold til ungdom så vet jeg ikke helt. Mange ganger har ikke elevene hos meg hatt noen påvirkning på valg av fastlege. Det som skjer er at hele familien ofte går hos den samme og ungdommene som kommer til meg har ikke hatt noe større behov for å komme til fastlegen å fortelle det de sier til meg ... De vet ikke om fastlegen holder på informasjonen, de vil ikke at foreldrene skal vite alt ... Ungdommene foretrekker heller å gå til ungdomshelsestasjonen som er oppe hver onsdag. I forhold til psykiske problemer kjenner jeg ingen unge som går til fastlegen sin med dette"

Leger og psykologer i BUP påpekte i intervjuene at tanken bak fastlegeordningen er veldig bra, og at det er positivt med en fast legekontakt for barn og unge i målgruppen.

"Jeg synes at det utelukkende er positivt. Etter hvert som åra går kjenner de pasientene bedre, kjenner foreldrene og de er flinkere til å plukke ut problemstillinger, henvise og samarbeide. Bare det å ha en fast lege, ja, jeg kan ikke se noe negativt med det"

I likhet med fastlegene, påpekte ansatte i BUP at ordningen hadde brakt med seg et klarere ansvar for hvilke pasienter legen har. Imidlertid mente BUP-ansatte at fastlegeordningen til nå ikke har ført til betydelige endringer for barn og unge med psykiske problemer.

I kommuner med ustabil legedekning var det færre forventninger til at Fastlegereformen skulle ha noen virkning. Enkelte BUP-ansatte mente derfor at andre instanser i kommunen burde ha et koordinerende ansvar i forhold til barn i målgruppen:

"Vi har ingen forventninger til fastlegen. Men det å ha en koordinator i kommunen er viktig. Og kanskje helsestasjon er løsningen på dette. Nei, fastlegeordningen har ikke ført til noen endring her i distriktet, sett med distriktøyne!"

Prosjektnr: 158405/V50	Prosjektleder: Unn Doris Bæck	Prosjekt: Legedekning og stillingsstabilitet som utfordringer for fastlegeordningen
----------------------------------	---	---

Dette er en kvalitativ studie blant 33 brukere i Nord-Trøndelag og Finnmark, samt en spørreskjemaundersøkelse i de samme fylkene. Kommunene ble klassifisert som stabile eller ustabile på bakgrunn av styringsdata fra RTV. Man registrerte andel innbyggere på lister uten lege, andel fastlegeavtaler (eksklusive lister uten lege) som er betjent av vikarer og andelen ufrivillige legebytter. Dersom minst to av disse andelen lå over landsgjennomsnittet, ble kommunen klassifisert som ustabil. På grunn av manglende styringsdata ble fire kommuner skjønnsmessig klassifisert som ustabile. Dette resulterte i at 9 kommuner i Finnmark og 10 i Nord-Trøndelag ble klassifisert som ustabile.¹⁰

Kvalitativ studie

I kommuner med ustabilitet og en streng praktisering av listesystemet, vil fastlegeordningen kunne føre til forskjeller i legetjenestetilbudet til innbyggerne. I en av kommunene hadde to av legestillingene vært bemannet med korttidsvikarer i flere år på grunn av at legene som hadde stillingene var i diverse permisjoner. Innbyggere som stod på disse legenes liste måtte gå til vikarlegene som ofte skiftes ut, mens de øvrige hadde en stabil fastlege. Dette uttrykte mange av brukerne misnøye med:

"Jeg hadde forventninger om at det skulle bli fint med en lege. Det som har skjedd med meg er at min lege har vært i permisjon fra før fastlegeordningen kom i gang, og er enda i permisjon. Så jeg har ikke hatt noen fastlege, men de to ukers legene. Jeg har prøvd å skifte lege, og først nå har jeg fått det til. De hadde ikke ledige plasser."

Det var betydelig forskjell i brukertilfredshet mellom kommuner med legestabilitet og der det ikke var legestabilitet. De fleste brukerinformantene ga uttrykk for at de følte større trygghet og tilfredshet når de kunne etablere en stabil relasjon til en lege som over tid kunne opparbeide seg kjennskap til den enkeltes helsetilstand og eventuelle sykdomsbilde. Følgende utsagn er illustrerende for den utilfredshet og til dels maktesløshet de

som hadde opplevd ustabilitet beskrev:

”Jeg har vært hos mange leger og det er så frustrerende; man må begynne på nytt hver gang med å forklare dem. Man må begynne på nytt med det samme som man har fortalt en annen. Og så er det slik at når man får time – så er det ikke sikkert at vedkommende kan ta imot deg til timen, de har akuten og så er de kanskje forsinket. Det har jeg opplevd så mange ganger, at jeg har måttet komme tilbake dagen etterpå. Og kanskje dagen etterpå igjen. Så har det bare vært utenlandske leger og spesielt de danske de har jeg så dårlig for å forstå – jeg forstår så lite hva dem sier. Sist var det en danske, ganske ung lege, og hun ble så sint på meg at hun la på røret. Så fikk jeg time, via resepsjon. Så sa jeg klart fra i resepsjon at blir hun sint på meg mens jeg er der inne, så forlanger jeg ny time. Men hun var en helt annen person når jeg var der inne. Men jeg forsto ikke hva hun sa i telefonen. Jeg tror ikke hun heller forsto hva jeg mente. Det var både språkproblemer og en helt ny lege som ikke kjente min sykdomshistorie.”

Et fåtall av brukerne ga uttrykk for at det ikke var viktig å ha en fastlege. Hva de la i begrepet fastlege varierte og hvilke forventninger de hadde varierte tilsvarende. For noen var det viktig at fastlegen var én person, en fast lege man over tid kunne opparbeide seg en relasjon til, noe som gav en opplevelse av trygghet og stabilitet. For andre var denne opplevelsen knyttet til å ha en kontinuerlig relasjon til et legekontor, der man kunne konsultere flere av kontorets leger etter behov.

Ønsket om stabilitet og kontinuitet gjorde at i kommuner med stor ustabilitet hadde forholdsvis mange valgt fastlege utenfor egen kommune. Dette gjaldt særlig i to av de undersøkte kommunene. I en av disse, en kommune i forvaltningsområdet for samisk språk, hadde drøyt 15 % av innbyggerne valgt fastlege i nabokommunen. Ønsket om en samisktalende lege og/eller en kvinnelig lege ble oppgitt som årsaker til dette. En annen viktig årsak var at kommunesenteret i nabokommunen for mange lå nærmere deres bosted enn kommunesenteret i bostedskommunen. Reisetiden til lege i nabokommunen var med andre ord kortere. I den andre kommunen hvor mange pendlet til jobb i nabokommunen, hadde tidligere erfaring med ustabil legedekning gjort at mange hadde valgt fastlege i arbeidsstedskommunen.

Spørreskjemaundersøkelse blant brukerne

Formålet med denne undersøkelsen var å undersøke befolkningens fornøydhet med fastlegeordningen. Spørreskjemaet ble sendt til to tilfeldige utvalg fra Folkeregisteret, 1 000 personer i Finnmark og 1 000 personer i Nord-Trøndelag. Man fikk svar fra 56 % i Nord-Trøndelag og 49 % i Finnmark. Det var flere kvinner enn menn som svarte, og de yngste aldersgruppene er underrepresentert. Det var også en underrepresentasjon av respondenter med videregående skole som høyest fullførte utdanning.

Tabell 9.3.4 viser en oversikt over befolkningens fornøydhet knyttet til ulike aspekter ved fastlegeordningen. Ventetid og tilgjengelighet på telefon er de to områdene befolkningen er mest misfornøyd med. Fastlegen selv og muligheten til å ha samme fastlege over tid er de aspektene befolkningen er mest fornøyd med. Folk er også relativt fornøyd med servicen ved fastlegens kontor. Analysene viser at fylkene skiller seg fra hverandre med hensyn til hvor fornøyd befolkningen er. Når det gjelder muligheten for å få snakke med fastlegen på telefon samt servicen på fastlegens kontor er det ikke signifikante forskjeller mellom fylkene. For de andre aspektene er befolkningen i Nord-Trøndelag mer fornøyd enn befolkningen i Finnmark. Spesielt tydelig er forskjellen når det gjelder muligheten til å ha samme fastlege over tid.

Tabell 9.3.4. Befolkningens fornøydhet med ulike aspekter ved fastlegeordningen. Prosent

	Svært misfornøyd	Misfornøyd	Verken fornøyd eller misfornøyd	Ganske fornøyd	Svært fornøyd	N
Fastlegen	2	2	19	31	46	943
Fastlegeordningen slik du har erfart den der du bor	4	7	24	36	29	910
Ventetiden for å få time hos fastlegen	5	13	21	37	24	908
Muligheten for å få snakke med fastlegen på telefon	6	13	33	25	24	902
Servicen ved fastlegens kontor	2	6	21	35	36	918
Muligheten til å ha samme fastlege over tid	4	5	16	25	50	915

Multivariate analyser viser at det er kjønn, alder, utdanningsnivå, kommunestørrelse og stillingsstabilitet som har betydning for fornøydhetsgrad med fastlegeordningen slik de har erfart den der de bor. Kvinner er mer fornøyde enn menn og eldre er mer fornøyde enn yngre. I tillegg er folk med lavere utdanning mer fornøyd enn folk med høyere utdanning, folk i større kommuner er mer fornøyde enn folk i mindre kommuner og folk i stabile kommuner er mer fornøyde enn folk i ustabile kommuner.

Når det gjelder mulighet til å ha samme fastlege over tid viser analysene for Nord-Trøndelag at kjønn, alder, kommunestørrelse og stillingsstabilitet har betydning for tilfredsheten. For Finnmarks del har i tillegg samiskspråklig og utdanningsnivå en viss betydning. Igjen viser det seg at kvinner er mer fornøyde enn menn og at eldre er mer fornøyde enn yngre. Folk i større kommuner er mer fornøyd med muligheten til å ha samme fastlege over tid enn folk i mindre kommuner og folk i kommuner med høy stillingsstabilitet er mer fornøyd enn folk i kommuner med lav stillingsstabilitet. I Finnmark er samiskspråklige mer misfornøyd enn ikke-samiskspråklige.

Prosjektnr: 144334/V50	Prosjektleder: Hans-Johan Breidablik	Prosjekt: Pasientenes syn på fastlegeordningen – entusiasme med forbehold
---	---	--

Dette er en spørreundersøkelse utført ved ni legekantor i Møre og Romsdal høsten 2003. Materialet er fra 995 pasienter som utgjorde 63 % av samlet pasientmasse i praksisene de aktuelle undersøkelsesdagene. Man kartla synspunkter og tilfredshet med ulike aspekter av fastlegeordningen.¹¹

68,5 % var fornøyd eller svært fornøyd med fastlegeordningen helhetlig sett, 20 % var nøytrale og 11,5 % misfornøyd eller svært misfornøyd. Det var ingen forskjeller mellom kjønnene når det gjaldt tilfredshet med fastlegeordningen totalt sett. Det var en tendens til økende fornøydhetsgrad med økende alder, men sammenhengen var bare grensesignifikant. Pasienter med bare grunnskoleutdannelse uttrykte noe høyere tilfredshet med ordningen enn respondenter med videregående skole.

Selve praksisstedet forklarte det meste av variasjonen i fornøydhetsgrad med fastlegeordningen. Økende listelengde samvarierte negativt med fornøydhetsgrad, det samme gjaldt ved gjennomsnittlig legestabilitet over 9 år i praksisen. Disse forskjellene var signifikante også når man korrigerte for de enkelte praksissteder.

Tabell 9.3.5. Ulike syn på konkrete sider ved fastlegeordningen, andeler i prosenter (95 % konfidensintervall)

	Bedret	Uendret	Forverret	Ingen mening
Forhold til og tillit til egen lege	33 (29-36)	47 (43-50)	3 (2-4)	17 (14-19)
Kontinuiteten i legeforholdet	27 (24-30)	41 (37-44)	4 (2-5)	28 (24-30)

Prosjektnr: 144334/V50	Prosjektleder: Øystein Hetlevik	Prosjekt: Listelengde, arbeidstid, ventetid og jobbtildfredshet blant fastleger i Bergen
---	--	---

160 av 185 fastleger (85 %) i Bergen svarte i 2003 på et spørreskjema om demografiske data, listelengde, arbeidstid og ventetid. De vurderte også tilfredshet med å jobbe i allmennpraksis og i fastlegeordningen.¹²

46 % av legene var godt/svært godt fornøyd med å jobbe i fastlegeordningen, 37 % moderat fornøyd og 17 % mindre fornøyd. Det var ingen forskjeller relatert til legenes kjønn, alder, ansiennitet, samlet arbeidstid, listelengde eller listestatus (åpen/lukket). På tilsvarende spørsmål om tilfredshet med jobben i allmennpraksis generelt var 70 % av legene godt/svært godt fornøyd, 26 % moderat fornøyd og 4 % mindre fornøyd.

Prosjektnr:	Prosjektleder:	Prosjekt:
144334/V50	Hogne Sandvik	Fastlegeordningen: forventninger og erfaringer

Dette er en spørreskjemaundersøkelse blant et representativt utvalg spesialister i allmennmedisin. Den ble gjennomført noen måneder før og ett år etter innføring av fastlegeordningen. Det er de samme legene som er spurt begge gangene og svarprosenten er høy (87 og 96 %). I alt 234 leger besvarte begge skjemaene.¹³

Tabell 9.3.6. Grad av enighet i ulike påstander. Gjennomsnittsverdi (95 % konfidensintervall), målt med visuell analog skala, 100 indikerer "helt enig" og 0 indikerer "helt uenig" (N = 234 fastleger). Undersøkelsen er gjort i 2001 (før innføring av fastlegeordningen) og i 2002 (ett år etter innføringen)

	2001	2002	
Kontinuitet er viktig i forholdet mellom lege og pasient	89 (88 - 91)		
Doktorshopping er et problem	55 (51 - 58)		
Fastlegeordningen vil medføre at allmennpraksis blir mer omfattende	62 (59 - 66)		
Fastlegeordningen vil øke kontinuiteten	66 (62 - 69)		
Fastlegeordningen vil øke mitt ansvar for pasientene	62 (58 - 66)		
Fastlegeordningen vil øke min arbeidsmengde	59 (55 - 62)		
Allmennleger bør være portvakter og begrense adgangen til spesialister	77 (74 - 80)	72 (70 - 75)	*
Jeg er i prinsippet tilhenger av en fastlegeordning	58 (54 - 62)	64 (60 - 68)	**
Jeg er tilfreds med den nåværende organiseringen av allmennpraksis	70 (67 - 73)	65 (62 - 68)	*
Fastlegeordningen har økt kontinuiteten		65 (62 - 69)	
Fastlegeordningen har økt mitt ansvar for pasientene		57 (53 - 61)	
Fastlegeordningen har økt min arbeidsmengde		62 (58 - 66)	
Henvisningsordningen bør gjelde uinnskrenket for alle pasienter		59 (55 - 63)	
Legen bør kunne åpne en ellers lukket liste for enkeltpasienter		74 (70 - 77)	
* p < 0,05 ** p < 0,001			

De mannlige legene mente i større grad enn kvinnene at fastlegeordningen hadde økt deres ansvar for pasientene (59 % mot 47 %). Yngre leger opplevde i større grad enn eldre at fastlegeordningen hadde økt deres ansvar for pasientene (62 % mot 53 %).

Før innføringen mente bylegene i større grad enn leger i landdistriktene at fastlegeordningen ville medføre at deres praksis kom til å bli mer omfattende (65 % mot 57 %) og øke deres ansvar (65 % mot 56 %). I 2002 var det ingen signifikante forskjeller lenger mellom disse gruppene.

Leger i forsøkskommunene var sterkere tilhengere av fastlegeordningen (82 % mot 63 %), mer tilfreds (80 % mot 64 %) og opplevde i sterkere grad enn andre leger at fastlegeordningen hadde medført økt ansvar (75 % mot 56 %), arbeidsmengde (81 % mot 61 %) og kontinuitet (77 % mot 64 %).

Det var en viss økning i oppslutning om fastlegeordningen, fra 2001 til 2002 (fra 58 % til 64 %). Solopraktikerne var i 2001 i mindre grad tilhenger av fastlegeordningen enn leger i gruppepraksis (47 % mot 60 %), men økte oppslutningen mer enn de som arbeidet i gruppepraksis (14 % mot 4 %). Økningen i oppslutning om fastlegeordningen var også større blant dem som hadde fulle lister enn blant dem som hadde åpne lister (12 % mot 3 %).

9.3.1. Oppsummering

Spørsmålet om hva kontinuitet betyr for lege og pasient berører kjernen av fastlegeordningen som prinsipp. Det er derfor her naturlig også å drøfte den generelle oppslutningen om fastlegeordningen, både blant legene og brukerne.

Legene og samarbeidspartnere

I en spørreskjemaundersøkelse blant allmennleger fant **Sørensen** at 43 % mente at listesystemet hadde medført at de får bedre innsikt i behovene til kronisk syke mennesker og at den medisinske behandlingen blir mer effektiv.^{2 14} Dette gjaldt imidlertid først og fremst leger som hadde få faste pasienter før reformen. Det var mindre endringer dersom legen allerede hadde en stor andel faste pasienter. Legene mener altså at fastlegeordningen har hatt liten betydning dersom de fikk mange av sine gamle pasienter på listen sin. Gevinsten av ordningen er først og fremst knyttet til at flere innbyggere med stort behov for helsetjenester, og som tidligere ikke hadde en fast lege, nå har fått en fast lege å forholde seg til.

Flere studier har pekt på at listelengde er viktig for kvaliteten i allmennpraksis,¹⁵ men i denne studien fant man ingen sammenheng mellom listelengde og fastlegenes vurderinger av tiden de brukte på hver enkelt pasient. Man har imidlertid ikke registrert den faktiske tidsbruken i konsultasjonen.

I en annen spørreskjemaundersøkelse fant **Sandvik** at spesialister i allmennmedisin viste stor grad av enighet om at kontinuitet er viktig i forholdet mellom lege og pasient, og en klar tendens til at man mente fastlegeordningen styrker kontinuiteten.¹³ Det ble også registrert en viss økning i oppslutningen om fastlegeordningen, fra 58 % like før reformen, til 64 % etter et år med fastlegeordning. Det var imidlertid en nedgang i den generelle tilfredsheten, fra 70 % til 65 %. Dette kan synes som en motsigelse, men man må ta i betraktning at tilfredsheten var relativt høy i utgangspunktet. Det er kanskje riktigere å si at skepsisen til fastlegeordningen har avtatt, men ikke tilstrekkelig til å unngå en redusert tilfredshet. Leger i de tidligere forsøkskommunene var i 2002 sterkere tilhengere av fastlegeordningen enn resten (82 % mot 63 %).

Legene mente på forhånd at fastlegeordningen i noen grad ville øke ansvar og arbeidsmengde, og rapporterte tilsvarende erfaringer etter et år. Den gjennomsnittlige listelengden var imidlertid helt i tråd med hva de ønsket seg i 2001, og den økte arbeidsmengden skyldtes ikke at de hadde flere konsultasjoner etter reformen. Også tidligere har det vist seg vanskelig å forklare opplevd arbeidsmengde ved hjelp av konsultasjonsfrekvenser,¹⁶ og det er mulig at legene anstrenger seg mer for å yte optimal service og nedlegger mer arbeid i hver konsultasjon. Det er også mulig at det er blitt mer arbeid utenom konsultasjonene, for eksempel på grunn av tverrfaglig samarbeid og faglig oppdatering.

Hetlevik gjorde i 2003 en spørreskjemaundersøkelse blant fastleger i Bergen og fant at 70 % var godt/svært godt fornøyd med å jobbe i allmennpraksis, 46 % med å jobbe i fastlegeordningen.¹² Dessuten var henholdsvis 26 % og 37 % moderat fornøyd. Den tidligere skepsis til fastlegeordningen blant leger i Bergen synes derfor å ha avtatt.¹⁷

I **Norheims** kvalitative undersøkelse rapporterte legene at de opplevde ansvaret som større etter reformen, men det varierte om de syntes dette var positivt eller negativt.^{6 18 19} Det var en tendens til at kvinner opplevde ansvaret som mer tyngende enn menn. Legene følte seg mer bundet til praksisen fordi de må skaffe vikar ved ferie, sykdom og permisjon. Dessuten er det en utfordring at man i større grad enn tidligere må ha oppdatert kunnskap over et bredere felt.

Blant positive aspekter var bedre oversikt fordi pasientene må samle "hele kroppen" hos fastlegen, men dette betyr også større ansvar dersom det blir begått feil eller en sykdom blir oversett. Legene hevdet at det mer omfattende ansvaret fikk dem til å arbeide etter mer langsiktige og forebyggende strategier, at de kalte inn oftere til kontroll og gjorde grundigere undersøkelser av pasientene. Noen syntes å ha blitt mer risikoaverse enn tidligere.

Flere informanter uttrykte lettelse over at ansvaret er begrenset til listepopulasjonen, og at de nå med god samvittighet kan avvise og videresende pasienter som ikke er deres. De har imidlertid mistet noe av muligheten til å manipulere med pasientpopulasjonen, det er blitt vanskeligere å skyve ut brysomme pasienter.

I en kvalitativ studie med fokus på pasienter med alvorlige psykiske problemer fant **Ådnanes** at fastlegene tvilte på at reformen har hatt stor betydning, men at det er en fordel for alle parter at det formelle ansvaret for pasienten er tydelig plassert.⁸ Legene var mer usikre på om ordningen faktisk har ført til bedre kontinuitet og oppfølging av pasientene, men ga likevel uttrykk for at det nå er vanskeligere å "styre unna" pasienter med psykiske problemer. Det synes som om god og regelmessig oppfølging av pasienter med psykiske lidelser først og fremst er avhengig av hvordan fastlegen velger å jobbe med denne pasientgruppen. I tillegg til mer personlige preferanser som fastlegen måtte ha vedrørende ulike grupper av pasienter, nevnes også begrensninger som kommer av tidspress og takster sett i relasjon til pasienter med store legebehov.

I samme studie fremhevet både den øvrige kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fordelene ved å ha en fast adresse for pasienten, slik at man vet hvor man skal henvende seg. De rapporterte også at det er blitt lettere å få fastlegen til å stille opp for pasientene og i ansvarsgrupper. Det er usikkert hvor mye av dette som kan tilskrives Fastlegereformen, siden man parallelt har hatt en Opptappingsplan i psykisk helse, lovfesting av Individuell plan og økende fokus på brukermedvirkning.

Andersson har gjennomført en kvalitativ intervjustudie med helsesøstre, fastleger og fagpersoner fra barne- og ungdomspsykiatrien (BUP).⁹ I kommuner med ustabil legedekning var det færre forventninger til at fastlegereformen skulle ha noen virkning,

Fastlegene var noe i tvil om fastlegeordningen har ført til konkrete og positive endringer, men påpekte at den har bidratt til å tydeliggjøre hvem som har ansvaret for pasientene. Enkelte av fastlegene fremhevet at de etter fastlegereformen i større grad er blitt familieleger, og at dette er en fordel både med hensyn til ansvar og oversikt.

Leger og psykologer i BUP syntes at tanken bak fastlegeordningen er veldig bra, og at det er positivt med en fast legekontakt for barn og unge i målgruppen. I likhet med fastlegene mente de at ordningen hadde brakt med seg et klarere ansvar. Imidlertid mente de at fastlegeordningen til nå ikke hadde ført til betydelige endringer for barn og unge med psykiske problemer.

Brukerne

Paulsen og Finnvold (SSBs levekårspanel) spurte de som hadde hatt kontakt med allmennlege det siste året om hvor mange ulike leger de hadde hatt kontakt med (utenom legevakt).⁴ Fordelingen var nøyaktig den samme før og etter reformen: 66 % hadde brukt bare en lege, 24 % to leger og 10 % tre eller flere leger. Det er i liten grad doktorshopping som ligger bak disse tallene, og få rapporterte misnøye eller ønske om ny vurdering hos annen lege. Den vanligste grunnen var at den faste legen var fraværende og/eller at de fikk en annen lege ved samme legesenter (79 % i 2000 og 72 % i 2003).

En multivariatanalyse viste at det særlig er unge mennesker og innbyggere i kommuner med ustabil legetilbud som bruker flere leger. Dessuten er det en gruppe som har et aktivt ønske om å bruke flere leger (9 % i 2001 og 11 % i 2003). Denne gruppen domineres av yngre menn med lang utdanning.

I en analyse av fire grupper med kronisk somatisk sykdom eller lettere psykiske plager fant man at svarpersoner med psykiske lidelser og muskel- og skjelettsykdommer i økende grad sier at de ønsker å bruke flere ulike allmennleger.⁵ Mindre fleksibilitet synes ikke å ha blitt et problem for dem som har hjerte- og karsykdom eller sykdom i åndedretsorganene.

Muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser er ofte tilstander som kan ha et "diffust" preg. Diagnosene kan være uklare og behandlingsalternativene mangelfulle. Mange pasienter har derfor prøvd seg frem hos ulike leger. Det er også i disse gruppene en del pasienter som har et høyt forbruk av såkalte B-preparater (smertestillende, beroligende og sovemidler). Mange leger ønsker å være restriktive med forskrivning av slike preparater. Dette kan nok være en kilde til konflikt og føre til at pasientene ønsker å bruke flere leger.

En brukerundersøkelse gjennomført av **Carlsen** viste at prosentandelen som hadde benyttet mer enn en lege var høyest i små kommuner, både i 2000 og 2003.²⁰ Andelen som hadde brukt mer enn en lege ble redusert fra 38 % i 2000 til 29 % i 2003, og reduksjonen var noenlunde lik i alle kommunetyper.

I en brukerundersøkelse ved ni legekantor i Møre og Romsdal fant **Breidablik** at 68,5 % av pasientene var fornøyd eller svært fornøyd med fastlegeordningen.¹¹ Selve praksisstedet forklarte det meste av variasjonen i tilfredshet, men det var også en tendens til økende tilfredshet med alderen. Økende listelengde samvarierte negativt med tilfredshet, det samme gjaldt overraskende nok ved gjennomsnittlig legestabilitet over 9 år. Her må man imidlertid ta i betraktning at undersøkelsen er gjennomført i et avgrenset geografisk område. 27 % mente at fastlegeordningen hadde bedret kontinuiteten, 33 % anga bedret forhold og tillit til egen lege.

I en kvalitativ undersøkelse intervjuet **Dahle** pasienter som trenger å gå ofte til lege.⁷ Dette var pasienter med fibromyalgi, astma og allergi, hjerte- og lungesyke. Fastlegereformen hadde verken skapt entusiasme eller satt innene i kok. De fleste sa at det for dem var greit med en fastlegeordning, men at reformen verken hadde hatt eller ville komme til å få særlig store konsekvenser for dem. Det var mange som gikk utenom ordningen når de mente at de hadde behov for det. De opprettholdt gamle relasjoner og opprettet nye relasjoner til andre leger enn sin fastlege. Dette kunne være bruk av private legetjenester, spesialisttjenester (uten henvisning) og andre allmennleger. De valgte ofte andre løsninger når de var misfornøyd med fastlegens tilgjengelighet eller kompetanse. Å bruke andre leger enn fastlegen uten dennes vitende kunne imidlertid senere medføre visse problemer fordi fastlegen da ville mangle deler av sykehistorien.

En bør her ha i mente at alle informantene i denne undersøkelsen var hjemmehørende i Oslo-området og for en stor del rekruttert gjennom pasientorganisasjoner. Dette betyr trolig at det dreier seg om nokså selekterte pasienter som har tradisjon for bruk av spesialister i utstrakt grad, både som pasienter og i faglige sammenhenger.

Funnet støttes imidlertid av en undersøkelse gjort av Opinion i 2003 på oppdrag fra Den norske lægeforening, hvor folk ble spurt om hvordan de opplevde tjenestetilbudet før og etter fastlegeordningen. De fleste svarte at de ikke opplevde noen forskjeller i tjenestenes kvalitet etter fastlegeordningen. Like mange svarte at tjenestene var blitt dårligere som at de var blitt bedre.²¹

Selv om informantene i Dahles undersøkelse mente det var godt å ha en fast lege når en har en komplisert sykdomshistorie, satt forskerne igjen med et inntrykk av at det for mange ikke var så viktig at legen kjente dem. Dette ble også rapportert i et av evalueringsprosjektene i forbindelse med fastlegeforsøket.²² For brukerne er ofte tilgjengelighet viktigere enn kontinuitet.

De psykiatriske pasientene i den kvalitative studien til **Ådnanes** etterlot også et hovedinntrykk av at fastlegeordningen ikke hadde betydd store forandringer for den enkelte.⁸ Hovedinntrykket var at fastlegeordningen er grei dersom man har endt opp med en fastlege man er fornøyd med. Noen få syntes det lå en begrensning i fastlegeordningen fordi de ikke lenger kunne ringe til hvem de ville dersom de mente det hastet med å få time.

Bæck gjennomførte undersøkelser blant brukere i Nord-Trøndelag og Finnmark.¹⁰ Både en kvalitativ studie og en spørreskjemaundersøkelse viste at stabilitet i legestillingene var av stor betydning for brukertilfredsheten. I kommuner med ustabilitet og en streng praktisering av listesystemet vil fastlegeordningen kunne føre til forskjeller i legetjenestetilbudet til innbyggerne. Mens noen nyter godt av en stabil fastlege, er andre henvist til å bruke en endeløs rekke av vikarer.

I den kvalitative studien ga de fleste brukerinformantene uttrykk for at det følte større trygghet og tilfredshet når de kunne etablere en stabil relasjon til en lege som over tid kunne opparbeide seg kjennskap til den enkeltes helsetilstand og eventuelle sykdomsbilde. For noen var det viktig at fastlegen var én person, for andre var det greit å ha en kontinuerlig relasjon til et legekantor. Ønsket om stabilitet og kontinuitet gjorde at i kommuner med stor ustabilitet hadde forholdsvis mange valgt fastlege utenfor egen kommune.

I spørreskjemaundersøkelsen analyserte man brukernes tilfredshet med ulike aspekter ved fastlegeordningen. Fastlegen selv og muligheten til å ha samme fastlege over tid var de aspektene befolkningen var mest fornøyd med. Folk var også relativt fornøyd med servicen ved fastlegens kontor. Ventetid og tilgjengelighet på telefon kom dårligst ut. For de fleste aspektene var befolkningen i Nord-Trøndelag mer fornøyd enn befolkningen i Finnmark. Spesielt var dette tydelig med hensyn til muligheten for å ha samme fastlege over tid.

Multivariate analyser viste gjennomgående at kvinner var mer fornøyd enn menn og eldre mer fornøyd enn yngre. Innbyggere i større og stabile kommuner var mer fornøyd enn innbyggere i små og ustabile kommuner. I Finnmark var samiskspråklige mer misfornøyd enn andre med muligheten til å ha samme fastlege over tid.

TNS Gallup har gjennomført jevnlig nasjonale undersøkelser av brukertilfredshet med ulike kommunale tjenester. Undersøkelsen i 2003 var den første etter innføring av fastlegeordningen,²³ og sammenlignet med undersøkelsen i 2000 kunne da legetjenesten vise til den største fremgangen av alle de undersøkte tjenestene. 88 % av brukerne uttrykte at de var fornøyd med legetjenesten, 69 % svært/meget fornøyd. Dette er omregnet til en kvalitetsindeks på 76 (sammenlignet med 70 i år 2000). Maksimal oppnåelig indeks er 100 dersom alle gir toppkarakter 6. Gjennomgående er det mellom 10 000 og 11 000 personer som har svart på disse spørsmålene.

Det var særlig tilfredsheten med å ha en fast lege som økte fra år 2000 (kvalitetsindeks 72) til 2003 (kvalitetsindeks 80). Her avtegnet det seg også et tydelig mønster relatert til brukernes alder og kommunestørrelse. Som vanlig var eldre mer tilfreds enn yngre, men de yngre opplevde en vesentlig større økning i tilfredshet fra 2000 til 2003. Dette kan nok tas som uttrykk for at en svært stor andel av de eldre allerede hadde fast lege før Fastlegereformen, og at forbedringspotensialet derfor var mindre. Tilsvarende var innbyggere i større kommuner mer tilfreds enn innbyggere i småkommuner, men innbyggerne i de små kommunene opplevde en større økning i tilfredshet fra 2000 til 2003.

Tabell 9.3.7. Tilfredshet med å ha en fast lege å forholde seg til, år 2000 og 2003. Tallene er hentet fra TNS Gallups undersøkelse av brukertilfredshet med kommunale tjenester²³

	Kvalitetsindeks 2000	Kvalitetsindeks 2003	Forbedring
Aldersgrupper			
16 - 24 år	58	71	13
25 - 34 år	65	76	11
35 - 49 år	70	79	9
50 - 66 år	78	84	6
67 år +	83	87	4
Kommunestørrelse			
< 3 000 innb.	53	67	14
3 000 - 8 000 innb.	60	75	15
8 000 - 20 000 innb.	72	82	10
20 000 - 90 000 innb.	79	83	4
> 90 000 innb.	75	82	7

På oppdrag fra Den norske lægeforening gjennomførte **Norsk Respons** en landsomfattende opinionsundersøkelse i mai 2005 hvor man spurte om folks holdninger til legetjenester og andre offentlige tjenester.²⁴ Det ble gjennomført i alt 1 000 intervjuer. På dette tidspunktet hadde 88 % vært i kontakt med sin fastlege etter at ordningen ble innført. Flere kvinner enn menn hadde hatt kontakt (92 % og 83 %) og kontaktfrekvensen steg med økende alder. Blant 12 forskjellige offentlige tjenester var det bare bibliotekene som var assosiert med høyere grad av tilfredshet enn fastlegeordningen. Folk var også mer fornøyd med fastlegeordningen enn med helsesektoren generelt.

Carlsen har studert sammenhengen mellom befolkningens tilfredshet med allmennlegetjenesten og kommunedata for fastlegenes turn-over og andel fastleger med fast lønn (indikatorer på dårlig kontinuitet).²⁵ Materialet består av data fra en landsomfattende brukerundersøkelse gjennomført ved årsskiftet 2004/2005 (TNS Gallup). Disse dataene er senere koblet med Rikstrygdeverkets database over fastleger. Turn-over av fastleger og andel fastleger med fast lønn samvarierte negativt med befolkningens tilfredshet, både med tilgjengelighet (ventetid på time, telefontilgjengelighet) og med behandlingskvalitet (legens faglige dyktighet, legens evne til å lytte, informasjon om behandlingen og behandlingsresultatet).

Referanser

1. Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Kontraktsvalg, tjenesteproduksjon og stabilitet i allmennlegetjenesten. Forskningsrapport 10/1999. Handelshøyskolen BI, Institutt for offentlige styringsformer.

2. Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Fastlegereformen - En analyse av fastlegenes arbeidsbelastning og tjenestetilbud. Forskningsrapport 11/ 2003. Handelshøyskolen BI, Institutt for offentlige styringsformer.
3. Finnvold JE, Paulsen B. Før innføring av fastlegeordning. Brukervurderinger av allmennlegetjenesten i et veiskille. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning, 2002.
4. Finnvold JE, Svalund J, Paulsen B. Etter innføring av fastlegeordning - brukervurderinger av allmennlegetjenesten. Statistisk sentralbyrå. Rapport 2005/1.
5. Finnvold JE, Svalund J. Kronikere og personer med symptomer på lettere psykiske plager: bruk og vurdering av allmennlegetjenesten før og etter fastlegeordningen. Pasientenes opplevelse av variasjoner i kapasitet og andre legekarakteristika under fastlegeordningen. Rapport 2005.
6. Norheim OF, Carlsen B. Legens doble rolle som advokat og portvakt i fastlegeordningen. Evaluering av fastlegeordningen. Rokkansenteret, Program for helseøkonomi i Bergen, Notat 19/2003.
7. Dahle R, Skilbrei M. Fastlegeordningen og pasienter med store legebehov. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA Rapport 3/2003.
8. Ådnanes M, Hatling T, Grut L. Fastlegens tilbud og samarbeid vedrørende personer med en alvorlig psykisk lidelse. Trondheim, SINTEF Helse 2005.
9. Andersson HW, Tingvold L. Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer? Evaluering av fastlegeordningen med vekt på samarbeid, tilgjengelighet og kontinuitet i tjenestetilbudet. Trondheim, SINTEF Helse 2005.
10. Abelsen B, Karlsen Bæck DU, Kramvig B, Moilanen M. Lav stillingsstabilitet som utfordring for fastlegeordningen i Finnmark og Nord-Trøndelag. NORUT Samfunnsforskning AS, Rapport nr 06/05.
11. Breidablik HJ, Meland E. Pasientenes syn på fastlegeordningen - entusiasme med forbehold. Utposten 2004;33(7):36-8.
12. Hetlevik Ø, Hunskaar S. Listelengde, arbeidstid, ventetid og jobbtilfredshet blant fastleger i Bergen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(6):813-5.
13. Sandvik H. Fastlegeordningen: forventninger og erfaringer. Tidsskr Nor Lægeforen 2003;123(10):1319-21.
14. Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Legenes arbeidssituasjon etter ett år med fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(3):358-61.
15. Hasvold T. Listestørrelse og kvalitet i fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120(7):786-7.
16. Paulsen B. Fastlegeordning - pasientsammensetning og arbeidsbelastning for legene. Praksisveiling i fastlegekommunen Trondheim. Tidsskr Nor Lægeforen 1995;115(22):2797-800.
17. Fosse G, Jøsendal O. Forventninger til fastlegeordningen. Spørreskjemaundersøkelse blant allmennpraktiserende leger i Bergen kommune. Tidsskr Nor Lægeforen 1997;117(9):1316-9.
18. Carlsen B. Fastlegenes erfaringer med fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2003;123:1322-4.
19. Carlsen B, Norheim OF. Introduction of the patient-list system in general practice. Changes in Norwegian physicians' perception of their gatekeeper role. Scand J Prim Health Care 2003;21:209-13.
20. Grytten J, Skau I, Carlsen F. Brukertilfredshet i allmennlegetjenesten før og etter fastlegereformen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(5):652-4.
21. Hafstad A. Ingen bedring med fastleger. Aftenposten 21.5.2003.
22. Hasvold T, Johnsen R. Fastlegeforsøket: Evalueringsrapport. Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 1996.
23. TNS Gallups kommuneundersøkelse 2003. www.tns-gallup.no/arch/_img/189702.pdf.
24. Norsk Respons. Holdning til legetjenester og andre offentlige tjenester. Landsomfattende Omnibus 2. - 4. mai 2005. www.legeforeningen.no/asset/25705/2/25705_2.pdf.
25. Carlsen F. Listetaksavvik og tilfredshet med fastlegetilbudet. Økonomisk Forum 2005;59(6):22-32.

10. Effektivitet

I oppdragsbeskrivelsen har departementet gitt følgende utgangspunkt for evalueringen av dette området:

Fastlegeordningens formål er å bedre kvaliteten på allmennlegetjenesten blant annet gjennom å bidra til en rasjonell utnyttelse av de samlede legeressurser i landet. Mulighet for rasjonell utnyttelse av de samlede legeressursene i landet er blant annet avhengig av legedekning og arbeidsdeling mellom legespesialister og allmennleger. Man ønsker en evaluering rettet mot om og i hvilken grad Fastlegereformen medfører en mer rasjonell bruk av legeressursene med spesielt fokus på allmennlegetjenesten. For den enkelte allmennlege vil Fastlegereformens klargjøring av ansvarsforhold gi større mulighet for å planlegge og organisere legepraksisen og kunne gi en mer rasjonell utnyttelse av allmennlegens tid. Den enkelte fastlege får oversikt over og blir kjent med sin listepopulasjon. For samarbeidspartnere innen det kommunale tjenesteapparatet og i forhold til spesialisthelsetjenesten vil fastlegen være en koordinator og ”postkasse” for sine pasienter.

Følgende prosjekter faller innenfor dette området:

Tabell 10.1. Hovedprosjekter med deres respektive dekning av indikatorer under evalueringsområdet effektivitet

Prosjektnr	Prosjektleder Institusjon	Prosjekt (rapport)	Organisering	Koordinering	Samarbeid
144311/330 158403/V50	Rune Sørensen Handelshøyskolen BI	Forskningsbasert evaluering av fastlegeordningen	x	x	
144317/V50 144332/V50 158410/V50	Bård Paulsen SINTEF Jon-Erik Finnvold Statistisk sentralbyrå	Evaluering av Fastlegereformen med utgangspunkt i SSBs levekårsundersøkelser	x	x	
144319/V50	Tone Opdahl Mo SINTEF Teknologiledelse	Legers arbeidsvilkår under Fastlegereformen	x	x	
144331/V50 158361/V50	Tor Iversen Universitetet i Oslo	Evaluering av Fastlegereformen	x		
144337/330	Ole Frithjof Norheim Universitetet i Bergen	Legens doble rolle som advokat og portvakt i fastlegeordningen	x		x
152217/330	Rannveig Dahle NOVA	Pasienter som trenger å gå ofte til lege		x	
152218/330	Ola Jøsendal Nordhordland legevakt	Evaluering av interkommunal legevakt før og etter innføring av fastlegeordningen		x	
158395/V50	Kari Jorunn Kværner Universitetet i Oslo	Pasienter med oppfølgingsbehov. Samhandling og ressursutnyttelse i fastlegereformen			x
158397/V50	Hanne Heen Arbeidsforskningsinstituttet	Styring og samarbeid i fastlegeordningen	**		
158399/V50	Marian Ådnanes SINTEF	Fastlegenes tilbud og samarbeid med andre tjenester når det gjelder pasienter med alvorlige psykiske lidelser		x	x
158402/V50	Helle Wessel Andersson SINTEF	Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer?			x

** Dette prosjektet har fått et eget kapittel (10.4. Effektivitet – Styring)

Tabell 10.2. Småskalaprojekter med deres respektive dekning av indikatorer under evalueringsområdet effektivitet

Prosjektnr	Prosjektleder	Prosjekt (rapport)	Organisering	Koordinering	Samarbeid
144334/V50	Gunvor Eikeland	En studie av hensiktsmessigheten av øyeblikkelig hjelp innleggelser ved St. Olavs Hospital			x
144334/V50	Ivar Halvorsen	Legesøkningsatferd til legevakten i Stavanger kommune før og etter innføringen av fastlegeordningen		x	
144334/V50	Anne Helen Hansen	Tilgjengelighet ved fastlegekontorene i Troms	x		
144334/V50	Øystein Hetlevik	Listelengde, arbeidstid, ventetid og jobbtilfredshet blant fastleger i Bergen	x		
144334/V50	Erling Iveland	337 sykebesøk på dagtid fra Oslo Legevakt		x	
144334/V50	Ola Jøsendal	Legevaktaktivitet før og etter innføring av interkommunal legevakt og fastlegeordning		x	
144334/V50	Bjørnar Nyen	Legevaktsøkning og fastlegeordning		x	
144334/V50	Hogne Sandvik	Fastlegeordningen: forventninger og erfaringer	x		
144334/V50	Tore W. Steen	Forekomst av genital infeksjon med Chlamydia trachomatis blant 18-29 åringer i Oslo	x		

10.1. Effektivitet – Organisering

Departementet utarbeidet følgende problemstillinger (nøkkelsspørsmål) for dette evalueringsområdet:

- Hva betyr det for legen å ha ansvar for en navngitt gruppe personer? Medfører dette en mer planlagt drift av legekantoret som helhet, i forhold til eventuelle offentlige legeoppgaver og i forhold til eksempelvis pasienter med stort behov for allmennlegetjenester?
- Medfører Fastlegereformen endringer i forhold til hvor stor andel av allmennlegens tid som benyttes til konsultasjoner, ikke-medisinsk virksomhet, papirarbeid? Medfører fastlegeordningen endret organisering av virksomheten på legekantoret?

Legene har rollen som "pasientens advokat" samtidig som de er "portvakt" for Folketrygdens ytelser og bruk av spesialisthelsetjenester. Denne rollekonflikten kan forsterkes som følge av Fastlegereformen. Reformen kan innebære at legen gjennom et ønske om å gjøre det beste for "sine" pasienter, eller som følge av økte forventninger fra "sine" pasienter, tar noen prøver ekstra, henviser til spesialist for sikkerhets skyld. På den annen side kan det motsatte skje, nettopp fordi legen kjenner pasienten over tid, er det mulig å vurdere hva som er nødvendig, man kan se situasjonen an.

- Medfører reformen endringer i legeatferd, eksempelvis konsultasjonstyper og omfang, oppfølging av pasienter med kroniske lidelser, henvisninger, prøvetaking, sykmeldinger? Skjer det noen endringer i allmennlegens aktivitetsmønster avhengig av om det er en ny eller videreført lege-pasientrelasjon? Er det ulikheter i forhold til ulike typer avtaler/avlønning, eventuelt felleliste?

Prosjektnr: 144311/330 158403/V50	Prosjektleder: Rune Sørensen	Prosjekt: Forskningsbasert evaluering av fastlegeordningen
--	--	--

Analysene bygger på to spørreskjemaundersøkelser blant allmennleger, i 1998 og 2002. 1 639 besvarte spørreskjemaet i 1998 (svarprosent 66), 2 306 i 2002 (svarprosent 70). Mange av spørsmålene gikk igjen i begge spørreundersøkelsene, men i tillegg inneholdt undersøkelsen i 2002 en bolk om allmennlegenes situasjon etter Fastlegereformen.^{1,2}

Det er også brukt data fra trygdeetatens legeregningsskontroll som inneholder pasientdata (alder, kjønn og ICPC-diagnose) og refusjonsdata.³ Videre har en opplysninger om legens alder, kjønn og arbeidskommune, samt om vedkommende er spesialist i allmennmedisin. Til dette har man så koblet data fra fastlegedatabasen (listelengde, listetak, tilgang/avgang, alders- og kjønns sammensetning).

Nesten 50 % av fastlegene mente at de hadde tilstrekkelig med tid til hver enkelt pasient, 35 % kunne ønske seg noe mer tid. Det var ingen sammenheng mellom listelengde og legenes ønske om mer eller mindre tid per pasient. Leger med lange lister (> 1 600) fant det lettere å innpasse akuttpasienter sammenlignet med leger med korte lister (< 800).

Endringer i legenes tjenesteproduksjon

Her skiller man mellom effekter av listesystemet, finansieringsordningen og generelle trender.⁴

1. Effekter av listesystemet kan være at legen får et større ansvar i forhold til pasientene, kanskje med flere kontroller av relativt friske pasienter, økt etterspørsel, flere henvisninger. Men man kan også tenke seg at bedre kjennskap til pasientene kan redusere behovet for hyppige kontroller og henvisninger.
2. Virkningen av de økonomiske insentivene vil variere, avhengig av hvilken kontraktsform legen hadde før reformen. Størst effekt forventes for de tidligere fastlønnslegene, men den rene insentiveffekten kan svekkes

av en seleksjonseffekt (ulik prioritering, tidligere fastlønnsleger lar seg i mindre grad motivere av økonomiske insentiver).

- Andre endringer har også betydning, som økt allmennlegedekning og legesøkningsatferd i befolkningen. Økt kapasitet i 2.linjetjenesten kan ha gjort det lettere å henvise.

Et hovedtrekk er at antall konsultasjoner per lege har økt. Økningen er sterkest for tidligere avtaleløse leger, dernest for tidligere fastlønnsleger og minst for leger med tidligere driftstilskudd.

Tabell 10.1.1. Produksjon og arbeidstid i praksis. Andeler i prosent

	Fastlønn		Driftsavtale		Uten driftsavtale		Fastlegeforsøket	
	1998	2002	1998	2002	1998	2002	1998	2002
Antall konsultasjoner per år	2 341	2 657	3 689	3 782	3 232	3 715	3 588	3 833
Antall andre pasientkontakter per år	1 457	1 993	2 796	2 765	2 168	2 221	1 821	2 074
Andel pasienter henvist til poliklinikk/sykehus	8,4	9,2	6,5	7,8	5,4	7,3	6,7	7,1
Andel pasienter henvist til spesialist	7,1	8,3	6,3	7,9	7,6	9,2	6,2	7,7
Andel pasienter henvist til røntgen	8,2	8,9	8,4	9,5	9,5	10,3	6,7	7,8
Antall kurative arbeidsuker per år	39,2	40,8	42,5	46,1	41,7	42,7	42,5	42,0
Antall kurative timer per uke	26,4	25,0	33,4	28,7	31,1	29,4	34,7	29,2
Antall kurative timer per år	1 053	1 035	1 436	1 248	1 330	1 249	1 481	1 233
Antall timer i offentlig legearbeid per uke	6,6	6,1	5,0	4,7	1,1	3,7	4,8	4,4
Antall legevakter per måned	4,5	3,4	2,4	1,9	0,6	1,5	2,1	1,1
Andel leger der mer enn 50 % av konsultasjonene varer over 20 minutter	23,0	14,5	10,4	10,3	24,1	13,2	11,7	5,1
Antall pasientkontakter per time	4,1	5,3	4,9	5,9	4,4	5,1	4,0	5,0
N	300	297	1 125	1 566	137	152	77	78

Data fra legeregningskontrollen 1996 - 2001 viser imidlertid at det også har vært en jevn økning i antall konsultasjoner i perioden før reformen, trolig et uttrykk for at det har vært en generell trend i retning av økt tjenesteproduksjon per lege. Disse dataene tyder på at trendeffekten er sterk sammenlignet med reformeffekten. 50 % av økningen som observeres mellom 1998 og 2002, kom i perioden 1998 - 2000, altså før reformen trådte i kraft.

Når det gjelder andre pasientkontakter er det bare registrert en økning for de tidligere fastlønnslegene, men dette kan delvis tilskrives en mulig underrapportering fra disse i 1998. Fastlønnslegene kan ha undervurdert antallet ettersom de ikke brukte Normaltariffen og krevde takster for eksempel telefonkontakt i 1998.

Andelen av pasientene som er blitt henvist til spesialister, poliklinikker, sykehus og private røntgeninstitutt har økt, men i beskjeden grad. På årsbasis er det beregnet en økning på 11 henvisninger for tidligere fastlønnsleger og 15 for tidligere driftstilskuddleger. Økningen kan skyldes bedre kapasitet i 2. linjetjenesten (trendeffekt), men kan også være en effekt av selve reformen (økt ansvarsfølelse).

Det har vært en nedgang i kurativ arbeidstid på 149 timer per år for tidligere privatpraktiserende leger med kommunal avtale. Fastlønnslegene har ikke endret sin arbeidstid, mens leger i fastlegeforsøket har redusert arbeidstiden med 267 timer per år.

For alle legene har antall pasientkontakter per time økt, med størst økning for de tidligere fastlønnslegene. Økningen er ikke signifikant for de avtaleløse og legene som deltok i fastlegeforsøket. Nedgangen i andel konsultasjoner som varer over 20 minutter er ikke signifikant når en korrigerer for ulikheter i materialene i 1998 og 2002.

En evt. effekt av listesystemet rammet alle legene likt da reformen ble innført. Det antas også at generelle trendeffekter vil ramme alle legene likt. Disse to effektene blir dermed "rensket ut" når en studerer endringer i tjenesteproduksjonen over tid mellom leger som hadde ulike kontraktsformer før reformen. Dette gjør oss i stand til å isolere effekten av kontraktsform (insentiveffekt). Før reformen hadde avtalelegene 889 flere konsultasjoner enn fastlønnslegene per år (når en har korrigert for ulikheter i materialene fra 1998 og 2002). Etter reformen var forskjellen 708 (etter tilsvarende korrigering). Denne siste forskjellen (708) uttrykker seleksjonseffekten, dvs. at legene har ulike preferanser (de har

samme kontraktform og insentivtype). Insentiveffekten av reformen utgjør $(889 - 708) = 181$ konsultasjoner. Seleksjonseffekten er altså betydelig sterkere enn insentiveffekten.

Tilsvarende er også forskjellene i kurativ arbeidstid redusert mellom tidligere avtaleleger og fastlønnsleger, fra 206 timer i 1998 til 107 timer i 2002.

Alt i alt har det vært en økning fra 39 % til 48 % i andelen leger som rapporterte at tiden de brukte per pasient var passe.

Listelengde, rasjonering og indusering

Teorien som motiverer de følgende analysene er at for lange lister kan medføre rasjonering av tjenesteproduksjonen, med derpå følgende lange ventetider for behandling.⁵ For korte lister kan medføre tilbudsinduksjon. Legen kompenserer da en mangel på pasienter med økt tjenesteproduksjon per konsultasjon for å skaffe seg ekstra inntekt. Både rasjonering og indusering er to potensielle svakheter med et finansieringssystem basert på per-capita-avlønning i kombinasjon med stykkprisavlønning. En potensiell ulempe med det norske finansieringssystemet kan være den høye stykkprisandelen. Dette kan anspore legene til tilbudsinduksjon ved å foreta mange gjeninnkallinger, og/eller ved å utføre for mange behandlinger/prøver.

I analysene skilles det mellom *effekter på konsultasjoner* og *effekter på refusjoner per konsultasjon*. Gitt at det ikke er rasjonering, vil en forvente at antall konsultasjoner per lege øker proporsjonalt med listelengden, dvs. at tilgjengeligheten for den enkelte pasient er uavhengig av listelengde. Dette svarer til en elastisitet på 1. Antall konsultasjoner per listeperson vil da være uavhengig av listelengden. En elastisitet lavere enn 1 kan både tolkes som rasjonering og induksjon.

Det er selvsagt mest sannsynlig at det er induksjon når listelengden er særlig kort og at det er rasjonering når den er lang, og ingen av delene når listelengden er optimal. Det er lite sannsynlig at det vil forekomme rasjonering med hensyn på refusjoner per konsultasjon. Her kan en derfor tenke seg to regimer: en optimal listelengde uten rasjonering eller indusering, og et hvor det er indusering.

En metodologisk utfordring er hva som er årsak og virkning mellom listelengde og tjenesteproduksjon. Listelengden kan være tilpasset pasientenes sykелighet, slik at antall konsultasjoner bestemmer listelengden. For å komme rundt dette metodeproblemet, benyttes to-trinns-regresjon (2SLS) og instrumentvariabler (variabler som er korrelert med den uavhengige variabelen, men ikke med residualen). I første trinn estimeres en modell med listelengde som avhengig variabel og et sett instrumentvariabler som er høyt korrelert med listelengde (kommunens frie inntekter, folketall, demografiske kjennetegn – faktorer som definerer rammene for kommunens beslutning om antall fastleger i kommunen). I andre trinn brukes predikert listelengde som uavhengig variabel hvor man analyserer konsultasjoner og refusjonsinntekter per konsultasjon.

Analysene er gjort på to materialer, allmennlegeundersøkelsen 2002 og legereningskontrollen.⁵ Resultatene er konsistente på tvers av datasettene.

I den vanlige regresjonsanalysen basert på allmennlegeundersøkelsen 2002 (antall konsultasjoner per lege) er elastisiteten 0,823, noe som kan tyde på at fastlegene enten induserer eller rasjonerer konsultasjoner. Ved bruk av instrumentvariabler for listelengde øker elastisiteten til 0,939. At elastisiteten øker ved bruk av instrumenter, støtter antagelsen om at fastlegene også tar hensyn til egenskaper ved pasientpopulasjonen når listelengden bestemmes.

Når en inkluderer nye variabler i modellen (legene oppgir at de har for mye eller for lite å gjøre), er det en svak positiv effekt av det å ha for lite å gjøre på antall konsultasjoner per lege. Dersom en bruker instrumentert listelengde, finner man en svak negativ effekt, dvs. at de legene som har for lite å gjøre, har færre konsultasjoner.⁶

Det er også gjort en undersøkelse av variasjon i antall legeinitierte konsultasjoner per fastlege. Dersom legene induserer, ville en forvente at leger med korte lister gjeninnkaller pasientene mer enn leger som har lange lister. Det ser imidlertid ikke ut til å skje. Ved bruk av instrumentvariabler for listelengde er elastisiteten 0,985. Dersom en inkluderer variablene for mye/lite å gjøre, finner en at leger som har for lite pasienter, også har færre gjeninnkallinger.

Når en analyserer antall konsultasjoner per lege med utgangspunkt i legeregningsskontrollen og bruker instrumentert listelengde, er elastisiteten 0,972 – nesten identisk med allmennlegeundersøkelsen.

Når en analyserer antall laboratorieprøver per konsultasjon per fastlege, finnes en svak positiv effekt av listelengde på antall prøver (allmennlegeundersøkelsen 2002). Effekten er omtrent like stor om man bruker instrumentert listelengde eller ikke. Dette tyder på at fastleger med lange lister tar litt flere prøver sammenlignet med leger med korte lister. Effekten er grensesignifikant og kan muligens tilskrives forskjeller i praksisprofiler. Om man inkluderer variabelen for lite å gjøre, finner man en svak negativ effekt. Fastleger som oppgir at de har for lite pasienter, kompenserer ikke ved å ta flere prøver. Det er faktisk omvendt.

Med utgangspunkt i legeregningsskontrollen har en brukt refusjoner per konsultasjon som avhengig variabel, og finner omtrent det samme som i allmennlegeundersøkelsen (laboratorieprøver).⁵

Endelig har man også gjort en analyse på materialet fra allmennlegeundersøkelsen for å se om listelengden influerer på bruk av tidstaksten. Her er imidlertid konfidensintervallet vidt og resultatet usikkert (oddskoeffisient 0,63, 95 % konfidensintervall fra -1,34 til 0,40). Resultatet gir ikke støtte til at det er indusering/rasjonering. Et tilsvarende resultat ble funnet når man analyserte bruk av tidstakst i legeregningsskontrollen 2001.

Regresjonsanalysene viser for øvrig at konsultasjonstallet øker hvis legen er mann, spesialist i allmennmedisin og arbeider i solo praksis. Det samme gjelder antall legeinitierte konsultasjoner. Her spiller også pasientenes alder en rolle, ved at legeinitierte konsultasjoner øker med andel gamle på listen. Bruk av laboratorieprøver øker også med andel gamle på listen, og med legens alder, samt når praksisen har avansert laboratorieutstyr. Total trygdefusjon øker med andel kvinner på listen, mannlig lege og spesialist i allmennmedisin. Bruk av tidstakst øker med andel gamle på listen og hvis legen ikke er spesialist.

Mer om pasientknapphet og inntektsmotivert legeatferd

Hvorvidt fastleger som har for få personer på liste kompenserer med å øke tjenesteproduksjonen per pasient, har vært et kontroversielt tema i evalueringsprosessen. Sørensen forskergruppe har derfor senere utvidet analysene, både metodologisk og ved å inkludere flere datamaterialer.³

Analysene av folketrygdens utgifter til allmennlegetjenesten før og etter Fastlegereformen ga ikke holdepunkter for å trekke den slutning at mangel på pasienter medførte økt tjenesteproduksjon per pasient (se kapittel 7.1), men disse analysene er utført på aggregerte data, og er derfor usikre. Det kan tenkes at økt tjenesteproduksjon blant leger som har for lite å gjøre oppveies av lavere tjenesteproduksjon blant leger som har for mye å gjøre. De har derfor utført flere analyser på mikronivå (lege- og pasientnivå).^{3,7}

Gjennom *tradisjonelle* regresjonsanalyser utført på flere ulike materialer (allmennlegeundersøkelsen 2002 og legeregningsskontrollene 2001, 2002 og 2003) finner de at leger med ”for lite å gjøre” har 6 - 15 % høyere konsultasjonsfrekvens per lege. Tilsvarende finner de at disse legene har 8 - 15 % høyere konsultasjonsfrekvens per listeperson. En finner noe sterkere effekter ved bruk av registerdata enn ved bruk av spørreskjema. I registerdata defineres ”for lite å gjøre” med at listelengden er minst 100 personer mindre enn listetaket. I spørreskjemaundersøkelsen er legene spurt direkte om de har for lite eller for mye å gjøre.

Tolkningen av disse resultatene forutsetter imidlertid at legene kun tar imot egne listepasienter, eller at ”eksterne” pasienter er tilfeldig fordelt mellom legene. Denne forutsetningen holder neppe. Allmennlegeundersøkelsen 2002 viste at leger med for lite å gjøre har flere eksterne konsultasjoner (9,8 %) enn leger som har for mye å gjøre (5,1 %) eller som er tilfreds med antall pasienter (6,3 %). Legeregningsskontrollen viser at leger som mangler pasienter, gjør hyppigere bruk av takster for eksterne pasienter (først og fremst takst 2hd) enn leger som ikke mangler pasienter. Ved å kombinere SSBs levekårsundersøkelse med opplysninger om fastlegenes listetak og listelengde, viser det seg også at respondenter som er tilknyttet leger som har ”for mye å gjøre” i større grad benytter seg av andre allmennleger enn respondenter som er tilknyttet fastleger som har ”for lite å gjøre.”

Når Sørensen har brukt *to-trinns-regresjon* (2SLS) med en predikert listelengde basert på instrumentvariable, får i realiteten leger som har for lite å gjøre en lengre liste, og leger som har for mye å gjøre en kortere liste. Det

skjer en utjevning, slik at alle legene får nesten samme listelengde. Denne utjevningen er ment å kompensere for forskjeller i andel eksterne pasienter mellom de ulike legene.

En alternativ analyse er å gjøre tradisjonell regresjon hvor man først trekker ut alle de eksterne konsultasjonene. Når man gjør dette på allmennlegeundersøkelsen, finner man at leger som har for lite å gjøre, har 3 % flere konsultasjoner per lege og 4 % flere konsultasjoner per listeperson. Disse forskjellene er ikke statistisk signifikante. Det er ikke mulig å trekke ut alle eksterne konsultasjoner i legeregningskontrollen, da de fleste slike konsultasjoner skjer innad i gruppepraksiser og ikke utløser bruk av ekstra takster. En tilsvarende analyse som begrenser seg til fastleger i solopraksis, viser at leger med for lite å gjøre har 4 - 5 % flere konsultasjoner per lege og 7 - 9 % flere konsultasjoner per listeperson. Heller ikke dette er statistisk signifikant. Når de i siste trinn inkluderer kommunespesifikke variabler i sine analyser, reduseres effekten av "for lite å gjøre" til å bli tilnærmet lik 0.

Prosjektnr: 144317/V50 144332/V50 158410/V50	Prosjektledere: Bård Paulsen Jon-Erik Finnvald	Prosjekt: Evaluerings av Fastlegereformen med utgangspunkt i SSBs levekårsundersøkelser
--	---	---

Datagrunnlaget bygger i hovedsak på levekårspanelet, som ble etablert 1. halvår 1997. Panelet omfatter et utvalg på ca. 5 000 personer, der de samme personene blir kontaktet år etter år. De som er med blir intervjuet ved besøk, men det blir også gjort telefonintervju. Spørreskjemaet er organisert rundt faste sekvenser av spørsmål om helse, arbeid og bostedsforhold. Første gangen det ble stilt spørsmål om legetjenester, var i 2000. Dette temaet ble fulgt opp i 2001 og 2002. I 2003 var spørsmål om legetjenester et hovedtema. I tillegg til opplysningene som blir gitt gjennom intervjuene, blir informasjon om svarpersonenes bakgrunn gjort tilgjengelig gjennom registerkoblinger. Dette gjelder dels individopplysninger, slik som utdanningslengde og inntekt. Dels gjelder det også ulike egenskaper ved svarpersonenes bostedskommune, herunder trekk ved det lokale legetilbudet. Disse opplysningene er hentet fra oversikten til Statistisk sentralbyrå over personell og virksomhet i kommunehelsetjenesten. Man har også koblet til opplysninger fra Rikstrygdeverkets register over fastlegene. Svarprosenten for levekårspanelet er normalt på omtrent 70 %.⁸⁻¹⁰

Omfanget av forebyggende helsekontroller ble kartlagt med følgende formulering:

"Har du i dag faste avtaler med allmennlege om kontroller av egen helse, avtaler som gjelder uavhengig av om du er syk eller ikke?"

I 2003 hadde 22 % av de spurte hatt slik kontakt. Det totale antall kontakter med allmennlege (utenom legevakt) fordelte seg med 1/3 på forebyggende og 2/3 på kurative kontakter. 2/3 av de forebyggende kontaktene ble initiert av lege. Denne type kontakter økte sterkt med pasientenes alder og med dårligere egenvurdert helse. For pasientinitierte kontakter hadde ikke egenvurdert helsetilstand noen betydning.

En kunne kanskje forvente at omfanget av forebyggende kontakter ville øke etter innføringen av fastlegeordningen, men tabell 10.1.2 viser at andelen som mottar forebyggende kontakter faktisk er noe redusert. Imidlertid viser den neste tabellen at de som har hatt forebyggende kontakt, har fått flere. Gjennomsnittet økte fra 3,0 til 3,6 kontakter siste 12 måneder, en vekst som var signifikant.

Tabell 10.1.2. Respons på spørsmålet "Har du i dag faste avtaler med allmennlege om kontroller av egen helse, avtaler som gjelder uavhengig av om du er syk eller ikke?" Prosentandel som hadde faste avtaler

År	Prosent	95 % konfidensintervall	N
2001	25	24 - 27	3 032
2003	22	21 - 24	3 030

Tabell 10.1.3. Respons på spørsmålet "Hvor mange kontroller har du vært på de siste 12 månedene?"

År	Antall	Gjennomsnitt	95 % konfidensintervall	N
2001	2 258	3,0	2,7 - 3,2	753
2003	2 389	3,6	3,3 - 4,0	656

Alder og sykkelighet synes å øke sin statistiske forklaringskraft i perioden. Det er i 2003 enda sterkere sannsynlighet for at eldre med dårlig egenvurdert helse dominerer blant pasientene som har avtaler om helsekontroller. Dette kan tyde på at allmennlegetjenesten er blitt mer målrettet på dette punktet. 9 % av dem som i 2001 var uten fast lege, hadde avtaler om helsekontroll. Etter at disse hadde fått fast lege, var det i 2003 fortsatt bare 10 % som hadde avtale om slike kontroller. Målt i antall forebyggende kontakter var det imidlertid en sterk vekst, men fra et lavt utgangspunkt (100 kontakter i 2001, 231 i 2003). Dette kan tyde på at det blant personer som ikke hadde fast lege ved innføring av fastlegeordningen, var en gruppe som hadde et underforbruk av forebyggende kontakter.

I 2001 sa 40 % av dem som hadde vært i kontakt med allmennlegetjenesten at de hadde blitt henvist til spesialist i løpet av det siste året. Det var en sterk sammenheng mellom dårlig egenvurdert helse og henvisninger til spesialist. De som hadde fast lege, ble henvist oftere, uavhengig av egenvurdert helse og alder. Varigheten av det faste lege-pasientforholdet spilte ingen rolle. Det var noen flere som rapporterte at de var blitt henvist til spesialist i 2003 (46 %). De hadde i gjennomsnitt fått 1,6 henvisninger, både i 2001 og 2003.

Noen av disse faktorene avhenger av hverandre (for eksempel alder, kjønn, egenvurdert helse). I en multivariatanalyse hvor man kontrollerer for slike forhold, viser det seg at egenvurdert helse er den sterkeste forklaringsfaktoren. Jo dårligere egenvurdert helse, desto større sjanse er det for å bli henvist til spesialist. Denne faktoren er imidlertid ikke like viktig i 2003 som i 2001. I 2003 viser det seg dessuten at det å bo i de mest sentrale kommunene øker sjansen for å bli henvist. Dette kan ha sammenheng med den nye henvisningsordningen, ved at de som tidligere gikk direkte til spesialist i større grad enn tidligere nå må innom allmennlegen for å få henvisning.

Et typisk trekk ved situasjonen i 2001 var at det eksisterte en betydelig gruppe med en lavere henvisningsfrekvens, nemlig de som ikke hadde fast lege. En slik gruppe lar seg nesten ikke lenger identifisere etter reformen. Paneldata gjør det mulig å identifisere de som manglet fast lege før reformen, men som hadde etablert en fast relasjon etter reformen. Fastlegeordningen har hatt en særlig betydning for nettopp denne gruppen, hvor andelen som ble henvist økte fra 28 % til 43 %.

Antall polikliniske kontakter på sykehus økte med 14 % fra 2001 til 2003, mens kontakter med privatpraktiserende spesialister økte med 27 %.

Tabell 10.1.4. Andel som var blitt henvist til spesialist siste 12 mndr. I alt og etter alder, kjønn, egenvurdert helse, utdanning, om man har fast lege, legepraksis, sentralitet og andel turnuskandidater i bostedskommunen. 2001 og 2003

	2001		2003	
	Prosent	N	Prosent	N
Alle	40	1 496	46	1 477
Alder				
16 - 24 år	31	180	41	177
25 - 44	39	594	44	588
45 - 66	43	544	48	542
67 - 79	46	156	51	138
80 år og eldre	52	23	41	32
Kjønn				
Kvinner	43	879	46	868
Menn	37	618	44	609
Egenvurdert helse				
Svært god	27	298	36	278
God	37	729	43	655
Verken god eller dårlig	49	313	50	359
Dårlig/svært dårlig	58	156	56	180
Utdanning				
Ungdomsskole eller kortere	45	211	40	202
Videregående skole	38	887	46	856
Universitets- og høyskoleutdanning, lavere nivå	43	320	49	333
Universitets- og høyskoleutdanning, høyere nivå	42	72	46	82
Fastlege				
Har fast lege	44	1 156	46	1 435
Har ikke fast lege	29	341	26	42
Legepraksis				
Solopraksis	41	291	46	219
To-legepraksis	39	154	46	152
Legesenter	40	1 014	45	1 076
Geografi				
Bosatte i kommuner med > 20 % turnusleger	46	150	47	115
Bosatte i kommuner med < 20 % turnusleger	40	1 347	45	1 360
Sentralitet				
0. Minst sentrale kommuner	45	189	46	166
1. Mindre sentrale kommuner	45	143	43	135
2. Sentrale kommuner	42	299	42	344
3. Mest sentrale kommuner	38	866	48	832

Kronikere og personer med symptomer på lettere psykiske plager

Det er også gjort en nærmere analyse av fire grupper med kronisk somatisk sykdom eller lettere psykiske plager. De somatiske diagnosene er basert på åpne spørsmål om varige helseproblemer. Svarene er senere kodet etter ICD-9. Et eget spørreskjema ble brukt til å identifisere 10 % som hadde symptomer på "lettere psykiske lidelser".

Tabell 10.1.5 og 10.1.6 viser at pasienter med hjerte- og karsykdommer får flere forebyggende kontakter enn de andre gruppene, og at forskjellene har økt etter fastlegeordningen. Disse funnene er også signifikante når en korregerer for forskjeller i kjønn, alder, utdanningslengde og egenvurdert helse. Økende alder og dårligere egenvurdert helse har for øvrig en egen betydning, og denne sammenhengen synes å være tydeligere i 2003 enn i 2001.

Tabell 10.1.5. Andel som hadde hatt forebyggende kontroller. Etter sykdomsgruppe. 2001 og 2003.

	2001		2003	
	Prosent	N	Prosent	N)
Muskel- og skjelettsykdom	30	563	27	563
Hjerte- og karsykdom	45	329	50	329
Sykdom i åndedretsorganene	26	400	23	400
Psykiske lidelser	29	258	28	260
Uten kronisk sykdom	20	1 435	15	1 434

Tabell 10.1.6. Forebyggende kontakter siste 12 måneder etter sykdomsgruppe. Gjennomsnitt og antall. 2001 og 2003.

	Gjennomsnitt		Antall		N
	2001	2003	2001	2003	
Muskel- og skjelettsykdom	1,2	1,3	664	739	556
Hjerte- og karsykdom	1,8	2,2	580	725	328
Sykdom i åndedretsorganene	0,9	0,9	346	345	399
Psykiske lidelser	1,5	1,7	382	450	259
Uten kronisk sykdom	0,5	0,4	651	618	1 436

Tabell 10.1.7 og 10.1.8 viser at det er små endringer i henvisningsmønsteret for de ulike gruppene med kronisk sykdom. Det er imidlertid en økende andel uten kronisk sykdom som er blitt henvist etter fastlegeordningen.

Tabell 10.1.7. Andel som var blitt henvist til spesialist av allmennlege. Etter sykdomsgruppe. 2001 og 2003.

	2001		2003	
	Prosent	N	Prosent	N
Muskel- og skjelettsykdom	49	343	51	330
Hjerte- og karsykdom	46	188	48	162
Sykdom i åndedretsorganene	45	236	47	227
Psykiske lidelser	52	176	52	161
Uten kronisk sykdom	34	612	41	626

Tabell 10.1.8. Henvisninger siste 12 måneder etter sykdomsgruppe. Gjennomsnitt og antall. 2001 og 2003.

	Gjennomsnitt		Antall		N
	2001	2003	2001	2003	
Muskel- og skjelettsykdom	0,5	0,5	300	276	563
Hjerte- og karsykdom	0,5	0,4	148	128	328
Sykdom i åndedretsorganene	0,5	0,4	191	159	399
Psykiske lidelser	0,7	0,5	187	137	259
Uten kronisk sykdom	0,2	0,3	321	443	1 436

Pasientenes opplevelse av variasjoner i kapasitet og andre legekarakteristika

Her har man koblet data fra levekårpanelet til opplysninger fra Rikstrygdeverkets register over fastleger. Hensikten har vært å undersøke hvorvidt egenskaper ved paneldeltakernes leger og praksiser har konsekvenser for hvordan pasientene opplever tjenestetilbudet.

Listekapasitet er definert ut fra forholdet mellom ønsket listelengde og faktisk listelengde. Det gjennomsnittlige avviket mellom faktisk og ønsket listelengde er 92 personer. Det betyr at et flertall av paneldeltakerne står på listen til leger som har færre pasienter enn de egentlig ønsker. Men det er betydelig variasjon. I alt 10 % står på listen til leger som har mer enn 377 pasienter færre enn de ønsker, mens 10 % står på listen til leger som har over 76 pasienter flere enn de egentlig ønsker.

Andre legevariabler som er inkludert i analysene er spesialitet (45 % har ingen spesialitet), legens alder (10 % er over 60 år og 10 % er under 37 år), kjønn (23 % kvinner), praksistype (16 % solopraktikere). Det skilles også mellom leger som har en relativ dominans av kvinner på sin liste, og leger som har mange eller få pasienter over 80 år. Også her er ytterkategoriene definert ved hjelp av 10- og 90-persentilen. I tillegg er pasientenes alder, kjønn og egenvurderte helsetilstand med i analysene.

Det kan være en forventning om at kapasitet påvirker omfanget av (legeinitierte) forebyggende kontakter, ved at leger med for få pasienter kompenserer gjennom å innkalle flere til forebyggende kontakter, mens leger med for mange pasienter regulerer arbeidsbyrden gjennom ikke å ta initiativ til forebyggende kontakter. Denne forventningen innfris imidlertid ikke (tabell 10.1.9).

Multivariate analyser viser at det er variablene alder og sykелighet som har sterkest sammenheng med bruk av forebyggende legekontakter. Yngre leger (under 37 år) og kvinnelige leger innkaller noe sjeldnere til slike kontakter. Det var ingen tegn til at leger som mangler pasienter oftere innkaller til forebyggende kontakter.

Tabell 10.1.9. Andel som hadde hatt forebyggende kontakter siste 12 måneder. Etter listekapasitet. Prosent. 2003.

	Prosent	N
Listekapasitet		
Ønsker betydelig flere pasienter (> 377 færre pasienter på listen enn ønsket)	22	287
Ønsker flere pasienter (0 - 377 færre pasienter på listen enn ønsket)	21	1 889
Ønsker færre pasienter (0 - 76 flere pasienter på listen enn ønsket)	25	391
Ønsker betydelig færre pasienter (> 76 flere pasienter på listen enn ønsket)	27	293

De som hadde hatt forebyggende kontakter ble spurt hvor mange slike de hadde hatt i løpet av de siste 12 måneder. I tabell 10.1.10 har man beregnet gjennomsnittlig antall kontakter i grupper med ulike kapasitet. Heller ikke i denne tabellen er det noe som tyder på at leger med for få pasienter på listen sin innkaller oftere. Heller synes det motsatte å være tilfelle, nemlig at leger som har for mange pasienter, innkaller oftere. Dette skyldes trolig at leger som har for mange pasienter oftere enn andre leger har blitt aktivt valgt av pasienter som har et større behov for å ha en fast lege.

Tabell 10.1.10. Forebyggende kontakter siste 12 måneder. Etter listekapasitet. Gjennomsnitt og antall. 2003.

	Gjennomsnitt	Antall	N
Listekapasitet			
Ønsker betydelig flere pasienter (> 377 færre pasienter på listen enn ønsket)	0,8	230	287
Ønsker flere pasienter (0 - 377 færre pasienter på listen enn ønsket)	0,7	1 406	1 892
Ønsker færre pasienter (0 - 76 flere pasienter på listen enn ønsket)	0,9	345	391
Ønsker betydelig færre pasienter (> 76 flere pasienter på listen enn ønsket)	1,1	334	293

Det kan også være en forventning om at for mange pasienter på listen kan gi seg utslag i at legen håndterer en for stor arbeidsbyrde gjennom å henvise oftere. Man finner imidlertid heller ingen tegn til at dette skjer, eller at leger med færre pasienter enn de ønsker henviser sjeldnere. Multivariate analyser viser at egenvurdert sykелighet har sterkest sammenheng med henvisninger til spesialist. Eldre leger (over 60 år) og kvinnelige leger henviser noe oftere. Den statistiske forklaringskraften til legens kjønn og alder er imidlertid begrenset sammenlignet med egenvurdert sykелighet. Henvisningspraksis for leger med ulik listekapasitet er vist i tabell 10.1.11 og 10.1.12.

Tabell 10.1.11. Andel som var blitt henvist siste 12 måneder. Etter listekapasitet. Prosent. 2003.

	Prosent	N
Listekapasitet		
Ønsker betydelig flere pasienter (> 377 færre pasienter på listen enn ønsket)	45	132
Ønsker flere pasienter (0 - 377 færre pasienter på listen enn ønsket)	45	933
Ønsker færre pasienter (0 - 76 flere pasienter på listen enn ønsket)	45	189
Ønsker betydelig færre pasienter (> 76 flere pasienter på listen enn ønsket)	44	142

Tabell 10.1.12. Antall henvisninger siste 12 måneder. Etter listekapasitet. Gjennomsnitt og antall. 2003.

	Gjennomsnitt	Antall	N
Listekapasitet			
Ønsker betydelig flere pasienter (> 377 færre pasienter på listen enn ønsket)	0,3	89	287
Ønsker flere pasienter (0 - 377 færre pasienter på listen enn ønsket)	0,4	710	1 892
Ønsker færre pasienter (0 - 76 flere pasienter på listen enn ønsket)	0,3	128	391
Ønsker betydelig færre pasienter (> 76 flere pasienter på listen enn ønsket)	0,3	86	293

Prosjektnr: 144319/V50 **Prosjektleder:** Tone Opdahl Mo **Prosjekt:** Legers arbeidsvilkår under Fastlegereformen

Dette er en kvalitativ studie basert på intervju med 21 leger og observasjonsstudier ved 8 legesentre i 6 kommuner. Utvalget av kommuner, legekantor og leger er gjort for å få stor variasjon i materialet. For å få et inntrykk av endringer over tid ble de fleste legene intervjuet to ganger, en gang i 2001/2002 og en gang i 2003/2004.¹¹

Hovedinntrykket er at legene ikke hadde gjort særlige organisatoriske endringer fra de første intervjuene i 2001 til den siste kontakten i 2004. Det var mer usikkerhet omkring løsningene og en mer avventende holdning i de første intervjuene. Dette var borte i den andre intervjurunden, som i stor grad bekreftet det inntrykket man hadde fått i den første.

Mange leger, særlig de som var erfarne og hadde hatt de samme pasientene i mange år, syntes ikke at det hadde skjedd så store konkrete forandringer i deres hverdag etter fastlegeordningen. Noen fundamentale endringer var det likevel.

Da fastlegeordningen ble innført i 2001 fortalte noen av intervjupersonene at kommunen hadde publisert legenes listelengde i lokalavisa. Dette var uvant, og ble opplevd som avslørende. Etter hvert har listene fått en helt offentlig karakter, og informasjon om størrelsen på den enkelte leges liste ligger på hjemmesidene til Trygdeetaten. Legene er blitt mer synlige som enkeltpersoner i utøvelsen av arbeidet. Dette er nytt i forhold til tidligere, da legetjenesten var mindre synlig og folks tilgang til kunnskap om enkeltleger var mer begrenset. Fastlegeordningen gir dermed mulighet til å sammenligne enkeltleger med utgangspunkt i enkle målbare kriterier.

Men listesystemet synliggjør også pasientene på en ny måte for legen, og en del av legene synes å ha blitt mer bevisste på hvem de har på listene, hvem de ønsker å ha, og hvilke kategorier de helst vil unngå.

Den første kategorien omfatter de stabile pasientgruppene, kjernepopulasjonen som sjelden skifter lege, og som legene på sin side ønsker å beholde. Fastlegeordningen har antagelig hatt minst betydning i forhold til disse pasientene. Det er særlig hvis slike pasienter slutter, at legene begynner å lure og føle usikkerhet. Blant disse pasientene finnes det imidlertid også enkelte som legene gjerne skulle sett skiftet lege, men som selv ikke ønsker det. Å ikke kunne avvise pasienter, kan oppleves som en belastning:

"Fastlegeordningen kan medføre en ulempe for meg... det kan bli mer slitsomt. Jeg kan ikke avslutte og sånn. Jeg har jo noen som går hos meg og som jeg noen ganger kunne ønsket var et annet sted. Så sier de ... du er jo fastlegen min, og da føler man seg fanget. Det kan bli slitsomt; jeg kan ikke avvise noen. Noen har bestemt seg for at ... ja, du må hjelpe meg, du er fastlegen min..."

Den andre kategorien består av personer med lite behov for legetjenester, og som i mindre grad enn andre hadde fast lege tidligere. Dette er ofte pasienter som vurderes som enkle, men som ut fra legenes antakelser er mer tilbøyelige til å skifte lege. Noen leger ga uttrykk for at dette er personer som de gjerne ønsker på listene og gjerne vil beholde. Kanskje er det disse pasientene, med minst behov for legetjenester, man konkurrerer om:

"Jeg strekker meg lenger i forhold til de enkle pasientene for jeg er opptatt av å holde på dem. Ikke så sjelden er sykmeldinger et kontroversielt tema, men jeg prøver å bli enige med dem. Jeg vil ikke miste dem."

Den siste kategorien er de som av ulike grunner kategoriseres som "vanskelige" pasienter. Det er grunn til å tro at disse personene også skifter lege relativt hyppig fordi det er vanskelig for dem å finne en lege de blir fornøyd

med. Dette er pasienter som mange leger helst ikke vil ha inn på sine lister. Ikke minst gjelder det pasienter med rusproblemer. En av strategiene for å unngå disse pasientene er å ha lukkede lister:

"Det er risikabelt å ha åpne lister – du vet aldri hvem du da får"

"Det er bedre å starte med en stor liste og redusere enn å gjøre det motsatte, for da har jeg litt mer kontroll over hvem jeg får. Listen min er full av greie folk; jeg har ingen misbrukere, jeg har silt ut folk som truer..."

Det ser likevel ut til at legene har en dobbel holdning til "vanskelige" pasienter. Selv om de i og for seg kunne ønske at en del av dem skiftet lege, mener flere leger at disse pasientene blir bedre ivaretatt nå enn før:

"Kvaliteten er blitt bedre fordi det er blitt fast definerte ansvarsområder. Det er en som må bite fast i problematikken og det gjelder særlig det som ingen ønsket å gripe fatt i, rus, alvorlig psykiatri, de må man gripe fatt i nå. Og jeg har følelsen av at det blir grepet fatt i."

De aller fleste ga uttrykk for at de var fornøyde med listene sine. Noen rapporterte at Fastlegereformen hadde medført en større variasjon i pasientgrunnlaget, og de var uten unntak fornøyd med det. De opplevde at det er positivt å ha et definert ansvar, som først og fremst ligger i det å vite hvem man har ansvar for, og hvem man dermed ikke har et definert ansvar for. De tenkte imidlertid lite på listen som en populasjon som kunne danne grunnlag for å tenke strategier overfor ulike typer/kategorier av plager og problemer.

Studien viste ellers at det var betydelig variasjon mellom fastlegene når det gjelder arbeidsstil. Mange hadde rundt 20 - 22 konsultasjoner per dag, men det varierte fra 14 - 15 og opp til rundt 30. De var ulike både med hensyn til opplevelsen av arbeidsbelastning i forhold til listestørrelse, hvor lange konsultasjoner de hadde, hvor mange pasienter de var komfortable med å ha på listen, og hva slags "stil" de hadde i relasjonen til pasienten. Selve organiseringen av legearbeidet syntes avgjørende for hvor stor liste legene klarte å betjene. Blant de viktige faktorene var systematikk, målrettethet og det å være å jour i arbeidet.

Med unntak av ØH-konsultasjoner lot de aller fleste legene pasientene komme med flere problemstillinger i en og samme konsultasjon. Noen leger mente imidlertid at pasientene lettere aksepterte å bare få ta opp et problem dersom ventetiden var kort. Fastlegeordningen kan også bidra til at enkeltkonsultasjoner i større grad sees innenfor en sammenheng av et mer stabilt og langvarig forhold mellom lege og pasient. Mulighetene for å begrense en konsultasjon kan dermed være større enn tidligere. På den annen side øker kravet til å kunne ta ansvaret dersom det dukker opp større og uventede problemstillinger i en konsultasjon.

Legen (og medarbeiderne) utvikler etter hvert kjennskap til den enkelte pasient og tilpasser sin atferd til vedkommende. Et eksempel kan være at pasienter som alltid trenger lang tid, blir satt opp på lange timer, evt. på slutten av dagen. Pasientene lærer også hva de kan forvente av legen og implisitt hvordan de bør forholde seg til akkurat sin lege. Over tid etableres en gjensidig tilpasning. En lege som hadde overtatt en del pasienter fra en annen sa for eksempel:

"Forventningen til hva vi skal gjøre er forskjellige. Legen jeg har overtatt for, er veldig ivaretagende og gjorde veldig mye for pasientene, men jeg vil ikke det, jeg vil ikke skrive alle disse attestene, jeg vil ikke følge med på alt... Jeg måtte starte med å gå opp noen grenser."

Legene beskrev det som negativt og problematisk dersom en lege ikke kunne betjene listen sin, og de andre på legekantoret måtte trå til. Den kollegiale fraværdekningen fungerte imidlertid i all hovedsak greit. Så godt som alle legene sa at det var mindre flyt av pasienter mellom legene på kontoret enn før. Tidligere hadde flere legekantor hatt interne vaktordninger der en lege tok alle akutte henvendelser en spesiell dag, men dette var nå sjeldnere. Legene tok i større grad hånd om sine egne pasienter, også ved behov for akutthjelp.

Før fastlegeordningen var selektiv legebruk og ensidig praksis blant kvinnelige leger et tema i forbindelse med kjønn i allmennpraksis. En del kvinnelige pasienter ønsket å bruke kvinnelig lege til gynekologiske undersøkelser og kvinneproblemstillinger.

Bortsett fra i helt spesielle tilfeller tar legene seg nå av alle problemstillinger som pasientene deres kommer med, noe som medfører en viss kjønnsmessig utjevning mellom kvinnelige og mannlige leger. Flere av de kvinnelige fastlegene ga uttrykk for at dette var en stor forandring i deres praksis.

Prosjektnr: 144331/V50 158361/V50	Prosjektleder: Tor Iversen	Prosjekt: Evaluerer av Fastlegereformen
--	--------------------------------------	---

Denne studien bruker data fra RTVs årlige takstbruksundersøkelser 2000 - 2003. Takstbruksundersøkelsen gjennomføres ved at det for et utvalg leger innhentes opplysninger om deres bruk av takster i løpet av november måned hvert år. I denne studien har man analysert utviklingen i legenes takstbruk ved å beregne hvor mange ganger den enkelte takst er utløst per person på lista i denne registreringsperioden. Materialet inneholder data fra 304 til 863 leger avhengig av år. For å forenkle fremstillingen er takstbruk per person på lista multiplisert med 1 000. I tabell 10.1.13 beskrives de utvalgte takstene, størrelsen på honoraret legene får for denne taksten samt om det dreier seg om en egenandel eller en refusjonstakst. I tillegg til å analysere bruken av disse enkelttakstene har man også beregnet legenes samlede bruk av laboratorie- og prosedyretakster. Fastlønte fastleger er ikke inkludert i beregningene.^{12 13}

Tabell 10.1.13. Utdrag fra Normaltariffen 2000/2001 til 2003/2004

Takst Kode	Innhold	Honorar 2000/2001	Honorar 2001/2002	Honorar 2002/2003	Honorar 2003/2004
1 ad	Enkel pasientkontakt, forespørsel, rådgivning ved personlig fremmøte og ved bud	Egenandel kr 25	Egenandel kr 35	Egenandel kr 35	Egenandel kr 35*
1 bd	Enkel pasientkontakt, forespørsel, rådgivning per brev eller telefon	Refusjon kr 22	Refusjon kr 35	Refusjon kr 35	kr 35* Refusjon til 31.12.2003 Egenandel fra 1.1.2004
2 ad	Konsultasjon hos allmennpraktiserende lege	Egenandel kr 110	Egenandel kr 110	Egenandel kr 114	Egenandel kr 117
2 cd	Tilleggstakst for tidsbruk ved lange konsultasjoner For tidsbruk utover 20 min per påbegynte 15 min.	Refusjon kr 75	Refusjon kr 95	Refusjon kr 103	Refusjon kr 98
2 dd	Tillegg per konsultasjon hvis legen er spesialist allmennmedisin	Refusjon kr 45	Refusjon kr 51	Refusjon kr 58	Refusjon kr 58

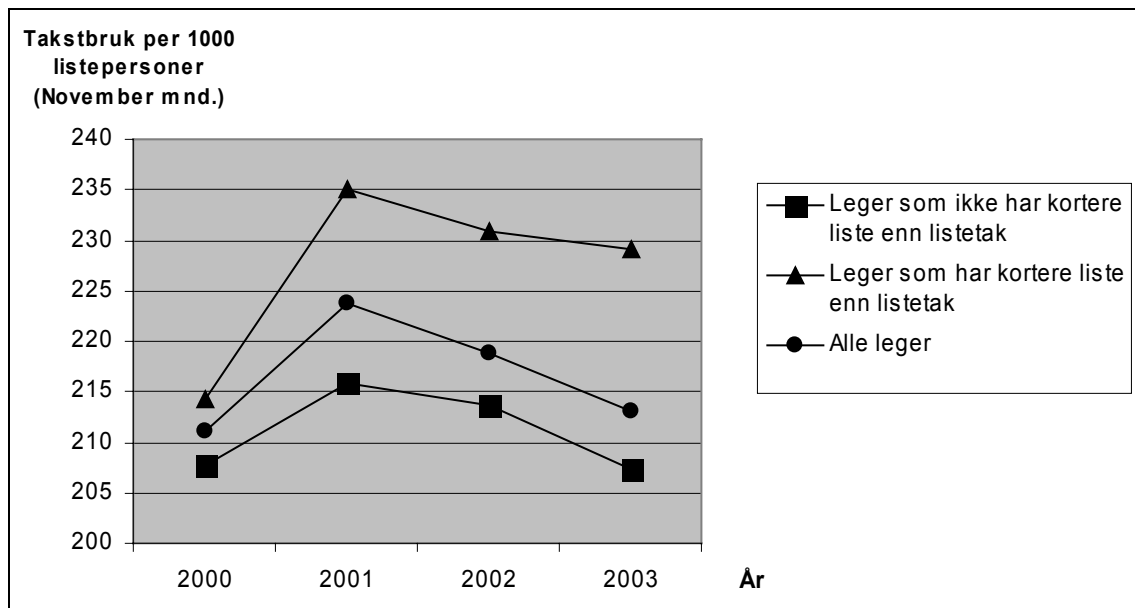
* 1. juli 2003 ble enkle kontakter som resulterer i resept, sykmelding, rekvisisjon eller henvisning skilt fra 1ad og 1bd og flyttet til en ny takst 1h. 1h utløser en egenandel som i 2003/2004 utgjorde 35 kroner.

En har også opplysninger om legenes takstbruk for november 2000. I beregningene er også denne undersøkelsen inkludert selv om den ble gjennomført mer enn et halvt år før Fastlegereformen. Det er benyttet informasjon om listelengder fra juni 2001 når en analyserer data fra denne undersøkelsen. Imidlertid må beregningene for dette året tolkes med varsomhet, og dette er årsaken til at en kun beskriver endringer i takstbruk fra 2001 til 2003. I tillegg til å rapportere gjennomsnittslegens takstbruk skiller en mellom leger som opplever avvik mellom listetak og faktisk liste og resten av fastlegene. Leger som mangler mer enn 5 % på å oppnå sitt ønskede listetak blir i analysen definert til å oppleve listetaksavvik.

I gjennomsnitt ble takst 1ad (enkel pasientkontakt) benyttet 36 ganger per 1 000 personer på lista i november 2001, 32 ganger i 2002, mens det tilsvarende tall for november 2003 er 25 ganger. Nedgangen i bruken av taksten har delvis sammenheng med endringer i normaltariffen og innføring av en ny takst 1h fra juli 2003. Taksten brukes hyppigst av gruppen som ikke opplever listetaksavvik. Forskjellene mellom de to gruppene var statistisk signifikant på 1 % nivå i 2001 og 2002, men jevnet seg siden ut.

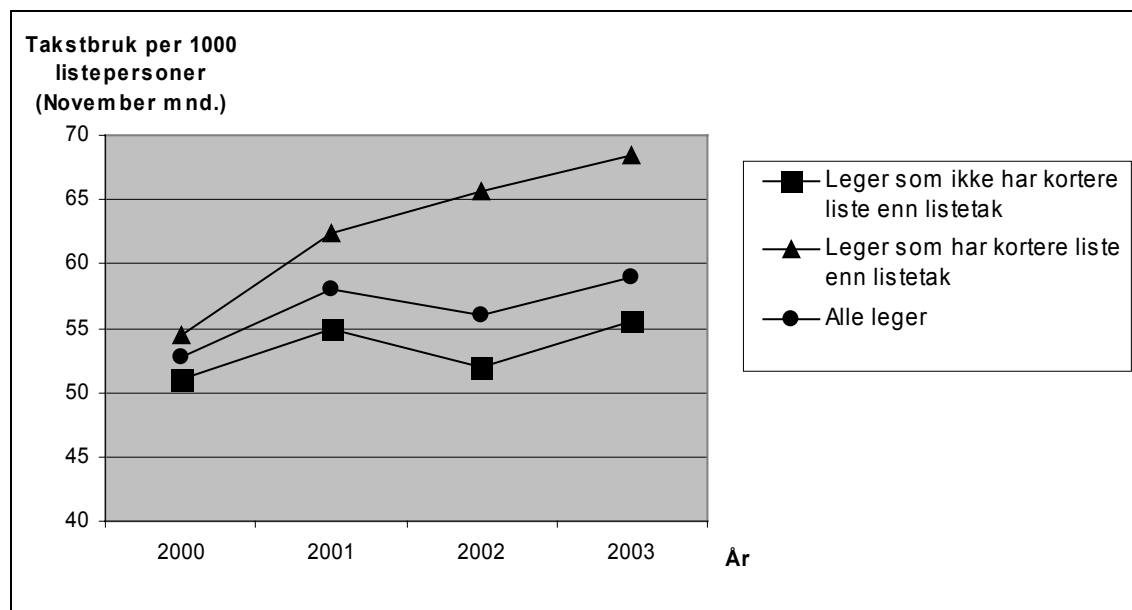
I gjennomsnitt ble takst 1bd (telefontaksten) benyttet 117 ganger per 1 000 personer på lista i november 2001, og bruken økte til 121 per 1 000 i november 2002. Fra november 2002 til november 2003 skjer det nesten en halvering i bruken av telefontaksten. Dette henger sammen med endringer i normaltariffen i juli 2003. Det er ikke signifikant forskjell mellom de to gruppenes bruk av telefontaksten i noen av årene.

Utviklingen i bruken av ordinære konsultasjoner (2ad) er beskrevet i figur 10.1.1. Selv om en må vise varsomhet ved sammenligningen med undersøkelsen i år 2000, virker det rimelig at konsultasjonshyppighet per person økte som følge av den bedrede tilgjengeligheten økt legedekning medførte i kommunene. Økningen var på over 6 % fra november 2000 til november 2001. Men så reduseres bruken av konsultasjonstaksten igjen, slik at gjennomsnittlig bruk i 2003 var tilbake på 2000 nivå. For leger med kortere lister enn listetaket er takstbruken ganske stabil fra 2002 til 2003. Det er altså en tendens til at befolkningen har fått noen færre konsultasjoner i perioden etter Fastlegereformen, men dette gjelder ikke den delen av befolkningen som er registrert hos fastleger som mangler personer på lista for å nå sitt ønskede listetak. Forskjellene mellom gruppene er statistisk signifikant i 2001, 2002 og 2003.



Figur 10.1.1. Utvikling i bruk av takst 2ad (RTVs takstbruksundersøkelse). 2000 - 2003.

Utviklingen i bruken av tidstaksten (2cd) er beskrevet i figur 10.1.2. Totalt for alle legene øker bruken av tidstaksten med 11 % i perioden. Mens bruken av tidstaksten har endret seg lite for de legene som har nok personer på lista, er det i perioden en jevn vekst i bruken av tidstaksten blant leger som mangler personer på lista. I 2003 var forskjellen 21 %. Forskjellen i takstbruk mellom de to legekategoriene er statistisk signifikant på 5 % nivå i 2001 og på 1 % nivå i 2002 og 2003.



Figur 10.1.2. Utvikling i bruk av takst 2cd (RTVs takstbruksundersøkelse). 2000 - 2003.

Fastleger som ikke er spesialister i allmennmedisin bruker tidstaksten mest i hele perioden. Forskjellen var 13 % i 2001 og 14 % i 2003. Forskjellene mellom spesialister og ikke-spesialister er signifikant i alle de fire årene.

Gjennomsnittlig bruk av laboratorie- og prosedyretakster per person er redusert med snaut 2 % fra november 2001 til november 2003. Forskjellen mellom de to gruppene av leger er ikke statistisk signifikant noen av årene.

Den samme forskergruppen har også analysert disse dataene med multivariat teknikk hvor de korreterer for en rekke andre variabler, som listetyngde (andel eldre, kvinner og førstevalg), ulike kjennetegn ved legen (kjønn, alder, spesialiststatus), og legetettheten i kommunen.^{14 15} Her definerer man pasientknapphet når listetaket er minst 100 personer mer enn faktisk listelengde. I 2003 hadde da leger som manglet pasienter 26 flere konsultasjoner per måned per 1 000 listepersoner enn leger som ikke manglet pasienter (12 % forskjell). Tilsvarende hadde disse legene 8,7 flere lange konsultasjoner med bruk av takst 2cd (14 % forskjell). Inntektsmessig utgjør forskjellen 72 kroner per listeperson per år (15 % forskjell).

Disse analysene viste for øvrig også at spesialister i allmennmedisin brukte tidstaksten sjeldnere (11,9 færre lange konsultasjoner per måned per 1 000 listepersoner), men hadde høyere inntekt enn ikke-spesialister (78 kroner per listeperson per år).

Leger som mangler pasienter har noe flere konsultasjoner med andre legers pasienter enn leger som ikke mangler pasienter. Dette medfører at forskjeller i antall konsultasjoner *per listeperson* blir noe overestimert i disse analysene. Når det korrigeres for dette fenomenet, står en igjen med at leger som mangler pasienter har 6,5 % flere konsultasjoner med egne listepasienter, 9,6 % flere lange konsultasjoner og en årlig merinntekt på 42 kroner per listeperson.

Prosjektnr: 144337/330	Prosjektleder: Ole Frithjof Norheim	Prosjekt: Legens doble rolle som advokat og portvakt i fastlegeordningen
----------------------------------	---	--

Studien bygger på data fra 11 fokusgruppeintervjuer med et utvalg videre- og etterutdanningsgrupper for allmennleger og samfunnsmedisinere i Hordaland og Oslo. Dette omfatter 81 informanter (hvorav 77 fastleger) som ble intervjuet våren 2002. Studien bygger på en kombinasjon av kvalitative og

kvantitative data. Hoveddelen av materialet stammer fra fokusgruppeintervjuene, men det ble også delt ut et kort spørreskjema til alle deltakerne.¹⁶

Prosjektet retter seg mot effektiviteten i fastlegeordningen i forhold til om ressursene blir utnyttet rasjonelt. Man fokuserer på legens portvaktrolle som en nøkkel til ressursallokering i helsevesenet. Studien undersøker hvordan fastlegeordningen påvirker legens skjønnsmessige avgjørelser som angår henvisning, forskrivning på blå resept og sykmelding. Man har også drøftet om fastlegeordningen endrer legenes selvstendige insentiver til å øke aktivitetsnivået.

Noen få av legene, særlig leger med veletablert praksis i landkommuner, mente at fastlegeordningen ikke hadde noen innvirkning på portvaktrollen. De fleste mente imidlertid at fastlegeordningen hadde ført til en forandring i lege-pasientforholdet og synet på portvaktrollen.

Informantene hevdet at de i første omgang er mindre aktive som portvakter ved at de søker å unngå konflikt med pasienter, og når konflikter oppstår, er mer ettergivende som portvakter, dvs. at de er mer tilbøyelige til å tøy sine faglige vurderinger og statlige retningslinjer for å gjøre pasientene fornøyd. I et materiale som omfatter 330 sider med intervjudata var det bare en håndfull anekdotiske referanser til hendelser der portvaktrollen ble gjennomført til tross for pasientens ønsker eller krav om det motsatte.

Legenes forklaringer på denne holdningsendringen kan fordeles på tre hovedkategorier:

1. Skjerpet konkurranse
2. Høyere forventninger til legene
3. Økt ansvar

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.

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. De fleste var fornøyd med listelengden sin på intervjutidspunktet. 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.

En annen side ved fastlegeordningen som kom frem i gruppediskusjonene var at listesystemet gjør konkurranse situasjonen mer synlig. Til og med 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 Rikstrygdeverket gjør inntrykk på legene i så måte. Samtidig som det ble uttalt at den nye gjennomskiktigheten 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 er mye viktigere av faglige enn av økonomiske årsaker. Hver fastlege har i snitt 12-14 pasientskifter i måneden. Når en pasient skifter fastlege, kan fastlegen ofte knytte dette til en spesiell episode som kan ha utløst skiftet. Leger i Oslo opplever 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.

Legene i Hordaland mente at pasientene ikke er så bevisste på at de kan skifte lege, og at det på små steder vil være en sosial barriere mot å bytte fastlege.

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 legekontolet, gi bedre service og at pasienten får oppfylt forventningene sine. Konkrete eksempler var utvidet telefontilgjengelighet, kortere ventetid for ordinære timer, sykmelding per telefon og å oppfylle pasientens ønsker om sykmelding og henvisning.

"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."

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 ønsker B-preparater uten at det foreligger tilstrekkelig medisinsk begrunnelse for dette.

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 2 000 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 fastlegeordningen. 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."

2. Høyere forventninger til leger

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 fastlegeordningen. 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."

3. Økt ansvar

Informantene var spesielt opptatte av at fastlegeordningen innebærer en endret ansvarsstruktur. Ansvaret oppleves større men samtidig tydeligere og klarere avgrenset. Om en opplever dette som positivt eller negativt, varierer i stor grad. Det var en tendens til at kvinnelige fastleger syntes ansvaret tyngt mer enn hva deres mannlige kolleger angav.

Legene hevdet at det mer omfattende ansvaret fikk dem til å arbeide etter mer langsiktige og forebyggende strategier i 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.

Mange mente at henvisningsordningen var riktig fordi den til en viss grad begrenser bruken av spesialister til oppgaver som fastlegene lett kan ta seg av. Samtidig ble det uttrykt irritasjon over at spesialister ofte avtaler time med pasienten og ber pasienten gi beskjed til fastlegen at de må ha en henvisning. I slike tilfeller mente fastlegene at deres tid ble misbrukt og de følte seg umyndiggjort som portvakt.

Det kom frem flere eksempler på at pasienter bad om å få medisiner på blåresept uten at dette var indisert i følge Blåreseptforskriften. Legene sa det føltes umulig å nekte pasienter å få noe på blåresept når de viste til at andre leger hadde gitt dem det før. Dette ble begrunnet ut fra redsel for å miste

pasienter til andre leger og ut fra resignasjon i forhold til at de likevel ville fått det et annet sted. Informantene ga også uttrykk for at de ofte overser retningslinjene for forskrivning på blåresept ut fra egne medisinske skjønnsmessige vurderinger av at grenseverdiene i retningslinjene burde vært satt annerledes.

Det var et gjennomgående tema i diskusjonene at fastlegene ikke ønsker portvaktrollen i forhold til korttidssykmeldinger og at pasientene stort sett får sykmelding når de ber om det. Dette ble oppfattet som en sak mellom arbeidstaker og arbeidsgiver og at det oppleves vanskelig for legen å vurdere om pasienten kan fungere på sin arbeidsplass. Informantene mente at denne situasjonen ikke hadde endret seg merkbart med fastlegeordningen. Av endringene etter reformen var det flere som nevnte at de nå synes det er lettere å sykmelde pr telefon.

Prosjektnr: 144334/V50 **Prosjektleder:** Anne Helen Hansen **Prosjekt:** Tilgjengelighet ved fastlegekontorene i Troms

Helsetilsynet i Troms kartla høsten 2002 tilgjengelighet og ivaretagelse av øyeblikkelig-hjelp-plikten i fastlegeordningen ved å intervju en helsesekretær ved hvert legekantor. Telefonresponstid, telefontid med pasienter, antall øyeblikkelig-hjelp-konsultasjoner og ventetid på uprioritert time ble registrert. Ettersom kartleggingen var et tilsyn hadde legekantorene svarplikt. Kartleggingen omfattet alle fylkets 48 legekantor med 138 fastlegejemler.¹⁷

Fastlegene hadde i gjennomsnitt 14,4 øyeblikkelig-hjelp-konsultasjoner per uke per 1 000 på liste. Det var ikke signifikant forskjell mellom leger i byer og landkommuner, eller mellom mannlige og kvinnelige leger. Antall øyeblikkelig-hjelp-konsultasjoner var proporsjonal med listestørrelsen for lister på 500 - 1 500 personer. Leger med mindre eller større lister hadde færre konsultasjoner per 1 000 på liste.

Prosjektnr: 144334/V50 **Prosjektleder:** Øystein Hetlevik **Prosjekt:** Listelengde, arbeidstid, ventetid og jobbtilfredshet blant fastleger i Bergen

160 av 185 fastleger (85 %) i Bergen svarte i 2003 på et spørreskjema om demografiske data, listelengde, arbeidstid og ventetid. De vurderte også tilfredshet med å jobbe i allmennpraksis og i fastlegeordningen. Ønsker om endring i listelengde tre år frem i tid ble også registrert.¹⁸

Tabell 10.1.14 viser sammenhengen mellom listelengde og arbeidstid. Arbeidstiden øker proporsjonalt med listelengden opp til ca 1 500, men med listelengde ut over dette nivået øker ikke arbeidsmengden nevneverdig.

Tabell 10.1.14. Forholdet mellom listelengde og tid brukt til pasientkontakt og administrasjon i fastlegepraksiser i Bergen. Timer per uke (95 % konfidensintervall, KI)

Listelengde	Antall leger	Arbeidstid i timer/uke, gjennomsnitt (95 % KI)		
		Pasienttid	Administrasjonstid	Samlet arbeidstid
< 800	16	14 (12 - 17)	4 (3 - 4)	17 (14 - 20)
800 - 999	10	19 (17 - 21)	7 (5 - 9)	23 (18 - 28)
1 000 - 1 199	25	26 (23 - 28)	9 (7 - 10)	34 (32 - 37)
1 200 - 1 399	37	27 (25 - 28)	10 (8 - 11)	36 (34 - 38)
1 400 - 1 599	30	31 (29 - 34)	10 (9 - 11)	41 (38 - 44)
1 600 - 1 799	20	31 (28 - 33)	12 (9 - 14)	42 (38 - 45)
1 800 - 1 999	13	33 (30 - 37)	12 (8 - 15)	45 (39 - 50)
≥ 2 000	4	36 (33 - 39)	7 (5 - 10)	43 (39 - 47)

Prosjektnr: 144334/V50 **Prosjektleder:** Hogne Sandvik **Prosjekt:** Fastlegeordningen: forventninger og erfaringer

Dette er en spørreskjemaundersøkelse blant et representativt utvalg spesialister i allmennmedisin. Den ble gjennomført noen måneder før og ett år etter innføring av fastlegeordningen. Det er de samme legene som er spurt begge gangene og svarprosenten er høy (87 og 96 %). I alt 234 leger besvarte begge skjemaene.¹⁹

Alt i alt var legene sterkere tilhengere av portvaktfunksjonen i 2001 enn i 2002 (77 % mot 72 %). Leger i forsøkskommunene mente i noe mindre grad at allmennleger bør være portvakter til spesialisthelsetjenesten (67 % mot 73 %) og var mindre enige i at henvisningsordningen burde gjelde uinnskrenket for alle pasienter (51 % mot 59 %). Disse forskjellene var imidlertid ikke statistisk signifikante ettersom det bare var 16 av legene som hadde deltatt i fastlegeforsøket. Studien hadde derfor ikke statistisk styrke til å påvise annet enn store forskjeller mellom gruppene.

Legene hadde i gjennomsnitt 84 konsultasjoner per uke i 2001, og 82 konsultasjoner i 2002. Antall konsultasjoner økte jevnt med listelengden (tabell 10.1.15). Det var ingen tendens til at leger med ledig listekapasitet hadde flere konsultasjoner per listeperson enn leger med fulle lister. Leger som arbeidet i de tidligere forsøkskommunene utgjorde imidlertid et unntak. Disse legene hadde lengre lister enn andre leger (1 685 mot 1 341), men likevel ikke flere konsultasjoner per uke (80 mot 82).

Tabell 10.1.15. Forholdet mellom listelengde og antall konsultasjoner per uke (95 % konfidensintervall, KI)

Listelengde	Antall leger	Antall konsultasjoner
< 800	14	48 (38 - 58)
800 - 999	23	60 (52 - 68)
1 000 - 1 199	30	71 (65 - 77)
1 200 - 1 399	40	75 (69 - 81)
1 400 - 1 599	39	91 (83 - 99)
1 600 - 1 799	27	93 (81 - 105)
1 800 - 1 999	18	111 (97 - 125)
≥ 2 000	13	114 (100 - 128)

Prosjektnr: 144334/V50 **Prosjektleder:** Tore W. Steen **Prosjekt:** Forekomst av Klamydia blant 18-29 åringer i en gruppepraksis i Oslo. En undersøkelse basert på fastlegeordningen

Fastlegeordningen gir nye muligheter for forskning i allmennpraksis fordi listen utgjør en veldefinert populasjon. Dermed blir det mulig å gjennomføre mer pålitelige prevalensundersøkelser. I dette prosjektet har man registrert hyppigheten av genital klamydiainfeksjon blant unge voksne tilknyttet en gruppepraksis i Oslo. Så vidt vites er dette er den første befolkningsbaserte screeningundersøkelsen for genital klamydiainfeksjon i Norge. Tidligere undersøkelser har vært gjort på selekterte materialer.²⁰

Alle listepersoner mellom 18 og 29 år fikk tilsendt et standard invitasjonsbrev, undertegnet av fastlegen. Man antok at en slik personlig invitasjon fra egen fastlege ville øke responsraten. Med utsendelsen fulgte et enkelt anonymt spørreskjema og glass for urinprøvetaking. Studiepopulasjonen var 646 individer, og etter en purrerunde var responsraten 36 %, 43 % av kvinnene og 25 % av mennene.

At responsen var såvidt skuffende tilskrives at mange i denne aldersgruppen (særlig menn) sjelden eller aldri går til lege og derfor ikke har utviklet noe personlig forhold til fastlegen. Ved screeningundersøkelser i høyere aldersgrupper vil man nok i større grad kunne dra nytte av den lojalitet mange eldre pasienter har til sin fastlege.

På spørsmål om hvem man ville oppsøke, dersom man senere skulle få mistanke om klamydiasmitte, svarte 70 % at de ville kontakte fastlegen. I dette prosjektet var det seks pasienter (3 %) som hadde klamydiainfeksjon. Disse ble innkalt til time hos fastlegen, og behandling og smitteoppsporing ble utført etter vanlige retningslinjer.

10.1.1. Oppsummering

I en kvalitativ studie fant **Opdahl Mo** at erfarne leger som hadde hatt de samme pasientene i mange år, ikke syntes at det hadde skjedd så store forandringer i deres hverdag etter fastlegeordningen.¹¹ Dette er i tråd med hva Sørensen fant i en større spørreskjemaundersøkelse (kapittel 9.3).

Listene har imidlertid gjort legene mer synlige som enkeltpersoner og fører til at de nå kan sammenlignes med enkle målbare kriterier. Listesystemet synliggjør også pasientene på en ny måte for legen, og en del av legene har blitt mer bevisste på hvem de har på listene, hvem de ønsker å ha, og hvilke kategorier de helst vil unngå:

- Den første kategorien omfatter de stabile pasientgruppene, kjernepopulasjonen som sjelden skifter lege, og som legene ønsker å beholde.
- Den andre kategorien består av personer med lite behov for legetjenester, men som ut fra legenes antakelser er mer tilbøyelige til å skifte lege. Noen leger ga uttrykk for at dette er personer som de gjerne ønsket på listene og gjerne ville beholde. Kanskje er det disse pasientene, med minst behov for legetjenester, man konkurrerer om.
- Den siste kategorien er de som av ulike grunner kategoriseres som "vanskelige" pasienter. Det er grunn til å tro at disse personene også skifter lege relativt hyppig fordi det er vanskelig for dem å finne en lege de blir fornøyd med. Dette er pasienter som mange leger helst ikke vil ha inn på sine lister. Ikke minst gjelder det pasienter med rusproblemer. En av strategiene for å unngå disse pasientene er å ha lukkede lister. Likevel mener flere leger at disse pasientene blir bedre ivaretatt nå enn før fordi det alltid er en lege som må ta fatt i problematikken.

De aller fleste ga uttrykk for at de var fornøyde med listene sine. Noen rapporterte at Fastlegereformen hadde medført en større variasjon i pasientgrunnlaget, og de var uten unntak fornøyd med det. De opplevde at det er positivt å ha et definert ansvar, som først og fremst ligger i det å vite hvem man har ansvar for, og hvem man dermed ikke har et definert ansvar for. De tenkte imidlertid lite på listen som en populasjon som kunne danne grunnlag for å tenke strategier overfor ulike typer/kategorier av plager og problemer.

Opdahl Mos studie viste ellers at det var betydelig variasjon mellom fastlegene når det gjelder arbeidsstil. Selve organiseringen av legearbeidet syntes avgjørende for hvor stor liste legene klarte å betjene. Blant de viktige faktorene var systematikk, målrettethet og det å være å jour i arbeidet.

Legene beskrev det som negativt og problematisk dersom en lege ikke kunne betjene listen sin, og de andre på legekantoret måtte trå til. Den kollegiale fraværdekningen fungerte imidlertid i all hovedsak greit. Så godt som alle legene sa at det var mindre flyt av pasienter mellom legene på kontoret enn før. Tidligere hadde flere legekantor hatt interne vaktordninger der en lege tok alle akutte henvendelser en spesiell dag, men dette var nå sjeldnere. Legene tok i større grad hånd om sine egne pasienter, også ved behov for akutthjelp.

Før fastlegeordningen var selektiv legebruk og ensidig praksis blant kvinnelige leger et vanlig fenomen. En del kvinnelige pasienter ønsket å bruke kvinnelig lege til gynekologiske undersøkelser og kvinneproblemstillinger. I en artikkel fra 1988 ble det pekt på at hverdagen for kvinnelige allmennleger i stor grad ble dominert av kvinner og kvinnespesifikke problemstillinger. I en studie av 1 000 konsultasjoner hos en kvinnelig allmennlege var 92,5 % av pasientene kvinner, gynekologiske undersøkelser ble utført i 32,9 %, og svangerskapskontroller utgjorde 36,2 % av konsultasjonene.²¹

Bortsett fra i helt spesielle tilfeller tar legene seg nå av alle problemstillinger som pasientene deres kommer med, noe som medfører en viss kjønnsmessig utjevning mellom kvinnelige og mannlige leger. Flere av de kvinnelige fastlegene ga uttrykk for at dette var en stor forandring i deres praksis.

Når alle leger tar imot alle problemstillinger hos sine pasienter, kan man kanskje se for seg at ordningen gir mindre rom for faglig spesialisering, så lenge man ikke organiserer legekantoret med felleslister (som er mye vanligere i Danmark og England). Det er imidlertid mulig at det over tid kan skje en viss spesialisering gjennom utvikling av selektive lister. Et av småskalaprojektene (Rønsen) har dette som tema.

Paulsen og Finnvold (SSBs levekårspanel) registrerte en liten nedgang fra 2001 til 2003 i andelen av brukere som hadde avtale om forebyggende helsekontroller, fra 25 % til 22 %.⁹ Man fant imidlertid at de som mottok forebyggende kontakter, hadde fått flere. Gjennomsnittet økte fra 3,0 til 3,6 kontakter per person. Denne typen kontakter økte sterkt med alderen og med dårligere egenvurdert helse, og sammenhengen var enda sterkere i 2003 enn i 2001. Dette kan tyde på at fastlegeordningen har medført at allmennlegetjenesten er blitt noe mer målrettet på dette punktet. Dette var ekstra tydelig for dem som var uten fast lege i 2001, en indikasjon på at det blant disse var noen som hadde et underforbruk av forebyggende kontakter.

Det var flere som hadde blitt henvist til spesialist i 2003 enn i 2001, henholdsvis 46 % og 40 % av dem som hadde hatt kontakt med allmennlege. Økningen var enda sterkere for dem som var uten fast lege i 2001, fra 28 % til 43 %. Antall polikliniske kontakter på sykehus økte med 14 % fra 2001 til 2003, mens kontakter med privatpraktiserende spesialist økte med 27 %.

En analyse av fire grupper med kronisk somatisk sykdom eller lettere psykiske plager viste at pasienter med hjerte- og karsykdommer får flere forebyggende kontakter enn de andre gruppene.¹⁰ Forskjellene har dessuten økt etter fastlegeordningen. Det var små endringer i henvisningsmønsteret for de ulike gruppene med kronisk sykdom, men en økende andel uten kronisk sykdom er blitt henvist etter fastlegeordningen.

Svarpersoner uten kronisk sykdom har fått færre forebyggende kontakter etter innføringen av fastlegeordningen, men flere henvisninger. Det er rimelig å anta at reformen har hatt betydning for begge disse resultatene: Legene prioriterer ned de som har færre helsemessige problemer gjennom færre innkallinger til forebyggende kontakter, og henviser oftere de som er nye på listen.

To tidligere praksisregistreringer fra slutten av 1970-årene og slutten av 1980-årene viste at allmennlegene henviste pasientene videre til spesialist eller sykehus i ca. 8 % av konsultasjonene/sykebesøkene.^{22 23} En tilsvarende undersøkelse i 1997 viste at 9 % ble henvist.²⁴ Tilsvarende henvisningsfrekvens (per legekontakt) i levekårspanelet er 12,9 % i 2001 og 15,3 % i 2003.⁹ Om en også tar hensyn til at de som var blitt henvist hadde fått i gjennomsnitt 1,6 henvisninger, ender vi opp med 20,6 % og 24,5 %. Opplysningene fra respondentene i levekårspanelet vil være beheftet med betydelig usikkerhet sammenlignet med en fortløpende praksisregistrering, men med så store utslag er det likevel grunn til å anta at det de senere årene har vært en sterk økning i henvisningsfrekvensen fra allmennpraksis.

Egenvurdert helse er den viktigste forklaringsfaktoren for hvem som blir henvist, men denne faktoren var ikke like viktig i 2003 som i 2001. I 2003 viste det seg at det å bo i de mest sentrale kommunene økte sjansen for å bli henvist. Dette kan ha sammenheng med den nye henvisningsordningen som ble innført samtidig med fastlegeordningen, ved at de som tidligere gikk direkte til spesialist nå oftere må innom allmennlegen for å få henvisning. Noe av økningen i antall henvisninger kan også tilskrives at allmennlegene forholder seg til en andrelinjetjeneste med stadig voksende kapasitet.

Ved innføring av fastlegeordningen var det knyttet forventninger til at den ville føre til reduserte statlige refusjoner til legevakt og til privatpraktiserende spesialister. Ifølge St meld. nr. 23 (1996 - 97) hadde Rikstrygdeverket gjort foreløpige beregninger som tilsa at det var mulig å spare ca. 50 mill. kroner ved å innføre en relativt streng henvisningspolitikk. Refusjoner til spesialisthelsetjenester økte fra 882,4 mill. kroner i 2000 til 1 065,6 mill. kroner i 2002 (21 %) og videre til 1 141,9 mill. kroner i 2003 (7 %).²⁵

Sørensen har ved hjelp av en spørreskjemaundersøkelse analysert endringer i legenes tjenesteproduksjon som mulige effekter av listesystemet, finansieringsordningen og generelle trender.^{2 4}

Et hovedtrekk er at antall konsultasjoner per lege har økt fra 1998 til 2002. Økningen er sterkest for tidligere avtaleløse leger, dernest for tidligere fastlønnsleger og minst for leger med tidligere driftstilskudd. Data fra legeregningsskontrollen 1996-2001 viser imidlertid at det også har vært en jevn økning i antall konsultasjoner i årene før reformen, og 50 % av økningen fra 1998 til 2002 kom i perioden 1998-2000. Det ser altså ut til at økningen i antall konsultasjoner først og fremst er en generell trendeffekt og i liten grad har sammenheng med fastlegeordningen.

Det er en beskjeden økning i antall henvisninger. På årsbasis er det beregnet en økning på 11 henvisninger per lege for tidligere fastlønnsleger og 15 for tidligere driftstilskuddleger. Dette kan skyldes bedre kapasitet i andrelinjetjenesten (trendeffekt), men kan også være en effekt av den nye henvisningsordningen eller selve Fastlegereformen (økt ansvarsfølelse).

Det har vært en nedgang i kurativ arbeidstid på 149 timer per år for tidligere driftstilskuddleger og 267 timer for leger i fastlegeforsøket. Fastlønnslegene har ikke endret arbeidstiden sin. Antall pasientkontakter per time har økt, særlig for de tidligere fastlønnslegene.

I 1998 var det 39 % av legene som syntes at tiden de brukte per pasient var passe. Denne andelen økte til 48 % i 2002. Det kan være at bedre kjennskap til pasientene gjør legene i stand til å tilpasse tidsbruken ut fra den enkelte pasients behov, altså mer riktig/effektiv bruk av tid. Dette støttes også av prosjekter som har evaluert tilgjengeligheten. Flere pasienter er fornøyd med tiden legen gir dem (se kapittel 8.2).

Når en over tid studerer endringer mellom leger som hadde ulike kontraktsformer før reformen, kan man isolere effekten av kontraktsformen (insentiveffekten). Før reformen hadde avtalelegene 889 flere konsultasjoner per år enn fastlønnslegene, etter reformen var forskjellen 708. Denne siste forskjellen (708) uttrykker en seleksjonseffekt, dvs. at legene har ulike preferanser med hensyn til arbeid, inntekt, fritid etc. Insentiveffekten av reformen utgjør ($889 - 708 =$) 181 konsultasjoner. Seleksjonseffekten er altså betydelig sterkere enn incentiveffekten. Allmennlegene var før reformen selektert inn til ulike kontraktstyper, blant annet på grunnlag av deres preferanser for arbeid versus fritid. Finansieringssystemet har imidlertid virket kort tid, og den langsiktige incentiveffekten kan være sterkere.

Endringen av finansieringssystemet har bare hatt en moderat effekt på den enkelte leges totale tjenesteproduksjon. Det er således nærliggende å konkludere at i den grad tilgjengeligheten til allmennlegetjenesten har økt som et resultat av reformen, så skyldes det først og fremst økningen i legeårsverk.

Gjennom kompliserte regresjonsanalyser (se under) viser for øvrig Sørensen at konsultasjonstallet er høyere hvis legen er mann, spesialist i allmennmedisin og arbeider i solopraksis. Det samme gjelder antall legeinitierte konsultasjoner. Her spiller også pasientenes alder en rolle, ved at legeinitierte konsultasjoner øker med andel gamle på listen. Bruk av laboratorieprøver øker også med andel gamle på listen, og med legens alder, samt når praksisen har avansert laboratorieutstyr. Total trygdefusjon øker med andel kvinner på listen, mannlig lege og spesialist i allmennmedisin. Bruk av tidstakst øker med andel gamle på listen og hvis legen ikke er spesialist.

Betydning av pasientmangel og listelengde

Iversen har analysert data fra RTVs årlige takstbruksundersøkelser og sett på bruk av ulike takster over tid, og i forhold til om legen har færre pasienter enn ønsket (definert som mer enn 5 % forskjell mellom listetak og listelengde).¹³ Bruk av de forskjellige takstene er målt per 1 000 personer på liste, og ratene antas å være sammenlignbare på tvers av ulike listelengder.

Fra 2000 til 2001 økte bruken av takst 2ad (ordinære konsultasjoner) 6 %, for så å avta til utgangsnivået igjen i løpet av de neste to årene. I 2003 ble taksten brukt 11 % oftere av leger som manglet pasienter enn leger som ikke manglet pasienter. Omvendt ble takst 1ad (enkel pasientkontakt) brukt noe oftere av leger som *ikke* manglet pasienter, men denne forskjellen jevnet seg ut over tid. Disse forskjellene avspeiler trolig at leger med ledig listekapasitet har bedre tilgjengelighet. Leger med fulle lister kan være presset på tid og må derfor håndtere relativt flere kontakter som enkel pasientkontakt i stedet for ordinære konsultasjoner.

Fra 2000 til 2003 økte bruken av takst 2cd (tidstaksten) 11 %. I 2003 ble taksten brukt 21 % oftere av leger som manglet pasienter. Denne forskjellen avspeiler nok også at leger med fulle lister er mer presset på tid enn leger med ledig listekapasitet. Fastleger som ikke er spesialist i allmennmedisin bruker tidstaksten 14 % oftere enn spesialistene, noe som kan være uttrykk for manglende erfaring og urasjonelle arbeidsmåter. Bedre tid i konsultasjonen er imidlertid assosiert med høy pasienttilfredshet og er et gode i seg selv.²⁶

Gjennomsnittlig bruk av laboratorie- og prosedyretakster per person er redusert med snaut 2 % fra 2001 til 2003, og det er ikke noe som tyder på at leger som mangler pasienter bruker disse takstene hyppigere.

Den samme forskergruppen har tidligere gjort multivariatanalyser av registerdata fra fastlegeforsøket og fant da at fastleger som opplevde pasientknapphet hadde høyere inntekt fra stykkpris per person på lista enn de legene som hadde samsvar mellom listetak og faktisk listelengde. De ekstra tjenestene var konsultasjoner generelt og særlig konsultasjoner av lang varighet.²⁷ Funnene ble bekreftet i en oppfølgende studie som inkluderte fem nye år med fastlegeordning i forsøkskommunene.²⁸

De har også utført en tilsvarende multivariatanalyse på den nasjonale fastlegeordningen, med data fra takstbruksundersøkelsen, og finner her at leger med pasientknapphet har 12 % flere konsultasjoner, 14 % flere lange konsultasjoner og høyere inntekt per listeperson (72 kr per år).^{14 15}

Sørensen har med utgangspunkt i spørreskjemaundersøkelser blant allmennleger og trygdeetatens legeregningskontroll analysert sammenhengen mellom listelengde og hvorvidt legene rasjonerer tjenestene sine eller kompenserer mangel på pasienter ved å øke tjenesteintensiteten.^{2 5-7}

Det er en betydelig metodologisk utfordring ved disse analysene fordi det er vanskelig å vite hva som er årsak og virkning. Det er grunn til å tro at listelengden er tilpasset pasientenes sykkelighet, og en kort liste kan derfor være dominert av mange syke pasienter og derav følgende intensiv tjenesteproduksjon per pasient. For å komme rundt dette problemet benyttes kompliserte multivariate regresjonsanalyser hvor man benytter en "instrumentert listelengde" som er justert på bakgrunn av enkelte kommunekarakteristika. I denne prosessen kan det synes som man introduserer et utjevnelement og reduserer den forklarte variasjonen i modellene.

Hovedkonklusjonen etter disse analysene er imidlertid at antall konsultasjoner er proporsjonal med listelengden. Det samme gjelder antall legeinitierte konsultasjoner (kontroller). Det er en svak tendens til at leger med lange lister har en noe mer intensiv bruk av laboratoriet, mens det er usikre estimat for bruk av tidstaksten. Funnene er konsistente i de to ulike materialene som er undersøkt (allmennlegeundersøkelsen og legeregningskontrollen).

Man har også inkludert en variabel fra allmennlegeundersøkelsen hvor legene angir om de har for mye eller for lite å gjøre. Her er konklusjonen at fastleger som har for lite å gjøre *ikke* kompenserer med å ha flere konsultasjoner, det er heller omvendt. Det samme gjelder bruk av laboratorieprøver.

På et punkt synes dermed Iversen og Sørensen å komme til forskjellig konklusjoner: hvorvidt leger som opplever pasientknapphet kompenserer med å øke konsultasjonshyppigheten. Dette kan skyldes at de har ulike definisjoner av pasientknapphet eller "for lite å gjøre", men kan også ha sammenheng med ulike analysemetoder.

Den kompliserte analysemetoden til Sørensen innebærer at de legene som har for lite å gjøre, får økt sin listelengde i analyseprosessen. I praksis representerer denne ekstra listelengden konsultasjoner med andre legers pasienter. Leger som har for lite å gjøre, har bedre tilgjengelighet og tar derfor i mot et større antall fremmede pasienter enn leger som har mer enn nok å gjøre.³ Sørensens allmennlegeundersøkelse fra 2002 indikerer at leger som har for lite å gjøre, har knapt 10 % av sine konsultasjoner med fremmede pasienter, mot ca 5 % for leger som har for mye å gjøre og 6 % for leger som har passe mye å gjøre.

Iversens deskriptive analyse viser at leger med mer enn 5 % ledig listekapasitet har noe høyere konsultasjonsfrekvens, målt som forholdet mellom totalt antall konsultasjoner og listelengde.¹³ Forskjellen vil imidlertid reduseres om en avgrenser analysen til egne listepasienter. Dersom de ekstra fremmede konsultasjonene hos leger med pasientmangel utgjør 4 % av materialet, vil forskjellen i konsultasjonsfrekvens mellom leger som opplever listeavvik og andre leger reduseres fra 11 % til ca 6 %. Når Iversen korrigerer de multivariate analysene tilsvarende, blir forskjellen i antall konsultasjoner med egne listepasienter 6,5 %.^{12 14}

Det er ca. 20 % av fastlegene som opplever pasientmangel.^{2 29} Dette betyr at andelen "ekstrakonsultasjoner" med egne listepasienter som følge av pasientmangel, utgjør ca. 1 % av alle konsultasjonene i allmennpraksis. Denne forskjellen kan trolig tilskrives forskjeller i tilgjengelighet. Tilbud skaper etterspørsel, og bedre tilgjengelighet vil som regel føre til økt pågang (flere konsultasjoner). Denne vurderingen støttes også av andre evalueringsprosjekter. SSBs levekårsundersøkelse viser at leger som ble valgt av mange pasienter og har fulle lister, kan være mer presset på tid og ha dårligere tilgjengelighet.⁹ Norheims studie (se under) indikerer at leger også bevisst kan kompensere pasientmangel med mer intensiv praksis.¹⁶

Sørensen fant for øvrig at det var ingen sammenheng mellom listelengde og legenes ønske om mer eller mindre tid per pasient.^{2 29} Leger med lange lister (> 1 600) fant det lettere å innpasse akuttpasienter enn leger med korte lister (< 800). Dette skyldes nok at leger med lange lister arbeider flere dager og har større fleksibilitet (bufferkapasitet), men det kan også skyldes at de arbeider mer effektivt.

Paulsen og Finnvold har koblet data fra SSBs levekårspanel til opplysninger fra Rikstrygdeverkets register over fastleger.¹⁰ Her har man definert listekapasitet ut fra forholdet mellom ønsket listelengde og faktisk listelengde. I alt 10 % står på listen til leger som har mer enn 377 pasienter færre enn de ønsker, mens 10 % står på listen til leger som har over 76 pasienter flere enn de egentlig ønsker.

Det kan være en forventning om at kapasitet påvirker omfanget av (legeinitierte) forebyggende kontakter, ved at leger med for få pasienter kompenserer gjennom å innkalle flere til forebyggende kontakter, mens leger med for mange pasienter regulerer arbeidsbyrden gjennom ikke å ta initiativ til forebyggende kontakter. Denne forventningen innfris imidlertid ikke. Multivariate analyser viser at det er variablene alder og sykkelighet som har sterkest sammenheng med bruk av forebyggende legekontakter. Yngre leger (under 37 år) og kvinnelige leger innkaller noe sjeldnere til slike kontakter. Det var ingen tegn til at leger som mangler pasienter oftere innkaller til forebyggende kontakter.

De som hadde hatt forebyggende kontakter ble også spurt hvor mange slike de hadde hatt i løpet av de siste 12 måneder. Heller ikke her var det noe som tydet på at leger med for få pasienter innkaller oftere. Heller synes det motsatte å være tilfelle, nemlig at leger som har for mange pasienter, innkaller oftere. Dette skyldes trolig at leger som har for mange pasienter oftere har blitt aktivt valgt av pasienter som har et større behov for å ha en fast lege. Det vil ofte være snakk om pasienter med høyere grad av sykkelighet og det er derfor å forvente at de kontrolleres oftere.

Det kan også være en forventning om at for mange pasienter på listen kan gi seg utslag i at legen håndterer en for stor arbeidsbyrde gjennom å henvise oftere. Man finner imidlertid heller ingen tegn til at dette skjer, eller at leger med færre pasienter enn de ønsker henviser sjeldnere. Multivariate analyser viser at egenvurdert sykkelighet har sterkest sammenheng med henvisninger til spesialist. Eldre leger (over 60 år) og kvinnelige leger henviser noe oftere.

I sin kartlegging av fastlegene i Troms fant **Hansen** at antall øyeblikkelig-hjelp-konsultasjoner var proporsjonal med listestørrelsen for lister på 500 - 1500 personer.¹⁷ Leger med mindre eller større lister hadde færre ØH-konsultasjoner per 1 000 på liste. Det tyder på at leger med mindre og større lister trenger hjelp fra andre for å yte øyeblikkelig hjelp til egne pasienter. Dette kan skyldes fravær fra praksisen for de små og kapasitetsmangel for de store listene.

Hetlevik kartla fastlegene i Bergen og fant at en listelengde på 1 300 ga en arbeidsuke på omkring 37,5 timer, men med store variasjoner.¹⁸ Arbeidstiden økte proporsjonalt med listelengden opp til ca 1 500, men med listelengde ut over dette nivået økte ikke arbeidsmengden nevneverdig. Dette er vanskelig å forklare, men er en observasjon som bør følges opp i senere studier.

I en spørreskjemaundersøkelse blant spesialister i allmennmedisin fant **Sandvik** at legene hadde i gjennomsnitt 84 konsultasjoner per uke i 2001 og 82 konsultasjoner i 2002.¹⁹ Antall konsultasjoner var proporsjonalt med listelengden, og det var ingen tendens til at leger med ledig listekapasitet hadde flere konsultasjoner per listeperson enn leger med fulle lister. Holdt opp mot Hetleviks funn av at arbeidstiden ikke øker nevneverdig for de aller lengste listene, kan dette tyde på at leger med lange lister gjennomgående bruker noe mindre tid på hver konsultasjon.

Leger som arbeidet i de tidligere forsøkskommunene skilte seg ut ved at de hadde lengre lister enn andre leger (1 685 mot 1 341), men likevel ikke flere konsultasjoner per uke (80 mot 82). Dette kan skyldes at de kjenner pasientene sine spesielt godt, og derfor kan avklare flere spørsmål uten å ta pasienten inn til konsultasjon. En alternativ tolking er at de har en større andel pasienter som bruker privatpraktiserende spesialister. Dette kan i så fall forklare at disse legene virket spesielt lunkne til henvisningsordningen.

Portvaktfunksjonen

Samtidig med fastlegeordningen ble det innført en skjerpet henvisningsordning. Dette medførte at pasientene måtte ha henvisning fra lege for å få trygderefusjon for behandling hos spesialist. Dette var omstridt, en viktig kampsak for allmennpraktikerne og aktivt motarbeidet av de praktiserende spesialistene.³⁰ **Sandvik** fant at oppslutningen om portvaktfunksjonen avtok signifikant etter et års erfaring med fastlegeordningen (fra 77 % til 72 %), og var særlig lav blant leger i forsøkskommunene (67 %).¹⁹ Dette kan skyldes negative tilbakemeldinger fra pasientene etter at et rigid regelverk ble gjort unødig stivbeint fra spesialistenes side.³¹

I en kvalitativ undersøkelse fokuserte **Norheim** på legens portvaktrolle med hensyn til henvisninger, sykmeldinger og blå resept.^{16 32} De fleste av de intervjuede legene mente at fastlegeordningen har endret lege-pasientforholdet og synet på portvaktrollen. De mente at de har blitt mindre aktive som portvakter ved at de søker å unngå konflikt med pasientene og at de er mer tilbøyelige til å tøy sine faglige vurderinger og statlige retningslinjer for å gjøre pasientene fornøyd. Legene forklarer denne endringen med skjerpet konkurranse, høyere forventninger og økt ansvar.

For noen leger er pasientmangel et reelt økonomisk problem, men også de som har mer enn nok tilgang av pasienter, opplever en stadig evaluering gjennom de månedlige listeoppdateringene. Når en pasient skifter fastlege, kan legen ofte knytte dette til en spesiell episode som kan ha utløst skiftet. Slike tilbakemeldinger er viktigere av faglige enn av økonomiske årsaker. Noen beskrev hvordan de etter hvert tar hensyn til slike opplevelser i utøvelsen av portvaktrollen. Vanlige tiltak kan være bedre tilgjengelighet, bedre service og at pasientene får oppfylt forventningene sine. Flere nevnte f.eks. at de synes det er blitt lettere å sykmelde over telefon. Andre gir lettere etter for pasientenes ønske om å få medisiner på blå resept uten at dette er indisert etter forskriften.

"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 misfornøyd."

Det ser ut til å være en uskreven enighet om at pasientene bør fordeles noenlunde likt. Man mener at det er usolidarisk å holde på en liste med over 2000 pasienter. Det 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 fastlegeordningen. I tillegg til den generelle pasientmangelen, så det ut til at presset fra kollegaer ble 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."

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

Informantene beskrev ellers hvordan de føler økte forventninger, noen ganger i form av krav fra pasientene. Dette ble beskrevet som en markert endring ved innføringen av fastlegeordningen. Dessuten hadde de en oppfatning om at ansvaret er blitt større etter reformen. Dette kan medføre at de arbeider etter mer langsiktige og forebyggende strategier i forhold til pasientene. De kaller oftere inn til kontroll og gjør grundigere undersøkelser.

Norheims undersøkelse tyder på at fastlegeordningen har ført til at legene i mindre grad prioriterer portvaktfunksjonen, og er blitt mer opptatte av at pasienten skal få oppfylt sine forventninger. Rollen som portvakt har vesentlig betydning for legenes trivsel i arbeidet. Det er tidligere kjent fra norske undersøkelser (1993 og 2000) at mange leger opplever mye stress pga. urealistiske forventninger fra pasientene, og nesten halvparten av legene hadde bevisst utformet legeerklæringer for å styrke pasientens sak. Mer enn halvparten av legene tillat iblant eller ofte pasientens ønske større vekt enn eget medisinsk skjønn.³³

Iversen og Kopperud har analysert bruk av spesialisthelsetjenester med bakgrunn i SSBs leveårsundersøkelse og kapasitets- og tilgjengelighetsdata for første- og andrelinjetjenesten.^{34 35} De fant at tilgjengelighet spilte en betydelig rolle for bruk av privatpraktiserende spesialister. De fant også at sannsynligheten for å bruke privatpraktiserende spesialister avtok dersom det var god dekning av allmennleger. Det kan altså synes som om privatpraktiserende spesialister (i motsetning til sykehuspoliklinikker) fungerer som et alternativ til allmennleger.

Forskning og overvåkning

I praksiser der det er interesse for forskning gir fastlegeordningen nye muligheter, eventuelt som nettverkssamarbeid.³⁶⁻³⁸ Fra land som Nederland og Storbritannia finnes mange gode eksempler på praksisbaserte undersøkelser, inkludert prevalensundersøkelser.

Det ligger også et potensial i fastlegeordningen for større kontroll med pasientenes bruk av medisinske og omsorgsmessige ressurser. I tillegg gir ordningen nye muligheter til å kontrollere legenes praksis, blant annet ved at trekk ved ulike legers praksis kan sammenlignes på nye måter.

Steen gjennomførte et prosjekt hvor man registrerte hyppigheten av genital klamydiainfeksjon blant unge voksne tilknyttet en gruppepraksis i Oslo.²⁰ Alle listepersoner mellom 18 og 29 år fikk tilsendt en invitasjon, undertegnet av fastlegen. I dette prosjektet var det seks pasienter (3 %) som hadde positiv prøve, og disse ble innkalt til time hos fastlegen, og behandling og smitteoppsporing ble utført etter vanlige retningslinjer.

Man antok at en slik personlig invitasjon fra egen fastlege ville øke responsraten, men i dette prosjektet ble den likevel bare 36 %. Dette skyldes trolig at mange i denne aldersgruppen sjelden eller aldri går til lege og derfor ikke har utviklet noe personlig forhold til fastlegen. Ved screeningundersøkelser i høyere aldersgrupper vil man nok i større grad kunne dra nytte av den lojalitet mange eldre pasienter har til sin fastlege.

Referanser

1. Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Kontraktsvalg, tjenesteproduksjon og stabilitet i allmennlegetjenesten. Forskningsrapport 10/1999. Handelshøyskolen BI, Institutt for offentlige styringsformer.
2. Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Fastlegereformen - En analyse av fastlegenes arbeidsbelastning og tjenestetilbud. Forskningsrapport 11/ 2003. Handelshøyskolen BI, Institutt for offentlige styringsformer.
3. Grytten J, Sørensen R, Skau I. Fastlegeordningen - marked, legedekning og tilgjengelighet. Forskningsrapport 4/2005. Handelshøyskolen BI, Institutt for offentlige styringsformer.
4. Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Fastlegeordningen og endringer i legenes tjenesteproduksjon. Tidsskrift for Velferdsforskning 2004;7(2):78-89.
5. Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Endringer i tjenesteproduksjon og tilgjengelighet under fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(3):362-4.
6. Grytten J, Sørensen R. Grådige leger med knapphet på pasienter? En analyse av tilbudsindusert etterspørsel i allmennlegetjenesten. Økonomisk Forum 2004;58(1):32-7.
7. Grytten J, Sørensen R. Fortsatt grådige fastleger med knapphet på listepasienter? Statistiske illusjoner ved bruk av registerdata. Økonomisk Forum 2005;59(6):12-21.
8. Finnvold JE, Paulsen B. Før innføring av fastlegeordning. Brukervurderinger av allmennlegetjenesten i et veiskille. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning, 2002.
9. Finnvold JE, Svalund J, Paulsen B. Etter innføring av fastlegeordning - brukervurderinger av allmennlegetjenesten. Statistisk sentralbyrå. Rapport 2005/1.
10. Finnvold JE, Svalund J. Kronikere og personer med symptomer på lettere psykiske plager: bruk og vurdering av allmennlegetjenesten før og etter fastlegeordningen. Pasientenes opplevelse av variasjoner i kapasitet og andre legekarakteristika under fastlegeordningen. Rapport 2005.
11. Heen H, Mo TO. I fastere former. Legenes arbeidsvilkår i fastlegeordningen. SINTEF Teknologi og samfunn, IFIM. Trondheim og Oslo, april 2005. Rapport.
12. Iversen T, Lurås H. Sluttrapport fra Prosjekt 144331/V50: Evaluering av Fastlegereformen. 24.8.2005.
13. Godager G, Iversen T, Lurås H. Utviklingen i fastlegenes listelengder, driftsinntekter og takstbruk. Helseøkonomisk forskningsprogram, Universitetet i Oslo. Hero skriftserie 2005:3.
14. Iversen T. A study of income-motivated behavior among general practitioners in the Norwegian list patient system. Health Economics Research Programme, University of Oslo, Working Paper 8/2005.
15. Carlsen B, Iversen T, Lurås H. Markedsforholdenes betydning for allmennlegenes praksisutøvelse. Økonomisk Forum 2005;59(4):20-28.
16. Norheim OF, Carlsen B. Legens doble rolle som advokat og portvakt i fastlegeordningen. Evaluering av fastlegeordningen. Rokkansenteret, Program for helseøkonomi i Bergen, Notat 19/2003.

17. Hansen AH, Aaraas IJ, Pettersen JS, Ersdal G. Tilgjengelighet ved fastlegekontorene i Troms. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125(16):2210-2.
18. Hetlevik Ø, Hunskaar S. Listelengde, arbeidstid, ventetid og jobbtilfredshet blant fastleger i Bergen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(6):813-5.
19. Sandvik H. Fastlegeordningen: forventninger og erfaringer. Tidsskr Nor Lægeforen 2003;123(10):1319-21.
20. Steen TW, Hjortdahl P, Størvold G, Vilimas K, Elstrøm P, Wesholdt I, et al. Forekomst av genital infeksjon med Chlamydia trachomatis blant 18-29-åringer i Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125(12):1637-9.
21. Gotteberg HJ, Malterud K. Kvinnelig allmennpraktiker - kvinnelige pasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 1988;108(7):584-5.
22. Rutle, O. Pasienten fram i lyset. Rapport nr. 1/83. SIFF Gruppe for helsetjenesteforskning. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 1983.
23. Bruusgaard D. Kontakter og henvisningsmønster i allmennpraksis. Norske resultater fra en internasjonal studie. Tidsskr Nor Lægeforen 1994;114:174-6.
24. Grimsmo A, Hagman E, Faiko E, Matthiessen L, Njalsson T. Patients, diagnoses and processes in general practice in the Nordic countries. An attempt to make data from computerised medical records available for comparable statistics. Scand J Prim Health Care 2001;19(2):76-82.
25. Riksrevisjonens undersøkelse om forvaltning av og måloppnåelse i fastlegeordningen. Riksrevisjonens administrative rapport nr. 1 2005.
26. Hasvold T. Listestørrelse og kvalitet i fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120(7):786-7.
27. Iversen T, Lurås H. Economic motives and professional norms. The case of general medical practice. J Econ Behav Organ 2000;43:447-70.
28. Iversen T. The effects of a patient shortage on general practitioners' future income and list of patients. J Health Econ 2004;23:673-94.
29. Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Legenes arbeidssituasjon etter ett år med fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(3):358-61.
30. Sundar T. Ny henvisningsordning skaper storm. Tidsskr Nor Lægeforen 2001;121(14):1742-3.
31. Tjersland E. Til aksjon mot henvisningsordningen. Bergens Tidende 10.12.01.
www.bt.no/lokalt/hordaland/article71188.
32. Carlsen B, Norheim OF. Introduction of the patient-list system in general practice. Changes in Norwegian physicians' perception of their gatekeeper role. Scand J Prim Health Care 2003;21:209-13.
33. Gulbrandsen P, Førde R, Aasland OG. Hvordan har legen det som portvakt? Tidsskr Nor Lægeforen 2002;122:1874-9.
34. Iversen T, Kopperud GS. Regulation versus practice. The impact of accessibility on the use of specialist health care in Norway. Health Economics Research Programme, University of Oslo, Working Paper 2/2005.
35. Iversen T, Kopperud GS. Befolkningens bruk av spesialisthelsetjenester. Tidsskr Nor Lægeforen 2002;122(22):2199-203.
36. Hunskaar S, Kolstrup N. Allmennmedisinen ved tusenårsskiftet - nedtur eller ny giv? Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120(1):13.
37. Green LA, Dovey SM. Practice-based primary care research networks. BMJ 2001;322:567-8.
38. Thomas P, Griffiths F, Kai J, O'Dwyer A. Networks for research in primary health care. BMJ 2001;322(7286):588-90.

10.2. Effektivitet – Koordinering

Departementet utarbeidet følgende problemstillinger (nøkkelsspørsmål) for dette evalueringsområdet:

Fastlegereformen innebærer at aktuelle leger får en koordinatorrolle i forhold til sine listepasienter. Fastlegen blir ”postkasse” for medisinske henvendelser vedrørende sine pasienter. Både andre helsearbeidere på kommunalt nivå og spesialisthelsetjenesten har en adresse for henvendelser knyttet til aktuelle pasienter. Henvendelser til legevaktlege vil også i en del tilfeller kunne kanaliseres til fastlegen.

- Fungerer dette systemet i praksis? Benytter befolkningen kun sin egen lege, eller benyttes også andre leger? Hva skjer med doktorshopping?
- Fungerer systemet med fastlegen som postkasse og koordinator for henvendelser/beskjeder i forhold til aktuelle pasienter fra samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten og andre kommunale helsetjenester?
- Hva skjer med bruk av legevakt? Endres forbruk av legevakt som følge av Fastlegereformen? Er det sammenheng mellom legedekning og legevaktforbruk?

Prosjektnr: 144311/330 158403/V50	Prosjektleder: Rune Sørensen	Prosjekt: Forskningsbasert evaluering av fastlegeordningen
--	--	--

Analysene bygger på to spørreskjemaundersøkelser blant allmennleger, i 1998 og 2002. 1 639 besvarte spørreskjemaet i 1998 (svarprosent 66), 2 306 i 2002 (svarprosent 70). Mange av spørsmålene gikk igjen i begge spørreundersøkelsene, men i tillegg inneholdt undersøkelsen i 2002 en bolk om allmennlegenes situasjon etter Fastlegereformen.^{1 2}

Fastlegene ble spurt om arbeidsbelastningen under legevakt var endret etter Fastlegereformen. 53 % mente at det ikke var noen endring, mens 33 % syntes arbeidsbelastningen på legevakt var blitt mindre. Det var en svak tendens til at fastleger i Oslo opplevde at arbeidsbelastningen under legevakt hadde økt, og at det var vanskeligere å innpasse akuttpasienter, sammenlignet med hva fastleger fra resten av landet rapporterte.

Prosjektnr: 144317/V50 144332/V50 158410/V50	Prosjektledere: Bård Paulsen Jon-Erik Finnvald	Prosjekt: Evaluering av Fastlegereformen med utgangspunkt i SSBs levekårsundersøkelser
--	---	--

Datagrunnlaget bygger i hovedsak på levekårspanelet, som ble etablert 1. halvår 1997. Panelet omfatter et utvalg på ca. 5 000 personer, der de samme personene blir kontaktet år etter år. De som er med blir intervjuet ved besøk, men det blir også gjort telefonintervju. Spørreskjemaet er organisert rundt faste sekvenser av spørsmål om helse, arbeid og bostedsforhold. Første gangen det ble stilt spørsmål om legetjenester, var i 2000. Dette temaet ble fulgt opp i 2001 og 2002. I 2003 var spørsmål om legetjenester et hovedtema. I tillegg til opplysningene som blir gitt gjennom intervjuene, blir informasjon om svarpersonenes bakgrunn gjort tilgjengelig gjennom registerkoblinger. Dette gjelder dels individopplysninger, slik som utdanningslengde og inntekt. Dels gjelder det også ulike egenskaper ved svarpersonenes bostedskommune, herunder trekk ved det lokale legetilbudet. Disse opplysningene er hentet fra oversikten til Statistisk sentralbyrå over personell og virksomhet i kommunehelsetjenesten. Svarprosenten for levekårspanelet er normalt på omtrent 70 %.^{3 4}

I Levekårspanelet 2000 og 2003 ble det registrert hvor ofte folk hadde brukt legevakt det siste året. Det var presisert at alle kontakter skulle regnes med, både besøk og telefon. Det har vært en liten reduksjon i bruk av legevakt. I 2000 hadde 27 % vært hos legevakt, mens denne andelen var redusert til 22 % i 2003. Denne endringen er statistisk signifikant. Registreringen viser at det i gjennomsnitt var 0,54 kontakter med legevakt i

2000, mot 0,48 i 2003. Kontaktene med legevakt utgjorde 17 % av legekontaktene i 2000, og 15 % i 2003. Endringene peker i samme retning for de ulike målene, men de to sistnevnte er ikke statistisk signifikante.

Legevaktbrukerne er oftere yngre, bor i de minst sentrale kommunene og vurderer sin egen helse som relativt dårlig. Dette mønsteret var det samme i 2000 og 2003.

Tabell 10.2.1. Andel som hadde brukt legevakt. Etter alder, egenvurdert helse og sentralitet. 2000 og 2003

	2000		2003	
	Prosent	N	Prosent	N
Alle	27	2 840	22	2 840
Alder				
16 - 24	35	298	28	298
25 - 44	27	1 146	21	1 146
45 - 66	24	1 035	21	1 035
67 - 79	27	311	23	311
80 år og over	23	53	23	53
Egenvurdert helse				
Svært god	23	818	18	716
God	26	1 423	20	1 327
Verken god eller dårlig	33	439	26	561
Dårlig/svært dårlig	36	162	34	235
Oslo				
Bosatte i Oslo	23	325	19	325
Øvrige kommuner	28	2 518	22	2 515
Sentralitet				
Minst sentrale kommuner (nivå 0)	35	345	28	345
Mindre sentrale kommuner (nivå 1)	24	256	25	256
Sentrale kommuner (nivå 2)	24	642	21	642
Mest sentrale kommuner (nivå 3)	27	1 600	20	1 600

Sentralitetsinndelingen bygger på Statistisk sentralbyrås standard for kommunklassifisering (NOS C 192)

En hypotese knytter seg til sammenhengen mellom tilfredshet med legerelasjonen og bruken av legevakt. Det kan tenkes at misnøye med den eksisterende legerelasjonen fører til at pasienten ønsker en annen lege. Bytte av den faste legen er en mulig konsekvens. I en situasjon der valgmulighetene er blitt mer begrensede etter innføringen av fastlegeordningen, kan det også tenkes at flere vil oppsøke legevakt for å få en alternativ vurdering av helseproblemet. Siden tilgjengeligheten hos andre leger er blitt mer begrenset, kan legevakten fremstå som et alternativ for den som ikke er tilfreds.

I analysen under har man trukket et underutvalg som har gitt opplysninger om tilfredsheten med den faste allmennlegen. Dette betyr at de som ikke har fast lege på de to tidspunktene ikke er med i analysen. Ettersom flere har fått fast lege, er det flere som er med i analysen i 2003. Kun svarpersoner som hadde hatt kontakt med lege på grunn av egen sykdom det enkelte år er tatt med. Resultatet kan tyde på at bruken av legevakt er blitt noe høyere blant dem som er misfornøyd med legens innlevelse i deres situasjon.

Tabell 10.2.2. Bruk av legevakt og pasienttilfredshet. 2000 og 2003. Respons på utsagnet "Legen tok meg og mine problemer på alvor"

	2000		2003	
	Prosent	N	Prosent	N
Helt enig	29	1 192	32	1 408
Enig	33	125	40	150
Uenig/Helt uenig	26	62	47	70

Prosjektnr: 144319/V50	Prosjektleder: Tone Opdahl Mo	Prosjekt: Legers arbeidsvilkår under Fastlegereformen
---	--	--

Dette er en kvalitativ studie basert på intervju med 21 leger og observasjonsstudier ved 8 legesentre i 6 kommuner. Utvalget av kommuner, legekantor og leger er gjort for å få stor variasjon i materialet.⁵

Til forskjell fra tidligere har fastlegene få legitime muligheter til å avvise forespørsler fra pasientene. Også øyeblikkelig hjelp skal tas imot, selv om timeboken er full, og legene fortalte at de strakk seg langt før de bad folk om å henvende seg til legevakta. Alle var svært oppmerksomme på behovet for å ivareta personer med behov for øyeblikkelig hjelp på dagtid, og flertallet hadde satt av flere timer for slike henvendelser enn før fastlegeordningen ble innført. Henvising til legevakt gjorde man bare i nødsfall, dersom henvendelsen kom sent på dagen eller man hadde spesielt mye å gjøre.

Det ble imidlertid også beskrevet et eksempel på en helt annen bruk av legevakt i en liten kommune med leger på fast lønn. Her hadde legene over tid utviklet en praksis med å være fysisk tilgjengelige på legekantoret på kveldsvakt. Når pasienter ringte legekantoret for øyeblikkelig hjelp, fikk de akutt-time samme dag, men så godt som alltid etter ordinær åpningstid, i legevaktstiden.

Prosjektnr: 152217/330	Prosjektleder: Rannveig Dahle	Prosjekt: Pasienter som trenger å gå ofte til lege
---	--	---

Dette er en kvalitativ studie, basert på 20 individuelle intervjuer og tre fokusgrupper. Informantene, som alle er bosatt i Oslo-området, er 24 kvinner og åtte menn med følgende diagnosegrupper: fibromyalgi, astma og allergi, hjerte- og lungesyke. For å sikre pasientenes uavhengighet valgte man bevisst å ikke rekruttere dem via fastlegene deres, men brukte pasientorganisasjoner og media.⁶

Selv om informantene i hovedsak var fornøyde med fastlegeordningen, var det mange av dem som gikk utenom ordningen når de mente at de hadde behov for det. De opprettholdt gamle og opprettet nye relasjoner til andre leger enn sin fastlege. Dette kunne være bruk av private legetjenester, spesialisttjenester (uten henvisning) og andre allmennleger. De valgte ofte andre løsninger når de var misfornøyde med fastlegens tilgjengelighet eller kompetanse. En annen grunn kunne være at det ikke var alt en klarte å prate med fastlegen om. For noen var dette også en måte å unngå et konfliktfylt legebytte på. Å bruke andre leger enn fastlegen uten dennes vitende kunne imidlertid senere medføre visse problemer fordi fastlegen da ville mangle deler av sykehistorien. Ingen av informantene hadde benyttet seg av muligheten til ny vurdering hos annen allmennlege enn fastlegen.

Det var flere eksempler på at pasienter hadde fått time hos spesialist uten henvisning og uten å måtte betale mer. De som hadde brukt spesialist ofte før, så det som naturlig å fortsette med dette. De kunne også gå til sin spesialist med spørsmål som egentlig falt inn under fastlegens arbeidsområde. Dette gjaldt særlig pasienter med kompliserte sykdomshistorier. En pasient med hjerteproblemer fortalte at han hadde fått time hos hjertespesialist når problemet var utslett. En fibromyalgipasient hadde en tilsvarende ordning med en reumatolog. Noen hadde imidlertid erfart at spesialistene i slike tilfeller kunne ha problemer med å se ut over sin egen spesialitet.

Pasientene brukte også andre allmennleger enn fastlegen sin. Noen hadde løyet og sagt at de ikke hadde fastlege, andre hadde ikke blitt spurt om dette. De hadde ikke blitt avkrevd høyere egenandel, og enkelte hadde fått utskrevet både smertestillende og sovetabletter.

Mange av fibromyalgipasientene hadde gått fra lege til lege i perioder, inntil de fant en som de følte forstod deres situasjon. Også astmatikere og allergikere hadde ofte byttet lege før de fant en som de mente hadde nok kompetanse. I noen perioder hadde de brukt flere leger samtidig, og dette hadde vært ukomplisert. De opplevde ikke Fastlegereformen som et hinder for dette.

De foreldrene som ble intervjuet, hadde hatt mye ansvar når det gjaldt barnets sykdom, og de hadde selv opparbeidet kompetanse på området. Etter hvert stolte de ikke alltid på at legen hadde samme kompetanse og kunnskaper som dem selv. Mødrene ga flere eksempler på at det oppstod åpen konflikt i spørsmål om hva som var barnets beste. Disse foreldrene brukte private leger som en sikkerhetsventil, fordi de ikke følte seg trygge med fastlegeordningen.

En uttalelse fra spesialist gir som regel større tyngde når pasienten ønsker å oppnå noe i helsevesenet. Flere pasienter trakk frem nettopp denne erfaringen. Noen pasienter opplevde at det var blitt vanskeligere å bli sendt videre til spesialist og hadde et inntrykk av at fastlegen var uvillig til å "gi slipp på" pasientene sine. Til en viss grad kunne de forstå behovet for strengere kontroll, og medga at det kanskje hadde vært et "misbruk" av spesialister tidligere, men de opplevde en strengere henvisningsordning som en maktforskyvning mellom allmennlege og pasient. For noen informanter var det tungvint at de måtte tilbake til fastlegen for å få nye henvisninger mye oftere enn før, mens andre klarte å få spesialisttjenester uten henvisninger.

Prosjektnr: 152218/330	Prosjektleder: Ola Jøsendal	Prosjekt: Evaluering av interkommunal legevakt før og etter innføring av fastlegeordningen
----------------------------------	---------------------------------------	--

Nordhordland interkommunale legevakt startet 30. desember 1999, og gjennom 2000 og 2001 ble aktiviteten gradvis utvidet. Det er etablert en ordning med vakthavende lege og sykepleier til stede hele døgnet.⁷

Dette prosjektet består av to deler, en brukerundersøkelse før og etter innføringen av fastlegeordningen og en registrering og tilbakemelding til alle fastlegene om deres "lekkasje" av pasienter til legevakten. Ordningen med daglegevakt kan ved misbruk undergrave intensjonene i fastlegeordningen. Fastlegene kan prioritere sine timelister slik at egne pasienter ikke får tilgang for akutte problemstillinger, og i stedet sende dem til daglegevakten.

I fem to-ukersperioder fra våren 2001 til høsten 2003 er det gjennomført brukerundersøkelser. Alle pasienter som har vært til konsultasjon har fått utdelt spørreskjema. Svarprosenten varierte fra 32 % til 49 % og totalt er det 1 014 respondenter, 54 % kvinner og 46 % menn. 30 % av konsultasjonene skjedde på dagtid (0800 - 1530), 65 % på ettermiddag/kveld (1530 - 2300) og 5 % på natt (2300 - 0800)

23 % av pasientene syntes det hastet mye med å komme til konsultasjon ved legevakten, 48 % at det hastet litt, 25 % at det hastet lite men at de måtte få kontakt med lege i løpet av dagen, og 3 % syntes at det hastet lite og at tilfellet kunne ha ventet.

En sammenligning av pasientenes vurderinger av hastegrad viser at hastegraden økte signifikant etter innføringen av fastlegeordningen. Før innføringen mente 15 % at det hastet mye, mens dette økte til 25 % etter innføringen av fastlegeordningen.

Pasientene mente ellers at det var tilfredsstillende responstid over telefon ved legevakta. Dette endret seg ikke da fastlegeordningen ble innført. På en skala fra 1 til 10, der 1 er beste skår (kort tid), varierte skåren fra 2,2 til 2,8. Pasientene var også stort sett fornøyd med tiden det tok fra de fikk svar på telefon til de fikk adekvat hjelp.

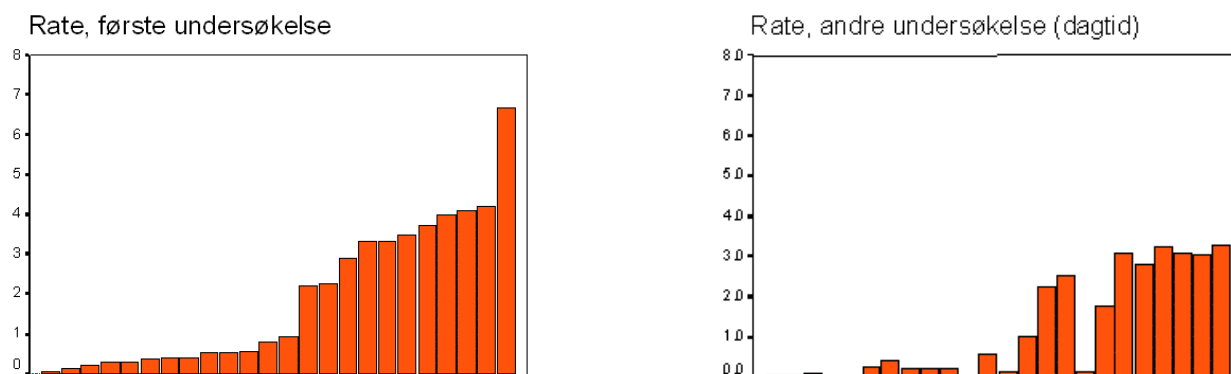
12 % visste ikke navnet på fastlegen sin, og 17 % visste ikke om fastlegekontoret deres var åpent denne dagen. En av tre visste ikke om deres fastlege var tilstede på kontoret samme dag. Bare 24 % hadde forsøkt å ringe fastlegen, og over tid var det en avtakende andel som hadde forsøkt å få kontakt med fastlegen på telefon.

38 % sa at de ikke ville ha oppsøkt legevakten dersom de hadde vært helt sikre på å få time hos fastlegen dagen etter. Men bare 9 % ville vente så mye som 4-5 dager på time hos fastlegen. Det var ingen endringer over tid.

I tre 9-ukersperioder ble alle konsultasjoner registrert med hvilken fastlege pasienten hadde. Etter første og andre registrering ble det gitt tilbakemelding til fastlegene om grad av tilstrømning til legevakten fra deres listepopulasjon. Tilbakemeldingen til fastlegene ble gitt i form av en rate, det vil si antall konsultasjoner per 100 personer på fastlegens liste.

Hver registreringsperiode utgjør i underkant av 4 000 henvendelser til legevakten. Av disse resulterer omtrent halvdelen i konsultasjoner. Analysene er basert på omtrent 1 500 konsultasjoner for hver registreringsperiode, fordelt på 24 fastleger i regionen. Raten er sterkt varierende, fra under 0,3 til nesten 7,0.

Etter første tilbakemelding var det sterkt fallende rate blant alle legene som hadde høye rater for "lekkasje". Kun to leger hadde samme rate i de to undersøkelsene (figur 10.2.1).



Figur 10.2.1. Rate (antall pasienter / 100 listepersoner) som oppsøkte Nordhordland legevakt *på dagtid*, i første registreringsperiode som startet 16.03.02 og andre registreringsperiode som startet 20.09.02. Hver søyle i diagrammet representerer en fastlege, og hver søyle har samme posisjon som i første tilbakemelding. Diagrammet ble brukt for å gi tilbakemelding til fastlegene etter første registreringsperiode.

I første registreringsperiode var det gjennomsnittlig 20,5 pasienter som oppsøkte legevakten på dagtid, i andre periode 14,9 og i tredje periode 9,2.

Etter en metodevurdering ble det bestemt at en skulle legge til grunn funn fra hele døgnet og ikke bare dagtid. Dette medførte endrede og oppjusterte rater for "lekkasje". Denne metodikken for å studere pasientflyt ved legevakten, fra de ulike fastlegene, ble benyttet i de to siste undersøkelsene. Gjennomsnittlig rate (antall pasienter per 100 listepersoner) var 8,0 i andre registreringsperiode og 5,4 i tredje registreringsperiode. Denne forskjellen er statistisk signifikant.

Prosjektnr: 158399/V50	Prosjektledere: Marian Ådnanes	Prosjekt: Fastlegenes tilbud og samarbeid med andre tjenester når det gjelder pasienter med alvorlige psykiske lidelser
----------------------------------	--	---

Dette er en kvalitativ studie hvor man har intervjuet 26 psykiatriske pasienter, 6 pårørende, 20 fastleger, 8 samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten og 10 i kommunehelsetjenesten. Informantene er rekruttert fra fire kommuner av ulike størrelse.⁸

Noen fastleger forsøker å bedre tilgjengeligheten gjennom å praktisere fleksible løsninger overfor pasienter som de vet er skrøpelige. Det kan være at de ringer til pasientene eller drar på hjemmebesøk. De aller tyngste pasientenes behov for hjelp fanges gjerne opp av annet helsepersonell i kommunen:

"Da kommer jo de (hjemmesykepleier) nedom her på kontoret, og da lager vi en time, noe relativt fort, kanskje samme dag eller dagen etterpå, eller at jeg reiser hjem til pasienten på vei hjem fra kontoret."

Andre kommunale helsearbeidere rapporterer at det varierer veldig mye mellom fastleger hvor mye de engasjerer seg. Noen uttrykker misnøye med fastlegenes fleksibilitet i forhold til å agere overfor kriser, noe som medfører mange akutte henvendelser på legevakten, gjerne hos en fremmed lege. Det er også eksempler på at pasientene bruker legevakten fordi de er misfornøyde med relasjonen til fastlegen:

"Det fungerer ikke. Hun er ikke interessert i de psykiske problemene mine i det hele tatt. Jeg går der bare når jeg må fornye resepten. Ellers bruker jeg legevakten."

Prosjektnr: 144334/V50	Prosjektleder: Ivar Halvorsen	Prosjekt: Legesøkningsatferd til legevakten i Stavanger kommune før og etter innføringen av fastlegeordningen
----------------------------------	---	---

Studien beskriver befolkningens bruk av legevakt i Stavanger fra 1989 til 2002. Årlige rater for konsultasjoner og sykebesøk analyseres i forhold til endringer i legetjenesten på dagtid, som f.eks. opprettelse av nye stillinger, privatisering av fastlønnsstillinger og innføring av fastlegeordning.⁹

I 1989 fikk 233 av 1 000 innbyggere konsultasjoner eller sykebesøk fra legevakten på ettermiddag/kveld (kl 16 - 23). Raten økte de følgende årene inntil den kulminerte i 1997 med 279 per 1 000 innbyggere. Deretter var det en tilsvarende nedgang igjen til 227 per 1 000 innbyggere i 2002. Den viktigste årsaken til at trenden snudde fra 1998 synes å være at 20 fastlønnsstillinger ble konvertert til driftstilskudd i januar dette året.

I forbindelse med innføringen av fastlegeordningen ble det opprettet syv nye driftsavtaler. Man registrerte en fortsatt nedgang i legevaktøkningen etter dette, men dette synes først og fremst å være en fortsettelse av den generelle trenden som begynte i 1998. Det ble registrert 10 % færre konsultasjoner og sykebesøk de første 17 månedene etter fastlegeordningen sammenlignet med tilsvarende 17-måneders periode to år tidligere.

En annen trend er at en jevnt synkende andel av legevaktkontaktene foregår per sykebesøk. I 1989 utgjorde sykebesøkene 25 % av alle møter mellom lege og pasient, i 2002 hadde dette sunket til 11 %.

Hovedfunnet i denne undersøkelsen er at det kan skje store endringer i legevaktøkningen over et begrenset antall år. Endringene samvarierer først og fremst med større endringer i kapasiteten i legetjenesten på dagtid. I tillegg til å foranledige opprettelse av nye stillinger kan fastlegeordningen ha medført en strukturell forbedring av legetilgjengeligheten ved at man fikk jevnet ut arbeidsbyrden blant legene.

Prosjektnr: 144334/V50	Prosjektleder: Erling Iveland	Prosjekt: 337 sykebesøk på dagtid fra Oslo Legevakt
----------------------------------	---	---

I Oslo ble en legevaktreform gjennomført samtidig med fastlegeordningen 1. juni 2001. Legevakttilbudet i bydelene ble sentralisert til tre legevaktbaser med åpningstid fra 1600 til 2300. Tilbudet ved den døgnåpne legevakten i Storgata 40 ble opprettholdt. Omleggingen av tjenesten innebar et brudd med tidligere praksis, hvor sykebesøk var et lavterskeltilbud som i stor utstrekning var pasientbestemt. Det forelå uenighet mellom Legeforeningen og Oslo kommune om ansvarsforholdene vedrørende organiseringen av sykebesøk på dagtid, og uheldige enkeltepisodes førte til store oppslag i mediene.¹⁰

Akutte sykebesøk skal forbeholdes pasienter som på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte frem på behandlingsstedet. Fast ansatte leger ved Oslo kommunale legevakt registrerte sine sykebesøk på et standardisert skjema i tre måneder i perioden 1. november 2001 til 31. januar 2002.

Det ble registrert i alt 337 sykebesøk. Gjennomsnittlig antall besøk per lege per dag var 5,2 (variasjon fra 4,2 til 5,8 mellom legene). Ingen leger gjennomførte mer enn åtte besøk per dag. Pasientenes gjennomsnittsalder var 70 år, og median alder var 77 år. To tredeler av pasientene var kvinner. Bare 2 % av besøkene ble gjennomført til barn under ti år. Sykebesøkene ble rekvirert av pårørende (36 %), pasientene selv (32 %), hjemmesykepleien (11 %) og sykehjem (7 %). Legene rapporterte 77 % helt og 20 % delvis samsvar mellom meldt og funnet problemstilling. Legene vurderte at 22 % av pasientene var i stand til å ta seg til lege ved egen hjelp. 39 % av pasientene ble lagt inn på sykehus, og 34 % hadde behov for transport med ambulanse. Legene mottok epikrise for bare 27 % av innleggelsene.

Prosjektnr: 144334/V50	Prosjektleder: Ola Jøsendal	Prosjekt: Legevaktaktivitet før og etter innføring av interkommunal legevakt og fastlegeordning
---	--	--

I denne undersøkelsen registrerte man alle kontakter fra innbyggere i Radøy kommune til legevakten i fire separate 6-ukersperioder i årene 1999 til 2002. I tillegg ble det registrert hvilken type aktivitet som ble utløst av de ulike henvendelsene. De fire årene inkluderer både lokal og interkommunal organisering av legevakt i kommunen samt før og etter innføringen av fastlegeordningen.¹¹

Frem til desember 1999 hadde kommunen en legevaktordning med lege i hjemmevakt. I en representativ periode på seks uker høsten 1999 var det 450 henvendelser til legevakten. Legene løste disse ved telefonkonsultasjoner (33 %), konsultasjoner (48 %) og sykebesøk (18 %). Årlig kontaktrate var 0,82 (820 per 1 000 personår).

Radøy kommune gikk sammen med to andre kommuner (Lindås og Masfjorden) i et interkommunalt legevakt-distrikt ved nyttår 2000. Ordningen ble raskt utvidet til å omfatte syv kommuner på døgnbasis.

Antall henvendelser var ikke signifikant forskjellig før og etter endret organisering fra lokal til interkommunal legevakt. Imidlertid gikk antall telefonkonsultasjoner med lege ned fra 33 % til 14 %. Mens ingen henvendelser ble ferdig behandlet av hjelpepersonell i lokal ordning, gjorde sykepleierne ferdig omtrent 32 % etter overgang til interkommunal ordning. I lokal ordning resulterte 18 % av henvendelsene i sykebesøk, men gikk ned til under 1 % etter innføring av ny ordning. Prosentvis andel konsultasjoner og andel utrykninger har vært relativt konstant under de ulike registreringsperiodene.

Interkommunal legevakt er kostnadsreduserende for Rikstrygdeverket og kostnadsøkende for kommunene. Rikstrygdeverkets refusjoner til legevakt ble redusert med 66 % fra 1999 til 2002. Kommunenes kostnader til legevakt økte med et tilsvarende beløp.

Perioden med interkommunal legevakt før og etter innføring av fastlegeordningen er også sammenlignet. Etter innføringen av fastlegeordningen var det en signifikant nedgang i henvendelser til legevakten på 31 %. Den relative fordelingen av hvordan de ulike henvendelsene ble løst, var ganske stabil.

Tabell 10.2.3. Oversikt over hvilken aktivitet som avsluttet hver henvendelse til legevakten i registreringsperiode 1 - 4 i Radøy kommune

	Periode 1	Periode 2	Periode 3	Periode 4
Status, organisering	Lokal legevakt	Interkommunal legevakt	Interkommunal legevakt og fastlegeordning	Interkommunal legevakt og fastlegeordning
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Antall henvendelser	450 (100)	439 (100)	308 (100)	309 (100)
Ingen aktivitet	1 (0)	-	-	-
Telefonkonsultasjon, sykepleier	-	139 (32)	113 (37)	107 (35)
Telefonkonsultasjon, lege	149 (33)	63 (14)	33 (11)	49 (16)
Konsultasjon	215 (48)	236 (54)	160 (52)	150 (49)
Sykebesøk	83 (18)	1 (0)	1 (0)	-
Utrykning	2 (0)	-	1 (0)	3 (1)

Prosjektnr: 144334/V50	Prosjektleder: Bjørnar Nyen	Prosjekt: Legevaktsøkning og fastlegeordning
---	--	---

Bakgrunnen for denne undersøkelsen var et inntrykk av at pasienter på enkelte legers liste i større grad søkte til legevakten enn pasienter på andre legers lister, og at mange av disse pasientene kunne ha fått dekket sitt behov for helsehjelp hos fastlegen.¹²

Alle konsultasjoner ved Legevakten i Skien og Siljan ble registrert på hverdagskvelder over ett år, og analysert i forhold til fastlegetilknypning. Faktorer som den enkelte fastleges listelengde, listesammensetning, kontortilhørighet og legens kjønn ble bearbeidet statistisk med multippel lineær regresjonsanalyse.

Gjennomsnittlig konsultasjonsrate justert i forhold til den enkelte leges listelengde var avhengig variabel i analysen.

Konsultasjonsraten i 2002 var 0,30 per innbyggere per år for kvinner og 0,26 for menn. Det var spesielt stor overvekt av kvinner i aldersgruppen 20 til 29 år, hvor konsultasjonsraten var 0,39 for kvinner og 0,29 for menn. Konsultasjonsraten for barn under ti år var 0,45 for jenter og 0,42 for gutter. Menn over 90 år kom til konsultasjon vesentlig oftere enn alle andre grupper (0,81 per år), mens raten for kvinner i samme aldersgruppe var 0,21.

Andel kvinner over ti år på fastlegenes pasientlister varierte fra 35,3 % til 86,0 %, andel barn under ti år varierte fra 5,9 % til 21,9 % og andel personer over 80 år varierte fra 0,3 % til 12,6 %.

Det var stor spredning i legevaktsøkningen fra de ulike legenes pasientpopulasjoner. Spredningen var signifikant assosiert med kontortilhørighet, men ikke med andre faktorer. Teorien om at leger med lange pasientlister rekrutterte uforholdsmessig mange pasienter til legevakten kunne ikke bekreftes. Man fant heller ikke at listenes andel av kvinner, barn og eldre samt legens kjønn og legens deltakelse i legevaktordningen innvirket vesentlig på legevaktsøkningen. Den kvartalsvise tilbakemeldingen til legene førte ikke til særlig endring av legevaktsøkning av pasienter fra de ulike fastlegekontorene.

10.2.1. Oppsummering

De aller fleste prosjektene som har tatt opp dette temaet (effektivitet – koordinering), har konsentrert seg om legevakt. **TNS Gallup** har gjennomført jevnlige nasjonale undersøkelser av brukertilfredshet med ulike kommunale tjenester. Undersøkelsen i 2003 var den første etter innføringen av fastlegeordningen,¹³ og sammenlignet med undersøkelsen i 2000 kunne da legetjenesten vise til den største fremgangen av alle de undersøkte tjenestene. Tilfredsheten med tilgjengelighet på legevakt viste imidlertid ingen fremgang og fikk en lav kvalitetsindeks (52, det samme som i år 2000). Det var en tydelig tendens til at yngre var misfornøyd enn eldre. Tilfredsheten avtok også med økende utdanningslengde. Innbyggere i småkommuner var mer tilfreds enn innbyggere i større kommuner. Mens innbyggere i de minste kommunene (under 3 000 innbyggere) ga legevaktlegen en kvalitetsindeks på 62, var tilsvarende karakter i de største kommunene (over 90 000 innbyggere) bare 44.

Kvalitative studier

Dahle intervjuet pasienter som trenger å gå ofte til lege.⁶ Dette var pasienter med fibromyalgi, astma og allergi, hjerte- og lungesyke. Pasientene var alle bosatt i Oslo-området, og mange av dem var dessuten rekruttert via pasientorganisasjoner. Dette betyr trolig at de har tradisjon for bruk av spesialister i utstrakt grad, både som pasienter og i faglige sammenhenger.

Disse pasientene brukte i stor grad andre leger enn fastlegen. De opprettholdt gamle og opprettet stadig nye relasjoner til andre leger. Dette kunne være bruk av private legetjenester, spesialisttjenester (uten henvisning) og andre allmennleger. De kunne også gå til sin spesialist med spørsmål som egentlig falt inn under fastlegens arbeidsområde. Noen hadde imidlertid erfart at spesialistene i slike tilfeller kunne ha problemer med å se ut over sin egen spesialitet. Å bruke andre leger enn fastlegen uten dennes vitende kunne senere medføre visse problemer fordi fastlegen da ville mangle deler av sykehistorien. Ingen av informantene hadde benyttet seg av muligheten til ny vurdering hos annen allmennlege enn fastlegen.

I fokusintervjuene ble også forholdet mellom fastlege og legevakt diskutert. Fastlegeordningen kan gjøre det lettere for legevakten å henvise pasienter til fastlegen fremfor å håndtere dem selv. Hovedinntrykket var at dette ikke var en viktig sak, men at de hadde høyst ulike erfaringer med å oppsøke legevakten for tilstander de selv opplevde som alvorlige. De misfornøydte mente imidlertid at dette ikke primært skyldtes selve fastlegeordningen.

Fastlegene i den kvalitative studien til **Ådnanes** ga uttrykk for at de forsøkte å praktisere fleksible løsninger overfor pasienter med alvorlige psykiske lidelser.⁸ Andre kommunale helsearbeidere rapporterte imidlertid om stor variasjon, og noen uttrykte misnøye med fastlegenes fleksibilitet i forhold til å agere overfor kriser. Dette kunne resultere i mange akutte henvendelser på legevakten. Det var også eksempler på at pasientene brukte legevakten fordi de var misfornøyd med relasjonen til fastlegen.

Opdahl Mo fant at legene i det lengste forsøkte å unngå henvisning til legevakt, men beskriver også et eksempel på en helt annen bruk av legevakt i en liten kommune med leger på fast lønn.⁵ Her hadde legene over tid utviklet en praksis med å være fysisk tilgjengelige på legekontoet på kveldsvakt. Når pasienter ringte legekontoet for øyeblikkelig hjelp, fikk de akutt-time samme dag, men så godt som alltid etter ordinær åpningstid, i legevaktstiden.

Bruk av legevakt er altså ikke bare avhengig av om legene klarer å ta unna henvendelsene som kommer, men henger også sammen med hvilken praksis som har utviklet seg gjennom samspill mellom befolkning og leger over lang tid. Dette fenomenet er også antatt som forklaring på forskjeller i legevaktbruk mellom Tromsø og Fredrikstad.¹⁴

Kvantitative studier

Paulsen og Finnvold (SSBs levekårspanel) registrerte at 27 % av befolkningen hadde brukt legevakt i 2000 og 22 % i 2003.⁴ Gjennomsnittlig antall kontakter per person var henholdsvis 0,54 og 0,48. Kontaktene med legevakt utgjorde 17 % av legekontaktene i 2000 og 15 % i 2003. Materialet er noe underanalysert, og på forespørsel opplyser prosjektleder at det har vært en særlig markert reduksjon for personer som ikke hadde fast lege før reformen, men som hadde fått det etter reformen. Det virker plausibelt at denne gruppen retter en større del av legebehovet mot fastlegen de nå har fått. Det er neppe noen nevneverdig reduksjon i bruken av legevakt i gruppen som allerede hadde fast lege i 2000. Den typiske legevaktbrukeren er ung, bor i de minst sentrale kommunene og vurderer sin egen helse som relativt dårlig.

Bruk av legevakt er noe hyppigere blant dem som er misfornøyd med relasjonen til fastlegen, og dette fenomenet er tydeligere i 2003 enn i 2000. Det var en økning i bruken av legevakt fra 26 % til 47 % blant dem som ikke følte at legen tok dem på alvor. Dette kan skyldes at fastlegeordningen begrenser tilgjengeligheten til andre leger enn fastlegen, og at disse pasientene derfor velger legevakten som alternativ.

Konsultasjonstallene fra de sentrale legevaktene i Oslo og Bergen tyder ikke på noen vesentlige endringer som følge av fastlegeordningen (tabell 10.2.4). Tallene må imidlertid tolkes med forsiktighet da det samtidig ble gjort endringer i legevakttilbudet i bydelene.

Tabell 10.2.4. Antall konsultasjoner per år ved Bergen¹⁵ og Oslo legevakt^{16,17}

	2000	2001	2002	2003
Oslo legevakt: Allmennseksjon Storgaten	62 329	65 624	64 900	68 388
Oslo legevakt: Skadeavdelingen	79 471	79 608	83 308	85 491
Bergen legevakt: Allmennlegevakt og fast ansatte (inkl. skade)	96 974	95 809	96 460	94 315

I følge Riksrevisjonens rapport om fastlegeordningen økte refusjonsutgiftene til legevakt (ekskl. Oslo) fra 292,3 mill kroner i 2000 til 301,6 mill kroner i 2003 (3 %).¹⁸ I sin kommentar til rapporten opplyste departementet at antall konsultasjoner på legevakten så langt hadde gått lite ned og mindre enn forventet før reformen. Det har over mange år vært en tendens i retning av færre hjemmebesøk, noe som reduserer de samlede refusjonsutgiftene.

Jøsendal har analysert legevaktbruken i Radøy før og etter innføringen av interkommunal legevakt og før og etter fastlegeordningen.¹¹ Etter innføringen av interkommunal legevakt var det ingen vesentlig nedgang i antall henvendelser, men andelen sykebesøk gikk ned fra 18 % til under 1 %. Etter innføringen av fastlegeordningen ble det totale antallet henvendelser til legevakt redusert med 31 %. Nedgangen kan ha sammenheng med at lavere vaktbelastning gir økt tilgjengelighet til legetimer på dagtid (mindre fri og avspasering etter vakter). Nedgangen kan også skyldes at fastlegeordningen ga legene klarere plikt til å yte akutthjelp til listepopulasjonen i ordinær arbeidstid. En skal imidlertid også merke seg at årlig kontaktrate på legevakt var betydelig høyere i dette materialet (0,82) enn i den mer representative undersøkelsen til Paulsen og Finnvold (0,54), og forbedringspotensialet var derfor betydelig.

Undersøkelsen viste ellers at interkommunal legevakt er kostnadsreduserende for Rikstrygdeverket og kostnadsøkende for kommunene. Rikstrygdeverkets refusjoner til legevakt ble redusert med 66 % fra 1999 til 2002. Kommunenes kostnader til legevakt økte med et tilsvarende beløp.

Halvorsen beskriver befolkningens bruk av legevakt i Stavanger fra 1989 til 2002.⁹ I 1989 var årlig kontaktrate 0,23 for konsultasjon og sykebesøk på ettermiddag/kveld. Raten økte de følgende årene inntil den kulminerte i 1997 med 0,28. Deretter var det en tilsvarende nedgang igjen til 0,23 i 2002. Den viktigste årsaken til at trenden snudde fra 1998 synes å være at 20 fastlønnsstillinger ble konvertert til driftstilskudd i januar dette året.

I forbindelse med innføringen av fastlegeordningen ble det opprettet syv nye driftsavtaler. Man registrerte en fortsatt nedgang i legevaktsøkningen etter dette, men dette synes først og fremst å være en fortsettelse av den generelle trenden som begynte i 1998. Det ble registrert 10 % færre konsultasjoner og sykebesøk de første 17 månedene etter fastlegeordningen sammenlignet med tilsvarende 17-måneders periode to år tidligere.

En annen trend er at en jevnt synkende andel av legevaktkontaktene foregår per sykebesøk. I 1989 utgjorde sykebesøkene 25 % av alle møter mellom lege og pasient, i 2002 hadde dette sunket til 11 %.

Steen og Hunskaar kartla over en 12 dagers periode i januar 2003 pasienter som oppsøkte legevakten i Bergen.¹⁹ I alt 1 504 pasienter ble inkludert i undersøkelsen. De fleste (84 %) visste hvem som var deres fastlege. Flere menn enn kvinner visste ikke navnet på fastlegen (henholdsvis 26 % og 9 %). Yngre pasienter manglet oftere kjennskap til sin fastlege enn eldre. Bare 26 % hadde forsøkt å kontakte fastlegen før de oppsøkte legevakten. Av dem som hadde forsøkt å kontakte fastlegen, hadde 21 % ikke kommet gjennom på telefonen. I 22 % av tilfellene var kontoret stengt, 29 % hadde ingen ledig time og 17 % ble bedt om å oppsøke legevakten. Halvparten var villig til å vente til neste dag dersom de var sikret time hos fastlegen da, men få var villig til å vente 4-5 dager. Dette tyder på at pasientene må sikres time hos fastlegen sin allerede neste dag, dersom henvendelsene på legevakt skal avta betydelig.

Tollefsen og medarbeidere sammenlignet i 2000 og 2001 legevaktkbruken i fastlegekommunen Tromsø med Fredrikstad, som på det tidspunktet ikke hadde fastlegeordning.¹⁴ Det ble inkludert 174 pasienter i Tromsø og 225 i Fredrikstad. Man fant at legevakten i Tromsø ble benyttet hyppigere selv om pasientene i Tromsø var mer tilfreds med legenes tilgjengelighet på dagtid. Legevakten i Tromsø ble i større grad benyttet til vanlige legebesøk utenom arbeidstid. Undersøkelser gjort før fastlegeforsøket viste at Tromsø hadde et høyt legevaktkorbruk, noe som den gang ble sett på som en indikasjon på lav tilgjengelighet i allmennlegetjenesten.²⁰ Tollefsens undersøkelse kan tyde på at Tromsøs befolkning har vent seg til å bruke legevakten ved mindre akutte tilstander, og at denne vanen henger igjen selv etter at byen har fått god legedekning. Tendensen forsterkes av at studenter som bor kortvarig i Tromsø, heller kontakter legevakten enn å kontakte sin tildelte fastlege.¹⁴

Jøsendal har også gjennomført en brukerundersøkelse ved Nordhordland legevakt og en registrering og tilbakemelding til alle fastlegene om deres "lekkasje" av pasienter til legevakten.⁷ Bakgrunnen for dette er at ordningen med daglegevakt kan misbrukes ved at fastlegene prioriterer sine timelister slik at egne pasienter ikke får tilgang for akutte problemstillinger, men i stedet sendes til daglegevakten.

Brugerundersøkelsen er gjennomført i fem to-ukersperioder, men svekkes noe av lave svarprosjenter (32 % til 49 %). 30 % av konsultasjonene skjedde på dagtid, 65 % ettermiddag/kveld og 5 % natt. 23 % syntes det hastet mye å komme til konsultasjon ved legevakten, 48 % at det hastet litt og 25 % at det hastet lite men at de måtte få kontakt med lege i løpet av dagen. Bare 3 % mente at de egentlig kunne ha ventet til senere.

En sammenligning av pasientenes vurderinger av hastegrad viser at hastegraden økte signifikant etter innføringen av fastlegeordningen. Før fastlegeordningen mente 15 % at det hastet mye, mens dette økte til 25 % etter fastlegeordningen. Dette kan være en indikasjon på at terskelen for å oppsøke legevakt har blitt høyere etter fastlegeordningen, og at tilfeller med mindre hastegrad oftere taes hånd om av fastlegen i ordinær arbeidstid. Man fant da også at det totale antallet henvendelser til legevakten ble redusert med 30 % i samme periode.

I denne undersøkelsen var det 12 % som ikke visste navnet på fastlegen sin, og 17 % som ikke visste om fastlegekontoret deres var åpent denne dagen. En av tre visste ikke om deres fastlege var tilstede på kontoret samme dag. Bare 24 % hadde forsøkt å ringe fastlegen, og over tid var det en avtakende andel som hadde forsøkt å få kontakt med fastlegen på telefon. 38 % sa at de ikke ville ha oppsøkt legevakten dersom de hadde vært helt sikre på å få time hos fastlegen dagen etter, men bare 9 % ville vente så mye som 4-5 dager på time hos fastlegen.

I tre 9-ukersperioder ble alle konsultasjoner registrert med hvilken fastlege pasienten hadde, og de 24 fastlegene i regionen fikk tilbakemeldinger om grad av tilstrømning til legevakten fra deres listepopulasjon. Dette førte til fallende rater blant alle legene, særlig de som hadde høye rater for "lekkasje". Gjennomsnittlig antall pasienter som benyttet legevakten på dagtid var i første periode 20,5, i andre periode 14,9 og i tredje periode 9,2.

De to siste registreringene omfattet hele døgnet ved legevakten. Gjennomsnittlig rate (antall pasienter per 100 listepersoner) var da 8,0 i andre registreringsperiode og 5,4 i tredje registreringsperiode. Denne forskjellen er statistisk signifikant. I dette prosjektet synes det således som om graden av "lekkasje" av pasienter avtar når fastlegen får tilbakemelding om resultater av egen praksis.

Nyen har gjort en lignende undersøkelse ved Skien og Siljan legevakt.¹² Bakgrunnen var at man hadde et inntrykk av at pasienter på enkelte legers liste i større grad søkte til legevakten enn pasienter på andre legers lister, og at mange av disse pasientene kunne ha fått dekket sitt behov for helsehjelp hos fastlegen. I denne undersøkelsen var konsultasjonsraten (ettermiddag/kveld) 0,30 per innbygger per år for kvinner og 0,26 for menn, nokså tilsvarende det som Halvorsen fant ved Stavanger legevakt. Kvartalsvis tilbakemelding til legene førte imidlertid ikke til særlig endring av legevaktsøkningen av pasienter fra de ulike fastlegekontorene.

Det var stor spredning i legevaktsøkningen fra de ulike legenes pasientpopulasjoner, men denne kunne ikke forklares ut fra listelengde, listesammensetning, legens kjønn eller egen deltakelse i legevaktordningen. Av de undersøkte variablene var det kun kontortilhørighet som var assosiert med legevaktsøkningen. Nyen antar at variasjonen kan tilskrives andre faktorer som ikke er undersøkt: forskjeller i serviceinnstilling, telefontilgjengelighet, ventetid, organisering av timelister, samt at det kan være en overrepresentasjon av storforbrukere av helsetjenester ved noen legekontor. I tillegg til dette synes det også som om dårlig relasjon til fastlegen øker bruken av legevakt.

I en spørreskjemaundersøkelse blant allmennleger fant **Sørensen** at 33 % av fastlegene syntes arbeidsbelastningen på legevakt var blitt mindre, mens 53 % mente at det ikke var noen endring.^{2 21} Det var en tendens til at fastleger i Oslo opplevde at arbeidsbelastningen under legevakt hadde økt, og at det var vanskeligere å innpasse akuttpasienter, sammenlignet med hva fastleger fra resten av landet rapporterte. Dette kan ha sammenheng med at fastlegeordningen her i større grad enn andre steder har innskrenket pasientenes valgmuligheter og at kravet til fastlegens tilgjengelighet er blitt skjerpet.

Iveland registrerte og analyserte 337 sykebesøk som ble utført av fast ansatte leger ved Oslo kommunale legevakt i perioden 1. november 2001 til 31. januar 2002.¹⁰ Pasientenes gjennomsnittsalder var 70 år, median alder 77, og to tredjedeler var kvinner. Legene rakk i gjennomsnitt å utføre 5,2 besøk per dag. Legene vurderte at 22 % av pasientene ville ha vært i stand til å ta seg til lege ved egen hjelp.

39 % ble lagt inn på sykehus og 34 % hadde behov for transport med ambulanse. Dette understreker at sykebesøk på dagtid stort sett gjelder alvorlig syke, og at dette derfor er et nødvendig og hensiktsmessig helsetilbud i en storby. Sykebesøk på dagtid fra Oslo Legevakt handler ellers ofte om å vurdere funksjonsnivå hos skrøpelige eldre mennesker, kartlegge tilgjengelige medisinske og sosiale ressurser og sørge for at pasienten får hjelp på riktig omsorgsnivå. Slike forhold vurderes ofte best i pasientens hjem.

Fastlegens ansvar for immobile pasienter som trenger legeundersøkelse var uklart spesifisert ved innføringen av fastlegereformen i Oslo. Selv om fastlegene har et klart ansvar for egne pasienter og må kunne dra i planlagte sykebesøk, kan de neppe imøtekomme alle ønsker om *akutte* sykebesøk i kontortiden. Det ble ikke samlet inn data om fastlegens rolle i forbindelse med besøkene. Det hadde vært interessant å vite om fastlegen hadde blitt kontaktet eller vært på sykebesøk tidligere. Nesten alle pasienter med malign sykdom ble lagt inn i sykehus, noe som tyder på at sykebesøksleger har lite annet å tilby disse pasientene enn innleggelse. Fastlegen bør være tilgjengelig for slike pasienter.

Ifølge styringsdata fra **Rikstrykdeverket** deltar knapt 80 % av fastlegene i legevakt. Den reelle deltakelsen er imidlertid lavere fordi mange leger "setter bort" vaktene sine. **Otterlei** har gjennomført en spørreskjemaundersøkelse blant 160 fastleger i fire vakt-distrikter. Han fant at vaktene blir fordelt på stadig færre allmennleger. Trenden var sterkest i Trondheim hvor under 40 % av fastlegene deltok i legevaktarbeid.²² Legene kan be seg fritatt fra legevakt når de har passert 55 år, og i Otterleis undersøkelse var det bare 5,3 % av disse eldre legene som deltok i legevakt.

Riksrevisjonen gjennomførte i mars 2004 en landsomfattende spørreskjemaundersøkelse til alle landets kommuner (bydeler i Oslo og Bergen) og oppnådde en meget høy svarprosent (95,7).¹⁸ Undersøkelsen viste stort sett at kommunene ikke opplevde endringer i hvordan legene forholder seg til legevaktarbeid som følge av fastlegeordningen. Det var litt flere kommuner som syntes at det var blitt vanskeligere å få legene til å delta i legevaktarbeid enn som syntes det var blitt lettere, særlig i mellomstore kommuner.

Referanser

1. Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Kontraktsvalg, tjenesteproduksjon og stabilitet i allmennlegetjenesten. Forskningsrapport 10/1999. Handelshøyskolen BI, Institutt for offentlige styringsformer.
2. Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Fastlegereformen - En analyse av fastlegenes arbeidsbelastning og tjenestetilbud. Forskningsrapport 11/ 2003. Handelshøyskolen BI, Institutt for offentlige styringsformer.
3. Finnvold JE, Paulsen B. Før innføring av fastlegeordning. Brukervurderinger av allmennlegetjenesten i et veiskille. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning, 2002.
4. Finnvold JE, Svalund J, Paulsen B. Etter innføring av fastlegeordning - brukervurderinger av allmennlegetjenesten. Statistisk sentralbyrå. Rapport 2005/1.
5. Heen H, Mo TO. I fastere former. Legenes arbeidsvilkår i fastlegeordningen. SINTEF Teknologi og samfunn, IFIM. Trondheim og Oslo, april 2005. Rapport.
6. Dahle R, Skilbrei M. Fastlegeordningen og pasienter med store legebehov. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA Rapport 3/2003.
7. Jøsendal O, Aase S, Hunskaar S. Evaluerer av interkommunal legevakt før og etter innføring av fastlegeordninga. Rapport.
8. Ådnanes M, Hatling T, Grut L. Fastlegens tilbud og samarbeid vedrørende personer med en alvorlig psykisk lidelse. Trondheim, SINTEF Helse 2005.
9. Halvorsen I. Legesøkningsatferd til legevakten i Stavanger kommune - før og etter innføringen av fastlegeordningen. Artikkelmanuskript.
10. Iveland E, Straand J. 337 sykebesøk på dagtid fra Oslo Legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(3):354-7.
11. Jøsendal O, Aase S. Legevaktaktivitet før og etter innføring av interkommunal legevakt og fastlegeordning. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(4):506-7.
12. Nyen B, Lindbæk M. Legevaktsøkning og fastlegeordning. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(4):508-9.
13. TNS Gallups kommuneundersøkelse 2003. www.tns-gallup.no/arch/_img/189702.pdf.
14. Tollefsen LH, Amundsen A, Kolstrup N. Fastlegeordningens betydning for legevaktsøkningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2003;123:1327-9.
15. Legevaktsjef Frank van Betten, Bergen. Personlig meddelelse.
16. Årsberetning for legevakten 2002. Oslo kommune.
17. Årsberetning for legevakten 2003. Oslo kommune.
18. Riksrevisjonens undersøkelse om forvaltning av og måloppnåelse i fastlegeordningen. Riksrevisjonens administrative rapport nr. 1 2005.
19. Steen K, Hunskaar S. Fastlegeordningen og legevakt i Bergen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(3):365-6.
20. Heen H, Johnsen E, Mo TO, Lurås H. Forsøk med fastlegeordning. Evaluering av et forsøk i fire kommuner. Arbeidsforskningsinstituttets rapportserie 2/1996.
21. Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Legenes arbeidssituasjon etter ett år med fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(3):358-61.
22. Dommerud T. Legevakt på randen av sammenbrudd. Dagens Medisin 25.6.2004. www.dagensmedisin.no/nyheter/VisArtikkel.asp?ArtId=4885.

10.3. Effektivitet – Samarbeid

Departementet utarbeidet følgende problemstillinger (nøkkelsspørsmål) for dette evalueringsområdet:

Prinsippet om det frie legevalg innebærer at befolkningen kan velge fastlege også utenfor bostedskommunen. Det er imidlertid lagt opp til at befolkningen gjennom informasjon oppfordres til å velge lege i den kommune eller bydel der de er bosatt, og da i nærheten av der de bor. Øvrige kommunale helsetjenester er ofte organisert med ansvar for et geografisk område, en bydel eller liknende. For brukere av flere kommunale helsetjenester kan det være en fordel å forholde seg til helsearbeidere med ansvar for samme område.

- Hvor mange velger fastlege i den kommunen/området de bor i? Finnes det noe systematisk mønster i valgene: kjønn, alder, yrkesaktivitet, sykkelighet?
- Hvordan er tilfredsheten med samarbeidet mellom fastleger og annet helsepersonell, innen og på tvers av et geografisk område, mellom yrkesutøvere, brukere og fordelt på kjønn?
- Utvikler det seg ulike samarbeidsmodeller mellom fastleger og andre kommunalt ansatte helsearbeidere (helsestasjon, pleie- og omsorgstjenesten) avhengig av om de tilhører samme område eller ikke?
- Sammenfall mellom legers listepopulasjon og geografisk område for offentlige legeoppgaver vil variere. Er det noen sammenhenger her i forhold til rekruttering, omfang og innhold av offentlige legeoppgaver?
- Hvordan er tilgjengeligheten til aktuelle fastleger for andre samarbeidspartnere, både fra kommune- og spesialisthelsetjenesten, i forhold til diskusjon om aktuell oppfølging av hans/hennes pasienter?
- Hvordan påvirker fastlegeordningen samarbeidet mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten i forhold til aktuelle pasienter?

Prosjektnr: 144337/330	Prosjektleder: Ole Frithjof Norheim	Prosjekt: Legens doble rolle som advokat og portvakt i fastlegeordningen
---	--	---

Studien bygger på data fra 11 fokusgruppeintervjuer med et utvalg videre- og etterutdanningsgrupper for allmennleger og samfunnsmedisinere i Hordaland og Oslo. Dette omfatter 81 informanter (hvorav 77 fastleger) som ble intervjuet våren 2002. Studien bygger på en kombinasjon av kvalitative og kvantitative data. Hoveddelen av materialet stammer fra fokusgruppeintervjuene, men det ble også delt ut et kort spørreskjema til alle deltakerne.¹

Mange mente at henvisningsordningen var riktig fordi den til en viss grad begrenser bruken av spesialister til oppgaver som fastlegene lett kan ta seg av. Samtidig ble det uttrykt irritasjon over at spesialister ofte avtaler time med pasienten og ber pasienten gi beskjed til fastlegen at de må ha en henvisning. I slike tilfeller mente fastlegene at deres tid ble misbrukt og de følte seg umyndiggjort som portvakt.

Prosjektnr: 158395/V50	Prosjektleder: Kari Jorunn Kværner	Prosjekt: Pasienter med oppfølgingsbehov. Samhandling og ressursutnyttelse i Fastlegereformen
---	---	--

Dette er en spørreundersøkelse som ble sendt ut til alle landets fastleger våren 2004. Den kartlegger fastlegenes oppfatning av informasjonsoverføring fra sykehus til fastlege, samhandlingen mellom allmennlegetjenesten og sykehus / sykehjem, og allmennlegers bruk av sykestuer. Legene ble også bedt om å ta stilling til henvisning av pasienter med ulike diagnoser. Materialet er senere koblet til to andre databaser som inneholder opplysninger om sykehusenes organisering og aktivitet. Man fikk svar fra 1 633 fastleger (48 %), med samme alders- og kjønnsfordeling som totalpopulasjonen.²

Flertallet av fastlegene mottar epikrisene over en uke etter at pasienten er utskrevet fra sykehus. Litt avhengig av diagnose varierer andelen mellom 55 % og 76 %. Omlag 20 % av fastlegene mottar aldri eller sjelden epikrise når en annen lege er innleggende lege for en av hans/hennes listepasienter. 26 % mottar aldri eller sjelden epikrise når legen legger inn andres listepasienter. For å sikre forsvarlig oppfølging, ville det være naturlig at pasientens fastlege i alle tilfeller får tilsendt epikrise rutinemessig. 56 % av fastlegene opplyste at deres lokalsykehus tilbød elektronisk epikrise ved starten av 2004. 23 % av fastlegene mottar vanligvis epikriser utformet etter en standardisert mal.

15 % av fastlegene mottar ikke rutinemessig journalnotat for pasienter som har vært til poliklinisk behandling. 56 % må vente i over en uke før journalnotatet er mottatt. 53 % opplyste at lokalsykehuset tilbyr elektronisk journalnotat, men det er likevel 61 % som ikke mottar dette.

Gjennomgående er fastlegene fornøyd med innholdet i epikrisene. 90 % er enten svært fornøyd eller fornøyd. Lavest skår (5,8 på en skala fra 1 til 10) får informasjon om videre oppfølging hos egen lege. Her er det også større geografisk variasjon. Sogn og Fjordane og Møre og Romsdal skårer svært høyt, mens Østfold, Vestfold og Hordaland skiller seg ut i negativ retning.

Tabell 10.3.1. Geografisk variasjon i tilfredshet med informasjon fra sykehuset ved innleggelse av listepasienter og for pasienter som ved utskriving har behov for oppfølging hos fastlege. Andel leger (%) som er tilfreds med informasjonen

	Informasjon fra epikrise ved innleggelse av listepasienter	Hos pasienter med oppfølgingsbehov etter utskrivelse
Østfold	87	41
Akershus	86	52
Oslo	90	52
Hedmark	93	67
Oppland	97	73
Buskerud	87	49
Vestfold	83	34
Telemark	97	60
Aust-Agder	94	76
Vest-Agder	96	69
Rogaland	91	59
Hordaland	90	40
Sogn og Fjordane	97	97
Møre og Romsdal	93	95
Sør-Trøndelag	94	51
Nord-Trøndelag	93	72
Nordland	86	54
Troms	93	53
Finmark	89	74
Hele landet	91	55

En fjerdedel av fastlegene har mottatt tilbud om å hospitere ved sykehuset i løpet av det siste året, men det er bare 8 % som har gjort dette. 47 % har imidlertid deltatt på kurs eller opplæring.

Praksiskonsulentordningen (PKO) ble opprinnelig hentet fra Danmark og først iverksatt i Rogaland i 1996. PKO er et nettverk av allmennleger som skal medvirke til å styrke samarbeidet mellom sykehusenes avdelinger, deres leger, andre ansatte, allmennlegene og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. I januar 2005 kom de regionale helseforetakene og Legeforeningen frem til et anbefalt forslag til en rammeavtale for en praksiskonsulentordning for hele landet. Partene er enige om å bruke PKO til å bedre samarbeide, kvalitetsutvikling, helhetstenkning og kommunikasjon om pasientene mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I denne undersøkelsen var det bare knapt 30 % av fastlegene som kjente til at deres lokalsykehus hadde etablert PKO. Blant dem som hadde mulighet, deltok 12 % i PKO og 45 % ville delta dersom de fikk tilbud.

55 % av fastlegene var enten tilfredse eller svært tilfredse med samhandlingen med sitt sykehus. Dette var uavhengig av om det fantes PKO eller ikke. Mannlige leger var noe mer tilfredse enn kvinnelige leger (58 % og 48 %). Det var også en tendens til at yngre og eldre leger var noe mer tilfredse enn andre. Hvorvidt fastlegen er spesialist i allmennmedisin eller ikke hadde ingen betydning for deres tilfredshet med samhandlingen.

30 % av fastlegene oppga at de sammen med sykehuset har felles faglige retningslinjer for pasientbehandling. Av disse mente hele 93 % at retningslinjene har positiv effekt på samhandlingen. Det var imidlertid nesten 40 % som ikke viet om det eksisterer slike felles faglige retningslinjer.

Resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen til fastlegene ble også koblet til to andre datakilder. INTORG inneholder informasjon om sykehusenes interne organisering, inkludert data om sykehusenes samhandlingsaktiviteter med førstelinjetjenesten. SAMDATA inneholder et bredt spekter av aktivitetsdata for sykehusene.

Fastlegenes oppfatning av samarbeidet med sykehusene ble analysert i forhold til egenskaper ved sykehusene, kostnadseffektivitet og rapporterte samhandlingsaktiviteter mellom første- og andrelinjetjenesten (multivariat analyse). Fastleger som brukte mellomstore sykehus som lokalsykehus var mer tilfredse enn de som brukte små og store sykehus. Kurs og aktiviteter mellom første- og andrelinjetjenesten hadde en positiv effekt, men det var en negativ sammenheng mellom fastlegenes tilfredshet og sykehusenes kostnadseffektivitet. Denne negative sammenhengen var uavhengig av gjennomsnittlig liggetid på sykehuset. Fastlegene var mindre tilfredse med samhandlingen om eldre pasienter.

Historisk sett har sykestuene i Norge vært viktige som en slags "halvannenlinjetjeneste". Mens det i 1972 fantes 1 005 sykestuesenger, var det i 2001 bare 90 igjen. Halvparten av dem lå i Finmark. Kun 7 % av fastlegene hadde et slikt tilbud i sitt nærområde, og av disse benyttet 81 % seg av sykestuene i liten eller svært liten grad.

Henvissningsmønster

Legene ble bedt om å ta stilling til eventuell henvisning av fire ulike pasienter med diagnosene svimmelhet, hørsnue, ørebetennelse, og snorking/søvnapné. De ble spurt om hvor stor andel av pasientene de ville behandle selv ved den første konsultasjonen og hvor stor andel de ville henvise til henholdsvis privatpraktiserende spesialist og sykehus/poliklinikk. De ble også bedt om å anslå hva som ville skje videre med de pasientene de behandlet selv.

Som det fremgår av tabell 10.3.2 ville de aller fleste med snorking/søvnapné bli henvist videre, mens allmennlegen selv ville behandle de fleste med hørsnue og ørebetennelse. Svimmelhet utgjorde en mellomgruppe. For alle diagnosene var det vanligere med henvisning til privatpraktiserende spesialist enn til sykehus/poliklinikk.

Tabell 10.3.2. Andel (%) av tenkte tilfeller med fire ulike diagnoser som allmennlegene vil henvise til privatpraktiserende spesialist eller sykehus/poliklinikk

	Svimmelhet	Hørsnue	Ørebetennelse	Snorking
Henvises til spesialist ved første konsultasjon	16	7	5	49
Henvises til sykehus/poliklinikk ved første konsultasjon	7	2	2	25
Henvises til spesialist ved senere konsultasjon	13	9	11	8
Henvises til sykehus/poliklinikk ved senere konsultasjon	6	3	4	5
Blir ikke henvist	58	79	79	13

Det var svært stor variasjon mellom legene, både med hensyn til hvor stor andel de ville henvise og når i forløpet de ville henvise. Variasjonen var størst for diagnosen hørsnue, minst for snorking/søvnapné. Det ble gjort en multivariat regresjonsanalyse for å studere mulige forklaringsvariabler for denne store variasjonen mellom legene. Her viste det seg at spesialister i allmennmedisin henviste en lavere andel enn resten av legene.

Som indikator på tilgjengeligheten til allmennlegetjenester i kommunen brukte man gjennomsnittlig listelengde i kommunen og antall ledige plasser relativt til befolkningen i kommunen. Dessuten brukte man en tilgjengelighetsindeks til spesialisthelsetjenester på kommunenivå. Når man så på henvisninger totalt (både til spesialist og til sykehus/poliklinikk), var det kun for diagnosen svimmelhet man så en effekt av tilgjengeligheten. Der hvor det var god tilgjengelighet hos privatpraktiserende spesialister, var det en større andel som ble henvist for svimmelhet.

Det ble også gjort tilsvarende regresjonsanalyser hvor man bare så på henvisninger til privatpraktiserende spesialist. Her fant man for alle diagnoser signifikante effekter av listelengden. En større andel av pasientene ble henvist jo lengre den gjennomsnittlige listelengden var i kommunen. Videre fant man at pasienter med

svimmelhet og ørebetennelse oftere ble henvist til privatpraktiserende spesialist jo bedre tilgjengeligheten var hos de privatpraktiserende spesialistene og jo dårligere den var på sykehus/poliklinikk.

Samarbeid i kommunene

Av de 1 637 fastlegene som svarte, hadde 1 257 (77 %) kommunale legeoppgaver, hvorav 462 (37 %) hadde tilsynsoppgaver i sykehjem. Fire av ti leger mottar informasjon fra kommunehelsetjenesten når en listepasient får plass i sykehjem. 52 % av fastlegene blir rutinemessig bedt om pasientopplysninger ved langtidsopphold, og 37 % ved korttidsopphold. Om lag halvparten av legene mener de har muligheter til å påvirke når listepasienter prioriteres til kort- og langtidsopphold. Mens 59 % av fastlegene mener de bør være premissleverandør ved vurdering av pleie- og omsorgsbehovets omfang, mener et knapt mindretall at de bør være premissleverandør i beslutning om hjemmebaserte tjenester eller sykehjemsopphold.

946 fastleger (76 %) mente at legetjenesten i sykehjem fungerte godt. 385 av 450 fastleger med tilsynsoppgaver (85 %) var tilfredse, og 563 av 730 leger uten tilsynsfunksjoner (75 %) var tilfredse med sykehjemstjenesten. Leger som savnet informasjon når listepasienter fikk plass i sykehjem, eller ikke ble bedt om å bidra med pasientopplysninger eller kunne påvirke prioritering av egne pasienter til langtidsopphold, var mindre tilfredse med legetjenesten i sykehjem.

Prosjektnr: 158399/V50	Prosjektledere: Marian Adnanes	Prosjekt: Fastlegenes tilbud og samarbeid med andre tjenester når det gjelder pasienter med alvorlige psykiske lidelser
----------------------------------	--	---

Dette er en kvalitativ studie hvor man har intervjuet 26 psykiatriske pasienter, 6 pårørende, 20 fastleger, 8 samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten og 10 i kommunehelsetjenesten. Informantene er rekruttert fra fire kommuner av ulik størrelse. I tillegg har man brukt data fra ni distriktpspsykiatriske sentre (DPS) og analysert omfanget av kontakt mellom DPS og fastlegene, og i hvor stor grad fastlegene har hatt koordinatoransvar eller deltatt i utarbeidelse av individuelle planer.³

Kvalitativ studie

Mens fastlegene ofte er kritiske til spesialisthelsetjenesten, og påpeker et mangelfullt samarbeid, er de fleste mye mer positive når det gjelder samarbeidet med øvrig kommunehelsetjeneste. Innen kommunehelsetjenesten samarbeider fastlegene med psykiatrisk sykepleier og med hjemmesykepleie. Det er ofte psykiatrisk sykepleier eller hjemmesykepleier som representerer kontinuiteten for pasienten, i den forstand at det ofte er de som har mest kontakt med pasienten, og dermed oppfatter endringer i pasientens tilstand. De fleste fastleger uttrykker stor tiltro til tjenesten og roser det arbeidet de gjør.

Det er bare et fåtall av fastlegene som har vært med på å utarbeide individuelle planer vedrørende sine pasienter. Ansvarsgrupper er en eldre og mer innarbeidet samarbeidsform, men det varierer hvor mye fastlegene deltar i denne type formalisert samarbeid. De fleste fastlegene har en relativt restriktiv holdning til hvor mye de skal involvere seg. Ofte er det slik at møter legges til legesenteret for å få med fastlegen. Fastlegene påpeker også at møter må avtales i god tid på forhånd:

”Og når det gjelder ansvarsgruppemøtene, så må de være klokka 8 om morgenen eller etter halv tre om ettermiddagen hvis jeg skal være med. Og da butter man fort i de kommunale arbeidstidene. Hvis jeg blir innkalt til et ansvarsgruppemøte klokka ett så går halve dagen min, og det vil si at de pasientavtalene jeg har da må avlyses. Det er da ti pasienter jeg ikke får sett den dagen. Det går ikke.”

Det eksisterer en egen samarbeidstakst som gir fastlegene honorar for tverrfaglige møter om enkeltpasienter. Fastlegen uttrykker tilfredshet med denne taksten. Det er først og fremst tidsbruken, ikke økonomien, som gjør at mange fastleger er restriktive med deltakelse i ansvarsgrupper.

De fleste pasientene syntes fastlegen er oppmerksom overfor deres behov for spesialisthelsetjenester. Det ble imidlertid også beskrevet eksempler på det motsatte. Få av pasientene hadde hørt om Individuell plan og ingen

hadde sin egen. Mange hadde små forventninger til at de ulike helsetjenestene skulle samarbeide, utover at fastlegen skal ta seg av henvisning på en god og effektiv måte når det er aktuelt.

Noen av informantene hadde en oppfatning av at det er en bestemt rolle- og oppgavefordeling mellom de ulike fagaktørene, noe som gjøre det lite aktuelt med samarbeid:

”Fastlegen tar seg av de somatiske plagene, og psykiater eller psykolog tar seg av de psykiske plagene.”

En av informantene mente denne todelingen var en god ordning fordi fastlegen dermed ikke tolket alt som et tegn på psykisk lidelse.

Den øvrige kommunehelsetjenesten fremhevet fordelene ved å ha en fast adresse for pasienten, slik at man vet hvor man skal henvende seg. De rapporterte også at det er blitt lettere å få fastlegen til å stille opp for pasientene og i ansvarsgrupper. Spesialisthelsetjenesten trakk også frem fordelene ved at ansvaret nå er plassert hos fastlegen.

Det varierer mellom kommunene og bydelene hvordan fastlegene og spesialisthelsetjenesten samarbeider, hvilke fora som finnes og hvor mye man samarbeider. Det fins ansvarsgrupper og basismøter, tverrfaglige møter og samarbeidsmøter, og man har så vidt begynt å jobbe sammen om individuelle planer. Men samarbeidet virker sporadisk i mange tilfeller. Faste samarbeidsmøter tar nødvendigvis tid, og flere av fastlegene gir uttrykk for at det optimale er å ha mer uformelle kontakter og for øvrig en lav terskel samt enkelhet rundt kontakten med spesialisthelsetjenesten.

Det som i størst grad preger samarbeidsrelasjonen med spesialisthelsetjenesten er dårlig tilgjengelighet. Nesten alle fastlegene har historier om dårlig tilgjengelighet, hva dette medfører for pasientene, og hvordan fastlegene takler dette:

”Jeg hadde nylig en sak hvor det var sterke suicidalimpulser og var vel nærmest funnet på vei til å ta sitt liv. Hvor det tok to måneder før vedkommende fikk en time, til tross for purringer og pårørendes fortvilelse og dobbelskriving av brev og videresending av søknaden til lettpsykiatrien. Det synes jeg er uverdig, og det irriterer meg.”

Det varierer hvor nøye spesialisthelsetjenesten er med å sende ut epikrise i tide og flere fastleger er også kritiske til at de ikke blir informert underveis. Pasientene kommer til dem for fysiske plager som de måtte ha mens de er under behandling i spesialisthelsetjenesten. Det er også problematisk når informasjon vedrørende medikamentforandringer ikke gis, og når ansvarsforhold vedrørende medisinerer er uklare:

”Har hatt betydelige problemer med at de (spesialisthelsetjenesten) har vært for trege, og skiftet medisinen uten å varsle meg, og så kommer de (pasientene) til meg tre dager etterpå, og forstår ikke hvorfor de skal bruke det og det – et salig virvar.”

Det er noen samarbeidsrelasjoner mellom fastleger og spesialisthelsetjeneste som synes å fungere mye bedre enn det som er vanlig. Viktige faktorer synes å være en kombinasjon av å kjenne til dem som jobber i spesialisthelsetjenesten, ha faste møter med dem, men samtidig også ha en lav terskel for kontakt for øvrig, når fastlegen opplever behov for det. Fastlegen er interessert i å kunne ta en rask og uformell kontakt, uten å bruke for mye tid på det. Dette stiller dermed krav om en fleksibilitet fra DPS.

Mens fastlegene er kritiske til seie epikriser, påpeker spesialisthelsetjenesten stor variasjon når det gjelder kvaliteten på fastlegenes henvisninger. Halvparten av informantene i spesialisthelsetjenesten uttrykker seg ellers kritisk til fastlegenes prioritering av samarbeid. Denne kritiske gruppen består av høyskoleutdannede samt en psykolog. De øvrige, tre psykiatere og en psykologspesialist, uttrykker mye større forståelse for fastlegenes arbeidssituasjon. Fastlegene gir uttrykk for at de foretrekker å forholde seg til andre leger når de samarbeider, og er skeptiske til profesjonaliteten hos ikke-spesialistene.

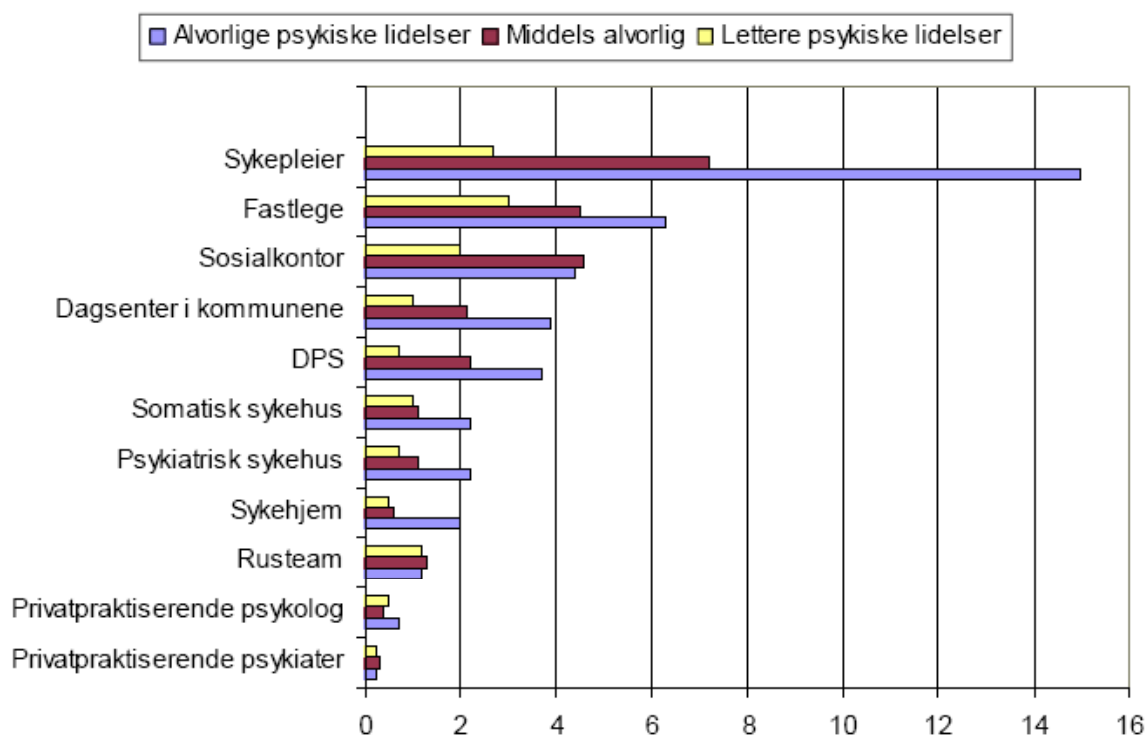
Kvantitativ studie

Det er også gjort en kvantitativ analyse vedrørende kontakt mellom fastlege og DPS med utgangspunkt i 3 497 pasienter. I 2002 hadde 10 % av alle pasientene fått utarbeidet individuell plan, 22 % av de med alvorlige psykiske lidelser. Fastlegen var involvert i 14 % av planene for de med alvorlige psykiske lidelser, og i mindre

grad i de øvrige gruppene. Lege ved DPS var noe mer involvert enn fastlegen – omlag 20 % for den tyngste gruppen. Det er annet fagpersonell ved DPS sammen med pleie- og omsorgsetaten i kommunen som i størst grad er involvert. I 2005 hadde for øvrig 20 % av alle pasientene fått utarbeidet individuell plan, 46 % av de med alvorlige psykiske lidelser.

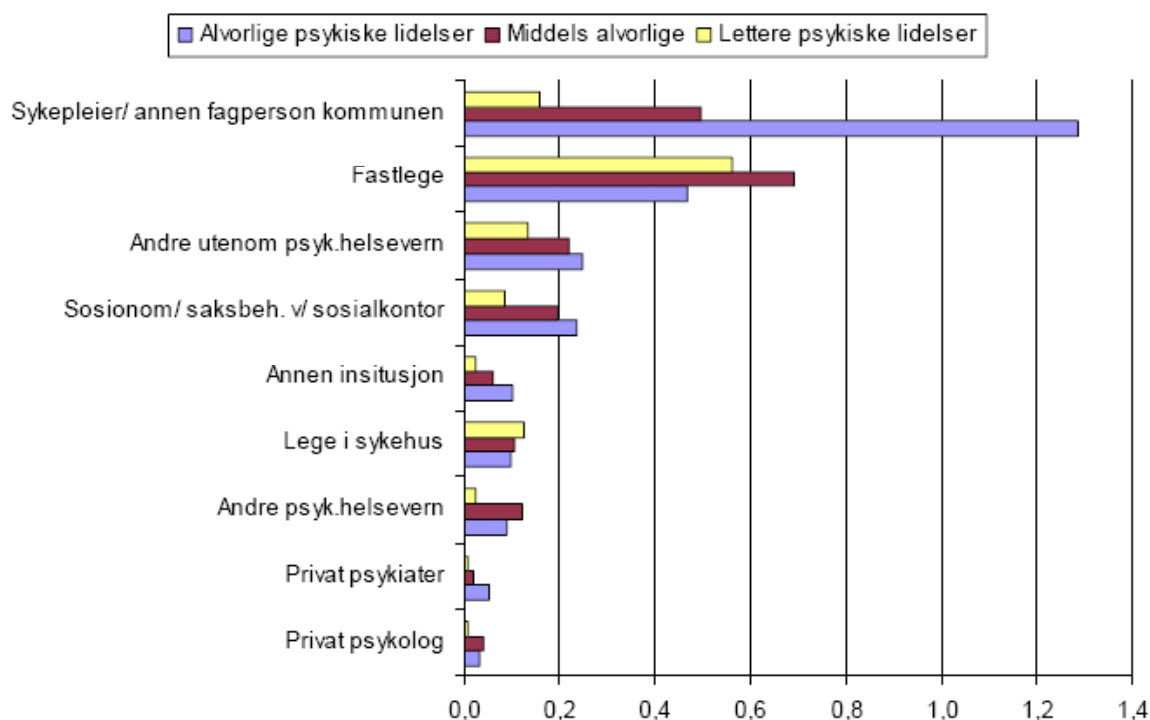
DPS oppgir at fastlegen koordinerer det samlede tilbudet for bare 5 - 7 % av pasientene. Tolkningen av dette er imidlertid noe usikker da det er en høy andel ubesvarte på dette spørsmålet og nesten 40 % oppgir at det ikke er behov for noen koordinator.

Behandlerne i DPS har kontakt med kommunehelsetjenesten i forbindelse med henvisning og utskriving, samarbeidsmøter, arbeid med individuelle planer og i ansvarsgrupper. Det kan også dreie seg om veiledning overfor kommunehelsetjenesten. Behandlerne tok oftest kontakt angående pasienter med alvorlige lidelser, og det var sykepleier i kommunen som oftest ble kontaktet. I løpet av to måneder ble sykepleier kontaktet vedrørende 15 % av de tyngste pasientene, fastlegene vedrørende 6 % (figur 10.3.1).



Figur 10.3.1. Behandlernes kontakt med annet helsepersonell og institusjoner i løpet av to måneder i 2002 (%)

Pasienten har i noen tilfeller også hatt samtaler med helsepersonell utenom DPS gjennom registreringsperioden (to måneder). Gruppen med alvorlig psykisk lidelse har i gjennomsnitt hatt 1,3 samtaler med sykepleier og 0,5 samtaler med fastlege. De øvrige pasientgruppene har i større grad hatt samtale med fastlegen enn med sykepleier (figur 10.3.2).



Figur 10.3.2. Pasientenes samtaler med fastlege og øvrig helsepersonell. Antall ganger over en periode på to måneder i 2002.

Prosjektnr: 158402/V50	Prosjektleder: Helle Wessel Andersson	Prosjekt: Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer?
----------------------------------	---	---

Dette er en kvalitativ intervjustudie med 12 helsesøstre, 11 fastleger og 15 fagpersoner fra barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). Dessuten er det gjort en spørreskjemaundersøkelse blant brukere (medlemmer av ADHD-foreningen og foresatte til barn/ungdom som er pasienter i BUP). Prosjektet fokuserer på tilgjengelighet og kontinuitet, samt hvordan fastlegen samarbeider med andre.⁴

Samarbeid med helsesøster

I noen kommuner har man jobbet bevisst med å styrke kontakten mellom fastleger, helsesøstre og andre aktører i helsetjenesten. På disse stedene er det lagt opp til at instansene skal samarbeide, og det er utviklet rutiner for å koble inn fastlegen dersom et barn eller en ungdom skal henvises til BUP. Helsesøstre opplevde det som enklere å kontakte fastlegen dersom det var lagt opp til slikt samarbeid.

Dette står i kontrast til andre kommuner der det ikke var utviklet rutiner for informasjonsutveksling eller samarbeid mellom helsesøster og fastlegen. Spesielt i kommuner med ustabil legedekning eller i store kommuner hvor helsepersonellet ikke kjenner hverandre, melder helsesøstre om lite samarbeid med fastlegen.

Jevnt over samarbeider helsesøstre sjelden med fastlegene om denne målgruppen, og de ga uttrykk for at de ønsket mer samarbeid. De opplever ofte at fastlegen er vanskelig tilgjengelig, og noen ønsket heller å bruke skolelegen enn fastlegen.

Legene bekreftet at de har lite strukturert og rutinemessig samarbeid med helsesøstre. Det var ingen som hadde faste samarbeidsmøter eller faste samarbeidsrutiner om denne målgruppen med andre kommunale

instanser. Samarbeidet er lagt opp fra sak til sak, og flere av fastlegene syntes at dette er tilfredsstillende. På grunn av tidspress og ventelister er det de færreste av fastlegene som har anledning til å ta initiativ til å holde generelle samarbeidsmøter.

De fleste av fastlegene som ble intervjuet hadde erfaring fra å samarbeide med helsesøster. Noen hadde hatt et slikt samarbeid omkring en pasient for flere år tilbake i tid og karakteriserte samarbeidet som svært sjeldent, men nyttig. Noen få leger hadde et mer aktivt og regelmessig samarbeid med helsesøster omkring barn og unge i målgruppen. De fastlegene som hadde hyppig samarbeid med helsesøster var svært positive til dette og hadde lagt til rette for at helsesøstrene kunne ta kontakt. En lege kommenterte også at det er flott å jobbe med helsesøster fordi de er lette å komme i kontakt med og de har en ufarlig måte å komme i kontakt med eleven på.

Fastlegene opplever at enkelte barn og unge med psykiske problemer kan være tidkrevende og en vanskelig gruppe i forhold til de rammer fastlegeordningen gir:

"Det å ikke bruke nok tid kan være et problem sett i forhold til formatet av de problemene barn og unge med psykiske problemer utgjør, og som er dårlig tilpasset den typen konsultasjoner som det er lagt opp til hos fastlegen"

Flere av legene som ble intervjuet fortalte at de i spesielle saker kunne delta i ansvarsgruppemøter med andre instanser. Selv om de fleste legene mente at slike møter er nyttige, er det problematisk for mange å få tid. Fastlegen trenger å få tilrettelagt samarbeidsmøter kanskje så lang tid som 3 - 4 uker i forkant av det aktuelle møtet. Noen påpekte at selve formen på ansvarsgruppemøter kan være for tidkrevende og at det blir for mye snakk:

"Ja, vi føler nok at det går med mer tid enn det som er nødvendig. Og det har med ulike arbeidsformer å gjøre. Som fastleger er vi nokså gjerrige på tid, og med utflytende møter blir jeg fort litt utålmodig ... Men jeg tror det er kjempeviktig at legen er med og ivaretar de medisinske aspektene så alt ikke blir pedagogikk og atferd"

Helsesøstrene påpekte at det ofte tar lang tid å kartlegge hva et barns problem består av. De opplever at mange elever som kommer til dem ønsker å teste ut tillit først, om det går an å snakke med helsesøster, om hun er til å stole på. Det å komme flere ganger hos en fastlege er kanskje mer problematisk siden eleven må forlate skolen for å gå til legekontoret, det koster penger å bruke fastlegen, og legen har korte konsultasjonstimer med mindre noe annet er avtalt på forhånd. Det kan også være et problem med ventetid hos fastlegen, og mange er ikke så flinke til å forholde seg til faste tidspunkt.

Noen barn og unge med psykiske problemer kan være engstelige for å oppsøke fastlegen fordi de er redde for at foreldrene skal få vite om deres vansker. Derfor foretrekker mange å gå til helsesøster eller skolehelsetjenesten, og det kan være vanskelig for helsesøster å motivere barn og unge til videre henvisning:

"Jeg opplever at når noen først har kommet inn vil de ofte ikke videre. "Kan jeg ikke bare komme til deg da?" sier de. Noen er redde for å gå til leger, også er jeg der i skoletiden og det er lettere å komme til meg"

Det er ofte et problem at mange ungdommer ikke vet hvem fastlegen er. I noen kommuner, spesielt små og oversiktlige kommuner, opplever helsesøstrene det som uproblematisk å ringe til det lokale legekontoret for å få rede på hvem som er fastlege for barnet. I større byer og tettsteder er dette vanskeligere, og helsesøstrene får ikke ut disse opplysningene fra fastlegekontoret. Dersom ungdommen selv ikke kan finne det ut, må de kontakte foreldrene. I tilfeller der ungdom ikke ønsker at foreldrene skal bli involvert, er dette vanskelig. For å løse problemet har mange skoler forsøkt å skaffe seg en oversikt over elevenes fastleger.

Selv om det er forskjeller mellom kommunene i forhold til om fastlegen blir trukket inn og informert om barn og unge i målgruppen, så uttrykker flere av helsesøstrene at de heller oppsøker skolelegen dersom det handler om psykiske problemer:

"Jeg bruker skolelegen når jeg må henvise til BUP, jeg bruker ikke fastlegen. Elevene vet vanligvis ikke hvem fastlegen er heller. Hvis mor vet det, så hender det at de skal bytte, eller så er det ikke god kontakt med fastlegen ... jeg synes det er klønete å finne frem til en fastlege. Det burde ha vært et telefonnummer vi som jobber i helsevesenet kunne få ringe for å nå frem til fastlegene, den vanlige kontortelefonen er håpløs. Dersom skolelegen eller helsestasjonslegen er fastlege for noen av elevene er det jo greit, så det går litt på person. Det går på hvordan fastlegen kjenner deg og du ham"

Flere av legene som ble intervjuet følte at de ble kontaktet sent i prosessen. Noen leger opplever bare å bli kontaktet av helsesøster med forespørsel om en underskrift på henvisning til BUP. Dette gjelder spesielt der det er noe ustabilitet i legedekningen eller på større steder der helsesøster og fastleger ikke kjenner hverandre fra før. Legene påpekte også at en del av deres pasienter går forbi dem og at skolehelsetjenesten henviser direkte til BUP uten at de blir informert. Noen visste ikke at deres pasienter hadde vært til behandling hos BUP før de mottok epikrisen. Flere leger mente imidlertid at det hadde vært en viss bedring av informasjonsrutinene etter Fastlegereformen.

En lege påpekte at helsestasjonslege og skolelege skal drive forebyggende, og ikke behandlende:

"I rollen som skolelege tilbyr jeg meg å være et mellomledd mellom skolehelsetjenesten og legen dersom man føler det er vanskelig å komme i kontakt med legen sin"

En lege som er skolelege ved siden av å være fastlege påpekte at han kunne henvise pasienter han ikke er fastlege for til BUP, men at han alltid hadde rutine på å kopiere henvisningen til barnets fastlege. Problemet med dette beskrev han likevel som:

"Dersom vi som skoleleger driver og henviser så får ikke fastlegen det samme eierforholdet til problemstillingen og da risikerer du at det blir mer perifert. Det ansvaret som ellers er veldig tydelig blir litt mer diffust. Det å henvise en pasient har også litt med det å ta ansvar å gjøre og jeg ønsker primært at primærlegen skal stå for selve henvisningen. Men i skolesammenheng så gjør vi et godt grunnarbeid"

Flere av helsesøstrene som ble intervjuet hadde opplevd at fastlegen hadde mye informasjon om familier som var i krise eller hjem der foreldrene hadde psykiske problemer. Slik informasjon kunne vært viktig å dele med helsesøster slik at hun kunne følge opp og være mer observant på skolen. I disse tilfellene har helsesøster undret seg om det kan være taushetsplikten som har hindret legen i å dele opplysninger:

"Dette at vi har null samarbeid med fastlegen kan kanskje skyldes deres taushetsplikt. Det tok lang tid før jeg fikk vite at foreldrene til et barn på helsestasjonen hadde svære psykiske problemer. Hadde jeg visst dette ville jeg ha møtt familien på en litt annen måte. Fastlegen visste om dette, men sa ingenting til meg. Hvis taushetsplikten blir et hinder for godt samarbeid er det noe galt"

Helsesøstrene har også erfaring med at barnevernet har kunnskap om barns vanskelige situasjon hjemme, men på grunn av taushetsplikt blir ikke helsesøster informert.

Samarbeid med psykisk helsevern

Ansatte i BUP hadde generelt lite samarbeid med fastlegene om barn og unge med psykiske problemer. I noen tilfeller hadde imidlertid ledelsen i BUP tatt initiativ til generelle møter med fastlegene for å bedre samarbeidsrelasjon og øke kontakten. Det mest vanlige samarbeidet handlet imidlertid om enkeltpasienter.

Selv om leger og psykologer i BUP meldte om lite kontakt med fastlegene, opplevde de at det hadde skjedd en generell bedring de siste par årene ved at fastlegene var blitt mer involvert.

I intervjuene bekreftet fastlegene at de har relativt lite samarbeid med BUP. Det er noe mer kontakt og kommunikasjon i enkelte kommuner der initiativ til samarbeid har blitt prioritert. I intervjuene kom det frem at barn og unge med psykiske problemer utgjør en liten pasientgruppe for fastlegene. De påpeker også at de gjør mye selv i forhold til målgruppen og at det ofte ikke er nødvendig å trekke inn kompetanse fra BUP:

"Jeg tror ikke de andre samarbeidspartnerne vet mye om meg som fastlege. Det meste gjør jeg selv, i hvert fall 2/3 av sakene i denne kategorien. Dette handler om samtaler, å trekke inn foresatte, og så kommer jo forespørsler via telefon fra foresatte til meg. Ofte er det problemer innad i familien eller i skolen man snakker om"

Fastlegene har litt forskjellig oppfatning om nytten og nødvendigheten av å ha en fast samarbeidsrelasjon til BUP. I intervjuene påpekte de at de samarbeider med BUP når de finner det nødvendig. Dette gjelder vanligvis vanskelige saker der pasienten har sammensatte problemer. Samarbeidet med BUP er derfor mest aktuelt rundt slike enkeltpasienter:

"Jeg mener helt klart at dette (samarbeidet) må knyttes ... til konkrete problemstillinger og pasienter og så lager man et opplegg rundt det. Det generelle det har vi allmennpraktikere blir bombardert med så mye at vi må være veldig tidsrasjonell for vi har 100 pasientgrupper og problemstillinger i helsevesenet, så vi kan ikke bruke tid til slik generell planlegging og generelle møter"

Det er ingen takster som dekker generelle møter der for eksempel samarbeidsformer diskuteres. Fastlegene hevder at dette forholdet gjør at de vanligvis ikke diskuterer samarbeid med andre instanser i møteform. Fastlegene får imidlertid betalt for møter der konkrete pasienter diskuteres.

Ansatte i BUP ønsket at fastlegene hadde bedre kompetanse til å vurdere barn og unges psykiske problemer. De påpekte også at fastlegeordningen som struktur ikke alltid er så godt tilpasset denne gruppen. De viser til korte konsultasjonstider og egenandeler, samt at mange unge vegrer seg for å oppsøke den samme legen som foreldrene har. En kan forvente at mange unge ikke vil kunne dekke utgifter til legebesøk alene, men må spørre om penger hjemme. Dette kan være vanskelig dersom de ikke ønsker at foreldrene skal vite at de har problemer.

Fastlegene hadde forskjellige synspunkter på hva som er deres rolle. Noen var opptatt av at deres rolle i stor grad handler om kartlegging og sortering, og å henvise til spesialisthelsetjenesten ved behov. Andre påpekte at de har relativt få pasienter i denne målgruppen, og at det derfor er vanskelig å holde seg oppdatert. De opplever at det i mange saker er lite de kan bidra med. Det ble også fremholdt at dersom fastleger skal jobbe med denne målgruppen forutsetter det interesse for fagfeltet:

"Om man skal jobbe mer eller mindre med dette som fastlege avhenger av den enkeltes interesse og evne! Jeg tror ikke en bør befatte deg med det hvis du ikke har interesse eller evne fordi det er relativt krevende og tungt stoff. Da kan det være like godt å sende det videre. Vi er forskjellige! "

Dersom pasienten blir tilbudt et langvarig behandlingsforhold på BUP, sier enkelte fastleger at de vanligvis får en perifer rolle i forhold til pasienten. Å ta rollen som koordinator i en slik situasjon, eller være den som har et overordnet ansvar, ble av flere beskrevet som vanskelig og unaturlig siden fastlegen sjelden er tungt inne når BUP driver med behandling. Ansatte i BUP bekreftet også at mange saker blir behandlet hos dem uten noen form for aktiv deltakelse eller involvering fra andre instanser. Det er i de omfattende sakene at BUP trenger fastlegen mest.

Samtlige informanter som ble intervjuet fra BUP beskrev en stor variasjon i kvaliteten på henvisningene de mottar:

"Henvisningene varierer fra 4 linjer til å være godt utfylte. Noen av de er så gode og jeg vet at hvis disse legene henvender seg til oss så vet jeg med stor sikkerhet at dette er barn eller ungdommer vi må ta inn, her er også samarbeidet godt. Fastlegens henvisninger skiller seg fra andres ved at de generelt er kortere og mangler egne vurderinger og sammenfatninger av hva som er forsøkt tidligere. De bærer preg av å være skrevet i full fart"

BUP opplever også at fastlegen ikke er den reelle personen som har henvist, men at det er andre som har diktert mens fastlegen har skrevet under.

Poliklinikkene har ulike prosedyrer i forhold til hva de gjør når de mottar mangelfulle henvisninger. Noen er svært strenge på at fastlegen skal stå for den gjeldende henvisningen og at barnet skal ha blitt undersøkt av fastlege før det henvises til BUP. I slike tilfeller har vanligvis ledelsen ved BUP utarbeidet et informasjonsskriv til fastlegene. Ved andre poliklinikker har man funnet det mest rasjonelt å samle inn den manglende informasjonen selv.

I intervjuene kom det frem at for noen år tilbake var det skoleleger eller helsestasjonsleger som var de vanligste instansene til å henvise til BUP. I dag mottar BUP fremdeles en del henvisninger fra disse instansene og fra barnevernet. Poliklinikker som har lagt opp til samarbeid med fastlegene har en strengere praksis på at fastleger skal ha beskjed og en rolle i oppfølgingen dersom deres pasienter blir henvist. Ved andre poliklinikker er det ikke så konkret praksis på dette. Noen informanter påpekte at fastlegene også har bedre mulighet til å følge opp saker over tid enn skolelegene, og at skolelegene derfor er en "underleverandør" til fastlegen:

"Jeg tenker mer og mer sann at det er fastlegen som står på toppen og at de har med seg sine hjelpere og det kan være skole, foreldre, PPT, barnevern etc. Det som er spesielt for det vi jobber med er at det handler om langtidsforløp, og da er det bedre med fastlegen fordi skolelegene er mer ustabile. De har ikke samme mulighet til å følge opp".

Ved flere poliklinikker er det ventetid på opptil flere måneder. I ventetiden frem til oppstart av behandling blir pasientene fulgt opp på forskjellige måter. Hvem som tar ansvaret i ventetiden kan variere og avhenge av hvilke instanser som er involvert. De fleste som ble intervjuet i BUP påpekte at ansvaret ligger hos henvisende instans. Perioden etter utskrivning oppfattes også som vanskelig, spesielt dersom det har vært flere instanser inne i saken.

Fastlegene rapporterer at de har lite samarbeid og lite informasjonsutveksling med BUP under alle faser av pasientforløpet. De opplever det ikke som sin rolle å ta kontakt med pasienter for å følge opp i tiden etter avsluttet behandling. Deres tilnærming er bygget på forventninger om at det er pasienten som tar kontakt med legen og ikke omvendt. Ved noen poliklinikker er det praksis å utarbeide midlertidige epikriser, og dette har vært nyttig for fastlegene.

Fastlegene opplevde at samarbeidet med BUP av og til settes på prøve, hovedsakelig fordi mange poliklinikker har for liten kapasitet til å ta i mot pasienter. Enkelte fastleger som ble intervjuet har opplevd å ikke få aksept for henvisninger de har sendt til BUP. I slike tilfeller blir fastlegene sittende med pasienter som de opplever trenger hjelp utover det de kan tilby i sin praksis. Det ble også nevnt at hyppig utskiftning av personale på BUP bidrar til mangelfull kontinuitet.

Flere av fastlegene som ble intervjuet hadde ansvar for å skrive ut medisiner til pasienter som var eller hadde vært i behandling i BUP. Leger som har forskrivningsrett for sentralstimulerende midler har ansvar for behandlingen av pasienten, og skal vurdere berettigelsen av å fortsette forskrivning av preparatet til den enkelte pasient. Noen leger som ble intervjuet følte at de ikke hadde nok kompetanse til å skrive ut slike midler, og mente at veiledningsordningene fra BUP var utilstrekkelige.

Fastlegene som ble intervjuet hadde generelt liten eller ingen erfaring med å utarbeide individuelle planer. Noen leger mente at de absolutt burde ha en rolle i dette arbeidet, men de fleste påpekte at de ikke hadde anledning til å lede et omfattende planarbeid som involverer mange instanser.

Brukernes erfaringer og tilfredshet med fastlegen

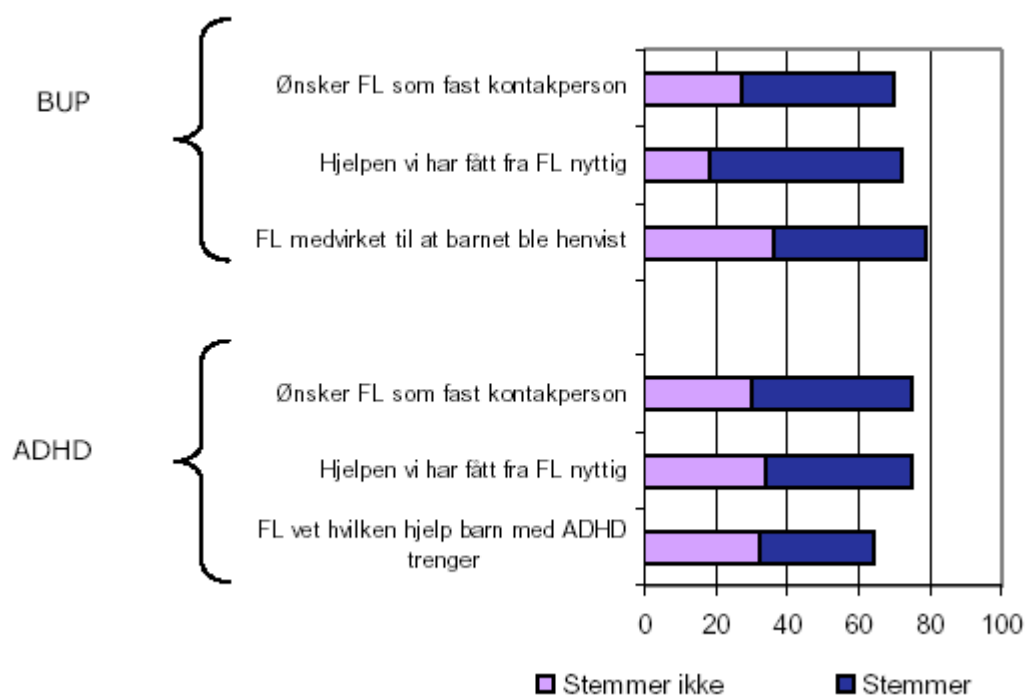
I spørreskjemaundersøkelsen inngår to utvalg: foresatte til barn som er pasienter i BUP og foresatte til barn med diagnosen ADHD (medlemmer i ADHD-foreningen). ADHD-utvalget består av 980 respondenter (svarprosent 49) og BUP-utvalget består av 293 (svarprosent 37). Spørreskjemaet inneholdt påstander om fastlegenes tjenestetilbud, med 5-6 svaralternativer for hvert spørsmål. Det er i all hovedsak mor som har besvart spørreskjemaet. 80 % av ADHD-utvalget er gutter, 60 % av BUP-utvalget.

Det er ikke nødvendigvis slik at alle barn med psykiske problemer har konsultert fastlegen for denne problematikken. Tabell 10.3.3 presenterer svarfordelingen på spørsmålet om foresatte/barnet har hatt kontakt med fastlegen på grunn av barnets psykiske problemer.

Tabell 10.3.3. Om kontakt med fastlegen i forhold til barnets problem

Har hatt kontakt med fastlegen i forhold til barnets problem	ADHD-utvalg		BUP-utvalg	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja, i stor grad	210	21	64	22
Ja, noe	448	46	121	41
Nei, overhodet ikke	302	31	103	35
Ubesvart	20	2	5	2
Totalt	980	100	293	100

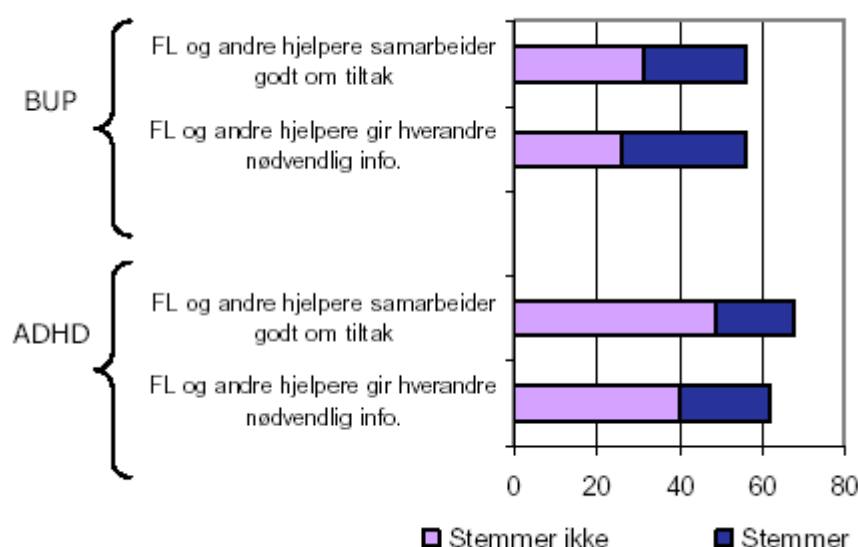
I alt 32 % av de foresatte opplever at fastlegen vet hvilken hjelp barn med ADHD trenger. Andelen som har erfart at fastlegen ikke har kjennskap til barnets hjelpebehov er imidlertid like stor. I BUP-utvalget svarte 43 % at det stemmer helt eller i stor grad at fastlegen har medvirket til at barnet ble henvist til BUP. For nær 30 % av barna har ikke fastlegen medvirket i denne prosessen. I begge utvalgene er det en forholdsvis stor andel som vurderer den hjelpen de har fått fra fastlegen som nyttig (41 % i ADHD-utvalget og 54 % i BUP-utvalget). Det er likevel 34 % i ADHD-utvalget og 18 % i BUP-utvalget som mener at hjelpen de har fått har vært mindre nyttig. Noe under halvparten av de foresatte i begge utvalgene ønsker at fastlegen blir kontaktperson i forhold til barnets psykiske problemer.



Figur 10.3.3. Ytterpunkter i svarfordeling på påstander relatert til fastlegens kunnskap og kompetanse. Mørk farge er indikasjon på høy tilfredshet

Det er utarbeidet en tilfredshetsindikator ved å summere svar på de påstandene i spørreskjemaet som var relatert til fastlegens kunnskap og kompetanse. Denne viste at BUP-gruppen var mer tilfreds enn ADHD-gruppen. I ADHD-utvalget var foresatte med høy utdanning mindre tilfreds enn de som hadde mindre utdanning. Ellers var ikke tilfredsheten assosiert med demografiske variabler som barnets kjønn, alder eller fastlegens kjønn.

22 % av ADHD-utvalget og 30 % av BUP-utvalget opplever at fastlegen og andre hjelpere gir hverandre nødvendig informasjon, mens henholdsvis 40 % og 26 % er mindre tilfredse med dette. Når det gjelder samarbeid om tiltak er 49 % av ADHD-gruppen og 31 % av BUP-gruppen mindre tilfredse.



Figur 10.3.4. Ytterpunkter i svarfordeling på påstander relatert til fastlegens samarbeid med andre instanser. Mørk farge er indikasjon på høy tilfredshet

Det er også utarbeidet en tilfredshetsindikator ved å summere svar på de påstandene i spørreskjemaet som var relatert til fastlegens samarbeid med andre instanser. Også her viste det seg at BUP-gruppen var mer tilfreds enn ADHD-gruppen. Både i ADHD-utvalget og BUP-utvalget var foresatte med høy utdanning mindre tilfreds enn de som hadde mindre utdanning. Ellers var ikke tilfredsheten assosiert med demografiske variabler som barnets kjønn, alder eller fastlegens kjønn.

Det var i alt 302 i ADHD-gruppen og 103 i BUP-gruppen som ikke hadde hatt kontakt med fastlegen i forhold til barnets psykiske problem. Det var henholdsvis 4 % og 7 % som oppga at barnet ikke hadde en egen fastlege.

Tabell 10.3.4. Familier som ikke har hatt kontakt med fastlegen. Oversikt over hvilke andre instanser som har vært involvert

	Instanser som familien har hatt kontakt med i forhold til barnets ADHD problematikk		Instanser som har bidratt til at barnet/familien har fått kontakt med BUP	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Barnehage	113	37	13	13
Skole	277	92	35	34
Helsesøster	136	45	44	43
Annen lege	199	67	28	27
PP-tjeneste	277	92	50	50
Barnevern	61	20	19	18
Sosialtjeneste	57	19	3	3
BUP	250	83		
Andre	85	28	10	10
Antall observasjoner	302		103	

Blant dem som *ikke* hadde hatt kontakt med fastlegen var det nesten 80 % som var litt eller helt enig i at det burde være lettere å kontakte fastlegen med bekymringer om barns psykiske helse. Det var også godt over 80 % som uttrykte et ønske om at fastlegen skulle delta i samarbeid rundt barnet. Om lag 80 % svarte at det er lettere å kontakte en annen hjelper enn fastlegen i forhold til denne type bekymringer. Det var likevel 80 % som forventet at kommunikasjonen og samtalen med fastlegen ville gå greit.

Prosjektnr: 144334/V50	Prosjektleder: Gunvor Eikeland	Prosjekt: Finnes det alternativer til øyeblikkelig hjelp innleggelser?
----------------------------------	--	--

Studien kartlegger 202 av 262 øyeblikkelig hjelp innleggelser ved medisinsk, kirurgisk, ortopedisk og gynekologisk avdeling ved St. Olavs Hospital en uke sommeren 2003. Vurderingene til innleggende og mottakende lege ble kartlagt ved hjelp av spørreskjema med vekt på innleggesårsak og mulighet for alternative tiltak. 67 % av sykehuslegene leverte skjema og 31 % av de innleggende legene.⁵

Bakgrunnen for undersøkelsen var at en stor andel av innleggelsene ved sykehuset er øyeblikkelig hjelp (93 % i medisinsk avdeling) og at det i perioder er et betydelig overbelegg på avdelingene. Derfor hadde sykehuset opprettet akuttpoliklinikker som et mulig alternativ til innleggelse og man vurderte også å opprette en egen observasjonspost.

Gjennomsnittsalderen for pasientene var 64 år og 53 % var kvinner. Ifølge sykehuslegene var 83 % av pasientene vurdert av lege før innleggelse, resten ble brakt direkte til sykehuset. Bare 12 % ble innlagt av sin fastlege. De øvrige ble innlagt via legevakt eller skadepoliklinikken. Ifølge innleggende lege ble 92 % innlagt fra eget hjem.

Nyoppstått sykdom var den viktigste årsaken til innleggelse, men utgjorde bare 35 % av innleggelsene. Uklare tilstander eller forverring av kronisk sykdom utgjorde nesten like mange og var en spesielt stor gruppe ved de medisinske avdelingene. Innleggelse på sosiale indikasjoner var likt fordelt mellom avdelingene og utgjorde ca. 10 %.

Observasjonspost var det hyppigst foreslåtte alternativet til innleggelse, særlig for pasienter med medisinske problemstillinger (ofte hjertesykdom eller KOLS-forverring). Det ble i alt foreslått for 14 % av pasientene. Dagkirurgiske inngrep som halvøyeblikkelig hjelp ble foreslått av flere av legene ved de kirurgiske avdelingene. For de 17 pasientene der sosiale årsaker eller pleiebehov var hovedårsak til innleggelse, ble det foreslått alternative tiltak for 14 (derav 5 til observasjonspost og 5 direkte til sykehjem). Den relative andelen av alternative tiltak var høyest for pasienter over 90 år.

Der man hadde opplysninger fra både innleggende og mottakende lege kunne man undersøke om det var samsvar i vurderingene om hvilke pasienter som var kandidater for observasjonspost. Innleggende lege mente 19 kunne ha klart seg med dette, mens mottakende lege mente at dette gjaldt 12. Vurderingene var sammenfallende for bare åtte pasienter.

10.3.1. Oppsummering

Samarbeid med sykehus og spesialister

I en kvalitativ studie fant **Norheim** at mange fastleger mener henvisningsordningen er riktig fordi den begrenser bruken av spesialister til oppgaver som fastlegene lett kan ta seg av.¹ Samtidig ble det uttrykt irritasjon over at spesialister ofte avtaler time med pasienten og ber pasienten gi beskjed til fastlegen at de må ha en henvisning. I slike tilfeller mener fastlegene at deres tid blir misbrukt og de føler seg umyndiggjort som portvakt.

Kværner har i en spørreskjemaundersøkelse til alle fastleger våren 2004 kartlagt deres oppfatning av informasjonsoverføringen fra sykehusene og samhandlingen mellom allmennlegetjenesten og sykehusene.^{2 6 7}

Flertallet mottar epikriser over en uke etter at pasienten er utskrevet, varierende med ulike diagnoser fra 55 % til 76 %. 20 % mottar sjelden eller aldri epikrise når en annen lege er innleggende lege for hans/hennes listepasienter. 56 % opplyste at deres lokalsykehus tilbyr elektroniske epikriser og 23 % mottar vanligvis epikriser utformet etter en standardisert mal. Gjennomgående var 90 % fastlegene fornøyde med innholdet i epikrisene, minst tilfreds var de med informasjon om videre oppfølging hos egen lege. Her var det imidlertid stor geografisk variasjon fra fylke til fylke. Forskjellene er så store at det kan være grunn til å se nærmere på hva det er som gir denne forskjellen.

15 % av fastlegene får ikke rutinemessig journalnotat for pasienter som har vært til poliklinisk behandling og 56 % må vente over en uke før journalnotatet er mottatt. 53 % opplyste at lokalsykehuset tilbyr elektronisk journalnotat, men det var bare 39 % som gjorde seg nytte av dette.

30 % av fastlegene hadde felles faglige retningslinjer for pasientbehandling sammen med sykehuset. Av disse mente nesten alle at retningslinjene hadde positiv effekt på samhandlingen. Det var imidlertid nesten 40 % som ikke visste om det eksisterte slike felles faglige retningslinjer. Dette tyder på et forholdsvis lavt engasjement fra fastlegenes side i forhold til utvikling av faglige rutiner.

55 % av fastlegene var enten tilfredse eller svært tilfredse med samhandlingen med sitt sykehus. Dette var uavhengig av om det fantes praksiskonsulentordning (PKO) eller ikke. PKO er et nettverk av allmennleger som skal medvirke til å styrke samarbeidet mellom sykehusenes avdelinger, deres leger, andre ansatte, allmennlegene og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Denne ordningen ble opprinnelig hentet fra Danmark og først iverksatt i Rogaland i 1996. I januar 2005 kom de regionale helseforetakene og Legeforeningen frem til et anbefalt forslag til en rammeavtale om praksiskonsulentordningen for hele landet. Partene er enige om å bruke PKO til å bedre samarbeide, kvalitetsutvikling, helhetstenkning og kommunikasjon om pasientene mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I denne undersøkelsen var det bare knapt 30 % av fastlegene som kjente til at deres lokalsykehus hadde etablert PKO. Blant dem som hadde mulighet, deltok 12 % i PKO og 45 % ville delta dersom de fikk tilbud.

Fastlegene i denne studien ble også bedt om å ta stilling til eventuell henvisning av fire ulike pasienter med diagnosene svimmelhet, hørsnue, ørebetennelse, og snorking/søvnapné.⁸ De ble spurt om hvor stor andel av pasientene de ville behandle selv og hvor stor andel de ville henvise til henholdsvis privatpraktiserende spesialist og sykehus/poliklinikk. De aller fleste ville henvise pasienter med snorking/søvnapné, mens de selv ville behandle de fleste med hørsnue og ørebetennelse. Svimmelhet utgjorde en mellomgruppe. For alle diagnosene var det vanligere med henvisning til privatpraktiserende spesialist enn til sykehus/poliklinikk.

Det var svært stor variasjon mellom legene, og i regresjonsanalyser viste det seg at spesialister i allmennmedisin henviste en lavere andel enn de andre legene. Tilgjengeligheten på spesialistnivå spilte også en rolle for hvor stor andel som ble henvist. Dette var særlig tydelig for diagnosen svimmelhet, hvor de faglige normene nok er mindre klare enn for de andre diagnosene. Det viste seg også at en større andel av alle diagnosene ble henvist til privatpraktiserende spesialist jo lengre den gjennomsnittlige listelengden var i kommunen. Det kan altså synes som om privatpraktiserende spesialister fungerer som et alternativ til allmennleger.

En analyse av SSBs levekårsundersøkelse koblet til kapasitets- og tilgjengelighetsdata for første- og andrelinjetjenesten har gitt tilsvarende resultater.^{9,10} Man fant her at tilgjengelighet spilte en betydelig rolle for bruk av privatpraktiserende spesialister og at sannsynligheten for å bruke privatpraktiserende spesialister avtok dersom det var god dekning av allmennleger. Det var ingen tilsvarende effekt av allmennlegedekningen på bruk av poliklinikker og innleggelser.

Resultatene fra Kværners spørreskjemaundersøkelse ble også koblet til to databaser som inneholder opplysninger om sykehusenes organisering og aktivitet.¹¹ Man fant da at fastleger som bruker mellomstore sykehus som lokalsykehus er mer tilfredse enn de som bruker små og store sykehus. Kurs og aktiviteter mellom første- og andrelinjetjenesten har en positiv effekt, men det er en negativ sammenheng mellom fastlegenes tilfredshet og sykehusenes kostnadseffektivitet. Fastlegene er mindre tilfredse med samhandlingen om eldre pasienter. Det kan altså synes som om sykehusenes sterke fokus på kostnadseffektivitet har negative følger for samarbeidet med førstelinjetjenesten, og at dette særlig rammer eldre og skrøpelige pasienter.

I en kvalitativ studie med fokus på pasienter med alvorlige psykiske lidelser fant **Ådnanes** at fastlegene var mer kritiske til samarbeidet med spesialisthelsetjenesten enn med kommunehelsetjenesten.³ Det som i størst grad preger samarbeidsrelasjonen med spesialisthelsetjenesten er dårlig tilgjengelighet.

Det varierer hvor nøye spesialisthelsetjenesten er med å sende ut epikrise i tide og flere fastleger er også kritiske til at de ikke blir informert underveis. Det er ikke sjelden at pasientene kommer til dem for fysiske plager som de måtte ha mens de er under behandling i spesialisthelsetjenesten, og det er problematisk når fastlegene ikke har mottatt informasjon vedrørende medikamentforandringer. Mens fastlegene er kritiske til sene epikriser, påpeker spesialisthelsetjenesten stor variasjon når det gjelder kvaliteten på fastlegenes henvisninger.

Fastlegene gir uttrykk for at de foretrekker å forholde seg til andre leger når de samarbeider, og er skeptiske til profesjonaliteten hos ikke-spesialistene. På den annen side er de høyskoleutdannede profesjonene (sykepleiere, sosionomer) mest kritiske til fastlegenes prioritering av samarbeid, mens psykiaterne uttrykker en større forståelse for fastlegenes arbeidssituasjon. Det kan derfor synes som om profesjonssosiologiske mekanismer bidrar til å skape en høyere terskel for samarbeid.

Samarbeidsrelasjoner mellom fastleger og spesialisthelsetjeneste synes å fungere bedre der hvor man kjenner hverandre, har faste møter, men samtidig også en lav terskel for kontakt for øvrig når fastlegen opplever behov for det. Fastlegen er interessert i å kunne ta en rask og uformell kontakt, uten å bruke for mye tid.

De fleste pasientene beskrev fastlegen som oppmerksom overfor deres behov for spesialisthelsetjenester. Få av pasientene hadde hørt om Individuell plan og ingen hadde sin egen. Mange hadde små forventninger til at de ulike helsetjenestene skulle samarbeide, utover at fastlegen skal ta seg av henvisning på en god og effektiv måte når det er aktuelt.

Noen av informantene hadde en oppfatning av en bestemt rolle- og oppgavefordeling mellom de ulike fagaktørene, slik at fastlegen skulle ta seg av somatiske plager og psykiater eller psykolog skulle ta seg av psykiske plager. En av informantene mente denne todelingen var en god ordning fordi fastlegen dermed ikke tolket alt som et tegn på psykisk lidelse.

Ådnanes har også gjort en kvantitativ analyse vedrørende kontakt mellom fastlege og distriktpsikiatriske sentre (DPS). I 2002 hadde 10 % av alle pasientene fått utarbeidet individuell plan, 22 % av de med alvorlige psykiske lidelser. Fastlegen var involvert i 14 % av planene for de med alvorlige psykiske lidelser, og i mindre grad i de øvrige gruppene.

Når behandlerne i DPS tok kontakt med kommunehelsetjenesten, skjedde dette oftest på vegne av pasientene med de mest alvorlige lidelsene, og det var sykepleier i kommunen som oftest ble kontaktet. I løpet av to måneder ble sykepleier kontaktet vedrørende 15 % av de tyngste pasientene, fastlegene vedrørende 6 %.

Pasientene hadde også i noen tilfeller hatt samtaler med helsepersonell utenom DPS gjennom registreringsperioden. I løpet av to måneder hadde gruppen med alvorlig psykisk lidelse hatt i gjennomsnitt 1,3 samtaler med sykepleier og 0,5 samtaler med fastlege. De øvrige pasientgruppene hadde oftere hatt samtale med fastlegen enn med sykepleier.

I en kvalitativ studie om barn og unge med psykiske problemer fant **Andersson** at helsearbeidere mener fastlegeordningen har bidratt til å tydeliggjøre ansvar.⁴ Det er likevel lite faste rutiner og strukturert samarbeid mellom fastlegen og andre sentrale instanser.

Ved noen poliklinikker har man jobbet bevisst med å involvere fastleger, både i forhold til utredning, henvisning og oppfølging. Slike initiativ har medført at barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) og fastlegene har utviklet flere gode samarbeidsrutiner, og at de lettere kontakter hverandre ved behov for å drøfte saker.

Fastleger mener at betalingsordninger, at det ikke gis honorar for å møtes for å diskutere samarbeid, er en hemmende faktor i forhold til å etablere samarbeidsrutiner og avtaler. Fastlegene trekker også frem at kapasitetsproblemer i BUP er en utfordring for samarbeidet om pasienter.

Ansatte i BUP opplever at fastlegens rolle overfor målgruppen er uklar, og har inntrykk av at fastlegen ofte ikke har tid til å ha et overordnet ansvar. Andre instanser, slik som skolehelsetjenesten, har bedre mulighet til dette. Fastlegene har forskjellige synspunkter på hva som er deres rolle i forhold til arbeid med barn og unge med psykiske problemer. Noen er opptatt av at deres rolle i stor grad handler om kartlegging og sortering, og å henvise til spesialisthelsetjenesten ved behov. Andre opplever selv å være lite involvert i saker som angår barns psykiske helse, og mener derfor det er unaturlig å skulle ha en overordnet koordinerende funksjon for denne gruppen.

BUP-ansatte påpeker også at fastlegeordningen som struktur ikke alltid er så godt tilpasset barn og unge med psykiske problemer. De viser til korte konsultasjonstider og egenandeler, samt at mange unge vegrer seg for å oppsøke den samme legen som foreldrene har.

Flere av informantene i undersøkelsen mener at fastleger har liten interesse for, og mangelfull kompetanse om psykisk helse hos barn og unge. De mener at fastlegen særlig bør få bedre kompetanse på å skille alvorlige fra lettere lidelser. Fastlegene ser at det i mange saker er begrenset hva de kan bidra med. De påpeker at det kreves en spesiell interesse for fagfeltet og uttrykker et behov for mer veiledning fra spesialisthelsetjenesten, spesielt i forbindelse med medikasjon.

Eikeland studerte øyeblikkelig hjelp innleggelser ved St. Olavs Hospital og innhentet vurderinger fra innleggende og mottakende lege hvorvidt det kunne ha vært mulighet for alternativer til innleggelse.⁵ Bakgrunnen for undersøkelsen var overbelegg på avdelingene, og man vurderte derfor å opprette en egen observasjonspost. Studien svekkes noe av lav svarprosent, særlig fra de innleggende legene.

Bare 12 % av pasientene ble innlagt av sin fastlege. De øvrige ble innlagt via legevakt eller skadepoliklinikken. Det er rimelig å anta at dersom en skal unngå unødvendige innleggelser, så må en ofte vurdere om det bør iverksettes tiltak i eget hjem. Dette må gjøres av en lege som kjenner pasienten godt. En legevaktlege har i realiteten få alternativer til innleggelse.

Observasjonspost var det hyppigst foreslåtte alternativet til innleggelse, særlig for pasienter med medisinske problemstillinger. Det ble i alt foreslått for 14 % av pasientene, men det var lite samsvar mellom sykehuslegene og de innleggende legene om hvilke pasienter som burde få dette tilbudet. Dagkirurgiske inngrep som halvøyeblikkelig hjelp ble foreslått av flere leger ved de kirurgiske avdelingene.

For de 17 pasientene der sosiale årsaker eller pleiebehov var hovedårsak til innleggelse, ble det foreslått alternative tiltak for 14 (derav 5 til observasjonspost og 5 direkte til sykehjem). Den relative andelen av alternative tiltak var høyest for pasienter over 90 år. Dette kan være betenkelig da det ofte er de eldste gamle som har flest sykdommer, bruker mest medisiner og hvor en mangelfull utredning kan få de største konsekvenser for fremtidig funksjonsnivå.

Samarbeid med andre kommunale tjenester

Samspillet mellom fastleger og sykehjem representerer en utfordring. Mens fastlegene har behandlingsansvar for pleietrengende listepasienter som mottar behovsbaserte tjenester i hjemmet, er legetjenesten i sykehjem en kommunal oppgave.

I **Kværners** studie var det bare fire av ti fastleger som mottok informasjon fra kommunehelsetjenesten når en listepasient fikk plass i sykehjem, 52 % ble rutinemessig bedt om pasientopplysninger ved langtidsopphold, 37 % ved korttidsopphold.¹² Om lag halvparten av legene mente de hadde muligheter til å påvirke når listepasienter prioriteres til kort- og langtidsopphold. Mens 59 % av fastlegene mente de bør være premissleverandør ved vurdering av pleie- og omsorgsbehovets omfang, mente et knapt mindretall at de bør være premissleverandør i beslutning om hjemmebaserte tjenester eller sykehjemsopphold.

76 % av fastlegene mente at legetjenesten i sykehjem fungerte godt. Fastleger med tilsynsoppgaver var mer tilfredse med sykehjemstjenesten enn leger uten slike oppgaver (henholdsvis 85 % og 75 %). Det var lavere tilfredshet blant leger som ikke fikk informasjon når listepasienter fikk plass i sykehjem, ikke ble bedt om å bidra med pasientopplysninger og ikke kunne påvirke prioritering av egne pasienter til langtidsopphold. Alt i alt viser denne studien at det er et potensial for forbedring i kommunikasjonen mellom fastleger og pleie- og omsorgsetaten.

To studier publisert i Tidsskrift for Den norske lægeforening analyserer samarbeidet mellom fastleger og hjemmesykepleie når det gjelder medikamentbruken hos deres felles pasienter. **Jensen** og medarbeidere sammenlignet opplysninger om medikamentbruk for 38 pasienter som tilhørte et bestemt legesenter og en bestemt hjemmesykepleiesone i Trondheim.¹³ Bare halvparten av medisinkortene i journalene til fastlegen og kortene til hjemmesykepleien stemte overens. 146 av 207 medikamenter ordinert av fastlegene ble gitt til pasientene. Dette kan til en viss grad skyldes at familie, venner eller pasienten selv stod for medisineringen, men kan også skyldes feil i journalføringen eller manglende informasjon fra fastlegen til hjemmesykepleien om endringer i medisineringen. 55 av medikamentene som ble gitt til pasientene var ikke oppført i fastlegens

journal. Disse medikamentene ble sannsynligvis gitt av sykehuslege eller legevaktlege. Manglende journalføring av disse medikamentene kan bero på for dårlig tilbakemelding fra hjemmesykepleien til fastlege om endringer, eller feil i journalføringen. Feilene kan føre til at fastlegen, kanskje spesielt vikarer, ikke har tilstrekkelig informasjon til å vurdere eventuelle medikamentinteraksjoner ved endringer i medikasjonen.

Rognstad og Straand gjorde en tilsvarende undersøkelse blant 90 pasienter i hjemmesykepleien i Skedsmo.¹⁴ Resultatet var omtrent det samme: For over 60 % av pasientene var det ikke samsvar mellom fastlegens lister over pasientenes faste medisiner og det som var anført på hjemmesykepleiens lister. Avvik gjaldt hyppigst for medisiner mot hjerte- og karsykdommer og psykofarmaka. For de fleste medikamentgruppene hadde hjemmesykepleien flere medikamenter på sine lister enn legene. Ifølge hjemmesykepleien hadde hver pasient i gjennomsnitt 1,6 (opptil 7) ordinerende leger. Pasienten mottar ofte legemiddelbehandling som fastlegen ikke er kjent med. Legene oppgav generelt mindre tiltro til at pasientene mottok riktige medisiner enn hjemmesykepleierne. Mindre enn halvparten av legene hadde klare rutiner for oppdatering av medisinlistene ved mottak av epikriser fra andre leger. Forfatterne konkluderer med at samarbeidet og kommunikasjonen mellom fastleger og hjemmesykepleien bør bedres.

Fastlegene i den kvalitative studien til **Ådnanes** var positive til samarbeidet med øvrig kommunehelsetjeneste omkring psykiatriske pasienter.³ Det er ofte psykiatrisk sykepleier eller hjemmesykepleier som representerer kontinuiteten for pasienten, i den forstand at det ofte er de som har mest kontakt med pasienten, og dermed fanger opp endringer i pasientens tilstand. De fleste fastleger uttrykker stor tiltro til tjenesten og roser det arbeidet de gjør.

Det er bare et fåtall av fastlegene som har vært med på å utarbeide individuelle planer vedrørende sine pasienter. Ansvarsgrupper er en eldre og mer innarbeidet samarbeidsform, men det varierer hvor mye fastlegene deltar i denne type formalisert samarbeid. De fleste fastlegene har en relativt restriktiv holdning til hvor mye de skal involvere seg. Det er først og fremst tidsbruken, ikke økonomien, som gjør at mange fastleger er restriktive med deltakelse i ansvarsgrupper.

I en kvalitativ studie fant **Andersson** at helsesøstre og fastleger har lite samarbeid og kommunikasjon om barn og unge med psykiske problemer.⁴ Helsesøstrene opplyser at det noen ganger er vanskelig å få oversikt over hvem som er barnets fastlege, særlig i større byer. Kontakt og samarbeid mellom fastlege og helsesøster er hyppigst initiert av helsesøster. Både fastleger og helsesøstre bekrefter at helsesøstre har lettere for å koble inn annen lege enn fastlegen dersom det er behov for medisinske vurderinger og henvisning til BUP. Helsesøstre opplever at skole- eller helsestasjonslege er mer tilgjengelig, og har bedre kompetanse og tid i forhold til målgruppen.

Fastlegene opplever at de ofte kommer sent inn i prosessen, og at dette er uheldig for deres hjelp til pasienten. Det er spesielt i en kartleggingsfase at fastlegen har behov for et samarbeid med helsesøster, fordi hun kjenner barnet på flere arenaer.

Barn og unge med psykiske vansker presenterer ofte sammensatte eller diffuse problemer, som kan være en utfordring for fastlegen. Fastlegene har relativt korte konsultasjonstider, og ofte ikke anledning til å samordne informasjon. De har også begrenset mulighet til å sette av tid for å henvende seg til andre instanser som kjenner barnets helseproblem. Dette er barrierer for samarbeid mellom helsesøster og fastlege.

Andersson gjennomførte også en spørreskjemaundersøkelse med to utvalg; foresatte til barn som er pasienter i BUP og foresatte til barn med diagnosen ADHD. Generaliserbarheten av resultatene er noe usikker på grunn av lav svarprosent. Det er også viktig å være oppmerksom på at utvalgene er selekterte og ikke representative for hele pasientgruppen barn og unge med psykiske problemer.

Gjennomgående er foresatte i ADHD-utvalget mindre tilfredse med fastlegetilbudet enn foresatte til barn som er pasienter i BUP. Dette kan ha sammenheng med at medlemmer i ADHD-foreningen representerer en relativt ressurssterk, aktiv og pågående foreldregruppe, som vet å stille krav til hjelpeapparatet.

Den dimensjonen ved tjenestetilbudet som kommer dårligst ut i brukerundersøkelsen er fastlegens samarbeid med andre instanser. Andel tilfredse varierer mellom 19 og 30 %. Foresatte med høy utdanning er mindre tilfredse enn foresatte med lavere utdanning.

Skole, helsesøstertjenesten og PP-tjenesten er de kommunale instanser som flest oppgir å ha hatt kontakt med i forhold til barnets psykiske problem. Resultatene viser for øvrig at de fleste foresatte ønsker at fastlegen får en

mer sentral rolle i tiltak for barn og unge med psykiske problemer, men samtidig er de skeptiske til fastlegens interesse og kompetanse i forhold til psykisk helse.

Denne studien indikerer at ca. 10 % av ADHD-utvalget og ca. 25 % av BUP-utvalget ikke har hatt kontakt med lege i primærhelsetjenesten i forhold til den aktuelle problematikken. Dette underbygger en rapport fra **Helsetilsynet**, som viste at barn henvises til psykisk helsevern uten å ha blitt medisinsk undersøkt av lege.¹⁵ Helsetilsynet påpeker at en faglig forsvarlig helsetjeneste skal ha rutiner som sikrer at alle barn med symptomer på psykiske problemer undersøkes av lege før de henvises til spesialisthelsetjenesten.

Andre studier har også vist at fastlegene i liten grad er involvert i tverrfaglig samarbeid i kommunen om barn og unge med psykiske problemer. I prosjektet Samarbeid i Utvikling fant **Heian** og medarbeidere at kommunale instanser karakteriserte samarbeidet med fastlegen som relativt dårlig, mens fastlegene på sin side mente samarbeidet fungerte rimelig bra.¹⁶ Dette kan tyde på at det er ulike forventninger til hvilken rolle fastlegen skal ha.

Resultater fra **Helsetilsynets** landsomfattende tilsyn med helsetjenester for barn og unge indikerer også at fastlegen i liten grad er tilgjengelig og involvert i tverrfaglig samarbeid om tiltak overfor barn og unge med psykiske problemer.¹⁵ Undersøkelsen viste at helsestasjoner og skolehelsetjenesten manglet rutiner for å involvere fastlegen i arbeid med denne gruppen barn og unge, og også at BUP bare i liten grad samarbeidet med fastlegene. I tilsynsrapporten fremheves manglende tilgjengelighet til fastlegen for samarbeidspartnerne som en hovedårsak til fastlegens fravær i det tverrfaglige samarbeidet. Resultatene tyder i tillegg på at fastlegen sjelden tar initiativ til å involvere eller informere andre kommunale instanser om tiltak som iverksettes overfor barn i denne målgruppen.

En undersøkelse utført ved Senter for helsefremmende arbeid i nærmiljøet (**Henær**) har sett nærmere på hvordan fastlegeordningen fungerer overfor innbyggere med psykiske lidelser.¹⁷ Undersøkelsen hadde en kvalitativ tilnærming gjennom gruppeintervju gjennomført på en konferanse i regi av fylkesmannen i Vestfold. 37 deltakere presiserte hver for seg og sammen hva de mente er kriterier for en god fastlegeordning og hvordan de mente ordningen fungerte i egen kommune på konferansetidspunktet.

Både ledere, koordinatore, leger og andre faggrupper som deltok mente at en forutsetning for en god fastlegeordning for mennesker med psykiske lidelser er at fastlegens arbeid er knyttet opp mot den øvrige behandlingskjeden. Tilrettelegging for tverrfaglig samarbeid ble understreket. Også brukerrepresentantene var opptatt av betydningen av en helhetlig behandlingskjede, og av å ha en kontaktperson i behandlingssystemet. Gjennomgående fremkom det som betydningsfullt at fastlegen deltar i arbeidet med individuelle planer og koordinering av behandling gjennom ansvarsgrupper. Mulige tiltak er bevisstgjøring av fastlegene og utarbeiding av strategier for hvordan fastlegen kan bli en aktiv del av behandlingskjeden. Dette vil samtidig gjøre fastlegen godt kjent med det arbeid som foregår lokalt og det lokale tilbudet.

Riksrevisjonen gjennomførte i mars 2004 en landsomfattende spørreskjemaundersøkelse til alle landets kommuner (bydeler i Oslo og Bergen) og oppnådde en meget høy svarprosent (95,7).¹⁸ Med hensyn til mulighetene for samarbeid om pasientene mellom ulike kommunale instanser, mente 28 % at situasjonen var bedre, 62 % uendret og 10 % dårligere etter fastlegeordningen. Andelen kommuner som mente at det tverrfaglige samarbeidet fungerte bedre enn før, steg entydig med kommunestørrelse (40-50 % av kommuner med mer enn 10 000 innbyggere).

Bergen kommune gjennomførte en spørreskjemaundersøkelse for å kartlegge noen forhold knyttet til praksisdrift i februar 2003, og fikk svar fra 83 % av fastlegene.¹⁹ Vel 60 % deltok i tverrfaglige møter inntil en gang per måned, 30 % deltok i 2-3 slike møter i måneden, og opp mot 10 % hadde minst ukentlige møter. 57 % av legene hadde deltatt i ansvarsgrupper siste året, og 42 % hadde bidradd i arbeid med individuelle planer. Man spurte også fastlegene om de mente samarbeidet med andre instanser var blitt endret som følge av fastlegeordningen. 57 % mente at dette var uendret, 24 % mente det var blitt bedre, og 5 % mente at det var blitt vanskeligere.

Wisløffutvalget (samhandlingsutvalget) hadde ikke med representanter for allmennlegetjenesten og diskuterer i begrenset grad fastlegens rolle i samhandlingen mellom tjenesteutøverne. De peker imidlertid på at det er vanskelig å få fastlegene til å delta og bidra i arbeidet med individuelle planer.²⁰ Utvalget mener at man kan stimulere til mer samarbeid omkring pasienter med store og sammensatte behov ved å øke basisfinansieringen på bekostning av stykkprisandelen og ved at gamle pasienter skal utløse større basistilskudd. Legeforeningen er

skeptisk til dette, og mener at det er viktigere å bruke normaltariiffen på en slik måte at man stimulerer til samhandling.²¹

Referanser

1. Norheim OF, Carlsen B. Legens doble rolle som advokat og portvakt i fastlegeordningen. Evaluering av fastlegeordningen. Rokkansenteret, Program for helseøkonomi i Bergen, Notat 19/2003.
2. Kværner, KJ. Pasienter med oppfølgingsbehov: Samhandling og ressursutnyttelse i Fastlegereformen. Rapport.
3. Ådnanes M, Hatling T, Grut L. Fastlegens tilbud og samarbeid vedrørende personer med en alvorlig psykisk lidelse. Trondheim, SINTEF Helse 2005.
4. Andersson HW, Tingvold L. Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer? Evaluering av fastlegeordningen med vekt på samarbeid, tilgjengelighet og kontinuitet i tjenestetilbudet. Trondheim, SINTEF Helse 2005.
5. Eikeland G, Garåsen H, Jacobsen G. Finnes det alternativer til øyeblikkelig hjelp-innleggelser? Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125(17):2355-7.
6. Tjerbo T, Botten G, Aasland OG, Kværner KJ. Fastlegereformen: samhandling med spesialisthelsetjenesten. HORN skriftserie. Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo, 2005.
7. Kværner KJ, Tjerbo T, Botten G, Aasland OG. Epikrisen som samhandlingsverktøy. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125(20):2815-7.
8. Godager G. En beskrivelse av allmennlegens henvisningsmønster med utgangspunkt i fire utvalgte diagnoser. HORN skriftserie. Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo, 2005.
9. Iversen T, Kopperud GS. Regulation versus practice. The impact of accessibility on the use of specialist health care in Norway. Health Economics Research Programme, University of Oslo, Working Paper 2/2005.
10. Iversen T, Kopperud GS. Befolkningens bruk av spesialisthelsetjenester. Tidsskr Nor Lægeforen 2002;122(22):2199-203.
11. Tjerbo T, Kjekshus LE. Coordinating Health Care: Lessons from Norway. Health Policy 2005:In press.
12. Kværner KJ. Fastlegers oppfatning av samarbeidet med sykehjem. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125(8):1016-7.
13. Jensen SA, Øien T, Jacobsen G, Johnsen R. Feil i medikamentkortene - en helserisiko? Tidsskr Nor Lægeforen 2003;123(24):3598-9.
14. Rognstad S, Straand J. Vet fastlegen hvilke medisiner hjemmesykepleien gir pasientene? Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(6):810-2.
15. Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsetjenester for barn og unge med psykiske problemer i 2002. Rapport fra Helsetilsynet 4/2003.
www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks___5469.aspx.
16. Heian F. Tverretattlig samarbeid i kommunene. I: Rapport fra prosjektet Samarbeid i Utvikling. Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling Molde sjukehus, 2004.
17. Arntzen A, Rønningen GE. Fastlegeordningen og psykiatrien. Rapport fra dialogkonferanse. Høgskolen i Vestfold. HENÆR-rapport nr 1/2003.
18. Riksrevisjonens undersøkelse om forvaltning av og måloppnåelse i fastlegeordningen. Riksrevisjonens administrative rapport nr. 1 2005.
19. Fastlegeordningen i Bergen kommune - en statusrapport april 2003. Bergen kommune, 2003.
20. Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. Norges offentlige utredninger NOU 2005: 3.
21. Dommerud, T. Applf er skeptiske. Dagens Medisin 10. februar 2005, s. 16.

10.4. Effektivitet – Styring

Fastlegeavtalen, eller den lokale individuelle avtalen mellom legen og kommunen, var opprinnelig ikke med i oppdragsbeskrivelsen til Forskningsrådet. De sentrale helsemyndighetene mottok etter hvert signaler både fra kommuner, fra Kommunenes Sentralforbund og fra enkelte leger som antydte at kommunene ikke brukte fastlegeavtalene i tilstrekkelig grad til å få dekket nødvendige oppgaver.

I de reviderte retningslinjene for 2003 ønsket man derfor at evalueringen så nærmere på hvordan kommunene i avtaleinngåelsene benytter mulighetene i forskrift og avtaleverk, og hvordan kommunene følger opp at legene ivaretar sine forpliktelser i henhold til fastlegeavtalene. Man ønsket at det ble sett nærmere på hvordan kommunen opptrer som kontraktspart og hvordan samarbeidet i legetjenesten fungerer (herunder det lokale samarbeidsutvalget).

Prosjektnr: 158397/V50	Prosjektleder: Hanne Heen	Prosjekt: Styring og samarbeid i fastlegeordningen
----------------------------------	-------------------------------------	--

Dette er en kvalitativ studie hvor man har intervjuet 43 representanter fra ni kommuner. Blant intervjuobjektene er kommunelege 1, tillitsvalgt for legene, leder for legetjenesten, annet administrativt personell, ordfører og samarbeidspartnere i den øvrige kommunale helsetjenesten. Dessuten er det gjennomført en spørreskjemaundersøkelse til alle landets kommuner.¹

Utgangspunktet for prosjektet var å kartlegge den faktiske styringen av legetjenesten i kommunene, det vil si å beskrive og analysere hva kommunene faktisk gjør for å styre legetjenesten. I løpet av arbeidet ble det imidlertid stadig tydeligere at for å ivareta en mer helhetlig forståelse, måtte perspektivet utvides til også å omfatte forhold som fremsto som styrende uten at de var et direkte resultat av kommunenes intensjoner om styring. Man har derfor anlagt et *governanceperspektiv* på styringen av legetjenesten i kommunene, med hovedvekt på tre relevante strukturer: hierarkier, markeder og nettverk/dialog.

Hierarkier er knyttet til ulike typer av ordregiving, og handler særlig om lovverk og kommunal organisasjonsstruktur, men også kommunale politiske vedtak. Markeder er knyttet til tilbuds- og etterspørselsmekanismer. Her har man inkludert finansiering og profesjonsmakt. Nettverk er knyttet til samhandling, inkludert forhandlinger, mellom likeverdige partnere. Særlig denne siste formen er svært sentral i styringen av fastlegeordningen. Slikt samarbeid er formalisert gjennom avtaleverket der spesielt rammeavtalen mellom KS og legeforeningen er viktig. I tillegg fremstår nettverk, eller dialogiske styringsformer, generelt sett som meget sentralt.

Noen sentrale styringselementer

Legetjenesten er en del av kommunenes ansvarsområde og som sådan i prinsippet underlagt den kommunale politiske styringen. Vedtak i kommunestyret eller andre politiske organer kan derfor ha direkte eller indirekte betydning for utformingen av legetjenesten. I dette prosjektet har relevante politiske vedtak blant annet handlet om hvilken tilknytningsform kommunen skal tilby sine leger, hvor mange legestillinger kommunen skal ha, om det skal opprettes voldtektsmottak i kommunen, og det har dreid seg om samarbeid med andre kommuner i forbindelse med interkommunale legevaktordninger eller andre typer av interkommunalt samarbeid.

Vel så viktig er den indirekte betydningen som kommunale vedtak har gjennom kommunebudsjettet. I alle kommunene der man gjennomførte intervjuer, har den kommunale økonomien vært lite romslig med krav til å spare der det er mulig. Dette begrenser hva kommunen tilbyr i form av tilleggsytelser til legene, men vel så viktig er at det setter rammene for størrelsen på det allmenntilgjengelige offentlige legearbeidet. I motsetning til den kurative virksomheten er kommunens utgifter til offentlig legearbeid avhengig av antall timer som brukes på det. I mange kommuner eksisterer det derfor et press på å minimalisere, eller i hvert fall ikke øke, antall timer brukt på slikt arbeid.

Det er gjennomgående i materialet at den kommunale økonomien virker styrende på legetjenesten i den forstand at mange kommuner har brukt sparekniven flittig på de områdene av legetjenesten der det har vært mulig å spare. Dette gjelder det allmennmedisinske offentlige legearbeidet, det samfunnsmedisinske arbeidet og sist, men ikke minst, de ressursene som brukes på administrative legestillinger, spesielt kommunelege 1.

Marked og markedsliknende mekanismer har innvirkning på styringen av legetjenesten spesielt på to områder. Det ene gjelder rekruttering av leger til kommunene. Selve fastlegeordningen har også innebygd en slags markedstenkning, fordi pasientene kan skifte lege dersom de ikke er fornøyd. Dette forutsetter imidlertid at legedekningen er god og at det finnes nok åpne lister til at byttemulighetene er reelle:

”Det er mye styring innebygget i fastlegeordningen i og med den høye legedekningen i kommunen som gjør at legene mister pasienter hvis de gjør en dårlig jobb. Vi har god legedekning, og det gjør at ordningen går bra.”

At legene utgjør en sterk og velorganisert profesjon er en viktig betingelse for hvordan styringen av fastlegeordningen foregår, både formelt og uformelt. I intervjuene med kommunerepresentanter fremgår det at legene oppfattes som en sterk profesjon, både kollektivt og som enkeltleger. Legene som profesjon har også en meget sterk faglig autonomi. Dette avspeiler seg blant annet i at regelverket knapt berører hvordan legene skal ivareta sine faglige oppgaver. Kun hvis ting vurderes som ikke-forsvarlig, kan kommunen gripe inn i forhold til hvordan arbeidet utføres.

Det var en utbredt oppfatning at skulle kommunene ta i bruk økonomiske insentiver for å styre legenes aktiviteter til andre ting enn kurativt arbeid, var det nødvendig å betale en relativt høy timesats. Flere kommunale informanter mente at legene i svært stor grad lot seg styre av økonomiske vurderinger knyttet til egen inntjening, og mente at dette kunne gå ut over samhandlingen med andre.

Minimumskravene til kommunal styring av legetjenesten etter Fastlegereformen er ganske små, og de fleste kommunene synes å ha relativt små styringsambisjoner. Dette er også knyttet til at kommunene i all hovedsak uttrykker tilfredshet med hvordan legetjenesten fungerer, og da spesielt med den kurative delen som også oppfattes som den viktigste.

Et sentralt element i styringen av fastlegeordningen er imidlertid rammeavtalen mellom KS og legeforeningen som sier at det skal opprettes samarbeidsutvalg (SU) og allmennlegeutvalg (ALU) i kommunene. Den pålegger dermed partene å ha et løpende samarbeid om relevante spørsmål. ALU består av alle fastlegene i kommunen og ifølge avtalen for perioden 2004 - 2005 har legene møteplikt i utvalget.

Avtalen legger altså opp til en relativt ambisiøs samhandlingsstruktur der legene i stor grad gis anledning til å være medspillere og samarbeidspartnere. Avtalen kan best karakteriseres som en ”relasjonell kontrakt”, men med visse områder, som for eksempel legenes rett til fravær, regulert som i en ”klassisk kontrakt”. En relasjonell kontrakt kjennetegnes av at partene har en felles interesse av å opprettholde et langsiktig forhold og det legges relativt liten vekt på detaljregulering av plikter og rettigheter. En klassisk kontrakt derimot, bygger på et strengt juridisk regime, og innebærer ofte at det inngås juridisk bindende, skriftlige avtaler.

Skal relasjonelle kontrakter fungere etter hensikten, må begge parter være innstilt på dette. Skal kommunen lykkes i å etablere et godt lokalt samarbeid, betyr det ikke bare at kommunen selv må være innstilt på å gjøre dette, men det krever også at legene er villige til å delta som samarbeidspartnere og ikke bare som motparter.

Rammeavtalen fastslår videre at det skal være individuelle kontrakter mellom kommunen og hver enkelt lege, og inneholder en mal for slike kontrakter. Også disse kontraktene fremstår som relasjonelle kontrakter i den forstand at de kan ses på som minimumskontrakter der svært mye ikke er avtalt. Flere av de kommunale informantene sa at de i større grad burde tenkt på kontraktene som styringsverktøy da avtalene ble inngått, og det virker som både kommuner og leger var uvante med å tenke styring ved hjelp av kontrakter da fastlegeordningen ble innført. Det ble ofte lagt lite arbeid i å utforme kontraktene og der det har oppstått konflikter eller uenigheter, har kontraktene vært til lite hjelp.

I intervjuene ble det stadig trukket frem at samarbeidet med legene i all hovedsak er godt, og at kommunen legger stor vekt på å ha et godt forhold til legene. I tillegg til at et godt samarbeidsklima oppleves som en egen verdi i seg selv, er det også viktig å understreke at rimelig gode relasjoner til legene utgjør en forutsetning for at de dialogiske styringsformene i kommunene kan fungere. Kommunene har i liten grad tilgang til mer tradisjonelle styringsredskaper, og den dialogiske styringen blir derfor svært viktig. I all hovedsak fremstår

kommunene også som mer avhengige av kommunikasjonen med legene enn omvendt. Dette gjør at det er mer prekært for kommunen om samarbeidsforholdene blir dårlige enn det er for legene.

Etter å ha beskrevet hvilke krefter og verdier som virker styrende i forhold til legetjenesten, er det naturlig å fortsette med en beskrivelse av hvordan styringen av noen sentrale sider ved legetjenesten foregår. Det fokuseres her på fire hovedområder: rekruttering av leger, allmennmedisinsk offentlig legearbeid, samarbeid med andre kommunale tjenesteytere og kvaliteten på legetjenesten.

Rekruttering

Kommunene er henvist til å agere på legenes arbeidsmarked for å få leger, og hvor attraktive kommunene er for legene, og for hvilke leger, vil være av stor betydning for hva kommunene gjør. Her vil mekanismer knyttet til tilbud og etterspørsel være avgjørende. Dette kan implisere konkurranse mellom leger om stillinger i attraktive kommuner, og konkurranse om å få leger i kommuner som ikke er så attraktive. Ut fra intervjuene er det tydelig at det å ha tilstrekkelig med leger er høyt prioritert. Kommunene rapporterer også om at det er blitt lettere å skaffe leger nå enn før, og regner med at dette vil fortsette.

To av de tre kommunene som hadde rekrutteringsvansker ga legene tilleggsytelser. Disse bestod av å la kommuneansatte leger beholde en del av den aktivitetsrelaterte inntekten (takster og egenandeler), og av å subsidiere markedsleie for legeskontor og bruk av hjelpepersonell for privatpraktiserende leger.

Spørsmålet om legenes tilknytningsform knyttes i de tre kommunene som har vansker med å rekruttere, til mulighetene for å få leger. To momenter er her viktige. Det ene er at legenes forhandlingsmakt i forhold til kommunen er stor i slike tilfeller. Det andre er at vurderinger av tilknytningsform knyttes til ideer om hvilken betydning dette har for hvor attraktiv kommunen er for leger.

Noen leger argumenterte med at mulighet til privat praksis ville lette rekrutteringen, mens kommunale representanter mente at fastlønnsstillinger gjør det lettere å rekruttere. Det ble sagt at flere av de nytilsatte legene hadde søkt seg til denne kommunen nettopp fordi de kunne få fastlønnsstillinger. Her må det understrekes at i motsetning til før reformen, da det var stor forskjell på lønnsnivået mellom privatpraktiserende og fastlønnte leger, sies det i disse kommunene at inntektsnivået for legene ville være relativt uavhengig av tilknytningsform.

Det faglige miljøet tillegges også vekt når det gjelder å tiltrekke seg leger, og noen kommuner bruker dette bevisst. Det samme gjelder turnusplasser, som ofte fungerer som rekrutteringsvei for kommunen. En av kommunene hadde en aktiv og utadvent kommunelege 1, og dette har etter kommunens mening bidratt til at det er blitt lettere å rekruttere. Vaktbelastning er også viktig, men interkommunale legevaktordninger er vanligvis dyrere for kommunene, og noen kommuner kvier seg av den grunn for å inngå slikt samarbeid. Turnusleger gjør også at vaktbelastningen blir mindre.

Få åpne lister ble oppfattet som bekymringsfullt, og i en av kommunene var det en uttrykt målsetting at det skulle være 40 % åpne lister. Antallet åpne lister var det viktigste momentet i diskusjonen om hvor mange leger som skal være i kommunen.

Fastlegenes interesser kan her være på kollisjonskurs med kommunen fordi de fastlegene som allerede er i kommunen, kan ha interesse av å holde igjen på antallet nye hjemler ut fra et ønske om å begrense konkurransen om pasienter. Kommunen på sin side har i utgangspunktet ingen interesse av å begrense antallet leger fordi kommunenes utgifter i all hovedsak avgjøres av innbyggertallet i kommunen og ikke av antallet leger. Om fastlegene mener de har for lange lister, og/eller ønsker å trappe ned, vil situasjonen være annerledes. Vaktbelastning kan også bidra til at legene ønsker flere legestillinger i kommunen.

For en lege betyr det å bli tildelt en slik fastlegehjemmel i seg selv ikke noe annet enn at vedkommende har tillatelse til å la seg velge som fastlege med de rettigheter og plikter dette medfører. I utgangspunktet følger det ingen pasienter med en nyopprettet fastlegehjemmel. For kommunene er det derfor sentralt å bidra til å sikre et visst næringsgrunnlag for leger i nyopprettede hjemler.

Det ble gitt eksempler på at der legedekningen hadde vært relativt dårlig hadde det ikke tatt så lang tid å få etablert tilfredsstillende lister, selv ved nyopprettede legesentra. Generelt sett rapporteres det om at kvinnelige leger opplever større pasienttilstrømming enn mannlige leger. I mindre kommuner og/eller der legedekningen er

bedre, har det vært vanskeligere å få etablert en tilfredsstillende liste. Kommunene gir ofte nyetablerte leger en større andel av det allmennmedisinske offentlige legearbeidet dersom legen er interessert i det.

Det ser imidlertid ut til at mange nyetablerte hjemler blir plassert ved allerede eksisterende legekantor. De nyetablerte legene får anledning til å arbeide på de andre legenes liste, spesielt hvis de legene som allerede er der, opplever at de har for mye å gjøre. Det vil da være lettere for den nye legen å etablere egen liste fordi vedkommende gjerne vil få et tilsig av pasienter fra de andre legenes lister. I tillegg får den nye legen et levebrød før han eller hun selv har opparbeidet en tilstrekkelig stor liste. Innpassing av leger i nye hjemler krever ofte samarbeid mellom kommunen og legene.

Når det gjelder nytildeling av gamle hjemler, er dette regulert i rammeavtalen. Det er kommunen som skal utlyse og tildele ledige hjemler, normalt etter uttalelse fra samarbeidsutvalget. Dersom hjemmelen er lokalisert i en gruppepraksis, skal øvrige legers uttalelser tillegges avgjørende vekt. Overdragelsesbetingelsene skal avtales mellom fratreddende og overtakende lege.

Hvordan tilsetninger skjer i praksis ser ut til å variere. I en kommune hadde de gjennomarbeidede rutiner for tilsetninger. Kommunen utlyser her hjemmelen og kommunen og tillitsvalgt intervjuer legene. Ut fra dette setter de opp en liste med kandidater som legesenteret får velge mellom. Personen som skal selge beskrives her som en ”ikke-person” inntil legesenterets innstilling er klar. Først da kommer fratreddende lege på banen gjennom forhandlinger om overtakelsesbetingelser. De andre kommunene hadde ikke tilsvarende gjennomtenkte rutiner. Inntrykket er at kommunene i slike tilfeller legger stor vekt på at legene skal være fornøyd, og mindre vekt på det rent formelle rundt tilsetningene. Det ble blant annet presentert et eksempel der det ble sagt at den klart best kvalifiserte kandidaten ble forbigått fordi de andre legene på legesenteret ønsket en annen, og hvor kommunen lot dette passere.

I en av kommunene ønsket en privatpraktiserende lege med kontor på det kommunale helsesenteret å flytte til et annet legekantor, og det hadde vært en del uenighet om legen bare kunne gjøre dette, eller om kommunen hadde noen formell innflytelse på relokalisering. Både departementet og legeforeningen hadde vært inne i bildet, ble det sagt, og de var kommet frem til at det gjaldt fri etableringsrett for legene, og at kommunen ikke kunne nekte flytting. Resultatet ble at legen flyttet og kommunen ble stående med et tomt legekantor som vanskelig kunne leies ut til annen virksomhet, noe som medførte økonomisk tap for kommunen, og mindre daglig kontakt med andre deler av kommunens helsetjeneste. Kommunene har få formelle styringsmuligheter når det gjelder lokalisering av praksiser. Uenighet omkring dette ser imidlertid ut til først og fremst å være knyttet til leger som er lokalisert sammen med andre kommunale tjenester, det være seg interkommunal legevakt, hjemmetjeneste eller sykehjem.

Allmennmedisinsk offentlig legearbeid

I de kommunene som har privatpraktiserende leger, beskrives muligheten til å pålegge offentlig legearbeid som meget positiv, og ingen av disse kommunene rapporterte om at det er vanskelig å få utført slikt arbeid. I flere kommuner er tvert imot vurderingen at det er enklere å få gjort dette arbeidet nå enn før Fastlegereformen. I kommuner med ansatte leger er imidlertid vurderingen gjerne at en overgang til privat praksis vil medføre større vansker med å få utført dette arbeidet.

Det var en viss variasjon i hvordan man fordelte det allmennmedisinske offentlige arbeidet. I den kommunen som hadde både privatpraktiserende og ansatte leger, ble alt offentlig legearbeid gjort av de fastlønte legene. I de andre kommunene ble arbeidet delt mellom legene. I de fleste kommunene var prosessen med å fordele oppgavene relativt uproblematisk og fleksibel. Det ble tatt hensyn til legenes ønsker. Noen leger fortsatte bare med oppgaver de tidligere hadde hatt, og i den grad det var nødvendig med direkte pålegg, forsøkte man i alle kommunene å fordele arbeidet noenlunde jevnt, dog med hensyn til at stillingsbrøkene ikke burde være alt for små. Dette har noen steder medført at enkelte leger ikke har slikt arbeid, mens andre leger har mer. I en av kommunene ble det sendt brev til alle legene med oppstilling av hvilke oppgaver som skulle dekkes, og legene fikk sette opp første, annet og tredjevalg. De fleste legene fikk oppfylt sitt førstevalg, og resten ble fordelt på møte i allmennlegeutvalget.

At muligheten til å pålegge oppgaver er såpass klart formulert, gjør også at det ikke oppstår diskusjon eller tolkningsspørsmål om dette faktisk er tilfelle. Det tilstrebes en lik fordeling dersom man ikke i kommunen har leger som selv ønsker en større andel. Der fordelingsprosessen er preget av dialoger mellom kommunen og legene ser det ut til at man i all hovedsak har klart å legge en kabal som passer flest mulig.

Kurativt arbeid som utføres av fastlønnsleger genererer inntekter. Dette er ikke tilfelle for offentlig legearbeid, og den faktiske nedprioriteringen av dette arbeidet forstås i kommunene gjerne som et resultat av dårlig økonomi. Dette brukes også som forklaring på at kommunene ikke fullt ut bruker den ressursen fastlegene representerer gjennom å kunne pålegge dem 7,5 timers allmennmedisinsk offentlig legearbeid i uka.

Dersom legene er villige til det, er det ingen formelle hinder for at en eller flere leger arbeider mer enn det gitte minimum med allmennmedisinsk offentlig legearbeid, og det var flere eksempler på dette. Det kan gjelde leger som rett og slett ønsker dette på grunn av interesse for arbeidet, og det kan gjelde leger som av en eller annen grunn har en kort og mindre arbeidskrevende liste enn de ønsker.

En annen mulighet er å ansette egne leger med dette som arbeidsfelt. I en av kommunene ble dette forsøkt da reformen ble innført, men med dårlig resultat. De utlyste flere varianter av stillinger som inkluderte større tilsynslegejobber, men fikk ingen søkere. I en annen kommune hadde man ansatt en lege uten fastlegetilknytning til å ivareta offentlige legeoppgaver. At dette er mulig, er naturligvis betinget av at det lokale legemarkedet er slik at det er mulig å få interesserte leger til å ta denne typen jobber, noe som ikke alltid er tilfelle.

Det er enighet mellom legene og kommunen om at små stillingsbrøker kan medføre kvalitetsproblemer. Dette ser ut til å være et større problem på sykehjem enn på for eksempel helsestasjoner der legene i utgangspunktet har mer avgrensede oppgaver, men også på helsestasjoner ble det klaget over at legene hadde for små stillingsbrøker.

I flere kommuner er oppfatningen at mange fastleger ikke er særlig interessert i dette arbeidet, og at dette kan gå ut over kvaliteten. En representant for kommunen sa for eksempel:

”... og klart, kvaliteten ... jeg sier ikke at alle tar det som venstrehåndsarbeid, noen er interessert og gjør en kjempejobb, men det er klart, noen har bedt om fritak og så har vi tatt dem inn likevel og entusiasmen er da ikke like til stede. Og noen steder har vi fått tilbakemeldinger om at de bruker tida til andre ting, til telefoner og slikt.”

Dette problemet ble reist i flere kommuner, men det så ut til å være mest akutt et sted der det var et konfliktfylt forhold mellom legene og kommunen. Det så ut til at selve konfliktnivået i noen tilfeller førte til at legene ble mer misfornøyd med å skulle gjøre dette arbeidet og at toleransenivået i samhandlingen med de andre yrkesgruppene på stedet ble redusert, noe som igjen førte til at de andre yrkesgruppene ble misfornøyd med legenes innsats.

I de fleste tilfellene vil det bli tatt opp med legene hvis de gjør en dårlig jobb. Hvis dette ikke medfører forbedringer er det styringsmessige poenget at kommunene stort sett ikke ser noe annet alternativ enn å få en annen lege til å ta jobben, noe som forutsetter tilgjengelige leger.

Samarbeid med andre kommunale tjenesteytere

Kommunenes styringsinteresser i forhold til samarbeid med legene, er tosidig. For det første er et velfungerende samarbeid av sentral betydning for kvaliteten på helsetjenesten totalt sett. For det andre er kommunen oftest arbeidsgiver for ansatte i resten av helsetjenesten, og som sådan har de også et direkte ansvar for at samarbeidet fungerer tilfredsstillende for sine ansatte.

Når det gjelder det generelle samarbeidet med hjemmetjenesten, er det et vanlig syn at det er svært avhengig av den enkelte leges interesse og vilje. En kommune mener forholdet til hjemmetjenesten er blitt vanskeligere etter Fastlegereformen og knytter dette til at legene er blitt private.

”Tidligere jobbet jeg i hjemmetjenesten og da var det veldig lett å ta ting over bordet med legene. Vi bare stakk inn på kontoret og spurte om endringer i medikasjon og prøvetaking uten at det kostet noe ekstra. Det går ikke an i dag. Nå må vi betale full legetakst for spørsmål og sann. Både for oss og for pasientene synes jeg ordningen fungerte mye bedre før, mye mer smidig, ikke minst i forhold til å finne gode løsninger for pasientene i løpet av kort tid.”

Kommunens handlingsrom når det gjelder organisering av legetjenesten er større der legene er fastlønnte, fordi organisering der bare handler om organisering og ikke om økonomi. Ut fra samtaler med hjemmesykepleien får man inntrykk av at det i meget stor grad er de som må tilpasse seg legenes rutiner og ikke omvendt.

Et annet ankepunkt gjelder uvilje til å komme i hjemmebesøk. Dette er det imidlertid svært vanskelig å få gjort noe med fra kommunens side. I et styringsperspektiv er det igjen et poeng at i de få tilfellene legene etter kommunens mening ikke oppfyller sine forpliktelser godt nok, har kommunen svært få sanksjonsmuligheter.

Medisinshåndtering er et eksempel på et område der flere kommuner har behov for bedre styring av samarbeidet med legene. Flere kommuner hadde satt i gang arbeid med å forbedre rutinene for samarbeid mellom fastleger og hjemmesykepleie. Ut fra intervjuene virker det som om ikke alle legene har vært like flinke til å følge opp, noe som til tider har skapt frustrasjoner i hjemmesykepleien.

Ut fra et styringsperspektiv ser det ut til å være viktig at kommunen og samarbeidspartnerne kan begrunne sine krav i lover og regler. Det gir en udiskutabel legitimitet til kravene og gjør at man kan være streng når det gjelder å gjennomføre dem i praksis. Det ser imidlertid ut til at dialogiske styringsformer også er viktig. At legene selv har vært med på å diskutere hvordan rutinene skal være, og at det er vedtatt blant legene at det skal være slik, gir en legitimitet til vedtaket som gjør at man vanskelig kan være åpent imot.

Kvalitet

Privat tjenesteyting betalt av staten, krever vanligvis mekanismer som kan sikre politisk kontroll med bruk av offentlige midler, og det skal sikres kontroll med kvaliteten på tjenestene som leveres. I de fleste tilfellene innebærer dette utarbeiding av detaljerte kontrakter med krav- og kvalitetsspesifikasjoner. Slik er det imidlertid ikke i forhold til fastlegene. Her ligger svært mye av spesifikasjonene og kontrollen innbakt i profesjonen som sådan, og utenfor myndighetenes direkte kontroll. Legenes ”stil” varierer fra lege til lege, og den store variasjonen i legenes arbeidsmåter betyr også at tradisjonell kvalitetssikring bygget på høy grad av standardisering, er lite hensiktsmessig.

Noe annerledes stiller denne type problemstillinger seg når det gjelder rammene for allmennlegearbeidet, inkludert listelengde og tilgjengelighet. I følge merknad til forskriften skal det være mulig å få legetime innen rimelig tid. Hva som ligger i begrepet ”rimelig tid” forblir imidlertid ganske løst. Heller ikke rammeavtalen inneholder klare kriterier. I punkt 10.1 står det at legen skal sørge for at innbyggerne får tilgang til legetjenester, inkludert konsultasjoner, sykebesøk og øyeblikkelig hjelp. Øyeblikkelig hjelp nevnes også særskilt i punkt 10.4 der det står at legen skal innrette sin praksis slik at pasienter som må ha øyeblikkelig hjelp kan mottas og vurderes. I 10.6 står det at legen skal sørge for tilfredsstillende telefontilgjengelighet. Noen informanter etterlyser nærmere presiseringer av hva dette innebærer. Dersom kriterier for tilgjengelighet skal fastsettes, er det opp til legene og kommunen å gjøre dette i fellesskap gjennom SU.

Ut fra et perspektiv som handler om styring av kvalitet er det sannsynlig at noen leger har lengre lister enn de klarer å betjene på en god måte. Verken kommunene eller noen andre har imidlertid makt til å pålegge disse legene å ha kortere lister enn de har. Verken overforbruk av legevakt eller andre tegn på at man ikke klarer å betjene listen gir kommunen mulighet til å kreve reduksjon av listen. Også her må eventuell reduksjon oppnås på frivillig basis, eventuelt via diskusjoner i SU. Dette har ikke vært en konkret problemstilling i materialet, men ser ut til å kunne være en mulig situasjon gitt kommunenes manglende sanksjonsmuligheter. I materialet er det primært i forhold til dårlig kvalitet på det offentlige legearbeidet at spørsmål om fastlegenes listelengde har kommet opp.

Kvalitetsindikatorer med hensyn på ventetid, telefontilgjengelighet, sykebesøk til egne pasienter mv. er nevnt under SUs oppgaver. Bortsett fra dette er forhold knyttet til kvaliteten på drift av praksis berørt i liten grad. Malen for individuelle kontrakter har ingen punkter om kvalitet. I en av kommunene beskrives avtalen som ”pinglete” og kommunen har selv spesifisert den avtalen de har med sine leger i større grad, blant annet i forhold til kvalitet:

”Legen skal medvirke til at de kvalitetsindikatorer og kvalitetsstandarder som Den norske lægeforening avd. xxx kommune utarbeider, skal kunne iverksettes”

I denne kommunen vedtar de også kvalitetsstandarder i SU, og de har også laget en standardavtale over hva man kan kreve av legen på et sykehjem. Dette er det eneste eksempelet man fant på en kommune med ambisjoner om å ha innvirkning på fastlegenes kurative arbeid.

Innledningsvis ble det beskrevet tre ulike typer av governance-mekanismer: hierarki, marked og dialogiske styringsformer. Tabell 10.4.1 viser at den viktigste styringsformen for legetjenesten i kommunene er dialogstyring. Så godt som alle temaene er avhengig av dialogiske styringsformer.

Tabell 10.4.1. Oversikt over hvordan styringen av ulike områder fordeler seg på tre ulike typer av governance-mekanismer

	Hierarki	Marked	Dialog
Skaffe nok leger	(X)	X	
Nye hjemler til kommunen	X		(X)
Innpasse nye hjemler		(X)	X
Tilsette nye leger i gamle hjemler	X	(X)	X
Lokalisering av leger og hjemler			X
Samarbeidet med andre i kommunehelsetjenesten	(X)		X
Fordeling av allmennmedisinsk offentlig legearbeid	X	(X)	X
Lage større stillinger innen allmennmedisinsk offentlig legearbeid		(X)	X
Sikre kvalitet og kvalitetsutvikling i det kurative legearbeidet		(X)	X

Om integrasjon

I alle kommunene der legene er private, trekkes spørsmål knyttet til legenes integrasjon frem som problematisk. Problemet oppstår på ulike områder, fra et generelt ønske om å få legene bedre integrert i kommunens helsetjeneste til å få dem til å delta i kvalitets- og utviklingsarbeidet i kommunen. Gjennomgående finner man at graden av integrering er helt avhengig av legenes engasjement og interesse. Fra kommunenes side oppleves det å ha privatpraktiserende leger som et hinder for en større grad av integrasjon.

Kommunene i materialet hadde håndtert dette ulikt. Forskerne har gitt fire relativt fyldige presentasjoner av noen kontrasterende case, som her gjengis nokså forkortet:

Case 1

Denne kommunen har den mest offensive holdningen til hele problemfeltet omkring styring av legetjenesten i utvalget, og de har tatt i bruk ulike virkemidler for å styre legene og legetjenesten, som aktiv bruk av kontraktformuleringer, systematisk bruk av SU og tett samarbeid med tillitsvalgt lege.

SU har vært ”hellig” fra første dag. Sakslisten settes opp av kommunens representanter, og selv om alle kan melde saker, er det i all hovedsak kommunen som har ting å ta opp. Referat fra møtene blir sendt til alle legene i byen. SUs funksjon er dessuten forsterket i forhold til det som står i rammeavtalen. De har forandret formuleringer fra at SU *bør* behandle saker, til at SU *skal* behandle visse saker. SU er også viktig fordi det brukes til å fortolke rammeavtalen. I tillegg vedtas kvalitetsstandarder i SU, og i de individuelle kontraktene med legene står det at de skal følge vedtatte kvalitetsstandarder.

Samarbeidet med tillitsvalgte beskrives som helt sentralt for styringen av legetjenesten. Både den kommunale representanten og den tillitsvalgte selv beskriver dette samarbeidet som meget tett og meget godt med løpende kontakt om aktuelle saker.

Case 2

Denne kommunen gir en noenlunde lik beskrivelse av problemer med å integrere legene som en del av den totale helsetjenesten, men forsøkene på å få dette til virker mindre vellykket. Fra kommunens side ble det særlig beskrevet problemer knyttet til bistillingene, vansker med å få noen til å dekke opp ved akutt sykefravær, og det ble uttrykt et ønske om å kunne dirigere legene til hastejobber.

Kommunelege 1 opplever sin rolle som vanskelig fordi denne posisjonen ikke har noen konkret rolle i forhold til legetjenesten. Derved blir også SU en slags satellitt fordi det ikke er knyttet ordentlig opp mot resten av den kommunale strukturen. Det kanskje største problemet er imidlertid at det verken finnes allmennlegeutvalg eller tillitsvalgte. Dette setter kommunen i en nærmest umulig situasjon når det gjelder muligheten for å utvikle en god og konstruktiv løpende dialog med legene.

Mangelen på organisering og tillitsvalgte hos legene har også medført at SU har vært lite aktivt, det har vært vanskelig å få noen til å representere legene. Ingen av legerepresentantene som sitter der nå er valgt, men bare spurt, eller kanskje nærmest presset av kommunen til å gjøre dette. Det understrekes at det ikke har vært store konflikter med kommunen, og legene synes de har det rimelig bra.

Case 3

I denne kommunen er relasjonen mellom kommunen og legene preget av et relativt høyt konfliktnivå, noe som blant annet slår ut i liten grad av gjensidig tillit og forståelse. Den er et eksempel på hva som kan skje når ting skjærer seg, tilliten forsvinner og dialogen forstummer.

Et eksempel på dette var at kommunen la fram noe de beskrev som et forslag til fordeling av de offentlige legeoppgavene. Dette ble av legene tolket som en beslutning, og de valgte derfor å avstå fra å komme med noen innspill. Resultatet ble at kommunens forslag ble gjort gjeldende. Først da kom det noen innsigelser fra legene, som tok dette som en bekreftelse på kommunens manglende vilje til å gå i dialog med dem. Fra kommunens side ble det tolket som at legene var uinteressert, og ikke ville følge spillereglene.

I de andre kommunene ser det ut til at den gjensidige tilpassingen i stor grad har foregått uformelt og uten store problemer. Der gjensidig mistillit og uvilje rå, er dette svært vanskelig, for ikke å si umulig. I slike tilfeller blir resultatet at man må støtte seg på og utvikle formelle avtaler der slike spørsmål reguleres i detalj. Dermed kan man få avgjort de aktuelle uenighetene, men prisen er at fleksibiliteten ofte blir lidende. Avtalene går fra å være relasjonelle til å bli mer klassiske kontrakter.

Også her er det formelle rammeverket viktig, men i motsetning til i case 1 brukes det ikke som et utgangspunkt for en dialog der man i fellesskap tolker og eventuelt presiserer avtalene. Her blir rammeverket i stedet viktig nettopp fordi det er mangel på reell dialog. Til bruk i konfliktsituasjoner er imidlertid vurderingen i denne kommunen at det er for vagt og for lite presist til å være hensiktsmessig i den situasjonen kommunen har vært i.

Case 4

Kommunelege 1 er plassert som ansvarlig for legetjenesten. Dette ser han på som en stor fordel, og sier at dette gjør at mange av de spørsmålene som hadde vært naturlig å ta opp i SU, tar han direkte med legene i kraft av at han deltar i allmennlegerådet og spørsmålene drøftes der. Han mener det er like greit å gjøre det der, fordi det er få ting som trenger å gå lengre enn til ham i forhold til kommuneadministrasjonen. Han rapporterer at det er lett å komme til avtaler om ulike ting. De har for eksempel blitt enige om nye rutiner i forbindelse med håndtering av medisiner til pasienter der hjemmetjenesten er inne i bildet. Alle legene er enige, men ikke alle er like flinke til å følge opp, og litt etter litt går det i glemmeboka for noen. Han beskriver da at han ikke har noen formelle sanksjonsmuligheter, men må bruke sin "personlige sjarme og pågangsmot" for å få legene til å følge opp. I praksis betyr dette gjerne å ta en telefon for å minne dem på hva de var blitt enige om.

I kontrast til foregående eksempel der tillitsforholdet var dårlig, tolkes hendelser her i beste og ikke i verste mening. Når legene ikke følger opp, handler det om å glemme og ikke at de saboterer. Det kommunelegen kaller "pågangsmot og personlig sjarm" kan i en organisasjonsteoretisk språkdrakt kanskje bedre beskrives som personlig autoritet. Dette er autoritet som er nært knyttet til ham som person og ikke bare til hans stilling som kommunelege 1.

En viktig bit av denne autoriteten er knyttet til at kommunelegen har en rolle som mellommann og oversetter mellom legene og kommunen. Opplever kommunen at legetjenesten fungerer godt på den ene siden, og legene på den annen side ser at de ikke blir utsatt for uforståelige eller uakseptable inngrep, og begge parter ser at kommunelege 1 bidrar til dette, vil dette bidra til hans autoritet. Caset viser hvor viktig kommunelege 1 er når det gjelder å utvikle og vedlikeholde et godt samarbeid med legene.

Spørreskjemaundersøkelsen

Det ble sendt ut spørreskjema til 459 kommuner, og man fikk svar fra 286 (62 %). Småkommuner var noe underrepresentert, og store kommuner overrepresentert.

74 % svarte at de hadde samarbeidsutvalg (SU) og 63 % hadde allmennlegeutvalg (ALU). Disse andelen økte med kommunestørrelsen. De aller fleste som ikke hadde SU og/eller ALU oppga små forhold som årsak. De var få leger, hadde et tett samarbeid med kommunen, og hadde ikke behov for formaliserte utvalg.

Det vanligste er at kommunen er representert i SU med to personer som gjerne representerer to ulike deler av administrasjonen. I rundt 15 % av kommunene er også det politiske nivået direkte involvert i styringen av legetjenesten gjennom deltakelse i SU. Det er stort sett ordførere og medlemmer av helse- og sosialutvalg som deltar. For legene sitter vanligvis legenes tillitsvalgte, samt ofte en eller flere andre fastleger.

Gjennomsnittlig møtefrekvens i 2001 var 3 møter, men møtefrekvensen økte med kommunestørrelsen. Knappt 40 % har regelmessige møter, resten har møter når det kommer saker, dvs. etter behov. Respondentene ble spurt om hva de mente var samarbeidsutvalgets viktigste oppgaver, og ca 2/3 ga på ulike måter uttrykk for at dette var knyttet til samarbeidet mellom kommunens ledelse og legene.

60 % av dem som hadde ALU svarte at dette var en videreføring av tidligere utvalg, dvs. etablert før 2001. I 52 % av tilfellene pleide ”nesten alle” fastlegene å møte i allmennlegeutvalget, 16 % svarte ”ca to tredeler” og 17 % ”halvparten”. Ca 80 % svarte at kommunelege1 ”vanligvis” deltar på møtene. Gjennomsnittlig møteaktivitet var ca. 4 møter per år, men møtefrekvensen økte med kommunestørrelsen.

Kommunelegene ble spurt om hva de mente var allmennlegeutvalgets viktigste oppgaver. Mange var opptatt av at dette utvalget dekker et behov for et kollegialt forum hvor en kan diskutere saker av felles interesse, før disse eventuelt tas opp med kommunen i neste omgang. Flere ga uttrykk for at et slikt forum bidrar til bedre samarbeid mellom legene, til en fellesskapsfølelse. Koordinering var et nøkkelord i mange av uttalelsene; koordinere innsatsen, koordinere legetjenesten, praktiske oppgaver. Allmennlegeutvalget brukes også til å invitere samarbeidspartnere, som trykdekontor, helsestasjon, pleie- og omsorgstjenesten etc. for å drøfte spesielle saker.

Tabell 10.4.2. Andel (%) av samarbeidsutvalgene (SU) og allmennlegeutvalgene (ALU) som har behandlet ulike typer saker

	Andel av SU	Andel av ALU
Fastlegeordningen generelt	73	78
Planlegging av kommunens allmennlegetjeneste mht. kapasitet og lokalisering	82	70
Oppretting av legehjemler	46	44
Søkere til avtalehjemmel	38	26
Flytting av praksis	32	25
Midlertidig legemangel	43	42
Kollegial fraværdekning og vikarordninger	73	83
Fordeling og tilplikting av offentlige legeoppgaver	72	74
Forslag om rapporteringsrutiner	21	30
Generelt om listelengde og listereduksjon	62	62
Organisering av legevakt	61	81
Fordeling av legevakt etter kontortid og øyeblikkelig hjelp på dagtid, herunder vaktfritak	52	74
Suspensjon av ordningen	5	5
Klagesaker	14	14
Andre saker om kommunens helse/pleie/omsorgstjeneste av betydning for legene	52	56
Annet	41	29

10.4.1. Oppsummering

Styringen av allmennlegetjenesten skal skje gjennom kontrakter og avtaler med legen, og kommunen skal i større grad opptre som kontraktspartner og ikke arbeidsgiver. Men når legene først har fått en fastlegehjemmel, er de stort sett uavhengige av kommunen organisatorisk sett, og selv om legenes basistilskudd dekkes over kommunebudsjettet, har kommunen ingen innvirkning på størrelsen av dette tilskuddet. Dette betyr at verken organisatoriske kommandolinjer eller økonomiske insentiver inngår som selvfølgelig styringsredskaper, og dette gir kommunene særegne utfordringer når det gjelder styringen av legene og legetjenesten.

I en kvalitativ studie med representanter for ni kommuner anla **Heen** et *governanceperspektiv* på styringen av legetjenesten i kommunene, med hovedvekt på tre relevante strukturer: hierarkier, markeder og nettverk.¹ Særlig nettverk eller dialogiske styringsmekanismer er viktig i denne sammenheng.

Rammeavtalen sier at det skal opprettes samarbeidsutvalg og allmennlegeutvalg i kommunene. Den pålegger dermed partene å ha et løpende samarbeid om relevante spørsmål. Avtalen kan best karakteriseres som en ”relasjonell kontrakt” som kjennetegnes av at partene har en felles interesse av å opprettholde et langsiktig forhold og at det legges relativt liten vekt på detaljregulering av plikter og rettigheter.

Også de individuelle kontraktene fremstår som relasjonelle kontrakter i den forstand at de kan ses på som minimumskontrakter der svært mye ikke er avtalt. Flere av de kommunale informantene sa at de i større grad burde tenkt på kontraktene som styringsverktøy da avtalene ble inngått, og det virker som både kommuner og leger var uvante med å tenke styring ved hjelp av kontrakter da fastlegeordningen ble innført. Det ble ofte lagt lite arbeid i å utforme kontraktene, og der det har oppstått konflikter eller uenigheter, har kontraktene vært til lite hjelp.

I intervjuene med kommunerepresentanter fremgår det også at legene oppfattes som en sterk profesjon, både kollektivt og som enkeltleger. De har også en meget sterk faglig autonomi. Dette avspeiler seg blant annet i at regelverket knapt berører hvordan legene skal ivareta sine faglige oppgaver.

Minimumskravene til kommunal styring av legetjenesten etter Fastlegereformen er ganske små, og de fleste kommunene synes å ha relativt små styringsambisjoner. Dette er også knyttet til at kommunene i all hovedsak uttrykker tilfredshet med hvordan legetjenesten fungerer, og da spesielt den kurative delen som også oppfattes som den viktigste. Kommunene har i liten grad tilgang til mer tradisjonelle styringsredskaper, og den dialogiske styringen blir derfor svært viktig. I all hovedsak fremstår kommunene som mer avhengige av kommunikasjonen med legene enn omvendt.

Rekruttering

Ut fra intervjuene er det tydelig at det å ha tilstrekkelig med leger er høyt prioritert. Få åpne lister ble oppfattet som bekymringsfullt. Fastlegene kan ha interesser av å holde igjen på antallet nye hjemler ut fra et ønske om å begrense konkurransen om pasienter, men som profesjon har legene også ideologiske eller moralske forpliktelser som strekker seg lengre enn til deres rene egeninteresser.

For kommunene er det sentralt å bidra til å sikre et visst næringsgrunnlag for leger i nyopprettede hjemler. De gir ofte nyetablerte leger en større andel av det allmennmedisinske offentlige legearbeidet dersom legen er interessert i det. Mange nyetablerte hjemler blir plassert ved allerede eksisterende legekontor, og innpassing av leger i nye hjemler krever ofte samarbeid mellom kommunen og legene. Nytildeling av gamle hjemler er regulert i rammeavtalen, men hvordan tilsettinger skjer i praksis ser ut til å variere.

Allmennmedisinsk offentlig legearbeid

I de kommunene som har privatpraktiserende leger, beskrives muligheten til å pålegge offentlig legearbeid som meget positiv, og ingen av disse kommunene rapporterte at det er vanskelig å få utført slikt arbeid. I flere kommuner er tvert imot vurderingen at det er enklere å få gjort dette arbeidet nå enn før Fastlegereformen.

Den faktiske nedprioriteringen av dette arbeidet forstås i kommunene som et resultat av dårlig økonomi. Dette brukes også som forklaring på at kommunene ikke fullt ut bruker den ressursen fastlegene representerer gjennom å kunne pålegge dem 7,5 timers allmennmedisinsk offentlig legearbeid i uka. Det er enighet mellom legene og kommunen om at små stillingsbrøker kan medføre kvalitetsproblemer. Dette problemet ser ut til å være størst på sykehjem.

I flere kommuner er oppfatningen at mange fastleger ikke er særlig interessert i dette arbeidet, og at det kan gå ut over kvaliteten. I de fleste tilfellene vil det bli tatt opp med legene hvis de gjør en dårlig jobb. Hvis dette ikke medfører forbedringer, er det styringsmessige poenget at kommunene stort sett ikke ser noe annet alternativ enn å få en annen lege til å ta jobben.

Samarbeid med andre kommunale tjenesteytere

Kommunen er oftest arbeidsgiver for ansatte i resten av helsetjenesten, og som sådan har de et direkte ansvar for at samarbeidet med legene fungerer tilfredsstillende for sine ansatte. Det er et vanlig syn at det generelle samarbeidet med hjemmetjenesten er svært avhengig av den enkelte leges interesse og vilje. En kommune mener forholdet til hjemmetjenesten er blitt vanskeligere etter Fastlegereformen og knytter dette til at legene er blitt private.

I evalueringen av fastlegeforsøket ble det rapportert en tendens til at legene ”lukket seg” rundt sin praksis og var mindre engasjert i mer generelt tverrfaglig samarbeid. Dette ble knyttet til finansieringsordningen, men også til allmennpraksis som fag er sentrert rundt behandlingen av enkeltpasienter.² Det samme ble funnet i dette prosjektet.

I et styringsperspektiv er det igjen et poeng at i de få tilfellene legene etter kommunens mening ikke oppfyller sine forpliktelser godt nok, har kommunene svært få sanksjonsmuligheter. Det ser ut til å være viktig at kommunen og samarbeidspartnerne kan begrunne sine krav i lover og regler. Det gir en udiskutabel legitimitet til kravene og gjør at man kan være streng når det gjelder å gjennomføre dem i praksis. Det ser imidlertid ut til at dialogiske styringsformer også er viktig.

Kvalitet

Privat tjenesteyting betalt av staten, krever vanligvis mekanismer som kan sikre politisk kontroll med bruk av offentlige midler, og det skal sikres kontroll med kvaliteten på tjenestene som leveres. I de fleste tilfellene innebærer dette utarbeiding av detaljerte kontrakter med krav- og kvalitetsspesifikasjoner. Slik er det imidlertid ikke i forhold til fastlegene. Her ligger svært mye av spesifikasjonene og kontrollen innbakt i profesjonen som sådan, og utenfor myndighetenes direkte kontroll.

Noe annerledes stiller dette seg når det gjelder rammene for allmennlegearbeidet, inkludert listelengde og tilgjengelighet. Forskrifter og avtaleverk inneholder visse bestemmelser om dette, men ikke klare kriterier for hva som menes med akseptabel tilgjengelighet. Malen for individuelle kontrakter har ingen punkter om kvalitet. Noen informanter etterlyser derfor nærmere presiseringer av hva dette innebærer.

Ut fra et perspektiv som handler om styring av kvalitet er det sannsynlig at noen leger har lengre lister enn de klarer å betjene på en god måte. Verken kommunene eller noen andre har imidlertid makt til å pålegge disse legene å ha kortere lister enn de har. Verken overforbruk av legevakt eller andre tegn på at man ikke klarer å betjene listen gir kommunen mulighet til å kreve reduksjon av listen.

Kommunens dialog med legene

Selv om det også tidligere fantes en rammeavtale som regulerte de privatpraktiserende legens forhold til kommunen, inneholdt ikke den tidligere avtalen bestemmelser om samarbeidsutvalg (SU) eller allmennlegeutvalg (ALU). I et slikt perspektiv kan man si at denne rammeavtalen skaper nye betingelser for at kommunene kan trekke legene med i utformingen av legetjenesten i kommunene. For at rammeavtalen skal fungere etter hensikten, kreves imidlertid at legene griper den muligheten til innflytelse som ligger der. Dette er ikke alltid tilfelle. At legene nå er pålagt å stille i ALU-møter er et forsøk på å tvinge legene til større deltakelse.

SU er et partssammensatt utvalg og ledervervet skal gå på omgang mellom partene. Dette er uttrykk for at man møtes i SU som likeverdige parter, men likevel fremstår SU oftere som kommunens organ enn som legenes. Begge parter har anledning til å sette saker på dagsordenen, men selv i den kommunen der samarbeidet med legenes tillitsvalgte var meget tett, var det nesten bare kommunen som brakte saker til utvalget. Kommunen har et større behov for kontakt og dialog med legene enn motsatt.

At partenes plikter og rettigheter i liten grad er spesifisert, gjør at rammeavtalen ikke er til særlig hjelp dersom det oppstår uenigheter eller konflikter. I slike tilfeller etterlyser gjerne begge parter større grad av detaljert beskrivelse av deres respektive rettigheter og plikter. Man kan imidlertid reise et spørsmål om det eksisterer en motsetning mellom avtaler som svært detaljert spesifiserer partenes rettigheter og plikter, og en intensjon som handler om medansvar og deltakelse.

I de aller fleste kommunene er det kommunelege 1 som ivaretar kommunikasjonen med legene på vegne av kommunen, uavhengig av om han eller hun har det formelle ansvaret for legetjenesten eller ikke. Det har stor betydning at den personen som skal formidle mellom systemene og bidra til at spørsmål blir løst, har tilstrekkelig personlig autoritet.

Posisjonen til kommunelege 1 synes spesiell i forhold til andre kommunale roller. Dette bekreftes også av en studie utført av Legeforeningens forskningsinstitutt.³ hvor man intervjuet to grupper leger: en gruppe som var ledere i primærhelsetjenesten og en gruppe som hadde vært det. Gruppen som fremdeles var ledere, beskrev på ulike måter hvordan deres innflytelse var knyttet til dem selv som personer. Ofte hadde de brukt en del tid på å bygge opp tillit og autoritet, men når den først var etablert, spilte det ikke så stor rolle hvor i organisasjonen de var plassert.

I en spørreskjemaundersøkelse til alle landets kommuner fant **Heen** at 74 % hadde opprettet SU og 63 % ALU. Disse andelen økte med kommunestørrelsen. De aller fleste som ikke hadde SU og/eller ALU oppga små forhold som årsak. De var få leger, hadde et tett samarbeid med kommunen, og hadde ikke behov for formaliserte utvalg. De sakene som hyppigst hadde vært til drøfting, både i SU og ALU, var knyttet til fastlegeordningen generelt, planlegging av kommunens allmennlegetjeneste, vikarordninger, offentlige legeoppgaver og legevakt.

Riksrevisjonen gjennomførte i mars 2004 en landsomfattende spørreskjemaundersøkelse til alle landets kommuner (bydeler i Oslo og Bergen) og oppnådde en meget høy svarprosent (95,7).⁴ Undersøkelsen viste at 30 % av kommunene ikke hadde etablert SU med legene. I de minste kommunene var det 68 %. Departementet har i sin kommentar til Riksrevisjonen uttalt at dette riktignok ikke er i tråd med rammeavtalen, men at det i slike kommuner er mulig at både legene og kommunen anser det som mest hensiktsmessig å ivareta dette samarbeidet uten at det formaliseres i et lokalt SU. De fleste kommunene som hadde etablert SU, mente at det fungerte godt.

Et flertall av kommunene mente deres mulighet til å styre allmennlegetjenesten var uendret etter reformen, og av resten var det like mange som mente mulighetene var blitt bedre som dårligere. Det var imidlertid en klar tendens til at de store kommunene mente mulighetene for styring var blitt bedre (58 % av kommunene med over 20 000 innbyggere).

Bare 2 % av kommunene hadde gjort systematiske evalueringer av fastlegeordningen, 11 % hadde gjort evalueringer av legetjenesten på noen avgrensede områder. 7 % hadde gjort undersøkelser om legens åpningstider, 6 % om svartid på telefon, 6 % om øyeblikkelig hjelp og 7 % om ventetid på ledig time. Det var særlig de største kommunene som hadde gjennomført slike evalueringer.

65 % av kommunene mente at legenes fraværdekning var uendret, 6 % dårligere og 29 % bedre. Bedringen var igjen størst i de største kommunene (54 % i de største og 73 % i de nest største).

I alt 214 kommuner opplyste at de hadde uløste utfordringer i allmennlegetjenesten før innføringen av fastlegeordningen. Av disse mente knapt halvparten av fastlegeordningen hadde betydd svært lite eller ingenting for å løse disse utfordringene. 17 % mente fastlegeordningen hadde betydd mye eller svært mye, og igjen var det de store kommunene som hadde de mest positive erfaringene. Ca. 40 % av kommuner med mer enn 10 000 innbyggere mente at fastlegeordningen hadde betydd mye eller svært mye for å løse problemene i allmennlegetjenesten. Kommunenes ulike erfaringer skyldes trolig at utfordringene var ulike i utgangspunktet. Problemene i de små kommunene er hovedsakelig knyttet til rekruttering og stabilitet.

Referanser

1. Heen H, Gjerberg E. Styring gjennom frivillighet. Styring og samarbeid i fastlegeordningen. Oslo, Arbeidsforskningsinstituttet AS 2005.
2. Heen H, Johnsen E, Mo TO, Lurås H. Forsøk med fastlegeordning. Evaluering av et forsøk i fire kommuner. Arbeidsforskningsinstituttets rapportserie 2/1996.
3. Aasland OG, Aakre V. Fra distriktslege til resultatområdeleder. Leger som ledere i primærhelsetjenesten. Oslo, Legeforeningens forskningsinstitutt 2003.
4. Riksrevisjonens undersøkelse om forvaltning av og måloppnåelse i fastlegeordningen. Riksrevisjonens administrative rapport nr. 1 2005.

11. Brukere med store og sammensatte behov

Da departementet reviderte retningslinjene for evalueringen i 2003, ble det påpekt at man i den politiske debatten hadde vært spesielt opptatt av at brukere med store og sammensatte behov skulle få et godt legetilbud. Dette dreier seg om svært forskjellige grupper mennesker, men felles for dem er at de ofte trenger mye tid hos legen, koordinering av ulike tjenester og ofte ikke selv er i stand til å oppsøke tjenesteapparatet. Aktuelle grupper er eldre og kronisk syke, pasienter med psykiske lidelser, rusmisbrukere, funksjonshemmede, pasienter under habilitering/rehabilitering, asylsøkere og fremmedspråklige.

De første evalueringsprosjektene berørte i liten grad disse gruppene, og departementet ønsket derfor at man prioriterte slike prosjekter i den siste utlysingen. Disse prosjektene er også omtalt i de fire foregående kapitlene, men er her omtalt samlet. Følgende prosjekter faller innenfor dette området:

Tabell 11.1. Hovedprosjekter med deres respektive dekning av evalueringens hovedområder

Prosjektnr	Prosjektleder Institusjon	Prosjekt (rapport)	Tilgjengelighet	Kontinuitet	Effektivitet
144311/330 158403/V50	Rune Sørensen Handelshøyskolen BI	Forskningsbasert evaluering av fastlegeordningen	x		
144317/V50 144332/V50 158410/V50	Bård Paulsen SINTEF Jon-Erik Finnved Statistisk sentralbyrå	Evalueringsprosjekt om Fastlegereformen med utgangspunkt i SSBs levekårsundersøkelser	x	x	x
152217/330	Rannveig Dahle NOVA	Pasienter som trenger å gå ofte til lege	x	x	x
158399/V50	Marian Ådnanes SINTEF	Fastlegenes tilbud og samarbeid med andre tjenester når det gjelder pasienter med alvorlige psykiske lidelser	x	x	x
158402/V50	Helle Wessel Andersson SINTEF	Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer?	x	x	x

Tabell 11.2. Småskalaprojekter med deres respektive dekning av evalueringens hovedområder

Prosjektnr	Prosjektleder	Prosjekt (rapport)	Tilgjengelighet	Kontinuitet	Effektivitet
144334/V50	Dagfinn Haarr	Fastlegen og den narkomane pasient	x		

11.1. Tilgjengelighet

Prosjektnr: 144311/330 158403/V50	Prosjektleder: Rune Sørensen	Prosjekt: Forskningsbasert evaluering av fastlegeordningen
--	--	--

Problemstillingen som belyses i denne studien er om tilgjengeligheten for grupper med store helsebehov er spesielt vanskelig i forhold til leger som har lange lister. Analysen bygger på Levekårsundersøkelsen 2002 som er gjennomført av Statistisk sentralbyrå. Det er brukt to separate utvalg: Statistisk sentralbyrås ordinære hovedutvalg og et tilleggsutvalg på oppdrag fra Nasjonalt folkehelseinstitutt. Begge utvalgene er landsrepresentative og består av 5 000 hjemmeboende personer i alderen 16 år og eldre. Spørsmålene dreier seg om bruk av allmennlege, forekomst av kroniske sykdommer og respondentenes egenvurdering av sin helse. Til hver respondent har en via Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste fått koblet på opplysninger om listetaket og listelengden til den fastlegen respondenten er tilknyttet.¹

Det ble benyttet to spørsmål for å identifisere de ”tunge brukerne”. I det første spørsmålet ble respondentene bedt om å angi hvorvidt de hadde noen sykdom eller lidelse av mer varig natur, medfødt sykdom eller virkning av skade. 38,3 % av respondentene hadde slik sykdom/skade. I det andre spørsmålet ble respondentene bedt om å angi hvordan de vurderte sin helse i alminnelighet på en femdel skala: meget god, god, verken god eller dårlig, dårlig, meget dårlig. I analysene ble ytterkategoriene slått sammen med nest høyeste/laveste kategori. 79,8 % av respondentene vurderte sin helse som god/meget god, mens bare 6,5 % vurderte sin helse som dårlig /meget dårlig. I tillegg til listelengde og sykkelighet er kjønn, alder og utdanning inkludert som kontrollvariabler i den multivariate regresjonsanalysen.

For både kronikere og ikke-kronikere var antall kontakter tilnærmet uavhengig av fastlegens listelengde. De kronisk syke hadde ca. 3,5 kontakter per år. Tilsvarende tall for ikke-kronikere var i underkant av 2,5 kontakter. Antall legekontakter for dem som vurderte sin helsetilstand som dårlig, var også tilnærmet uavhengig av listelengden. De som skåret lavt på egenvurdert helse, hadde litt i overkant av 4,5 legekontakter per år for alle nivåer på fastlegens listelengde. Tilsvarende tall for dem som hadde høyest skår på egenvurdert helse var ca 2,5 kontakter.

Sannsynligheten for å oppsøke en annen lege enn sin egen var om lag en og en halv gang så stor for kronikere som for ikke-kronikere. De som hadde dårlig egenvurdert helse, hadde om lag to ganger så høy sannsynlighet for å oppsøke en annen lege som de med god egenvurdert helse. Kronisk syke hadde 4 % flere legevaktskontakter enn de som ikke var kronisk syke. Tilsvarende hadde de med dårlig egenvurdert helse 9,5 % flere legevaktskontakter enn de med god egenvurdert helse. De kronisk syke hadde 20 % flere spesialistkontakter enn de som ikke var kronisk syke. De som hadde dårlig egenvurdert helse, hadde 37 % flere spesialistkontakter enn de som hadde god egenvurdert helse. Dette bruksmønsteret var ikke påvirket av fastlegens listelengder.

Prosjektnr: 144317/V50 144332/V50 158410/V50	Prosjektledere: Bård Paulsen Jon-Erik Finnvoid	Prosjekt: Evaluering av Fastlegereformen med utgangspunkt i SSBs levekårsundersøkelser
--	---	--

Datagrunnlaget bygger i hovedsak på levekårspanelet, som ble etablert 1. halvår 1997. Panelet omfatter et utvalg på ca. 5 000 personer, der de samme personene blir kontaktet år etter år. De som er med blir intervjuet ved besøk, men det blir også gjort telefonintervju. Spørreskjemaet er organisert rundt faste sekvenser av spørsmål om helse, arbeid og bostedsforhold. Første gangen det ble stilt spørsmål om legetjenester, var i 2000. Dette temaet ble fulgt opp i 2001 og 2002. I 2003 var spørsmål om legetjenester et hovedtema. I tillegg til opplysningene som blir gitt gjennom intervjuene, blir informasjon om svarpersonenes bakgrunn gjort tilgjengelig gjennom registerkoblinger. Dette gjelder

dels individopplysninger, slik som utdanningslengde og inntekt. Dels gjelder det også ulike egenskaper ved svarpersonenes bostedskommune, herunder trekk ved det lokale legetilbudet. Disse opplysningene er hentet fra oversikten til Statistisk sentralbyrå over personell og virksomhet i kommunehelsetjenesten. Man har også koblet til opplysninger fra Rikstrygdeverkets register over fastlegene. Svarprosenten for levekårspanelet er normalt på omtrent 70 %.²

Man har gjort en nærmere analyse av fire grupper med kronisk somatisk sykdom eller lettere psykiske plager. De somatiske diagnosene er basert på åpne spørsmål om varige helseproblemer. Svarene er senere kodet etter ICD-9. Et eget spørreskjema ble brukt til å identifisere 10 % som hadde symptomer på "lettere psykiske lidelser".

Median ventetid har gått ned for alle gruppene med kronisk sykdom, unntatt for muskel- og skjelettsykdom. En multivariatanalyse tyder på at det er alders- og kjønns sammensetningen blant personer med hjerte- og karsykdom som forklarer hvorfor mange i denne gruppen venter lenge på time.

Tabell 11.1.1. Ventetid i dager for dem som bestilte time hos lege. Etter sykdomsgruppe. 2001 og 2003. Median.

	2001	N	2003	N
Muskel- og skjelettsykdom	5 dager	296	5 dager	281
Hjerte- og karsykdom	6 dager	136	5 dager	111
Sykdom i åndedretsorganene	4 dager	196	3 dager	194
Psykiske lidelser	4 dager	163	3 dager	132
Uten kronisk sykdom	3 dager	465	3 dager	527

Andelene som er misfornøyd med ventetiden har gått ned for alle unntatt gruppen med psykiske lidelser. Endringen er imidlertid statistisk signifikant bare for pasienter med hjerte- og karsykdommer (tabell 11.1.2). Resultatene bekreftes i en multivariatanalyse hvor man korrigerer for kjønns- og aldersfordelingen. Det kan synes som om forskjellene mellom pasientgruppene har blitt større etter Fastlegereformen.

Tabell 11.1.2. Misfornøyd med ventetid hos lege. Etter sykdomsgruppe. 2000 og 2003. Prosent.

	2000	N	2003	N
Muskel- og skjelettsykdom	32	603	30	402
Hjerte- og karsykdom	32	362	21	205
Sykdom i åndedretsorganene	31	384	28	269
Psykiske lidelser	33	258	35	184
Uten kronisk sykdom	28	1 128	26	1 386

Tabell 11.1.3 viser at personer med symptomer på psykiske lidelser var mer misfornøyd enn andre grupper med tiden de fikk hos allmennlegen i 2000. Disse forskjellene er ikke forandret etter fastlegeordningen. Resultatene bekreftes i en multivariatanalyse hvor man korrigerer for kjønns- og aldersfordelingen.

Tabell 11.1.3. Andel misfornøyd med tiden de fikk hos legen. Underutvalg blant dem som har vært hos legen på grunn av egen sykdom de siste 12 måneder. Prosent. 2000 og 2003.

	2000	N	2003	N
Muskel- og skjelettsykdom	26	604	21	402
Hjerte- og karsykdom	25	362	22	206
Sykdom i åndedretsorganene	28	383	18	269
Psykiske lidelser	34	258	30	183
Uten kronisk sykdom	26	1 127	15	772

Tabell 11.1.4 viser at aller fleste opplever at legen tar dem på alvor. Det er klart færre uten kroniske sykdommer som opplevde at legen ikke tok dem og deres problemer på alvor etter fastlegeordningen.

Tabell 11.1.4. Andel som opplevde at legen ikke tok dem og deres problemer på alvor. Underutvalg blant dem som har vært hos legen på grunn av egen sykdom de siste 12 måneder. Prosent. 2000 og 2003.

	2000	N	2003	N
Muskel- og skjelettsykdom	6	604	5	402
Hjerte- og karsykdom	6	363	5	205
Sykdom i åndedrettsorganene	7	384	6	269
Psykiske lidelser	9	258	6	183
Uten kronisk sykdom	6	1 128	3	772

Prosjektnr: 152217/330 **Prosjektleder:** Rannveig Dahle **Prosjekt:** Pasienter som trenger å gå ofte til lege

Dette er en kvalitativ studie, basert på 20 individuelle intervjuer og tre fokusgrupper. Informantene, som alle er bosatt i Oslo-området, er 24 kvinner og åtte menn med følgende diagnosegrupper: fibromyalgi, astma og allergi, hjerte- og lungesyke. For å sikre pasientenes uavhengighet valgte man bevisst å ikke rekruttere dem via fastlegene deres, men brukte pasientorganisasjoner og media.³

Uventet mange informanter nevnte at legesekretærene hadde en nøkkelrolle i forhold til fastlegen. Sekretæren blir en portvakt de må komme forbi for å få legetime. I noen tilfeller ble legesekretæren en syndebykk for å unngå konflikt direkte mellom lege og pasient.

Noen av informantene fortalte at de ikke hadde så lang ventetid, bare seks uker, mens andre mente at de hadde svært lang ventetid, *hele* en og en halv uke. For noen kunne en god og lang prat etter lang ventetid være greit, andre ville ha en rask avklaring og en fem-minutters konsultasjon for å kvitte seg med bekymringene sine.

En av informantene opplevde at fastlegeordningen ga mindre tidsfleksibilitet fordi hun ikke kunne ringe til andre hvis fastlegen hadde for lang ventetid. I situasjoner hvor det å komme raskt til lege er viktig, kan fastlegeordningen være et problem.

Pasientene brukte også andre allmennleger enn fastlegen sin. Noen hadde løyet og sagt at de ikke hadde fastlege, andre hadde ikke blitt spurt om dette. De hadde ikke blitt avkrevd høyere egenandel, og enkelte hadde fått utskrevet både smertestillende og sovetabletter.

Mange av fibromyalgipasientene hadde gått fra lege til lege i perioder, inntil de fant en som de følte forstod deres situasjon. Også astmatikere og allergikere hadde ofte byttet lege før de fant en som de mente hadde nok kompetanse. I noen perioder hadde de brukt flere leger samtidig, og dette hadde vært ukomplisert. De opplevde ikke Fastlegereformen som et hinder for dette.

De foreldrene som ble intervjuet, hadde hatt mye ansvar når det gjaldt barnets sykdom, og de hadde selv opparbeidet kompetanse på området. Etter hvert stolte de ikke alltid på at legen hadde samme kompetanse og kunnskaper som dem selv. Mødrene ga flere eksempler på at det oppstod åpen konflikt i spørsmål om hva som var barnets beste. Disse foreldrene brukte private leger som en sikkerhetsventil, fordi de ikke følte seg trygge med fastlegeordningen.

En uttalelse fra spesialist gir som regel større tyngde når pasienten ønsker å oppnå noe i helsevesenet. Flere pasienter trakk frem nettopp denne erfaringen. Noen pasienter opplevde at det var blitt vanskeligere å bli sendt videre til spesialist og hadde et inntrykk av at fastlegen var uvillig til å "gi slipp på" pasientene sine. Til en viss grad kunne de forstå behovet for strengere kontroll, og medga at det kanskje hadde vært et "misbruk" av spesialister tidligere, men de opplevde en strengere henvisningsordning som en maktforskyvning mellom allmennlege og pasient. For noen informanter var det tungvint at de måtte tilbake til fastlegen for å få nye henvisninger mye oftere enn før, mens andre klarte å få spesialisttjenester uten henvisninger.

Mange av informantene hadde erfaring med å gå til fastlegens vikar. For noen spilte det ingen rolle hvilken lege de gikk til. For andre var det en ubehagelig opplevelse, fordi vikaren i større grad hadde stilt spørsmål ved deres egen forståelse av sykdommen og avtalte behandlingsmetoder. Dette kan tyde på at fastlegene velger å være mer tilbakeholdne enn allmennleger kunne tillate seg tidligere, og at en mer kritisk holding kommer frem når pasienten oppsøker andre leger/vikarer.

Tid ble ett av de temaene som gikk igjen i svært mange av intervjuene. Det var en nokså felles oppfatning at det hjelper lite å ha kontinuitet hvis fastlegen virker uinteressert og ikke tar seg tid til å finne ut av pasientens behov. Det kunne virke som om legene hadde dårligere tid nå enn tidligere. Flere av informantene som hadde hatt sin fastlege som fast lege tidligere, fortalte at det nå var satt av kortere tid til hver konsultasjon, og at legen ofte virket mer stresset under konsultasjonen.

Flere fortalte at kontaktmønsteret endret seg i takt med at de selv klarte å håndtere lidelsen bedre. Avhengigheten av legen ble mindre med tiden. Men de sa også at de møtte legen med flere krav etter hvert som de ble bedre kjent med symptomene sine. Det kan resultere i at legebehovet øker. Flere sa at med økende alder ble det viktigere å ha en lege nærmere hjemmet, fordi de selv ble mindre mobile.

Noen syntes det var vanskelig å bytte lege fordi det var vanskelig å finne alternativer. Dessuten opplevde noen pasienter at friheten til å bytte lege ble sterkt begrenset gjennom regelen om at journalen skal følge pasienten. Da kunne de ikke unnsnippe tidligere legers ”dom”. Dette gjaldt særlig pasienter som også hadde en psykiatrisk diagnose i tillegg til de andre, eller de var redde for at de var blitt beskrevet som psykiatrisk pasient. Hva ville det hjelpe å bytte lege når den legen en hadde dårlig relasjon til, hadde makt til å påvirke den neste legen sitt syn på deg?

Legebytte kunne ha rent praktiske årsaker, som at pasienten skulle flytte, eller det kunne være at man var misfornøyd med ventetiden. Slike bytter var enklere å gjennomføre enn de som skyldtes konflikter mellom dem selv og fastlegen. Noen ganger kunne det være en direkte konsekvens av en enkelt episode, andre ganger hadde ønsket meldt seg allerede før uenigheten ble åpen og synlig. Når uenigheten var knyttet til partenes ulike forståelser av pasientens diagnose, medisinske behov og tilstand, fryktet pasientene at selve byttet ville bli fortolket som et symptom på lidelsen. Det var særlig kvinner som støtte på dette problemet, og som opplevde at lidelsene deres ble forstått som psykiske problemer, en forståelse de selv verken aksepterte eller kjente seg igjen i. Å bytte fastlege kunne bli forstått av andre i omgivelsene som et forsøk på å unnsnippe denne forståelsen.

Et fastlegebytte kunne også bli konfliktfylt ved at den legen de ønsket å bytte til, arbeidet ved samme legesenter som den fastlegen de ville bytte fra. Spørsmålet var hvordan den gamle fastlegen ville reagere på en slik overgang.

Flere informanter gjorde mye for å redefinere en problematisk relasjon, som lett kunne bli oppfattet som et konfliktbytte. Å oppgi avstand som begrunnelse for legebyttet, fremstod som mer akseptabelt, både overfor en selv, overfor legen og omgivelsene.

De av informantene som allerede hadde byttet fastlege, la vekt på at det var forbausende enkelt, og sa at de ville kvie seg mye mindre for å gjøre det samme på nytt dersom relasjonen til den nye fastlegen ikke ble bedre enn den forrige.

Kjønn, klasse, sykdommens prestisje og organisasjonstilhørighet hadde også indirekte betydning for tilbøyeligheten til å bytte fastlege. Kvinner med fibromyalgi hadde høy bytteberedskap, astma- og allergipasienter var også årvåkne, mens menn med hjerte- og lungesykdommer knapt overveide saken.

Prosjektnr: 158399/V50	Prosjektledere: Marian Adnanes	Prosjekt: Fastlegenes tilbud og samarbeid med andre tjenester når det gjelder pasienter med alvorlige psykiske lidelser
----------------------------------	--	---

Dette er en kvalitativ studie hvor man har intervjuet 26 psykiatriske pasienter, 6 pårørende, 20 fastleger, 8 samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten og 10 i kommunehelsetjenesten. Informantene er rekruttert fra fire kommuner av ulik størrelse.⁴

Nesten alle pasientene synes tilgjengeligheten for time er akseptabel. Hvis det ikke dreier som et akutt behov, synes de det er greit å måtte vente en til to uker. For øvrig kjenner de til at de kan få øyeblikkelig hjelp dersom de ringer tidlig på dagen. De fleste har dessuten en avtale med fastlegen om regelmessige konsultasjoner eller avtale om å ta kontakt ved behov.

De fleste pasientene hadde også kontakt med andre helsetjenester, enten i spesialisthelsetjenesten eller i kommunen. I slike perioder med andre tjenestetilbud blir fastlegen mindre viktig, men dersom kriser eller problemer oppstår, kan han bli svært viktig. Helt unntaksvis har pasientene fått anledning til å kontakte fastlegen utenom arbeidstid, men i de fleste tilfellene må pasientene da ty til legevakten.

Fastlegene mener selv at tilgjengeligheten er relativt bra for denne pasientgruppen, og ikke verre for disse enn for andre. Noen fastleger bedrer tilgjengeligheten ytterligere gjennom å praktisere fleksible løsninger overfor pasienter som de vet er skrøpelige. Det kan være at de ringer til pasientene eller drar på hjemmebesøk. De aller tyngste pasientenes behov for hjelp fanges gjerne opp av annet helsepersonell i kommunen:

”Da kommer jo de (hjemmesykepleier) nedom her på kontoret, og da lager vi en time, noe relativt fort, kanskje samme dag eller dagen etterpå, eller at jeg reiser hjem til pasienten på vei hjem fra kontoret.”

Andre kommunale helsearbeidere sier at det varierer veldig mye mellom fastleger hvor mye de engasjerer seg. Noen uttrykker misnøye med fastlegenes fleksibilitet i forhold til å agere overfor kriser, noe som medfører mange akutte henvendelser på legevakten, gjerne hos en fremmed lege. To pårørende hadde opplevd store problemer i slike kriser fordi pasienten ikke hadde fastlege i lokalmiljøet.

Tolv av de 26 pasientene hadde den samme fastlegen som de hadde før reformen, seks fikk ny lege ved innføringen av ordningen. Åtte hadde skiftet fastlege i ettertid, fem av disse fordi de ikke var fornøyd med legen, eller snarere relasjonen til legen. I tillegg ønsket ytterligere seks å skifte lege, hovedsakelig fordi de var misfornøyd med relasjonen eller mente at de ikke fikk tilstrekkelig hjelp. Misnøye med relasjonen er imidlertid ikke tilstrekkelig for å skifte lege så lenge man ikke kjenner andre leger som er tilgjengelige. Enkelte pasienter ga uttrykk for at det er et gode i seg selv å kjenne fastlegen, mens det å etablere en ny relasjon er krevende.

En annen fordel med å holde seg til samme lege er at man etter hvert blir kjent med legekantoret, noe som gir trygghet for å bli forstått:

”De damene som jobber der har jobbet der lenge, så hvis jeg ringer så skjønner de at nå er det noe galt så nå må vi bare ta han inn. Og hvis ikke legen min er der så får jeg en av de andre, og det har gått bra.”

Mens de fleste pasientene beskrev en travel fastlege som de helst ikke burde belemre med tidkrevende problemer, fortalte andre om en lyttende og oppmerksom fastlege som tar seg tid til pasienten. Nesten halvparten av de 26 pasientene uttrykte misnøye med fastlegens oppmerksomhet i selve konsultasjonen:

”Nei han har det så travelt, så jeg sitter helt ute på stolkanten. Jeg har ofte med meg skrevet opp hva jeg skal si. Og så tenker jeg at jeg skal ikke snakke for mye, må skynde meg ut igjen.”

”Hun er bare opptatt av dataen sin når jeg er der. Det forstyrrer hele tiden. Hun hører ikke på meg.”

Enkelte pårørende beskrev situasjoner med mangelfull oppfølging fra fastlegens side, og mange av pasientene hadde lave forventninger både til hva legene kan om psykiske lidelser, og til deres relasjonskompetanse. De synes at den korte konsultasjonstiden ikke er tilstrekkelig til å ta opp spørsmål i forbindelse med de psykiske helseproblemene. Når tiden blir knapp, brukes den stort sett til å fornye resepter, be om henvisning til spesialist, be om sykmelding, eller til å få hjelp med fysiske plager. Noen pasienter får dobbelttimer slik at de får bedre tid i konsultasjonen.

Pasientene har svært ulike forventninger til fastlegen. De synes legen følger bra opp når det gjelder somatiske helseproblemer, og stort sett også når det gjelder medisinsk oppfølging i forhold til den psykiske lidelsen. Det er imidlertid få som opplever at fastlegen tar tak i de psykiske problemene, og

det er få som tror at fastlegen har god kompetanse på psykiske helseproblemer. I de tilfellene der pasienten mottar behandling eller oppfølging i annen helsetjeneste, oppleves ikke dette som noe stort problem:

”Nei jeg har ingen alvorlige samtaler med fastlegen. Ikke om de psykiske problemene. Det forventer jeg heller ikke. Jeg går ikke til han med det. Han kan vel ikke hjelpe meg med det? Jeg har samtaler med en psykiatrisk sykepleier her på huset. Det fungerer fint. Det er fast to ganger i uken og ellers hvis jeg trenger det.”

Andre forteller om fastleger som i mye større grad forholder seg til, og følger opp de psykiske problemene. Noen setter dette i sammenheng med at de har gått til samme lege lenge. Kontakt gjennom flere år gjør at de kjenner legen, og legen kjenner dem. Opplevelsen av kompetanse blir her satt i sammenheng med kontinuiteten i relasjonen. Det kan virke som enkelte pasienter setter likhetstegn mellom legens kunnskaper om psykiske lidelser og om legen kjenner pasienten godt. Opplevelse av kompetanse henger også sammen med hvor god pasienten synes legen er med relasjoner og eventuelt mangel på dette:

”En god fastlege hører på deg. Ja, først og fremst kanskje det. Så hovedsaken er at han har tid til å høre på deg for det er veldig mange leger som ikke har tid til det. Det gjør min lege altså. Jeg har inntrykk av at han har bestandig tatt meg på alvor ut fra jeg begynte å gå dit. Ja, han har vært interessert i meg og min person og min kropp, både inn- og utvendig for å si det slik.”

Fastlegene gir uttrykk for at takster og egenandeler styrer mye av tiden de bruker på pasientene. Økninger i egenandeler går ut over takster for lengre konsultasjoner, og dette medfører at betalingen faller kraftig for tidsbruk ut over 20 minutter. Det er likevel få fastleger som antyder at dette går ut over gruppen med psykiske lidelser. De legger gjerne inn dobbeltimer for pasienter som man vet bruker lang tid, eller de får time på slutten av dagen.

Fastlegene bekrefter også pasientenes beskrivelse av oppfølging: at det varierer hvor hyppig og hvor regulert kontakt som eksisterer, og ikke minst at innholdet i fastlegenes tilbud varierer mye. Rundt halvparten tilbyr utvidet fleksibilitet overfor denne pasientgruppen, mer terapilignende samtaler eller rådgivning. Noen få praktiserer også kognitiv terapi, men gir uttrykk for at rammene på et legekontor gjør at det ikke alltid lykkes å få dette til.

Flere fastleger viser til problemet som fra tid til annen oppstår, nemlig at pasientene ikke dukker opp til time og kanskje ikke ser sitt eget behov for å gå til lege:

”Det er ofte pasientene selv som ikke ser at de er syke, og som dropper ut av medisinen – og så bygger det seg opp over tid. Pårørende drøyer og drøyer, og til slutt så gir de opp, og så blir det plutselig en krise, og da sprekker det for alle på en gang, og da blir det ofte legevakten.”

Misnøye med fastlegen kan også føre til økt bruk av legevakt:

”Det fungerer ikke. Hun er ikke interessert i de psykiske problemene mine i det hele tatt. Jeg går der bare når jeg må fornye resepten. Ellers bruker jeg legevakten.”

Det er sjelden fastlegen driver oppsøkende virksomhet. Det er det oftest andre i det kommunale helsetjenestetilbudet som gjør. Fastlegene stoler på at øvrig kommunehelsetjeneste representerer et sikkerhetsnett slik at pasienten fanges opp ved behov for hjelp.

Kommunale helsearbeidere rapporterer om stor variasjon mellom fastlegene. Dette gjelder både i forhold til fastlegens omfang av kontakt med denne pasientgruppen og hvilket innhold tilbudet har. Mange er også kritiske til tidsbruken hos fastlegen.

Informantene i spesialisttjenesten bekrefter inntrykket av stor variasjon og uttrykker et behov for å styrke den faglige kunnskapen. Mange fastleger erkjenner behovet for økt kompetanse og veiledning, men er skeptiske til at spesialisthelsetjenesten kan bistå dem med dette på grunn av mangel på kvalifisert personell. Det optimale for fastlegene er å kjenne en psykiater eller psykologspesialist for enkelt å kunne ta kontakt angående en pasient.

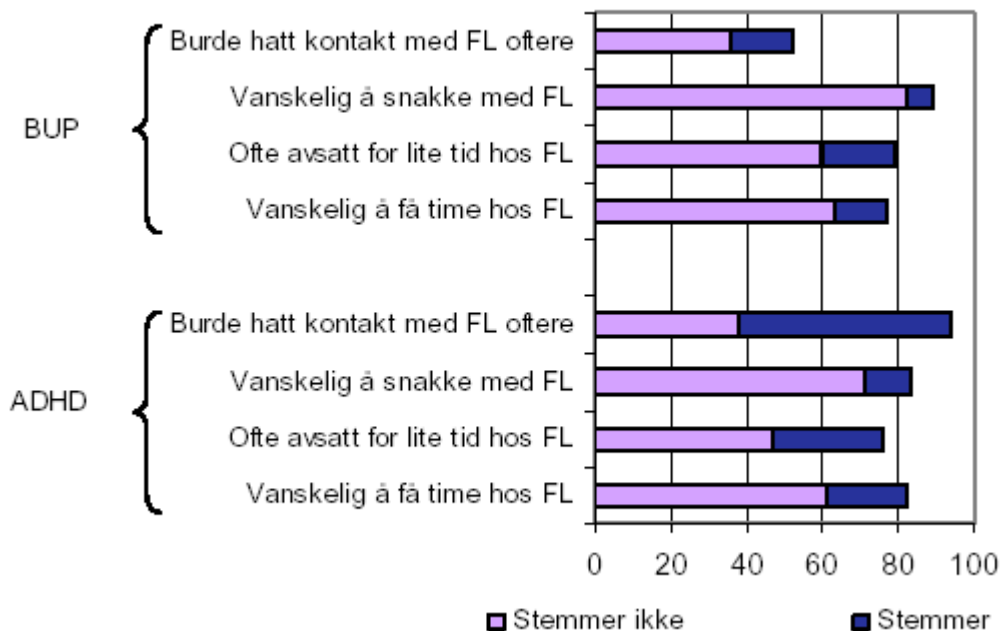
Prosjektnr:
158402/V50

Prosjektleder:
Helle Wessel Andersson

Prosjekt:
Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer?

I denne spørreskjemaundersøkelsen inngår to utvalg: foresatte til barn som er pasienter i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) og foresatte til barn med diagnosen ADHD (medlemmer i ADHD-foreningen). ADHD-utvalget består av 980 respondenter (svarprosent 49) og BUP-utvalget består av 293 (svarprosent 37). Spørreskjemaet inneholdt påstander om fastlegenes tjenestetilbud, med 5 - 6 svaralternativer for hvert spørsmål. Det er i all hovedsak mor som har besvart spørreskjemaet. 80 % av ADHD-utvalget er gutter, 60 % av BUP-utvalget.⁵

En overvekt av de foresatte mener at det ikke er vanskelig å få time hos fastlegen, men om lag 20 % av ADHD-utvalget og 14 % i BUP-utvalget er ikke tilfredse med tilgjengeligheten. De fleste er tilfredse med tiden som er satt av i konsultasjonen med fastlegen, men om lag 30 % av ADHD-utvalget og 19 % av BUP-utvalget mente at det er avsatt for lite tid. De aller fleste er også tilfredse med de samtalene de har hatt. Bare 10 % synes det er vanskelig å snakke med fastlegen. De fleste mener at de ikke har behov for hyppigere kontakt med fastlegen, men 36 % i ADHD-utvalget og 16 % i BUP-utvalget mener at de burde hatt kontakt med fastlegen oftere.

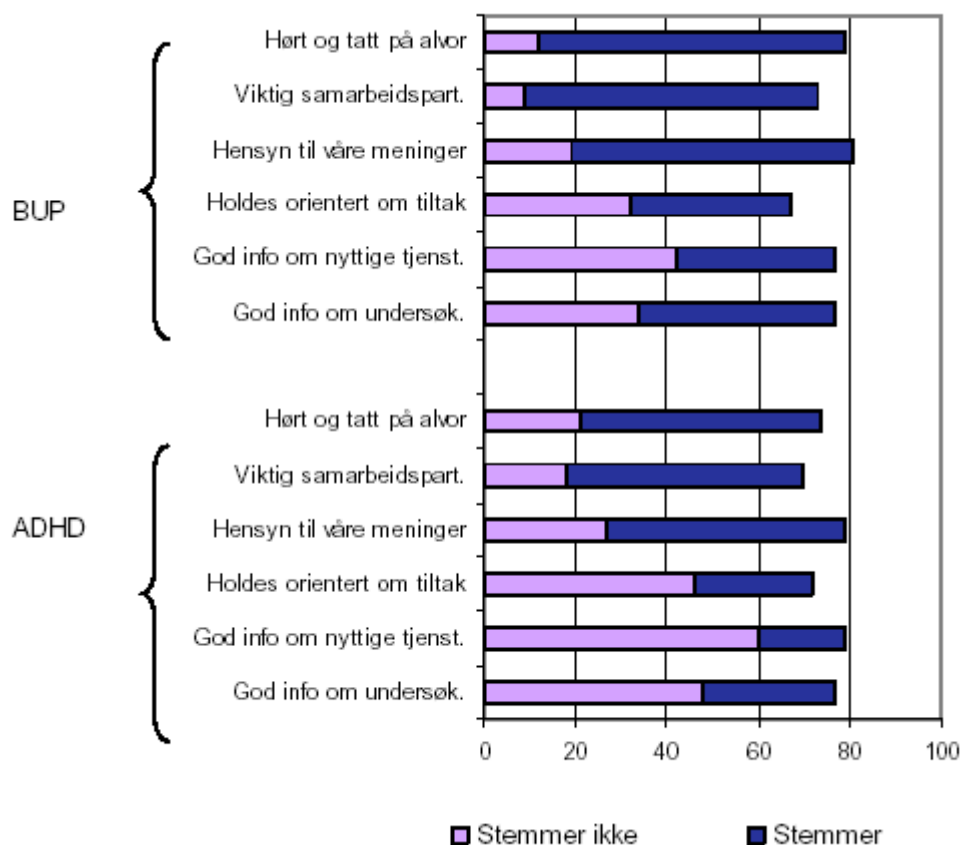


Figur 11.1.1. Ytterpunkter i svarfordeling på påstander relatert til tilgjengelighet og kontinuitet. Lys farge er indikasjon på høy tilfredshet

Man regnet ut en tilfredshetsindikator ved å summere svar på de påstandene i spørreskjemaet som var relatert til tilgjengelighet og kontinuitet i tjenestetilbudet. Denne indikatoren viste at BUP-gruppen var signifikant mer tilfreds enn ADHD-utvalget. Tilfredsheten var ikke avhengig av demografiske variabler som barnets kjønn, alder, foresattes utdanningsnivå eller fastlegens kjønn.

29 % av ADHD-utvalget og 43 % av BUP-utvalget var tilfredse med den informasjonen fastlegene hadde gitt om undersøkelser som var gjort av barnet. Henholdsvis 20 % og 34 % var fornøyd med fastlegens formidling av informasjon vedrørende andre nyttige tjenester. I ADHD-utvalget var det 26 % som var fornøyd med informasjon eller orientering om tiltak det samarbeides om. Tilsvarende andel i BUP-utvalget var 35 %.

I begge utvalgene var det en overvekt av foresatte som mente at fastlegen har tatt hensyn til deres meninger i planlegging av tiltak. 27 % av ADHD-utvalget og 19 % av BUP-utvalget synes imidlertid at det ikke er tatt tilstrekkelig hensyn til deres meninger. Godt over halvparten mener også at de blir ansett som en viktig samarbeidspartner. I ADHD-utvalget er det 18 % som er uenige i dette, i BUP-utvalget bare 9 %. Andelen som mener at de hos fastlegen blir hørt og tatt på alvor i forhold til barnets problem er også relativt høy i begge utvalgene, henholdsvis 52 % i ADHD-gruppen og 64 % i BUP-gruppen.



Figur 11.1.2. Ytterpunkter i svarfordeling på påstander relatert til informasjon og medvirkning. Mørk farge er indikasjon på høy tilfredshet

Det er utarbeidet en tilsvarende tilfredshetsindikator ved å summere svar på de påstandene i spørreskjemaet som var relatert til informasjon og medvirkning. Også denne indikatoren viste at BUP-gruppen var signifikant mer tilfreds enn ADHD-utvalget. Tilfredsheten var ikke avhengig av demografiske variabler som barnets kjønn, alder, foresattes utdanningsnivå eller fastlegens kjønn.

Blant dem som *ikke* hadde hatt kontakt med fastlegen var det nesten 80 % som var litt eller helt enig i at det burde være lettere å kontakte fastlegen med bekymringer om barns psykiske helse. Det var likevel 80 % som forventet at kommunikasjonen og samtalen med fastlegen ville gå greit.

Man fant også at 70 - 80 % av denne gruppen var litt eller helt enig i at fastlegen vet for lite om psykiske problemer hos barn. Andelen som var helt enig i denne påstanden var betydelig høyere blant foresatte til barn med ADHD enn blant foresatte til barn som er pasienter i BUP (55 % mot 30 %). Når det gjelder oppfatninger om fastlegens interesse for psykisk helse hos barn, svarte 65 % av foresatte til ADHD-barn at de var litt eller helt enig i en påstand om at fastlegen ikke er særlig interessert i dette. I BUP-gruppen var 38 % enige i denne påstanden. En forholdsvis høy andel av respondentene (70-80 %) mente at fastlegen burde hatt større ansvar for barn med ADHD eller andre psykiske vansker.

Prosjektnr: 144334/V50	Prosjektleder: Dagfinn Haarr	Prosjekt: Fastlegen og den narkomane pasient
---	---	---

Dette er en brukerundersøkelse på venterommet til fire legekantor i Kristiansand, ca. 200 respondenter på hvert. Et av de undersøkte legesentrene (A) har et betydelig antall tunge rusmisbrukere, og man var spesielt interessert i hvorledes disse kunne påvirke venteromsmiljøet og brukernes tilfredshet med senteret.⁶

Det ble utarbeidet et enkelt spørreskjema med bilder av terningøyne som skår (1 - 6). Respondentene satte ring rundt det bildet som passet best med deres opplevelse. Skjemaet inneholdt 12 spørsmål og plass til fritekstkommentarer. Utdelingen av skjema ble avsluttet når ca. 200 var kommet i retur, og man har derfor ingen kunnskap om svarprosent. 65 % av respondentene var kvinner og gjennomsnittsalderen 42 år.

Spørsmålet om ubehag på venterommet ("*Har du opplevd ubehageligheter fra medpasienter på venterommet?*") skåret signifikant dårligere ved legesenter A enn ved de andre sentrene. Forskjellen i skår var imidlertid ikke stor og de aller fleste uttrykte stor grad av tilfredshet (5,6 og 5,9). Det var også flere fritekstkommentarer om ubehag på venterommet ved dette senteret, og disse var tydelig rettet mot rusmisbrukergruppen. Svarene dreide seg om rusmisbrukers hund på venterommet, synlig rusede pasienter og rusmisbrukere som ikke ønsket å treffe andre rusmisbrukere.

Gjennomsnittlig total brukertilfredshet fikk skår 5,3 og var praktisk talt identisk for de fire legesentrene. Det var lavest skår for telefontilgjengelighet og ventetid på time. Muligheten for å komme gjennom på telefon til legesenteret fikk skår 4,2, og muligheten for å få snakke med legen på telefon bare 3,8. Ventetid på time ble skåret til 4,3. Samlet sett så det ut til at pasientene hadde mer å utsette på organiseringen av praksis enn opplevd faglighet og måten de ble møtt på av leger og medarbeidere.

11.1.1. Oppsummering

I en analyse av fire grupper med kronisk somatisk sykdom eller lettere psykiske plager fant **Paulsen og Finnvold** (SSBs levekårsundersøkelse) at ventetiden har gått ned for alle unntatt de som har muskel- og skjelettsykdom.² Pasienter med hjerte- og karsykdom venter noe lengre enn andre grupper, men en multivariatanalyse tyder på at det er alders- og kjønns sammensetningen som er forklaringen på dette. Det er vel også grunn til å tro at det i denne gruppen er en høy andel med egeninitierte kontroller som prioriteres relativt lavt.

Andelen som er misfornøyd med ventetiden har gått ned for alle unntatt for dem som har psykiske lidelser. Det kan synes som om forskjellene mellom pasientgruppene er blitt noe større når det gjelder tilfredshet med ventetiden.

Personer med symptomer på psykiske lidelser var mer misfornøyd enn andre grupper med tiden de fikk hos allmennlegen i 2000. Disse forskjellene ble ikke redusert etter fastlegeordningen. Alle gruppene opplevde i stor grad at legen tok dem på alvor.

Gruppen uten kronisk sykdom viste en økende tilfredshet med tiden de fikk hos legen og opplevde sjeldnere at legen ikke tok dem på alvor. Dette er en gruppe som i mindre grad hadde fast lege før reformen og som kanskje opplever en positiv effekt av å ha fått en mer formalisert relasjon til en lege.

I en kvalitativ undersøkelse intervjuet **Dahle** pasienter som trenger å gå ofte til lege.³ Dette var pasienter med fibromyalgi, astma og allergi, hjerte- og lungesyke. Alle var hjemmehørende i Oslo-området og for en stor del rekruttert gjennom pasientorganisasjoner. Dette betyr trolig at det dreier seg om nokså selekterte pasienter som har tradisjon for bruk av spesialister i utstrakt grad, både som pasienter og i faglige sammenhenger.

Det var stor variasjon i hva pasientene opplevde som akseptabel ventetid. Det ble ellers nevnt at fastlegeordningen ga mindre tidsfleksibilitet fordi man ikke kunne ringe til andre hvis fastlegen hadde for lang ventetid. Uventet mange nevnte at legesekretærene hadde en nøkkelrolle i forhold til fastlegen. Sekretæren ble en portvakt de måtte komme forbi for å få legetime, og i noen timer ble legesekretæren gjort til en syndebutt for å unngå konflikt direkte mellom lege og pasient.

Mange av fibromyalgipasientene hadde gått fra lege til lege i perioder, inntil de fant en som de følte forstod deres situasjon. Også astmatikere og allergikere hadde ofte byttet lege før de fant en som de mente hadde nok kompetanse. De foreldrene som ble intervjuet, hadde hatt mye ansvar når det gjaldt barnets sykdom, og de hadde selv opparbeidet kompetanse på området. Etter hvert stolte de ikke alltid på at legen hadde samme kompetanse og kunnskaper som dem selv. Mødrene ga flere eksempler på at det oppstod åpen konflikt i spørsmål om hva som var barnets beste. Disse foreldrene brukte private leger som en sikkerhetsventil, fordi de ikke følte seg trygge med fastlegeordningen.

Flere av informantene som hadde hatt sin fastlege som fast lege tidligere, fortalte at det nå var satt av kortere tid til hver konsultasjon, og at legen ofte virket mer stresset under konsultasjonen. En mulig effekt av at legen kjenner pasientene sine, er at konsultasjonen tar kortere tid,⁷ men det er også mulig at tidligere fastlønnte bydelsleger som nå er privatisert, kan ha fått et mer oppdrevet arbeidstempo. I en spørreundersøkelse blant allmennleger fant Sørensen at antall pasientkontakter per time hadde økt for alle leger, og særlig for de tidligere fastlønnslegene (kapittel 10.1).

Noen pasienter opplevde at det var blitt vanskeligere å bli sendt videre til spesialist og hadde et inntrykk av at fastlegen var uvillig til å "gi slipp på" pasientene sine. De opplevde en strengere henvisningsordning som en maktforskyvning mellom allmennlege og pasient. Dette står i kontrast til hva legene i Norheims studie rapporterte.

Mange av informantene hadde erfaring med å gå til fastlegens vikar. For noen spilte det ingen rolle hvilken lege de gikk til. For andre var det en ubehagelig opplevelse, fordi vikaren i større grad hadde stilt spørsmål ved deres egen forståelse av sykdommen og avtalte behandlingsmetoder. Dette kan tyde på at fastlegene velger å være mer tilbakeholdne enn allmennleger kunne tillate seg tidligere, og at en mer kritisk holding kommer frem når pasienten oppsøker andre leger/vikarer.

Noen pasienter opplevde at friheten til å bytte lege ble sterkt begrenset gjennom regelen om at journalen skal følge pasienten. Da kunne de ikke unnsnippe tidligere legers "dom". Dette gjaldt særlig pasienter som også hadde en psykiatrisk diagnose i tillegg til de andre, eller de var redde for at de var blitt beskrevet som psykiatrisk pasient. Et fastlegebytte kunne også bli konfliktfylt ved at den legen de ønsket å bytte til, arbeidet ved samme legesenter som den fastlegen de ville bytte fra. Spørsmålet var hvordan den gamle fastlegen ville reagere på en slik overgang. Flere informanter gjorde mye for å redefinere en problematisk relasjon, som lett kunne bli oppfattet som et konfliktbytte. Å oppgi geografisk avstand som begrunnelse for legebyttet, fremstod som mer akseptabelt, både overfor en selv, overfor legen og omgivelsene.

Det kan være problematisk at pasienters lojalitet eller endringsfrykt låser eller binder dem til leger de ikke har gode relasjoner til. At bytte av fastlege kan oppleves som ubehagelig viser at pasientene bryr seg om de mellommenneskelige sidene ved møtet, og ikke bare vurderer de rent medisinske. De tar ansvar for legenes følelser, verdighet og selvrespekt. Frykt for å såre eller støte fastlegen ved å bytte, er viktige spørsmål som angår folk. Det kan være særlig aktuelt på steder med begrenset legetilgang, der en er bundet av geografi, og der en likevel må fortsette å gå til samme legekontor. Men det gjelder altså også i høy grad i storbyen Oslo.

Kvinner med fibromyalgi hadde høy bytteberedskap, astma- og allergipasienter var også årvåkne, mens menn med hjerte- og lungesykdommer knapt overveide saken. En av evalueringsrapportene fra fastlegeforsøket fant også at opplevelsen av fastlegeordningen så ut til å henge sammen med hva slags sykdom/lidelse/problem pasienten hadde.⁸ En del "typiske kvinnelidelser" som er kjennetegnet ved at de vanskelig lar seg diagnostisere og behandle, kan bidra til et mer sårbart og risikobetont forhold til fastlegen.

I en kvalitativ studie med fokus på pasienter med alvorlige psykiske lidelser fant **Ådnanes** at nesten alle pasientene syntes tilgjengeligheten for time var akseptabel.⁴ Hvis det ikke dreier som et akutt behov, er det greit å måtte vente en til to uker. For øvrig var de kjent med at de kunne få øyeblikkelig

hjelp dersom de ringte tidlig på dagen. De fleste hadde dessuten en avtale med fastlegen om regelmessige konsultasjoner eller avtale om å ta kontakt ved behov. Fastlegene mente også selv at tilgjengeligheten var relativt bra for denne pasientgruppen, og ikke verre for disse enn for andre.

Noen fastleger bedrer tilgjengeligheten ytterligere gjennom å praktisere fleksible løsninger overfor pasienter som de vet er skrøpelige. Det kan være at de ringer til pasientene eller drar på hjemmebesøk. Helt unntaksvis har også pasienter fått anledning til å kontakte fastlegen utenom arbeidstid, men i de fleste tilfellene må pasientene da ty til legevakten. De aller tyngste pasientenes behov for hjelp fanges gjerne opp av annet helsepersonell i kommunen. Andre kommunale helsearbeidere rapporterer imidlertid at det varierer veldig mye mellom fastleger hvor mye de engasjerer seg. Noen uttrykker misnøye med fastlegenes fleksibilitet i forhold til å agere overfor kriser, noe som medfører mange akutte henvendelser på legevakten.

Også denne gruppen hadde relativt høy bytteberedskap, først og fremst på grunn av misnøye med relasjonen til legen. Det er imidlertid nærliggende å tro at pasientinformantene i denne undersøkelsen er mer offensive og ressurssterke enn det som er vanlig i denne gruppen.

De fleste pasientene beskrev en travel fastlege som de helst ikke burde belemre med tidkrevende problemer. Den korte konsultasjonstiden går ofte med til å fornye resepter, be om henvisning til spesialist, be om sykmelding, eller til å få hjelp med fysiske plager.

Pasientene har svært ulike forventninger til fastlegen. De synes legen følger bra opp når det gjelder somatiske helseproblemer, og stort sett også når det gjelder medisinsk oppfølging i forhold til den psykiske lidelsen. Det er imidlertid få som opplever at fastlegen tar tak i de psykiske problemene, og det er få som tror at fastlegen har god kompetanse på psykiske helseproblemer. Men i de tilfellene der pasienten mottar behandling eller oppfølging i annen helsetjeneste, oppleves ikke dette som noe stort problem. I enkelte tilfeller fører imidlertid misnøye med fastlegen til økt bruk av legevakt.

Andre forteller om fastleger som i mye større grad forholder seg til, og følger opp de psykiske problemene. Noen setter dette i sammenheng med at de har gått til samme lege lenge. Kontakt gjennom flere år gjør at de kjenner legen, og legen kjenner dem.

Fastlegene gir uttrykk for at takster og egenandeler styrer mye av tiden de bruker på pasientene. Det er likevel få som antyder at dette går ut over gruppen med psykiske lidelser. De legger gjerne inn dobbeltimer for pasienter som de vet bruker lang tid, eller de får time på slutten av dagen. Legene bekrefter at innholdet i deres tilbud varierer mye. Rundt halvparten tilbyr utvidet fleksibilitet overfor denne pasientgruppen, mer terapilignende samtaler eller rådgivning. Noen få praktiserer også kognitiv terapi, men gir uttrykk for at rammene på et legekontor gjør at det ikke alltid lykkes å få dette til.

Flere fastleger nevner problemer med pasienter som ikke dukker opp til time og kanskje ikke ser sitt eget behov for å gå til lege. Manglende sykdomsinnsikt kan føre til at de slutter med medisiner. Pårørende drøyer med å søke hjelp inntil en krise oppstår, og da ender man ofte på legevakten. Det er sjelden fastlegen driver oppsøkende virksomhet. Det er det oftest andre i det kommunale helsetjenestetilbudet som gjør, og fastlegene stoler på at øvrig kommunehelsetjeneste representerer et sikkerhetsnett slik at pasienten fanges opp ved behov for hjelp.

Andersson har gjennomført en spørreskjemaundersøkelse blant foresatte til barn som er pasienter i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) og foresatte til barn med diagnosen ADHD.⁵ Om lag 60 % av brukerne var tilfredse med muligheten for å få time hos fastlegen, mens 70 - 80 % uttrykte tilfredshet med kommunikasjonen med fastlegen i forhold til barnets problematikk. Tilfredsheten var noe lavere i forhold til konsultasjonstid og hyppigheten av kontakt med fastlegen.

Når det gjelder den informasjonen de får fra fastlegen, og spesielt informasjon om andre nyttige tjenester, varierte andelen tilfredse fra 19 % til 35 % i de to utvalgene. De var mer fornøyd med muligheten for medvirkning (52 - 67 %). Andelen som var tilfredse med fastlegens tiltak varierte mellom 32 og 54 %. I ADHD-utvalget var foresatte med høy utdanning mindre tilfredse med fastlegens tiltak enn foresatte med lavere utdanning.

På grunn av noe lav svarprosent er det usikkerhet knyttet til generaliserbarheten av resultatene. Det er også viktig å være oppmerksom på at utvalgene er selektert og ikke representative for den totale gruppen barn og unge med psykiske problemer.

Sørensen har brukt data fra SSBs levekårsundersøkelse 2002 (koblet med opplysninger om listelengden til respondentenes fastleger) og analysert om tilgjengeligheten for grupper med store helsebehov er spesielt vanskelig hos leger med lange lister.¹ Respondentene ble spurt om de hadde kronisk sykdom og hvordan de vurderte sin egen helse. De som hadde dårlig egenvurdert helse og de som anga kronisk sykdom, hadde flere legekontakter per år, oppsøkte oftere legevakten og andre leger enn sin egen fastlege, og hadde flere kontakter med spesialisthelsetjenesten.

Bruksmønsteret for de ”tunge” pasientene var imidlertid ikke påvirket av fastlegenes listelengder. Fastleger med lange lister rasjonerte altså ikke konsultasjoner for kronikere og pasienter med dårlig egenvurdert helse og henviste heller ikke disse gruppene hyppigere til spesialisthelsetjenesten enn det fastleger med korte lister gjorde. Resultatene tyder derfor ikke på at fastleger med lange lister har en form for strategisk atferd, hvor de ut fra lønnsomhetskriterier favoriserer tjenestetilbudet til de enkle og greie pasientene.

Haarr gjennomførte en brukerundersøkelse på venterommet til fire legekontor i Kristiansand, ca. 200 respondenter på hvert.⁶ Gjennomsnittlig total brukertilfredshet fikk skår 5,3 på en skala fra 1 til 6, mens ventetid på time ble skåret til 4,3 og telefontilgjengeligheten 4,2.

Et av de undersøkte legesentrene hadde et betydelig antall tunge rusmisbrukere, og man var spesielt interessert i hvorledes disse kunne påvirke venteromsmiljøet og brukernes tilfredshet med senteret. Spørsmålet om ubehag på venterommet skåret signifikant dårligere ved dette legesenteret enn ved de andre, men forskjellen var ikke stor og de aller fleste uttrykte stor grad av tilfredshet med venteromsmiljøet (5,6 og 5,9). Den totale brukertilfredsheten var like god ved dette legesenteret som ved de andre. Et stort innslag av rusmisbrukere har altså relativt liten betydning tilfredsheten, og klart mindre betydning enn ventetiden.

Referanser

1. Grytten J, Sørensen R, Skau I. Fastlegeordningen - marked, legedekning og tilgjengelighet. Forskningsrapport 4/2005. Handelshøyskolen BI, Institutt for offentlige styringsformer.
2. Finnvold JE, Svalund J. Kronikere og personer med symptomer på lettere psykiske plager: bruk og vurdering av allmennlegetjenesten før og etter fastlegeordningen. Pasientenes opplevelse av variasjoner i kapasitet og andre legekarakteristika under fastlegeordningen. Rapport 2005.
3. Dahle R, Skilbrei M. Fastlegeordningen og pasienter med store legebehov. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA Rapport 3/2003.
4. Ådnanes M, Hatling T, Grut L. Fastlegens tilbud og samarbeid vedrørende personer med en alvorlig psykisk lidelse. Trondheim, SINTEF Helse 2005.
5. Andersson HW, Tingvold L. Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer? Evaluering av fastlegeordningen med vekt på samarbeid, tilgjengelighet og kontinuitet i tjenestetilbudet. Trondheim, SINTEF Helse 2005.
6. Haarr D. Terningskåre, pasienttilfredshet og rusmisbrukere på fastlegens venterom. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125(16):2168-70.
7. Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. BMJ 1991;303:1181-4.
8. Johnsen E, Sandaune AG. Tillit, aksess og risiko. Erfaringer blant fastlegens brukere og samarbeidspartnere etter to år med fastlegeforsøk i Tromsø kommune. NORUT Samfunnsforskning rapport 05/95 1995.

11.2. Kontinuitet

Prosjektnr: 144317/V50 144332/V50 158410/V50	Prosjektledere: Bård Paulsen Jon-Erik Finnvoid	Prosjekt: Evaluering av Fastlegereformen med utgangspunkt i SSBs levekårsundersøkelser
--	---	--

Datagrunnlaget bygger i hovedsak på levekårspanelet, som ble etablert 1. halvår 1997. Panelet omfatter et utvalg på ca. 5 000 personer, der de samme personene blir kontaktet år etter år. De som er med blir intervjuet ved besøk, men det blir også gjort telefonintervju. Spørreskjemaet er organisert rundt faste sekvenser av spørsmål om helse, arbeid og bostedsforhold. Første gangen det ble stilt spørsmål om legetjenester, var i 2000. Dette temaet ble fulgt opp i 2001 og 2002. I 2003 var spørsmål om legetjenester et hovedtema. I tillegg til opplysningene som blir gitt gjennom intervjuene, blir informasjon om svarpersonenes bakgrunn gjort tilgjengelig gjennom registerkoblinger. Dette gjelder dels individopplysninger, slik som utdanningslengde og inntekt. Dels gjelder det også ulike egenskaper ved svarpersonenes bostedskommune, herunder trekk ved det lokale legetilbudet. Disse opplysningene er hentet fra oversikten til Statistisk sentralbyrå over personell og virksomhet i kommunehelsetjenesten. Svarprosenten for levekårspanelet er normalt på omtrent 70 %.¹

Det er gjort en nærmere analyse av fire grupper med kronisk somatisk sykdom eller lettere psykiske plager. De somatiske diagnosene er basert på åpne spørsmål om varige helseproblemer. Svarene er senere kodet etter ICD-9. Et eget spørreskjema ble brukt til å identifisere 10 % som hadde symptomer på "lettere psykiske lidelser".

Tabell 11.2.1 viser at den gjennomsnittlige reduksjonen i varigheten av legerelasjonen er noe mindre for disse gruppene enn for dem som ikke har noen kronisk sykdom. Dette skyldes at kronikergruppene i større grad enn andre allerede hadde fast lege før reformen. Tabell 11.2.2 viser at det var viktigere for dem enn for andre å få beholde den legen de allerede hadde, og tabell 11.2.3 viser at de også oftere fikk beholde sin faste lege:

Tabell 11.2.1. Respons på spørsmålet "Omtrent hvor lenge har du hatt denne faste legen?" Gjennomsnitt for underutvalg som hadde fast allmennlege. 2000 og 2003. Antall år.

	2000	Konfidensintervall	N	2003	Konfidensintervall	N
Muskel- og skjelettsykdom	10,5	9,9 - 11,2	525	9,3	8,6 - 10,0	545
Hjerte- og karsykdom	10,4	9,5 - 11,3	297	8,4	8,7 - 10,7	304
Sykdom i åndedretsorganene	10,1	9,5 - 10,6	309	8,4	7,6 - 9,3	382
Psykiske lidelser	9,3	8,4 - 10,3	215	8,3	7,3 - 9,3	228
Uten kronisk sykdom	9,4	8,9 - 9,9	1 018	6,8	6,4 - 7,2	1 385

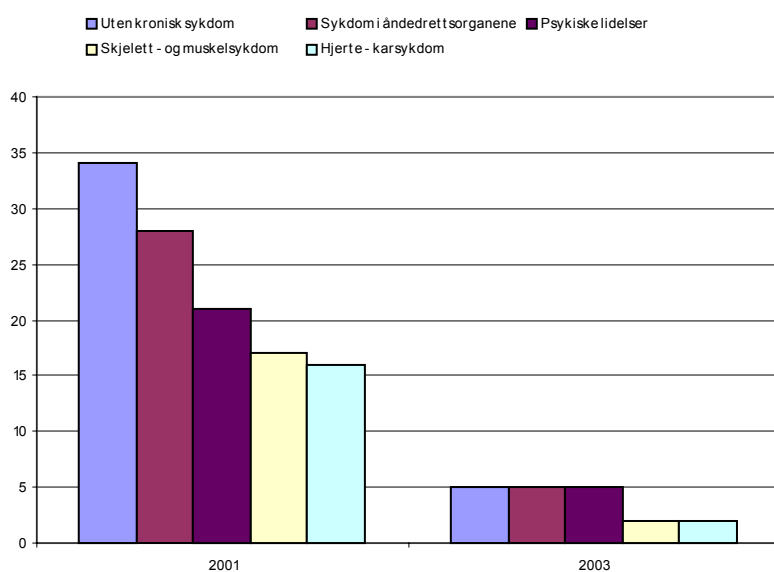
Tabell 11.2.2. Fastlegetildeling ved innføringen av reformen. Etter sykdomsgruppe. Andel som mente at det var svært viktig eller nokså viktig å få legen som ble satt opp som førstevalg.

Sykdomsgruppe	Prosent	N
Muskel- og skjelettsykdom	82	539
Hjerte- og karsykdom	80	299
Sykdom i åndedretsorganene	70	372
Psykiske lidelser	79	220
Uten kronisk sykdom	61	1 200

Tabell 11.2.3. Fastlegetildeling ved innføringen av reformen. Etter sykdomsgruppe. Andel som fikk den legen de helst ønsket/førstevalget.

Sykdomsgruppe	Prosent	N
Muskel- og skjelettsykdom	84	539
Hjerte- og karsykdom	86	311
Sykdom i åndedrettsorganene	82	372
Psykiske lidelser	83	239
Uten kronisk sykdom	74	1 356

Det var færre blant disse kronikerne som manglet fast lege før reformen. Likevel er det også for disse gruppene en klar reduksjon i andelen som nå er uten fast lege (figur 11.2.1).

**Figur 11.2.1.** Andel som var uten fast lege. Etter sykdomsgruppe. 2001 og 2003. Prosent.

Svarpersoner med hyppige symptomer på psykiske lidelser utmerker seg med en økning i andelen som sier at de ønsker å bruke flere ulike allmennleger. Forskjellen er imidlertid ikke statistisk signifikant. Også mennesker med muskel- og skjelettsykdom oppgir oftere etter reformen at de foretrekker å bruke flere allmennleger. Denne økningen er statistisk signifikant. Mindre fleksibilitet synes ikke å ha blitt et problem for dem som har hjerte- og karsykdom eller sykdom i åndedrettsorganene. Tabell 11.2.4 viser ellers at flere personer med symptomer på psykiske lidelser foretrekker å bruke flere allmennleger i 2003, sammenlignet med personer med hjerte- og karsykdommer.

Tabell 11.2.4. Andel som foretrekker å bruke flere allmennleger. Etter sykdomsgruppe. 2001 og 2003.

	2001		2003	
	Prosent	N	Prosent	N
Muskel- og skjelettsykdom	7	553	11	559
Hjerte- og karsykdom	7	327	8	327
Sykdom i åndedrettsorganene	9	388	11	393
Psykiske lidelser	11	253	16	256
Uten kronisk sykdom	11	1 382	12	1 403

Fastlegeordningen kan sies å ha spesiell betydning for kronikerne på den måten at de uttrykker et sterkere behov for å knytte seg til en bestemt lege. Det var også flere kronikere som fikk tildelt den legen de helst ville ha. Ettersom kronikere oftere enn andre hadde en fast lege før innføringen av fastlegeordningen, kan man si at ordningen innebar en mindre overgang for denne gruppen enn for personer uten kronisk sykdom.

Prosjektnr: 152217/330	Prosjektleder: Rannveig Dahle	Prosjekt: Pasienter som trenger å gå ofte til lege
---	--	---

Dette er en kvalitativ studie, basert på 20 individuelle intervjuer og tre fokusgrupper. Informantene, som alle er bosatt i Oslo-området, er 24 kvinner og åtte menn med følgende diagnosegrupper: fibromyalgi, astma og allergi, hjerte- og lungesyke. For å sikre pasientenes uavhengighet valgte man bevisst å ikke rekruttere dem via fastlegene deres, men brukte pasientorganisasjoner og media.²

I fokusgruppeintervjuene kom det frem en viss skepsis mot helsepolitiske reformer generelt, også mot Fastlegereformen. Fastlegereformen har verken skapt entusiasme eller satt sinnene i kok. På spørsmålet om de var fornøyde, svarte de fleste litt nølende enten ja eller nei. Men ofte virket det som om konklusjonen like gjerne kunne ha vært den motsatte. De fleste sa at for dem er det greit med en fastlegeordning, men at reformen verken har hatt eller kommer til å få særlig store konsekvenser for dem selv. Mange hadde hatt fast lege forut for reformen. Noen fikk ikke denne som sin fastlege, men selv om de mislikte det, hadde det ikke vært noe problem.

Selv om informantene mente at det er godt å ha en fast lege når en har en komplisert sykdomshistorie, satt forskerne igjen med et inntrykk av at det for mange ikke var så viktig at legen kjente dem.

Selv om informantene i hovedsak var fornøyde med fastlegeordningen, var det mange av dem som gikk utenom ordningen når de mente at de hadde behov for det. De opprettholdt gamle og opprettet nye relasjoner til andre leger enn sin fastlege. Dette kunne være bruk av private legetjenester, spesialisttjenester (uten henvisning) og andre allmennleger. De valgte ofte andre løsninger når de var misfornøyde med fastlegens tilgjengelighet eller kompetanse. En annen grunn kunne være at det ikke var alt en klarte å prate med fastlegen om. For noen var dette også en måte å unngå et konfliktfylt legebytte på. Å bruke andre leger enn fastlegen uten dennes vitende kunne imidlertid senere medføre visse problemer fordi fastlegen da ville mangle deler av sykehistorien. Ingen av informantene hadde benyttet seg av muligheten til ny vurdering hos annen allmennlege enn fastlegen.

Mange av fibromyalgipasientene hadde gått fra lege til lege i perioder, inntil de fant en som de følte forstod deres situasjon. Også astmatikere og allergikere hadde ofte byttet lege før de fant en som de mente hadde nok kompetanse. I noen perioder hadde de brukt flere leger samtidig, og dette hadde vært ukomplisert. De opplevde ikke Fastlegereformen som et hinder for dette.

Flere fortalte at kontaktmønsteret endret seg i takt med at de selv klarte å håndtere lidelsen bedre. Avhengigheten av legen ble mindre med tiden. Men de sa også at de møtte legen med flere krav etter hvert som de ble bedre kjent med symptomene sine. Flere sa at med økende alder ble det viktigere å ha en lege nærmere hjemmet, fordi de selv ble mindre mobile.

Prosjektnr: 158399/V50	Prosjektledere: Marian Adnanes	Prosjekt: Fastlegenes tilbud og samarbeid med andre tjenester når det gjelder pasienter med alvorlige psykiske lidelser
---	---	--

Dette er en kvalitativ studie hvor man har intervjuet 26 psykiatriske pasienter, 6 pårørende, 20 fastleger, 8 samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten og 10 i kommunehelsetjenesten. Informantene er rekruttert fra fire kommuner av ulike størrelse.³

Hovedinntrykket var at fastlegeordningen ikke hadde betydd store forandringer for den enkelte bruker. Knappt noen var negative til ordningen i seg selv, og ingen beskrev vesentlige forskjeller før og etter

reformen. Noen få syntes det lå en begrensning i fastlegeordningen fordi de ikke lenger kunne ringe til hvem de ville dersom de mente det hastet med å få time. Andre beskrev problemer på grunn av dårlig legedekning, stor gjennomtrekk og språkproblemer i forhold til utenlandske leger. Hovedinntrykket var at fastlegeordningen er grei, dersom man har endt opp med en fastlege man er fornøyd med.

Fastlegene selv gir også uttrykk for at fastlegeordningen ikke har betydd veldig mye, men at det er en fordel for alle parter at det formelle ansvaret for pasienten er tydelig plassert. De er mer usikre på om ordningen faktisk har ført til bedre kontinuitet og oppfølging av pasientene, men gir likevel uttrykk for at det er vanskeligere å "styre unna" problematikken. Det synes som om god og regelmessig oppfølging av pasienter med psykiske lidelser først og fremst er avhengig av hvordan fastlegen velger å jobbe med denne pasientgruppen. I tillegg til mer personlige preferanser som fastlegen måtte ha vedrørende ulike grupper av pasienter, nevnes også begrensninger som kommer av tidspress og takster sett i relasjon til pasienter med store legebehov.

Den øvrige kommunehelsetjenesten fremhever fordelene ved å ha en fast adresse for pasienten, slik at man vet hvor man skal henvende seg. De rapporterer også at det er blitt lettere å få fastlegen til å stille opp for pasientene og i ansvarsgrupper.

Spesialisthelsetjenesten rapporterer om små endringer, men trekker også frem fordelene ved at ansvaret nå er plassert hos fastlegen. Store forskjeller mellom fastleger trekkes frem som det viktigste poenget. Her går det et skille mellom dem som er psykiatere og de øvrige informantene, som i hovedsak består av høyskoleutdannede profesjoner. Mens psykiaterne mener ordningen vil tvinge frem en bedre kontinuitet, legger de andre faggruppene mer vekt på at graden av involvering handler om fastlegenes egne prioriteringer. Dette kan nok også ha profesjonssosiologiske forklaringer og ha sammenheng med at en del fastleger virker noe tvilende til profesjonaliteten i det arbeidet som blir gjort av andre enn spesialister.

Prosjektnr: 158402/V50	Prosjektleder: Helle Wessel Andersson	Prosjekt: Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer?
----------------------------------	---	---

Dette er en kvalitativ intervjustudie med 12 helsesøstre, 11 fastleger og 15 fagpersoner fra barne- og ungdomspsykiatrien (BUP).⁴

Fastlegene ga uttrykk for forskjellige synspunkter på hvilke endringer Fastlegereformen hadde brakt med seg. Mens enkelte leger mener reformen har ført til konkrete og positive endringer, er andre leger mer i tvil om endringene er av noen betydelig karakter. Uansett holdning til hvilke endringer reformen har brakt med seg, ble det imidlertid påpekt at fastlegeordningen bidrar til å tydeliggjøre hvem som har ansvaret for pasientene. En lege nevnte også at fastlegeordningen gjør at det blir færre muligheter til å oppsøke andre leger enn fastlegen:

"Først og fremst har fastlegeordningen endret det med at vi vet mer hvem som er våre pasienter. Før så gikk pasientene litt her og litt der. Nå vet vi hvem vi har ansvar for og det er lettere å definere hvilken rolle fastlegen skal ha nå enn før. Forhåpentligvis vil dette føre til at barn og ungdom blir fulgt opp på en bedre måte"

Enkelte av fastlegene fremhevet at de etter Fastlegereformen i større grad er blitt familieleger, og at dette er en fordel både med hensyn til ansvar og oversikt.

Helsesøstrene opplevde at fastlegene ikke hadde anledning til å stille opp og ta den koordinerende funksjonen som reformen tilskriver dem. Enkelte opplevde dette som den største utfordringen i forhold til å få fastlegeordningen til å fungere:

"Jeg synes fastlegeordningen er en god greie i utgangspunktet. I forhold til ungdom så vet jeg ikke helt. Mange ganger har ikke elevene hos meg hatt noen påvirkning på valg av fastlege. Det som skjer er at hele familien ofte går hos den samme og ungdommene som kommer til meg har ikke hatt noe større behov for å komme til fastlegen å fortelle det de sier til meg ... De vet ikke om fastlegen holder på informasjonen, de vil ikke at foreldrene skal vite alt ... Ungdommene foretrekker heller å gå til

ungdomshelsestasjonen som er oppe hver onsdag. I forhold til psykiske problemer kjenner jeg ingen unge som går til fastlegen sin med dette"

Leger og psykologer i BUP påpekte i intervjuene at tanken bak fastlegeordningen er veldig bra, og at det er positivt med en fast legekontakt for barn og unge i målgruppen.

"Jeg synes at det utelukkende er positivt. Etter hvert som åra går kjenner de pasientene bedre, kjenner foreldrene og de er flinkere til å plukke ut problemstillinger, henvise og samarbeide. Bare det å ha en fast lege, ja, jeg kan ikke se noe negativt med det"

I likhet med fastlegene, påpekte ansatte i BUP at ordningen hadde brakt med seg et klarere ansvar for hvilke pasienter legen har. Imidlertid mente de at fastlegeordningen til nå ikke har ført til betydelige endringer for barn og unge med psykiske problemer.

I kommuner med ustabil legedekning var det færre forventninger til at Fastlegereformen skulle ha noen virkning. Enkelte BUP-ansatte mente derfor at andre instanser i kommunen burde ha et koordinerende ansvar i forhold til barn i målgruppen:

"Vi har ingen forventninger til fastlegen. Men det å ha en koordinator i kommunen er viktig. Og kanskje helsestasjon er løsningen på dette. Nei, fastlegeordningen har ikke ført til noen endring her i distriktet, sett med distriktsøyne!"

11.2.1. Oppsummering

I en analyse av fire grupper med kronisk somatisk sykdom eller lettere psykiske plager fant **Paulsen og Finnvold** (SSBs levekårsundersøkelse) at den gjennomsnittlige reduksjonen i varigheten av legerelasjonen var noe mindre for disse gruppene enn for dem som ikke har noen kronisk sykdom.¹ Dette skyldes at kronikergruppene i større grad enn andre allerede hadde fast lege før reformen. Det var viktigere for dem enn for andre å få beholde den legen de allerede hadde, og analysene viser da også at de oftere fikk beholde sin faste lege.

Svarpersoner med psykiske lidelser og muskel- og skjelettsykdommer ønsket i økende grad å bruke flere ulike allmennleger. Mindre fleksibilitet synes ikke å ha blitt et problem for dem som har hjerte- og karsykdom eller sykdom i åndedretsorganene.

Muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser er ofte tilstander som kan ha et "diffust" preg. Diagnosene kan være uklare og behandlingsalternativene mangelfulle. Mange pasienter har derfor prøvd seg frem hos ulike leger. Det er også i disse gruppene en del pasienter som har et høyt forbruk av såkalte B-preparater (smertestillende, beroligende og sovemidler). Mange leger ønsker å være restriktive med forskrivning av slike preparater. Dette kan nok være en kilde til konflikt og føre til at pasientene ønsker å bruke flere leger.

I en kvalitativ undersøkelse intervjuet **Dahle** pasienter som trenger å gå ofte til lege.² Dette var pasienter med fibromyalgi, astma og allergi, hjerte- og lungesyke. Fastlegereformen hadde verken skapt entusiasme eller satt sinnene i kok. De fleste sa at det for dem var greit med en fastlegeordning, men at reformen verken hadde hatt eller ville komme til å få særlig store konsekvenser for dem. Det var mange som gikk utenom ordningen når de mente at de hadde behov for det. De opprettholdt gamle relasjoner og opprettet nye relasjoner til andre leger enn sin fastlege. Dette kunne være bruk av private legetjenester, spesialisttjenester (uten henvisning) og andre allmennleger. De valgte ofte andre løsninger når de var misfornøyde med fastlegens tilgjengelighet eller kompetanse. Å bruke andre leger enn fastlegen uten dennes vitende kunne imidlertid senere medføre visse problemer fordi fastlegen da ville mangle deler av sykehistorien.

En bør her ha i mente at alle informantene i denne undersøkelsen var hjemmehørende i Oslo-området og for en stor del rekruttert gjennom pasientorganisasjoner. Dette betyr trolig at det dreier seg om nokså selekterte pasienter som har tradisjon for bruk av spesialister i utstrakt grad, både som pasienter og i faglige sammenhenger.

Funnet støttes imidlertid av en undersøkelse gjort av Opinion i 2003 på oppdrag fra Den norske lægeforening, hvor folk ble spurt om hvordan de opplevde tjenestetilbudet før og etter fastlegeordningen. De fleste svarte at de ikke opplevde noen forskjeller i tjenestenes kvalitet etter fastlegeordningen. Like mange svarte at tjenestene var blitt dårligere som at de var blitt bedre.⁵

Selv om informantene i Dahles undersøkelse mente det var godt å ha en fast lege når en har en komplisert sykdomshistorie, satt forskerne igjen med et inntrykk av at det for mange ikke var så viktig at legen kjente dem. Dette ble også rapportert i et av evalueringsprosjektene i forbindelse med fastlegeforsøket.⁶ For brukerne er ofte tilgjengelighet viktigere enn kontinuitet.

I en kvalitativ studie med fokus på pasienter med alvorlige psykiske problemer fant **Ådnanes** at fastlegene tvilte på at reformen har hatt stor betydning, men at det er en fordel for alle parter at det formelle ansvaret for pasienten er tydelig plassert.³ Legene var mer usikre på om ordningen faktisk har ført til bedre kontinuitet og oppfølging av pasientene, men ga likevel uttrykk for at det nå er vanskeligere å ”styre unna” pasienter med psykiske problemer. Det synes som om god og regelmessig oppfølging av pasienter med psykiske lidelser først og fremst er avhengig av hvordan fastlegen velger å jobbe med denne pasientgruppen. I tillegg til mer personlige preferanser som fastlegen måtte ha vedrørende ulike grupper av pasienter, nevnes også begrensninger som kommer av tidspress og takster sett i relasjon til pasienter med store legebehov.

I samme studie fremhevet både den øvrige kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fordelene ved å ha en fast adresse for pasienten, slik at man vet hvor man skal henvende seg. De rapporterte også at det er blitt lettere å få fastlegen til å stille opp for pasientene og i ansvarsgrupper. Det er usikkert hvor mye av dette som kan tilskrives Fastlegereformen, siden man parallelt har hatt en Opptrappingsplan i psykisk helse, lovfesting av Individuell plan og økende fokus på brukermedvirkning.

Pasientene etterlot også et hovedinntrykk av at fastlegeordningen ikke hadde betydd store forandringer for den enkelte. Hovedinntrykket var at fastlegeordningen er grei dersom man har endt opp med en fastlege man er fornøyd med. Noen få syntes det lå en begrensning i fastlegeordningen fordi de ikke lenger kunne ringe til hvem de ville dersom de mente det hastet med å få time.

Andersson har gjennomført en kvalitativ intervjustudie med helsesøstre, fastleger og fagpersoner fra barne- og ungdomspsykiatrien (BUP).⁴ I kommuner med ustabil legedekning var det færre forventninger til at fastlegereformen skulle ha noen virkning.

Fastlegene var noe i tvil om fastlegeordningen har ført til konkrete og positive endringer, men påpekte at den har bidratt til å tydeliggjøre hvem som har ansvaret for pasientene. Enkelte av fastlegene fremhevet at de etter fastlegereformen i større grad er blitt familieleger, og at dette er en fordel både med hensyn til ansvar og oversikt.

Leger og psykologer i BUP syntes at tanken bak fastlegeordningen er veldig bra, og at det er positivt med en fast legekontakt for barn og unge i målgruppen. I likhet med fastlegene mente de at ordningen hadde brakt med seg et klarere ansvar. Imidlertid mente de at fastlegeordningen til nå ikke hadde ført til betydelige endringer for barn og unge med psykiske problemer.

Referanser

1. Finnvold JE, Svalund J. Kronikere og personer med symptomer på lettere psykiske plager: bruk og vurdering av allmennlegetjenesten før og etter fastlegeordningen. Pasientenes opplevelse av variasjoner i kapasitet og andre legekarakteristika under fastlegeordningen. Rapport 2005.
2. Dahle R, Skilbrei M. Fastlegeordningen og pasienter med store legebehov. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA Rapport 3/2003.
3. Ådnanes M, Hatling T, Grut L. Fastlegens tilbud og samarbeid vedrørende personer med en alvorlig psykisk lidelse. Trondheim, SINTEF Helse 2005.
4. Andersson HW, Tingvold L. Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer? Evaluering av fastlegeordningen med vekt på samarbeid, tilgjengelighet og kontinuitet i tjenestetilbudet. Trondheim, SINTEF Helse 2005.
5. Hafstad A. Ingen bedring med fastleger. Aftenposten 21.5.2003.

6. Hasvold T, Johnsen R. Fastlegeforsøket: Evalueringsrapport. Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 1996.

11.3. Effektivitet

Prosjektnr: 144317/V50 144332/V50 158410/V50	Prosjektledere: Bård Paulsen Jon-Erik Finnvoid	Prosjekt: Evaluering av Fastlegereformen med utgangspunkt i SSBs levekårsundersøkelser
--	---	--

Datagrunnlaget bygger i hovedsak på levekårspanelet, som ble etablert 1. halvår 1997. Panelet omfatter et utvalg på ca. 5 000 personer, der de samme personene blir kontaktet år etter år. De som er med blir intervjuet ved besøk, men det blir også gjort telefonintervju. Spørreskjemaet er organisert rundt faste sekvenser av spørsmål om helse, arbeid og bostedsforhold. Første gangen det ble stilt spørsmål om legetjenester, var i 2000. Dette temaet ble fulgt opp i 2001 og 2002. I 2003 var spørsmål om legetjenester et hovedtema. I tillegg til opplysningene som blir gitt gjennom intervjuene, blir informasjon om svarpersonenes bakgrunn gjort tilgjengelig gjennom registerkoblinger. Dette gjelder dels individopplysninger, slik som utdanningslengde og inntekt. Dels gjelder det også ulike egenskaper ved svarpersonenes bostedskommune, herunder trekk ved det lokale legetilbudet. Disse opplysningene er hentet fra oversikten til Statistisk sentralbyrå over personell og virksomhet i kommunehelsetjenesten. Svarprosenten for levekårspanelet er normalt på omtrent 70 %.¹

Det er gjort en nærmere analyse av fire grupper med kronisk somatisk sykdom eller lettere psykiske plager. De somatiske diagnosene er basert på åpne spørsmål om varige helseproblemer. Svarene er senere kodet etter ICD-9. Et eget spørreskjema ble brukt til å identifisere 10 % som hadde symptomer på "lettere psykiske lidelser".

Tabell 11.3.1 og 11.3.2 viser at pasienter med hjerte- og karsykdommer får flere forebyggende kontakter enn de andre gruppene, og at forskjellene har økt etter fastlegeordningen. Disse funnene er også signifikante når en korreterer for forskjeller i kjønn, alder, utdanningslengde og egenvurdert helse. Økende alder og dårligere egenvurdert helse har for øvrig en egen betydning, og denne sammenhengen synes å være tydeligere i 2003 enn i 2001.

Tabell 11.3.1. Andel som hadde hatt forebyggende kontroller. Etter sykdomsgruppe. 2001 og 2003.

	2001		2003	
	Prosent	N	Prosent	N)
Muskel- og skjelettsykdom	30	563	27	563
Hjerte- og karsykdom	45	329	50	329
Sykdom i åndedretsorganene	26	400	23	400
Psykiske lidelser	29	258	28	260
Uten kronisk sykdom	20	1 435	15	1 434

Tabell 11.3.2. Forebyggende kontakter siste 12 måneder etter sykdomsgruppe. Gjennomsnitt og antall. 2001 og 2003.

	Gjennomsnitt		Antall		N
	2001	2003	2001	2003	
Muskel- og skjelettsykdom	1,2	1,3	664	739	556
Hjerte- og karsykdom	1,8	2,2	580	725	328
Sykdom i åndedretsorganene	0,9	0,9	346	345	399
Psykiske lidelser	1,5	1,7	382	450	259
Uten kronisk sykdom	0,5	0,4	651	618	1 436

Tabell 11.3.3 og 11.3.4 viser at det er små endringer i henvisningsmønsteret for de ulike gruppene med kronisk sykdom. Det er imidlertid en økende andel uten kronisk sykdom som er blitt henvist etter fastlegeordningen.

Tabell 11.3.3. Andel som var blitt henvist til spesialist av allmennlege. Etter sykdomsgruppe. 2001 og 2003.

	2001		2003	
	Prosent	N	Prosent	N
Muskel- og skjelettsykdom	49	343	51	330
Hjerte- og karsykdom	46	188	48	162
Sykdom i åndedretsorganene	45	236	47	227
Psykiske lidelser	52	176	52	161
Uten kronisk sykdom	34	612	41	626

Tabell 11.3.4. Henvisninger siste 12 måneder etter sykdomsgruppe. Gjennomsnitt og antall. 2001 og 2003.

	Gjennomsnitt		Antall		N
	2001	2003	2001	2003	
Muskel- og skjelettsykdom	0,5	0,5	300	276	563
Hjerte- og karsykdom	0,5	0,4	148	128	328
Sykdom i åndedretsorganene	0,5	0,4	191	159	399
Psykiske lidelser	0,7	0,5	187	137	259
Uten kronisk sykdom	0,2	0,3	321	443	1 436

Prosjektnr: 152217/330 **Prosjektleder:** Rannveig Dahle **Prosjekt:** Pasienter som trenger å gå ofte til lege

Dette er en kvalitativ studie, basert på 20 individuelle intervjuer og tre fokusgrupper. Informantene, som alle er bosatt i Oslo-området, er 24 kvinner og åtte menn med følgende diagnosegrupper: fibromyalgi, astma og allergi, hjerte- og lungesyke. For å sikre pasientenes uavhengighet valgte man bevisst å ikke rekruttere dem via fastlegene deres, men brukte pasientorganisasjoner og media.²

Selv om informantene i hovedsak var fornøyde med fastlegeordningen, var det mange av dem som gikk utenom ordningen når de mente at de hadde behov for det. De opprettholdt gamle og opprettet nye relasjoner til andre leger enn sin fastlege. Dette kunne være bruk av private legetjenester, spesialisttjenester (uten henvisning) og andre allmennleger. De valgte ofte andre løsninger når de var misfornøyde med fastlegens tilgjengelighet eller kompetanse. En annen grunn kunne være at det ikke var alt en klarte å prate med fastlegen om. For noen var dette også en måte å unngå et konfliktfylt legebytte på. Å bruke andre leger enn fastlegen uten dennes vitende kunne imidlertid senere medføre visse problemer fordi fastlegen da ville mangle deler av sykehistorien. Ingen av informantene hadde benyttet seg av muligheten til ny vurdering hos annen allmennlege enn fastlegen.

Det var flere eksempler på at pasienter hadde fått time hos spesialist uten henvisning og uten å måtte betale mer. De som hadde brukt spesialist ofte før, så det som naturlig å fortsette med dette. De kunne også gå til sin spesialist med spørsmål som egentlig falt inn under fastlegens arbeidsområde. Dette gjaldt særlig pasienter med kompliserte sykdomshistorier. En pasient med hjerteproblemer fortalte at han hadde fått time hos hjertespesialist når problemet var utslett. En fibromyalgipasient hadde en tilsvarende ordning med en reumatolog. Noen hadde imidlertid erfart at spesialistene i slike tilfeller kunne ha problemer med å se ut over sin egen spesialitet.

Pasientene brukte også andre allmennleger enn fastlegen sin. Noen hadde løyet og sagt at de ikke hadde fastlege, andre hadde ikke blitt spurt om dette. De hadde ikke blitt avkrevd høyere egenandel, og enkelte hadde fått utskrevet både smertestillende og sovetabletter.

Mange av fibromyalgipasientene hadde gått fra lege til lege i perioder, inntil de fant en som de følte forstod deres situasjon. Også astmatikere og allergikere hadde ofte byttet lege før de fant en som de

mente hadde nok kompetanse. I noen perioder hadde de brukt flere leger samtidig, og dette hadde vært ukomplisert. De opplevde ikke Fastlegereformen som et hinder for dette.

De foreldrene som ble intervjuet, hadde hatt mye ansvar når det gjaldt barnets sykdom, og de hadde selv opparbeidet kompetanse på området. Etter hvert stolte de ikke alltid på at legen hadde samme kompetanse og kunnskaper som dem selv. Mødrene ga flere eksempler på at det oppstod åpen konflikt i spørsmål om hva som var barnets beste. Disse foreldrene brukte private leger som en sikkerhetsventil, fordi de ikke følte seg trygge med fastlegeordningen.

En uttalelse fra spesialist gir som regel større tyngde når pasienten ønsker å oppnå noe i helsevesenet. Flere pasienter trakk frem nettopp denne erfaringen. Noen pasienter opplevde at det var blitt vanskeligere å bli sendt videre til spesialist og hadde et inntrykk av at fastlegen var uvillig til å "gi slipp på" pasientene sine. Til en viss grad kunne de forstå behovet for strengere kontroll, og medga at det kanskje hadde vært et "misbruk" av spesialister tidligere, men de opplevde en strengere henvisningsordning som en maktforskyvning mellom allmennlege og pasient. For noen informanter var det tungvint at de måtte tilbake til fastlegen for å få nye henvisninger mye oftere enn før, mens andre klarte å få spesialisttjenester uten henvisninger.

Prosjektnr: 158399/V50	Prosjektledere: Marian Adnanes	Prosjekt: Fastlegenes tilbud og samarbeid med andre tjenester når det gjelder pasienter med alvorlige psykiske lidelser
----------------------------------	--	---

Dette er en kvalitativ studie hvor man har intervjuet 26 psykiatriske pasienter, 6 pårørende, 20 fastleger, 8 samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten og 10 i kommunehelsetjenesten. Informantene er rekruttert fra fire kommuner av ulik størrelse. I tillegg har man brukt data fra ni distriktpspsykiatriske sentre (DPS) og analysert omfanget av kontakt mellom DPS og fastlegene, og i hvor stor grad fastlegene har hatt koordinatorsansvar eller deltatt i utarbeidelse av individuelle planer.³

Kvalitativ studie

Noen fastleger forsøker å bedre tilgjengeligheten gjennom å praktisere fleksible løsninger overfor pasienter som de vet er skrøpelige. Det kan være at de ringer til pasientene eller drar på hjemmebesøk. De aller tyngste pasientenes behov for hjelp fanges gjerne opp av annet helsepersonell i kommunen:

"Da kommer jo de (hjemmesykepleier) nedom her på kontoret, og da lager vi en time, noe relativt fort, kanskje samme dag eller dagen etterpå, eller at jeg reiser hjem til pasienten på vei hjem fra kontoret."

Andre kommunale helsearbeidere rapporterer at det varierer veldig mye mellom fastleger hvor mye de engasjerer seg. Noen uttrykker misnøye med fastlegenes fleksibilitet i forhold til å agere overfor kriser, noe som medfører mange akutte henvendelser på legevakten, gjerne hos en fremmed lege. Det er også eksempler på at pasientene bruker legevakten fordi de er misfornøyd med relasjonen til fastlegen:

"Det fungerer ikke. Hun er ikke interessert i de psykiske problemene mine i det hele tatt. Jeg går der bare når jeg må fornye resepten. Ellers bruker jeg legevakten."

Mens fastlegene ofte er kritiske til spesialisthelsetjenesten, og påpeker et mangelfullt samarbeid, er de fleste mye mer positive når det gjelder samarbeidet med øvrig kommunehelsetjeneste. Innen kommunehelsetjenesten samarbeider fastlegene med psykiatrisk sykepleier og med hjemmesykepleie. Det er ofte psykiatrisk sykepleier eller hjemmesykepleier som representerer kontinuiteten for pasienten, i den forstand at det ofte er de som har mest kontakt med pasienten, og dermed oppfatter endringer i pasientens tilstand. De fleste fastleger uttrykker stor tiltro til tjenesten og roser det arbeidet de gjør.

Det er bare et fåtall av fastlegene som har vært med på å utarbeide individuelle planer vedrørende sine pasienter. Ansvarsgrupper er en eldre og mer innarbeidet samarbeidsform, men det varierer hvor mye fastlegene deltar i denne type formalisert samarbeid. De fleste fastlegene har en relativt restriktiv holdning til hvor mye de skal involvere seg. Ofte er det slik at møter legges til legesenteret for å få med fastlegen. Fastlegene påpeker også at møter må avtales i god tid på forhånd:

"Og når det gjelder ansvarsgruppemøtene, så må de være klokka 8 om morgenen eller etter halv tre om ettermiddagen hvis jeg skal være med. Og da butter man fort i de kommunale arbeidstidene. Hvis jeg blir innkalt til et ansvarsgruppemøte klokka ett så går halve dagen min, og det vil si at de pasientavtalene jeg har da må avlyses. Det er da ti pasienter jeg ikke får sett den dagen. Det går ikke."

Det eksisterer en egen samarbeidstakst som gir fastlegene honorar for tverrfaglige møter om enkeltpasienter. Fastlegen uttrykker tilfredshet med denne taksten. Det er først og fremst tidsbruken, ikke økonomien, som gjør at mange fastleger er restriktive med deltakelse i ansvarsgrupper.

De fleste pasientene syntes fastlegen er oppmerksom overfor deres behov for spesialisthelsetjenester. Det ble imidlertid også beskrevet eksempler på det motsatte. Få av pasientene hadde hørt om Individuell plan og ingen hadde sin egen. Mange hadde små forventninger til at de ulike helsetjenestene skulle samarbeide, utover at fastlegen skal ta seg av henvisning på en god og effektiv måte når det er aktuelt.

Noen av informantene hadde en oppfatning av at det er en bestemt rolle- og oppgavefordeling mellom de ulike fagaktørene, noe som gjøre det lite aktuelt med samarbeid:

"Fastlegen tar seg av de somatiske plagene, og psykiater eller psykolog tar seg av de psykiske plagene."

En av informantene mente denne todelingen var en god ordning fordi fastlegen dermed ikke tolket alt som et tegn på psykisk lidelse.

Den øvrige kommunehelsetjenesten fremhevet fordelene ved å ha en fast adresse for pasienten, slik at man vet hvor man skal henvende seg. De rapporterte også at det er blitt lettere å få fastlegen til å stille opp for pasientene og i ansvarsgrupper. Spesialisthelsetjenesten trakk også frem fordelene ved at ansvaret nå er plassert hos fastlegen.

Det varierer mellom kommunene og bydelene hvordan fastlegene og spesialisthelsetjenesten samarbeider, hvilke fora som finnes og hvor mye man samarbeider. Det fins ansvarsgrupper og basismøter, tverrfaglige møter og samarbeidsmøter, og man har så vidt begynt å jobbe sammen om individuelle planer. Men samarbeidet virker sporadisk i mange tilfeller. Faste samarbeidsmøter tar nødvendigvis tid, og flere av fastlegene gir uttrykk for at det optimale er å ha mer uformelle kontakter og for øvrig en lav terskel samt enkelhet rundt kontakten med spesialisthelsetjenesten.

Det som i størst grad preger samarbeidsrelasjonen med spesialisthelsetjenesten er dårlig tilgjengelighet. Nesten alle fastlegene har historier om dårlig tilgjengelighet, hva dette medfører for pasientene, og hvordan fastlegene takler dette:

"Jeg hadde nylig en sak hvor det var sterke suicidalimpulser og var vel nærmest funnet på vei til å ta sitt liv. Hvor det tok to måneder før vedkommende fikk en time, til tross for purringer og pårørendes fortvilelse og dobbelskriving av brev og videresending av søknaden til lettpsykiatrien. Det synes jeg er uverdig, og det irriterer meg."

Det varierer hvor nøye spesialisthelsetjenesten er med å sende ut epikrise i tide og flere fastleger er også kritiske til at de ikke blir informert underveis. Pasientene kommer til dem for fysiske plager som de måtte ha mens de er under behandling i spesialisthelsetjenesten. Det er også problematisk når informasjon vedrørende medikamentforandringer ikke gis, og når ansvarsforhold vedrørende medisinerer er uklare:

"Har hatt betydelige problemer med at de (spesialisthelsetjenesten) har vært for trege, og skiftet medisinen uten å varsle meg, og så kommer de (pasientene) til meg tre dager etterpå, og forstår ikke hvorfor de skal bruke det og det – et salig virvar."

Det er noen samarbeidsrelasjoner mellom fastleger og spesialisthelsetjeneste som synes å fungere mye bedre enn det som er vanlig. Viktige faktorer synes å være en kombinasjon av å kjenne til dem som jobber i spesialisthelsetjenesten, ha faste møter med dem, men samtidig også ha en lav terskel for kontakt for øvrig, når fastlegen opplever behov for det. Fastlegen er interessert i å kunne ta en rask og

uformell kontakt, uten å bruke for mye tid på det. Dette stiller dermed krav om en fleksibilitet fra DPS og poliklinikk sin side.

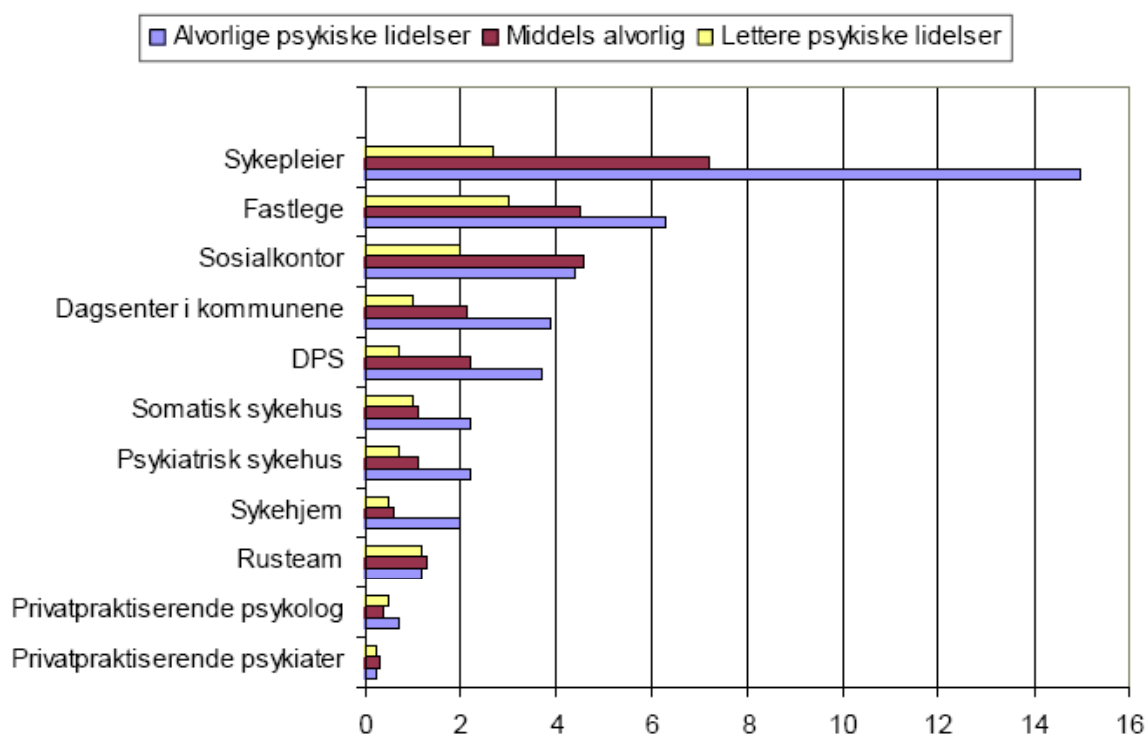
Mens fastlegene er kritiske til seine epikriser, påpeker spesialisthelsetjenesten stor variasjon når det gjelder kvaliteten på fastlegenes henvisninger. Halvparten av informantene i spesialisthelsetjenesten uttrykker seg ellers kritisk i forhold til fastlegenes prioritering av samarbeid. Denne kritiske gruppen består av høyskoleutdannede samt en psykolog. De øvrige, tre psykiatere og en psykologspesialist, uttrykker mye større forståelse for fastlegenes arbeidssituasjon. Fastlegene gir uttrykk for at de foretrekker å forholde seg til andre leger når de samarbeider, og er skeptiske til profesjonaliteten hos ikke-spesialistene.

Kvantitativ studie

Det er også gjort en kvantitativ analyse vedrørende kontakt mellom fastlege og DPS med utgangspunkt i 3 497 pasienter. I 2002 hadde 10 % av alle pasientene fått utarbeidet individuell plan, 22 % av de med alvorlige psykiske lidelser. Fastlegen var involvert i 14 % av planene for de med alvorlige psykiske lidelser, og i mindre grad i de øvrige gruppene. Lege ved DPS var noe mer involvert enn fastlegen – omlag 20 % for den tyngste gruppen. Det er annet fagpersonell ved DPS sammen med pleie- og omsorgsetaten i kommunen som i størst grad er involvert. I 2005 hadde for øvrig 20 % av alle pasientene fått utarbeidet individuell plan, 46 % av de med alvorlige psykiske lidelser.

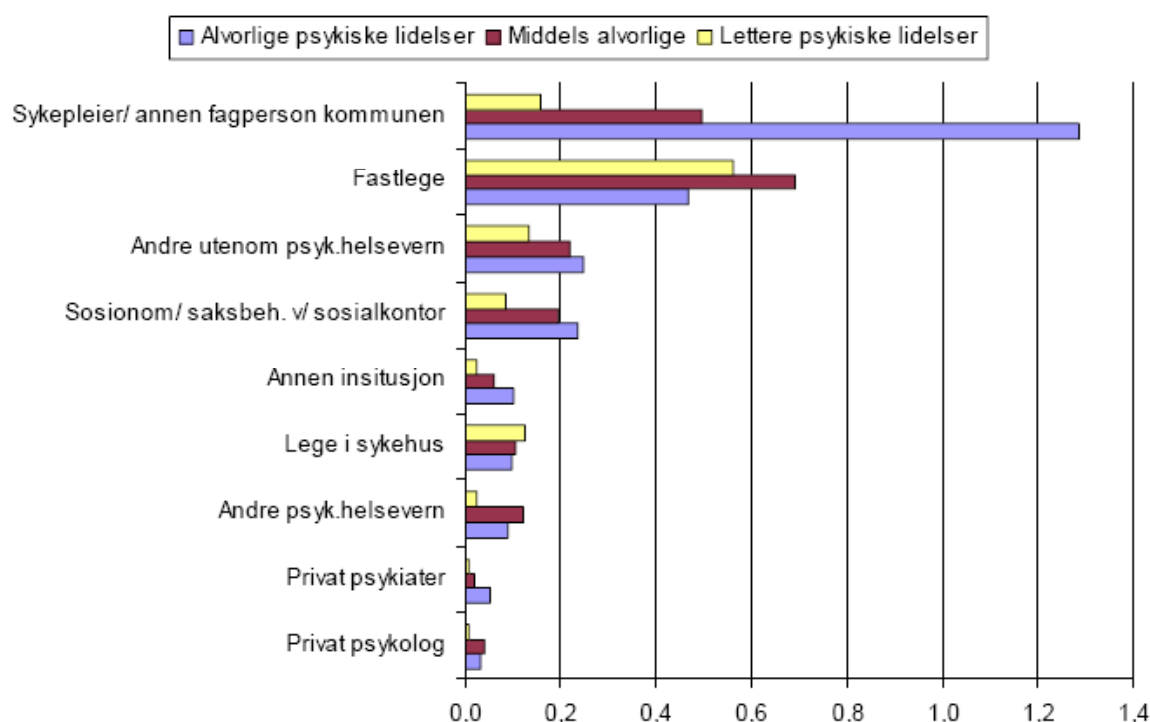
DPS oppgir at fastlegen koordinerer det samlede tilbudet for bare 5 % – 7 % av pasientene. Tolkningen av dette er imidlertid noe usikker da det er en høy andel ubesvarte på dette spørsmålet og nesten 40 % oppgir at det ikke er behov for noen koordinator.

Behandlerne i DPS har kontakt med kommunehelsetjenesten i forbindelse med henvisning og utskriving, samarbeidsmøter, arbeid med individuelle planer og i ansvarsgrupper. Det kan også dreie seg om veiledning overfor kommunehelsetjenesten. Behandlerne tok oftest kontakt angående pasienter med alvorlige lidelser, og det var sykepleier i kommunen som oftest ble kontaktet. I løpet av to måneder ble sykepleier kontaktet vedrørende 15 % av de tyngste pasientene, fastlegene vedrørende 6 % (figur 11.3.1).



Figur 11.3.1. Behandlernes kontakt med annet helsepersonell og institusjoner i løpet av to måneder i 2002 (%)

Pasienten har i noen tilfeller også hatt samtaler med helsepersonell utenom DPS gjennom registreringsperioden (to måneder). Gruppen med alvorlig psykisk lidelse har i gjennomsnitt hatt 1,3 samtaler med sykepleier og 0,5 samtaler med fastlege. De øvrige pasientgruppene har i større grad hatt samtale med fastlegen enn med sykepleier (figur 11.3.2).



Figur 11.3.2. Pasientenes samtaler med fastlege og øvrig helsepersonell. Antall ganger over en periode på to måneder i 2002.

Prosjektnr: 158402/V50	Prosjektleder: Helle Wessel Andersson	Prosjekt: Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer?
----------------------------------	---	---

Dette er en kvalitativ intervjustudie med 12 helsesøstre, 11 fastleger og 15 fagpersoner fra barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). Dessuten er det gjort en spørreskjemaundersøkelse blant brukere (medlemmer av ADHD-foreningen og foresatte til barn/ungdom som er pasienter i BUP). Prosjektet fokuserer på tilgjengelighet og kontinuitet, samt hvordan fastlegen samarbeider med andre.⁴

Samarbeid med helsesøster

I noen kommuner har man jobbet bevisst med å styrke kontakten mellom fastleger, helsesøstre og andre aktører i helsetjenesten. På disse stedene er det lagt opp til at instansene skal samarbeide, og det er utviklet rutiner for å koble inn fastlegen dersom et barn eller en ungdom skal henvises til BUP. Helsesøstre opplevde det som enklere å kontakte fastlegen dersom det var lagt opp til slikt samarbeid.

Dette står i kontrast til andre kommuner der det ikke var utviklet rutiner for informasjonsutveksling eller samarbeid mellom helsesøster og fastlegen. Spesielt i kommuner med ustabil legedekning eller i store kommuner hvor helsepersonellet ikke kjenner hverandre, melder helsesøstre om lite samarbeid med fastlegen.

Jevnt over samarbeider helsesøstrene sjelden med fastlegene om denne målgruppen, og de ga uttrykk for at de ønsket mer samarbeid. De opplever ofte at fastlegen er vanskelig tilgjengelig, og noen ønsket heller å bruke skolelegen enn fastlegen.

Legene bekreftet at de har lite strukturert og rutinemessig samarbeid med helsesøstrene. Det var ingen som hadde faste samarbeidsmøter eller faste samarbeidsrutiner om denne målgruppen med andre kommunale instanser. Samarbeidet er lagt opp fra sak til sak, og flere av fastlegene syntes at dette er tilfredsstillende. På grunn av tidspress og ventelister er det de færreste av fastlegene som har anledning til å ta initiativ til å holde generelle samarbeidsmøter.

De fleste av fastlegene som ble intervjuet hadde erfaring fra å samarbeide med helsesøster. Noen hadde hatt et slikt samarbeid omkring en pasient for flere år tilbake i tid og karakteriserte samarbeidet som svært sjeldent, men nyttig. Noen få leger hadde et mer aktivt og regelmessig samarbeid med helsesøster omkring barn og unge i målgruppen. De fastlegene som hadde hyppig samarbeid med helsesøster var svært positive til dette og hadde lagt til rette for at helsesøstrene kunne ta kontakt. En lege kommenterte også at det er flott å jobbe med helsesøster fordi de er lette å komme i kontakt med og de har en ufarlig måte å komme i kontakt med eleven på.

Fastlegene opplever at enkelte barn og unge med psykiske problemer kan være tidkrevende og en vanskelig gruppe i forhold til de rammer fastlegeordningen gir:

"Det å ikke bruke nok tid kan være et problem sett i forhold til formatet av de problemene barn og unge med psykiske problemer utgjør, og som er dårlig tilpasset den typen konsultasjoner som det er lagt opp til hos fastlegen"

Flere av legene som ble intervjuet fortalte at de i spesielle saker kunne delta i ansvarsgruppemøter med andre instanser. Selv om de fleste legene mente at slike møter er nyttige, er det problematisk for mange å få tid. Fastlegen trenger å få tilrettelagt samarbeidsmøter kanskje så lang tid som 3 - 4 uker i forkant av det aktuelle møtet. Noen påpekte at selve formen på ansvarsgruppemøter kan være for tidkrevende og at det blir for mye snakk:

"Ja, vi føler nok at det går med mer tid enn det som er nødvendig. Og det har med ulike arbeidsformer å gjøre. Som fastleger er vi nokså gjerrige på tid, og med utflytende møter blir jeg fort litt utålmodig ... Men jeg tror det er kjempeviktig at legen er med og ivaretar de medisinske aspektene så alt ikke blir pedagogikk og atferd"

Helsesøstrene påpekte at det ofte tar lang tid å kartlegge hva et barns problem består av. De opplever at mange elever som kommer til dem ønsker å teste ut tillit først, om det går an å snakke med helsesøster, om hun er til å stole på. Det å komme flere ganger hos en fastlege er kanskje mer problematisk siden eleven må forlate skolen for å gå til legekantoret, det koster penger å bruke fastlegen, og legen har korte konsultasjonstimer med mindre noe annet er avtalt på forhånd. Det kan også være et problem med ventetid hos fastlegen, og mange er ikke så flinke til å forholde seg til faste tidspunkt.

Noen barn og unge med psykiske problemer kan være engstelige for å oppsøke fastlegen fordi de er redde for at foreldrene skal få vite om deres vansker. Derfor foretrekker mange å gå til helsesøster eller skolehelsetjenesten, og det kan være vanskelig for helsesøster å motivere barn og unge til videre henvisning:

"Jeg opplever at når noen først har kommet inn vil de ofte ikke videre. "Kan jeg ikke bare komme til deg da?" sier de. Noen er redde for å gå til leger, også er jeg der i skoletiden og det er lettere å komme til meg"

Det er ofte et problem at mange ungdommer ikke vet hvem fastlegen er. I noen kommuner, spesielt små og oversiktlige kommuner, opplever helsesøstrene det som uproblematisk å ringe til det lokale legekantoret for å få rede på hvem som er fastlege for barnet. I større byer og tettsteder er dette vanskeligere, og helsesøstrene får ikke ut disse opplysningene fra fastlegekantoret. Dersom ungdommen selv ikke kan finne det ut, må de kontakte foreldrene. I tilfeller der ungdom ikke ønsker at foreldrene skal bli involvert, er dette vanskelig. For å løse problemet har mange skoler forsøkt å skaffe seg en oversikt over elevenes fastleger.

Selv om det er forskjeller mellom kommunene i forhold til om fastlegen blir trukket inn og informert om barn og unge i målgruppen, så uttrykker flere av helsesøstrene at de heller oppsøker skolelegen dersom det handler om psykiske problemer:

"Jeg bruker skolelegen når jeg må henvise til BUP, jeg bruker ikke fastlegen. Elevene vet vanligvis ikke hvem fastlegen er heller. Hvis mor vet det, så hender det at de skal bytte, eller så er det ikke god kontakt med fastlegen ... jeg synes det er klønete å finne frem til en fastlege. Det burde ha vært et telefonnummer vi som jobber i helsevesenet kunne få ringe for å nå frem til fastlegene, den vanlige kontortelefonen er håpløs. Dersom skolelegen eller helsestasjonslegen er fastlege for noen av elevene er det jo greit, så det går litt på person. Det går på hvordan fastlegen kjenner deg og du ham"

Flere av legene som ble intervjuet følte at de ble kontaktet sent i prosessen. Noen leger opplever bare å bli kontaktet av helsesøster med forespørsel om en underskrift på henvisning til BUP. Dette gjelder spesielt der det er noe ustabilitet i legedekningen eller på større steder der helsesøster og fastleger ikke kjenner hverandre fra før. Legene påpekte også at en del av deres pasienter går forbi dem og at skolehelsetjenesten henviser direkte til BUP uten at de blir informert. Noen visste ikke at deres pasienter hadde vært til behandling hos BUP før de mottok epikrisen. Flere leger mente imidlertid at det hadde vært en viss bedring av informasjonsrutinene etter Fastlegereformen.

En lege påpekte at helsestasjonslege og skolelege skal drive forebyggende, og ikke behandlende:

"I rollen som skolelege tilbyr jeg meg å være et mellomledd mellom skolehelsetjenesten og legen dersom man føler det er vanskelig å komme i kontakt med legen sin"

En lege som er skolelege ved siden av å være fastlege påpekte at han kunne henvise pasienter han ikke er fastlege for til BUP, men at han alltid hadde rutine på å kopiere henvisningen til barnets fastlege. Problemet med dette beskrev han likevel som:

"Dersom vi som skoleleger driver og henviser så får ikke fastlegen det samme eierforholdet til problemstillingen og da risikerer du at det blir mer perifert. Det ansvaret som ellers er veldig tydelig blir litt mer diffust. Det å henvise en pasient har også litt med det å ta ansvar å gjøre og jeg ønsker primært at primærlegen skal stå for selve henvisningen. Men i skolesammenheng så gjør vi et godt grunnarbeid"

Flere av helsesøstrene som ble intervjuet hadde opplevd at fastlegen hadde mye informasjon om familier som var i krise eller hjem der foreldrene hadde psykiske problemer. Slik informasjon kunne vært viktig å dele med helsesøster slik at hun kunne følge opp og være mer observant på skolen. I disse tilfellene har helsesøster undret seg om det kan være taushetsplikten som har hindret legen i å dele opplysninger:

"Dette at vi har null samarbeid med fastlegen kan kanskje skyldes deres taushetsplikt. Det tok lang tid før jeg fikk vite at foreldrene til et barn på helsestasjonen hadde svære psykiske problemer. Hadde jeg visst dette ville jeg ha møtt familien på en litt annen måte. Fastlegen visste om dette, men sa ingenting til meg. Hvis taushetsplikten blir et hinder for godt samarbeid er det noe galt"

Helsesøstrene har også erfaring med at barnevernet har kunnskap om barns vanskelige situasjon hjemme, men på grunn av taushetsplikt blir ikke helsesøster informert.

Samarbeid med psykisk helsevern

Ansatte i BUP hadde generelt lite samarbeid med fastlegene om barn og unge med psykiske problemer. I noen tilfeller hadde imidlertid ledelsen i BUP tatt initiativ til generelle møter med fastlegene for å bedre samarbeidsrelasjon og øke kontakten. Det mest vanlige samarbeidet handlet imidlertid om enkeltpasienter.

Selv om leger og psykologer i BUP meldte om lite kontakt med fastlegene, opplevde de at det hadde skjedd en generell bedring de siste par årene ved at fastlegene var blitt mer involvert.

I intervjuene bekreftet fastlegene at de har relativt lite samarbeid med BUP. Det er noe mer kontakt og kommunikasjon i enkelte kommuner der initiativ til samarbeid har blitt prioritert. I intervjuene kom det frem at barn og unge med psykiske problemer utgjør en liten pasientgruppe for fastlegene. De påpeker også at de gjør mye selv i forhold til målgruppen og at det ofte ikke er nødvendig å trekke inn kompetanse fra BUP:

"Jeg tror ikke de andre samarbeidspartnerne vet mye om meg som fastlege. Det meste gjør jeg selv, i hvert fall 2/3 av sakene i denne kategorien. Dette handler om samtaler, å trekke inn foresatte, og så kommer jo forespørsler via telefon fra foresatte til meg. Ofte er det problemer innad i familien eller i skolen man snakker om"

Fastlegene har litt forskjellig oppfatning om nytten og nødvendigheten av å ha en fast samarbeidsrelasjon til BUP. I intervjuene påpekte de at de samarbeider med BUP når de finner det nødvendig. Dette gjelder vanligvis vanskelige saker der pasienten har sammensatte problemer. Samarbeidet med BUP er derfor mest aktuelt rundt slike enkeltpasienter:

"Jeg mener helt klart at dette (samarbeidet) må knyttes ... til konkrete problemstillinger og pasienter og så lager man et opplegg rundt det. Det generelle det har vi allmennpraktikere blir bombardert med så mye at vi må være veldig tidsrasjonell for vi har 100 pasientgrupper og problemstillinger i helsevesenet, så vi kan ikke bruke tid til slik generell planlegging og generelle møter"

Det er ingen takster som dekker generelle møter der for eksempel samarbeidsformer diskuteres. Fastlegene hevder at dette forholdet gjør at de vanligvis ikke diskuterer samarbeid med andre instanser i møteform. Fastlegene får imidlertid betalt for møter der konkrete pasienter diskuteres.

Ansatte i BUP ønsket at fastlegene hadde bedre kompetanse til å vurdere barn og unges psykiske problemer. De påpekte også at fastlegeordningen som struktur ikke alltid er så godt tilpasset denne gruppen. De viser til korte konsultasjonstider og egenandeler, samt at mange unge vegrer seg for å oppsøke den samme legen som foreldrene har. En kan forvente at mange unge ikke vil kunne dekke utgifter til legebesøk alene, men må spørre om penger hjemme. Dette kan være vanskelig dersom de ikke ønsker at foreldrene skal vite at de har problemer.

Fastlegene hadde forskjellige synspunkter på hva som er deres rolle. Noen var opptatt av at deres rolle i stor grad handler om kartlegging og sortering, og å henvise til spesialisthelsetjenesten ved behov. Andre påpekte at de har relativt få pasienter i denne målgruppen, og at det derfor er vanskelig å holde seg oppdatert. De opplever at det i mange saker er lite de kan bidra med. Det ble også fremholdt at dersom fastleger skal jobbe med denne målgruppen forutsetter det interesse for fagfeltet:

"Om man skal jobbe mer eller mindre med dette som fastlege avhenger av den enkeltes interesse og evne! Jeg tror ikke en bør befatte deg med det hvis du ikke har interesse eller evne fordi det er relativt krevende og tungt stoff. Da kan det være like godt å sende det videre. Vi er forskjellige! "

Dersom pasienten blir tilbudt et langvarig behandlingsforhold på BUP, sier enkelte fastleger at de vanligvis får en perifer rolle i forhold til pasienten. Å ta rollen som koordinator i en slik situasjon, eller være den som har et overordnet ansvar, ble av flere beskrevet som vanskelig og unaturlig siden fastlegen sjelden er tungt inne når BUP driver med behandling. Ansatte i BUP bekreftet også at mange saker blir behandlet hos dem uten noen form for aktiv deltakelse eller involvering fra andre instanser. Det er i de omfattende sakene at BUP trenger fastlegen mest.

Samtlige informanter som ble intervjuet fra BUP beskrev en stor variasjon i kvaliteten på henvisningene de mottar:

"Henvisningene varierer fra 4 linjer til å være godt utfylte. Noen av de er så gode og jeg vet at hvis disse legene henvender seg til oss så vet jeg med stor sikkerhet at dette er barn eller ungdommer vi må ta inn, her er også samarbeidet godt. Fastlegens henvisninger skiller seg fra andres ved at de generelt er kortere og mangler egne vurderinger og sammenfatninger av hva som er forsøkt tidligere. De bærer preg av å være skrevet i full fart"

BUP opplever også at fastlegen ikke er den reelle personen som har henvist, men at det er andre som har diktert mens fastlegen har skrevet under.

Poliklinikkene har ulike prosedyrer i forhold til hva de gjør når de mottar mangelfulle henvisninger. Noen er svært strenge på at fastlegen skal stå for den gjeldende henvisningen og at barnet skal ha blitt undersøkt av fastlege før det henvises til BUP. I slike tilfeller har vanligvis ledelsen ved BUP utarbeidet et informasjonsskriv til fastlegene. Ved andre poliklinikker har man funnet det mest rasjonelt å samle inn den manglende informasjonen selv.

I intervjuene kom det frem at for noen år tilbake var det skoleleger eller helsestasjonsleger som var de vanligste instansene til å henvise til BUP. I dag mottar BUP fremdeles en del henvisninger fra disse instansene og fra barnevernet. Poliklinikker som har lagt opp til samarbeid med fastlegene har en strengere praksis på at fastleger skal ha beskjed og en rolle i oppfølgingen dersom deres pasienter blir henvist. Ved andre poliklinikker er det ikke så konkret praksis på dette. Noen informanter påpekte at fastlegene også har bedre mulighet til å følge opp saker over tid enn skolelegene, og at skolelegene derfor er en "underleverandør" til fastlegen:

"Jeg tenker mer og mer sånn at det er fastlegen som står på toppen og at de har med seg sine hjelpere og det kan være skole, foreldre, PPT, barnevern etc. Det som er spesielt for det vi jobber med er at det handler om langtidsforløp, og da er det bedre med fastlegen fordi skolelegene er mer ustabile. De har ikke samme mulighet til å følge opp".

Ved flere poliklinikker er det ventetid på opptil flere måneder. I ventetiden frem til oppstart av behandling blir pasientene fulgt opp på forskjellige måter. Hvem som tar ansvaret i ventetiden kan variere og avhenge av hvilke instanser som er involvert. De fleste som ble intervjuet i BUP påpekte at ansvaret ligger hos henvisende instans. Perioden etter utskrivning oppfattes også som vanskelig, spesielt dersom det har vært flere instanser inne i saken.

Fastlegene rapporterer at de har lite samarbeid og lite informasjonsutveksling med BUP under alle faser av pasientforløpet. De opplever det ikke som sin rolle å ta kontakt med pasienter for å følge opp i tiden etter avsluttet behandling. Deres tilnærming er bygget på forventninger om at det er pasienten som tar kontakt med legen og ikke omvendt. Ved noen poliklinikker er det praksis å utarbeide midlertidige epikriser, og dette har vært nyttig for fastlegene.

Fastlegene opplevde at samarbeidet med BUP av og til settes på prøve, hovedsakelig fordi mange poliklinikker har for liten kapasitet til å ta i mot pasienter. Enkelte fastleger som ble intervjuet har opplevd å ikke få aksept for henvisninger de har sendt til BUP. I slike tilfeller blir fastlegene sittende med pasienter som de opplever trenger hjelp utover det de kan tilby i sin praksis. Det ble også nevnt at hyppig utskiftning av personale på BUP bidrar til mangelfull kontinuitet.

Flere av fastlegene som ble intervjuet hadde ansvar for å skrive ut medisiner til pasienter som var eller hadde vært i behandling i BUP. Leger som har forskrivningsrett for sentralstimulerende midler har ansvar for behandlingen av pasienten, og skal vurdere berettigelsen av å fortsette forskrivning av preparatet til den enkelte pasient. Noen leger som ble intervjuet følte at de ikke hadde nok kompetanse til å skrive ut slike midler, og mente at veiledningsordningene fra BUP var utilstrekkelige.

Fastlegene som ble intervjuet hadde generelt liten eller ingen erfaring med å utarbeide individuelle planer. Noen leger mente at de absolutt burde ha en rolle i dette arbeidet, men de fleste påpekte at de ikke hadde anledning til å lede et omfattende planarbeid som involverer mange instanser.

Brukernes erfaringer og tilfredshet med fastlegen

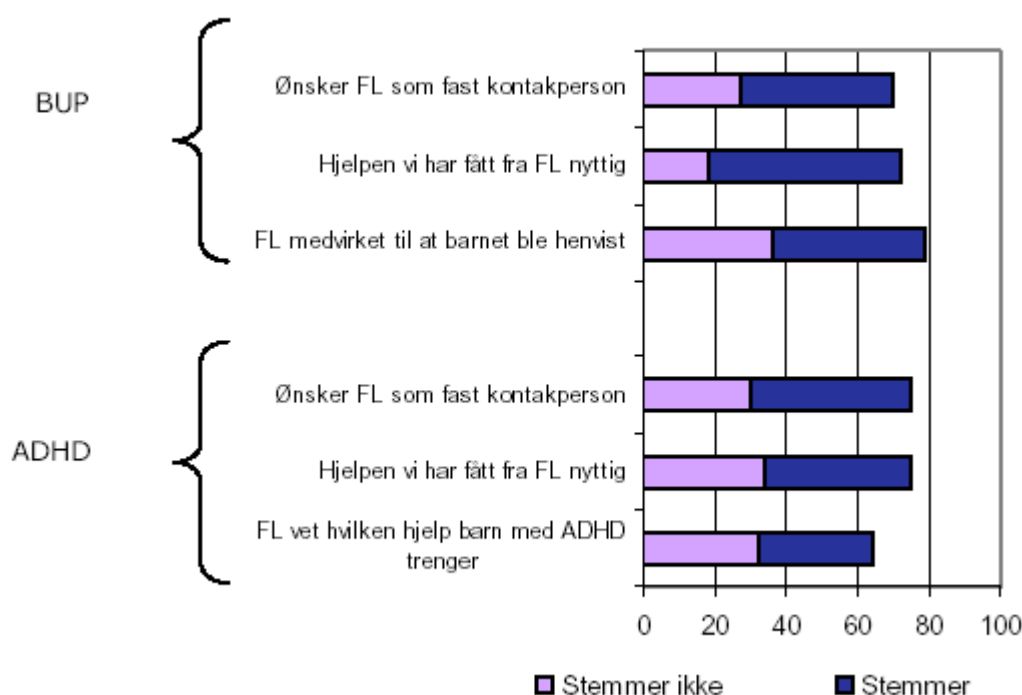
I spørreskjemaundersøkelsen inngår to utvalg: foresatte til barn som er pasienter i BUP og foresatte til barn med diagnosen ADHD (medlemmer i ADHD-foreningen). ADHD-utvalget består av 980 respondenter (svarprosent 49) og BUP-utvalget består av 293 (svarprosent 37). Spørreskjemaet inneholdt påstander om fastlegenes tjenestetilbud, med 5-6 svaralternativer for hvert spørsmål. Det er i all hovedsak mor som har besvart spørreskjemaet. 80 % av ADHD-utvalget er gutter, 60 % av BUP-utvalget.

Det er ikke nødvendigvis slik at alle barn med psykiske problemer har konsultert fastlegen for denne problematikken. Tabell 11.3.5 presenterer svarfordelingen på spørsmålet om foresatte/barnet har hatt kontakt med fastlegen på grunn av barnets psykiske problemer.

Tabell 11.3.5. Om kontakt med fastlegen i forhold til barnets problem.

Har hatt kontakt med fastlegen i forhold til barnets problem	ADHD-utvalg		BUP-utvalg	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja, i stor grad	210	21	64	22
Ja, noe	448	46	121	41
Nei, overhodet ikke	302	31	103	35
Ubesvart	20	2	5	2
Totalt	980	100	293	100

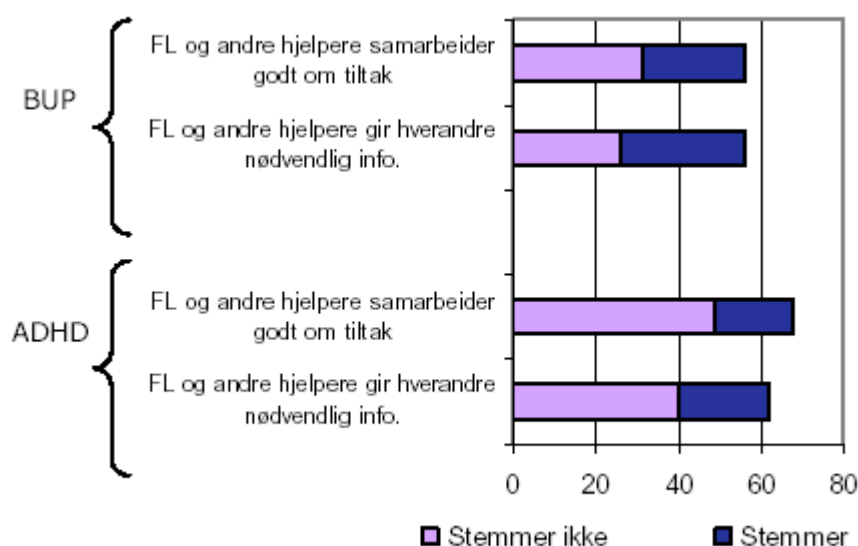
I alt 32 % av de foresatte opplever at fastlegen vet hvilken hjelp barn med ADHD trenger. Andelen som har erfart at fastlegen ikke har kjennskap til barnets hjelpebehov er imidlertid like stor. I BUP-utvalget svarte 43 % at det stemmer helt eller i stor grad at fastlegen har medvirket til at barnet ble henvist til BUP. For nær 30 % av barna har ikke fastlegen medvirket i denne prosessen. I begge utvalgene er det en forholdsvis stor andel som vurderer den hjelpen de har fått fra fastlegen som nyttig (41 % i ADHD-utvalget og 54 % i BUP-utvalget). Det er likevel 34 % i ADHD-utvalget og 18 % i BUP-utvalget som mener at hjelpen de har fått har vært mindre nyttig. Noe under halvparten av de foresatte i begge utvalgene ønsker at fastlegen blir kontaktperson i forhold til barnets psykiske problemer.



Figur 11.3.3. Ytterpunkter i svarfordeling på påstander relatert til fastlegens kunnskap og kompetanse. Mørk farge er indikasjon på høy tilfredshet

Det er utarbeidet en tilfredshetsindikator ved å summere svar på de påstandene i spørreskjemaet som var relatert til fastlegens kunnskap og kompetanse. Denne viste at BUP-gruppen var mer tilfreds enn ADHD-gruppen. I ADHD-utvalget var foresatte med høy utdanning mindre tilfreds enn de som hadde mindre utdanning. Ellers var ikke tilfredsheten assosiert med demografiske variabler som barnets kjønn, alder eller fastlegens kjønn.

22 % av ADHD-utvalget og 30 % av BUP-utvalget opplever at fastlegen og andre hjelpere gir hverandre nødvendig informasjon, mens henholdsvis 40 % og 26 % er mindre tilfredse med dette. Når det gjelder samarbeid om tiltak er 49 % av ADHD-gruppen og 31 % av BUP-gruppen mindre tilfredse.



Figur 11.3.4. Ytterpunkter i svarfordeling på påstander relatert til fastlegens samarbeid med andre instanser. Mørk farge er indikasjon på høy tilfredshet

Det er også utarbeidet en tilfredshetsindikator ved å summere svar på de påstandene i spørreskjemaet som var relatert til fastlegens samarbeid med andre instanser. Også her viste det seg at BUP-gruppen var mer tilfreds enn ADHD-gruppen. Både i ADHD-utvalget og BUP-utvalget var foresatte med høy utdanning mindre tilfreds enn de som hadde mindre utdanning. Ellers var ikke tilfredsheten assosiert med demografiske variabler som barnets kjønn, alder eller fastlegens kjønn.

Det var i alt 302 i ADHD-gruppen og 103 i BUP-gruppen som ikke hadde hatt kontakt med fastlegen i forhold til barnets psykiske problem. Det var henholdsvis 4 % og 7 % som oppga at barnet ikke hadde en egen fastlege.

Tabell 11.3.6. Familier som ikke har hatt kontakt med fastlegen. Oversikt over hvilke andre instanser som har vært involvert.

	Instanser som familien har hatt kontakt med i forhold til barnets ADHD problematikk		Instanser som har bidratt til at barnet/familien har fått kontakt med BUP	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Barnehage	113	37	13	13
Skole	277	92	35	34
Helsesøster	136	45	44	43
Annen lege	199	67	28	27
PP-tjeneste	277	92	50	50
Barnevern	61	20	19	18
Sosialtjeneste	57	19	3	3
BUP	250	83		
Andre	85	28	10	10
Antall observasjoner	302		103	

Blant dem som *ikke* hadde hatt kontakt med fastlegen var det nesten 80 % som var litt eller helt enig i at det burde være lettere å kontakte fastlegen med bekymringer om barns psykiske helse. Det var også godt over 80 % som uttrykte et ønske om at fastlegen skulle delta i samarbeid rundt barnet. Om lag 80 % svarte at det er lettere å kontakte en annen hjelper enn fastlegen i forhold til denne type bekymringer. Det var likevel 80 % som forventet at kommunikasjonen og samtalen med fastlegen ville gå greit.

11.3.1. Oppsummering

I en analyse av fire grupper med kronisk somatisk sykdom eller lettere psykiske plager fant **Paulsen og Finnvold** (SSBs levekårsundersøkelse) at pasienter med hjerte- og karsykdommer får flere forebyggende kontakter enn de andre gruppene.¹ Forskjellene har dessuten økt etter fastlegeordningen. Det var små endringer i henvisningsmønsteret for de ulike gruppene med kronisk sykdom, men en økende andel uten kronisk sykdom er blitt henvist etter fastlegeordningen.

Svarpersoner uten kronisk sykdom har fått færre forebyggende kontakter etter innføringen av fastlegeordningen, men flere henvisninger. Det er rimelig å anta at reformen har hatt betydning for begge disse resultatene: Legene prioriterer ned dem som har færre helsemessige problemer gjennom færre innkallinger til forebyggende kontakter, og henviser oftere dem som er nye på listen.

I en kvalitativ undersøkelse intervjuet **Dahle** pasienter som trenger å gå ofte til lege.² Dette var pasienter med fibromyalgi, astma og allergi, hjerte- og lungesyke. Pasientene var alle bosatt i Oslo-området, og mange av dem var dessuten rekruttert via pasientorganisasjoner. Dette betyr trolig at de har tradisjon for bruk av spesialister i utstrakt grad, både som pasienter og i faglige sammenhenger.

Disse pasientene brukte i stor grad andre leger enn fastlegen. De opprettholdt gamle og opprettet stadig nye relasjoner til andre leger. Dette kunne være bruk av private legetjenester, spesialisttjenester (uten henvisning) og andre allmennleger. De kunne også gå til sin spesialist med spørsmål som egentlig falt inn under fastlegens arbeidsområde. Noen hadde imidlertid erfart at spesialistene i slike tilfeller kunne ha problemer med å se ut over sin egen spesialitet. Å bruke andre leger enn fastlegen uten dennes vitende kunne senere medføre visse problemer fordi fastlegen da ville mangle deler av sykehistorien. Ingen av informantene hadde benyttet seg av muligheten til ny vurdering hos annen allmennlege enn fastlegen.

I fokusintervjuene ble også forholdet mellom fastlege og legevakt diskutert. Fastlegeordningen kan gjøre det lettere for legevakten å henvise pasienter til fastlegen fremfor å håndtere dem selv. Hovedinntrykket var at dette ikke var en viktig sak, men at de hadde høyst ulike erfaringer med å oppsøke legevakten for tilstander de selv opplevde som alvorlige. De misfornøyde mente imidlertid at dette ikke primært skyldtes selve fastlegeordningen.

I en kvalitativ studie med fokus på pasienter med alvorlige psykiske lidelser fant **Ådnanes** at fastlegene var mer kritiske til samarbeidet med spesialisthelsetjenesten enn med kommunehelsetjenesten.³ Det som i størst grad preger samarbeidsrelasjonen med spesialisthelsetjenesten er dårlig tilgjengelighet.

Fastlegene ga uttrykk for at de forsøkte å praktisere fleksible løsninger overfor pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Andre kommunale helsearbeidere rapporterte imidlertid om stor variasjon, og noen uttrykte misnøye med fastlegenes fleksibilitet i forhold til å agere overfor kriser. Dette kunne resultere i mange akutte henvendelser på legevakten. Det var også eksempler på at pasientene brukte legevakten fordi de var misfornøyde med relasjonen til fastlegen.

Fastlegene var positive til samarbeidet med øvrig kommunehelsetjeneste. Det er ofte psykiatrisk sykepleier eller hjemmesykepleier som representerer kontinuiteten for pasienten, i den forstand at det ofte er de som har mest kontakt med pasienten, og dermed fanger opp endringer i pasientens tilstand. De fleste fastleger uttrykker stor tiltro til tjenesten og roser det arbeidet de gjør.

Det er bare et fåtall av fastlegene som har vært med på å utarbeide individuelle planer vedrørende sine pasienter. Ansvarsgrupper er en eldre og mer innarbeidet samarbeidsform, men det varierer hvor mye fastlegene deltar i denne type formalisert samarbeid. De fleste fastlegene har en relativt restriktiv

holdning til hvor mye de skal involvere seg. Det er først og fremst tidsbruken, ikke økonomien, som gjør at mange fastleger er restriktive med deltakelse i ansvarsgrupper.

Det varierer hvor nøye spesialisthelsetjenesten er med å sende ut epikrise i tide og flere fastleger er også kritiske til at de ikke blir informert underveis. Det er ikke sjelden at pasientene kommer til dem for fysiske plager som de måtte ha mens de er under behandling i spesialisthelsetjenesten, og det er problematisk når fastlegene ikke har mottatt informasjon vedrørende medikamentforandringer. Mens fastlegene er kritiske til sene epikriser, påpeker spesialisthelsetjenesten stor variasjon når det gjelder kvaliteten på fastlegenes henvisninger.

Fastlegene gir uttrykk for at de foretrekker å forholde seg til andre leger når de samarbeider, og er skeptiske til profesjonaliteten hos ikke-spesialistene. På den annen side er de høyskoleutdannede profesjonene (sykepleiere, sosionomer) mest kritiske til fastlegenes prioritering av samarbeid, mens psykiaterne uttrykker en større forståelse for fastlegenes arbeidssituasjon. Det kan derfor synes som om profesjonssosiologiske mekanismer bidrar til å skape en høyere terskel for samarbeid.

Samarbeidsrelasjoner mellom fastleger og spesialisthelsetjeneste synes å fungere bedre der hvor man kjenner hverandre, har faste møter, men samtidig også en lav terskel for kontakt for øvrig når fastlegen opplever behov for det. Fastlegen er interessert i å kunne ta en rask og uformell kontakt, uten å bruke for mye tid.

De fleste pasientene beskrev fastlegen som oppmerksom overfor deres behov for spesialisthelsetjenester. Få av pasientene hadde hørt om Individuell plan og ingen hadde sin egen. Mange hadde små forventninger til at de ulike helsetjenestene skulle samarbeide, utover at fastlegen skal ta seg av henvisning på en god og effektiv måte når det er aktuelt.

Noen av informantene hadde en oppfatning av en bestemt rolle- og oppgavefordeling mellom de ulike fagaktørene, slik at fastlegen skulle ta seg av somatiske plager og psykiater eller psykolog skulle ta seg av psykiske plager. En av informantene mente denne todelingen var en god ordning fordi fastlegen dermed ikke tolket alt som et tegn på psykisk lidelse.

Ådnanes har også gjort en kvantitativ analyse vedrørende kontakt mellom fastlege og distriktpsykiatriske sentre (DPS). I 2002 hadde 10 % av alle pasientene fått utarbeidet individuell plan, 22 % av de med alvorlige psykiske lidelser. Fastlegen var involvert i 14 % av planene for de med alvorlige psykiske lidelser, og i mindre grad i de øvrige gruppene.

Når behandlerne i DPS tok kontakt med kommunehelsetjenesten, skjedde dette oftest på vegne av pasientene med de mest alvorlige lidelsene, og det var sykepleier i kommunen som oftest ble kontaktet. I løpet av to måneder ble sykepleier kontaktet vedrørende 15 % av de tyngste pasientene, fastlegene vedrørende 6 %.

Pasientene hadde også i noen tilfeller hatt samtaler med helsepersonell utenom DPS gjennom registreringsperioden. I løpet av to måneder hadde gruppen med alvorlig psykisk lidelse hatt i gjennomsnitt 1,3 samtaler med sykepleier og 0,5 samtaler med fastlege. De øvrige pasientgruppene hadde oftere hatt samtale med fastlegen enn med sykepleier.

I en kvalitativ studie om barn og unge med psykiske problemer fant **Andersson** at helsearbeidere mener fastlegeordningen har bidratt til å tydeliggjøre ansvar.⁴ Det er lite faste rutiner og strukturert samarbeid mellom fastlegen og andre sentrale instanser.

Helsesøstre og fastleger har lite samarbeid og kommunikasjon om barn og unge med psykiske problemer. Helsesøstrene opplyser at det noen ganger er vanskelig å få oversikt over hvem som er barnets fastlege, særlig i større byer. Kontakt og samarbeid mellom fastlege og helsesøster er hyppigst initiert av helsesøster. Både fastleger og helsesøstre bekrefter at helsesøstre har lettere for å koble inn annen lege enn fastlegen dersom det er behov for medisinske vurderinger og henvisning til barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). Helsesøstre opplever at skole- eller helsestasjonslege er mer tilgjengelig, og har bedre kompetanse og tid i forhold til målgruppen.

Fastlegene opplever at de ofte kommer sent inn i prosessen, og at dette er uheldig for deres hjelp til pasienten. Det er spesielt i en kartleggingsfase at fastlegen har behov for et samarbeid med helsesøster, fordi hun kjenner barnet på flere arenaer.

Barn og unge med psykiske vansker presenterer ofte sammensatte eller diffuse problemer, som kan være en utfordring for fastlegen. Fastlegene har relativt korte konsultasjonstider, og ofte ikke anledning til å samordne informasjon. De har også begrenset mulighet til å sette av tid for å henvende seg til andre instanser som kjenner barnets helseproblem. Dette er barrierer for samarbeid mellom helsesøster og fastlege.

Ved noen poliklinikker har man jobbet bevisst med å involvere fastleger, både i forhold til utredning, henvisning og oppfølging. Slike initiativ har medført at BUP og fastlegene har utviklet flere gode samarbeidsrutiner, og at de lettere kontakter hverandre ved behov for å drøfte saker.

Fastleger mener at betalingsordninger, at det ikke gis honorar for å møtes for å diskutere samarbeid, er en hemmende faktor i forhold til å etablere samarbeidsrutiner og avtaler. Fastlegene trekker også frem at kapasitetsproblemer i BUP er en utfordring for samarbeidet om pasienter.

Ansatte i BUP opplever at fastlegens rolle overfor målgruppen er uklar, og har inntrykk av at fastlegen ofte ikke har tid til å ha et overordnet ansvar. Andre instanser, slik som skolehelsetjenesten, har bedre mulighet til dette. Fastlegene har forskjellige synspunkter på hva som er deres rolle i forhold til arbeid med barn og unge med psykiske problemer. Noen er opptatt av at deres rolle i stor grad handler om kartlegging og sortering, og å henvise til spesialisthelsetjenesten ved behov. Andre opplever selv å være lite involvert i saker som angår barns psykiske helse, og mener derfor det er unaturlig å skulle ha en overordnet koordinerende funksjon for denne gruppen.

BUP-ansatte påpeker også at fastlegeordningen som struktur ikke alltid er så godt tilpasset barn og unge med psykiske problemer. De viser til korte konsultasjonstider og egenandeler, samt at mange unge vegrer seg for å oppsøke den samme legen som foreldrene har.

Flere av informantene i undersøkelsen mener at fastleger har liten interesse for, og mangelfull kompetanse om psykisk helse hos barn og unge. De mener at fastlegen særlig bør få bedre kompetanse på å skille alvorlige fra lettere lidelser. Fastlegene ser at det i mange saker er begrenset hva de kan bidra med. De påpeker at det kreves en spesiell interesse for fagfeltet og uttrykker et behov for mer veiledning fra spesialisthelsetjenesten, spesielt i forbindelse med medikasjon.

Andersson gjennomførte også en spørreskjemaundersøkelse med to utvalg; foresatte til barn som er pasienter i BUP og foresatte til barn med diagnosen ADHD. Generaliserbarheten av resultatene er noe usikker på grunn av lav svarprosent. Det er også viktig å være oppmerksom på at utvalgene er selekterte og ikke representative for hele pasientgruppen barn og unge med psykiske problemer.

Gjennomgående er foresatte i ADHD-utvalget mindre tilfredse med fastlegetilbudet enn foresatte til barn som er pasienter i BUP. Dette kan ha sammenheng med at medlemmer i ADHD-foreningen representerer en relativt ressurssterk, aktiv og pågående foreldregruppe, som vet å stille krav til hjelpeapparatet.

Den dimensjonen ved tjenestetilbudet som kommer dårligst ut i brukerundersøkelsen er fastlegens samarbeid med andre instanser. Andel tilfredse varierer mellom 19 og 30 %. Foresatte med høy utdanning er mindre tilfredse enn foresatte med lavere utdanning.

Skole, helsesøstertjenesten og PP-tjenesten er de kommunale instanser som flest oppgir å ha hatt kontakt med i forhold til barnets psykiske problem. Resultatene viser for øvrig at de fleste foresatte ønsker at fastlegen får en mer sentral rolle i tiltak for barn og unge med psykiske problemer, men samtidig er de skeptiske til fastlegens interesse og kompetanse i forhold til psykisk helse.

Denne studien indikerer at ca. 10 % av ADHD-utvalget og ca. 25 % av BUP-utvalget ikke har hatt kontakt med lege i primærhelsetjenesten i forhold til den aktuelle problematikken. Dette underbygger en rapport fra **Helsetilsynet**, som viste at barn henvises til psykisk helsevern uten å ha blitt medisinsk undersøkt av lege.⁵ Helsetilsynet påpeker at en faglig forsvarlig helsetjeneste skal ha rutiner som sikrer

at alle barn med symptomer på psykiske problemer undersøkes av lege før de henvises til spesialisthelsetjenesten.

Andre studier har også vist at fastlegene i liten grad er involvert i tverrfaglig samarbeid i kommunen om barn og unge med psykiske problemer. I prosjektet Samarbeid i Utvikling fant **Heian** og medarbeidere at kommunale instanser karakteriserte samarbeidet med fastlegen som relativt dårlig, mens fastlegene på sin side mente samarbeidet fungerte rimelig bra.⁶ Dette kan tyde på at det er ulike forventninger til hvilken rolle fastlegen skal ha.

Resultater fra **Helsetilsynets** landsomfattende tilsyn med helsetjenester for barn og unge indikerer også at fastlegen i liten grad er tilgjengelig og involvert i tverrfaglig samarbeid om tiltak overfor barn og unge med psykiske problemer.⁵ Undersøkelsen viste at helsestasjoner og skolehelsetjenesten manglet rutiner for å involvere fastlegen i arbeid med denne gruppen barn og unge, og også at BUP bare i liten grad samarbeidet med fastlegene. I tilsynsrapporten fremheves manglende tilgjengelighet til fastlegen for samarbeidspartnerne som en hovedårsak til fastlegens fravær i det tverrfaglige samarbeidet. Resultatene tyder i tillegg på at fastlegen sjelden tar initiativ til å involvere eller informere andre kommunale instanser om tiltak som iverksettes overfor barn i denne målgruppen.

En undersøkelse utført ved Senter for helsefremmende arbeid i nærmiljøet (**Henær**) har sett nærmere på hvordan fastlegeordningen fungerer overfor innbyggere med psykiske lidelser.⁷ Undersøkelsen hadde en kvalitativ tilnærming gjennom gruppeintervju gjennomført på en konferanse i regi av fylkesmannen i Vestfold. 37 deltakere presiserte hver for seg og sammen hva de mente er kriterier for en god fastlegeordning og hvordan de mente ordningen fungerte i egen kommune på konferansetidspunktet.

Både ledere, koordinatore, leger og andre faggrupper som deltok mente at en forutsetning for en god fastlegeordning for mennesker med psykiske lidelser er at fastlegens arbeid er knyttet opp mot den øvrige behandlingsskjeden. Tilrettelegging for tverrfaglig samarbeid ble understreket. Også brukerrepresentantene var opptatt av betydningen av en helhetlig behandlingsskjede, og av å ha en kontaktperson i behandlingssystemet. Gjennomgående fremkom det som betydningsfullt at fastlegen deltar i arbeidet med individuelle planer og koordinering av behandling gjennom ansvarsgrupper. Mulige tiltak er bevisstgjøring av fastlegene og utarbeiding av strategier for hvordan fastlegen kan bli en aktiv del av behandlingsskjeden. Dette vil samtidig gjøre fastlegen godt kjent med det arbeid som foregår lokalt/det lokale tilbudet.

Referanser

1. Finnvoll JE, Svalund J. Kronikere og personer med symptomer på lettere psykiske plager: bruk og vurdering av allmennlegetjenesten før og etter fastlegeordningen. Pasientenes opplevelse av variasjoner i kapasitet og andre legekarakteristika under fastlegeordningen. Rapport 2005.
2. Dahle R, Skilbrei M. Fastlegeordningen og pasienter med store legebehov. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA Rapport 3/2003.
3. Ådnanes M, Hatling T, Grut L. Fastlegens tilbud og samarbeid vedrørende personer med en alvorlig psykisk lidelse. Trondheim, SINTEF Helse 2005.
4. Andersson HW, Tingvoll L. Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer? Evaluering av fastlegeordningen med vekt på samarbeid, tilgjengelighet og kontinuitet i tjenestetilbudet. Trondheim, SINTEF Helse 2005.
5. Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsetjenester for barn og unge med psykiske problemer i 2002. Rapport fra Helsetilsynet 4/2003. www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks____5469.aspx.
6. Heian F. Tverretattlig samarbeid i kommunene. I: Rapport fra prosjektet Samarbeid i Utvikling. Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling Molde sjukehus, 2004.
7. Arntzen A, Rønningen GE. Fastlegeordningen og psykiatrien. Rapport fra dialogkonferanse. Høgskolen i Vestfold. HENÆR-rapport nr 1/2003.

12. Samlet oppsummering

I dette kapittelet samles de viktigste resultatene, fordelt på de ulike evalueringsområdene. Når en skal lage en syntese av så mange forskjellige studier som har benyttet vidt forskjellige metodologiske tilnærminger, vil sluttproduktet nødvendigvis bli noe subjektivt. Teksten bygger i sin helhet på de foregående kapitlene, og de som savner detaljer (og litteraturhenvisninger), vil kunne gjenfinne disse under tilsvarende overskrifter der.

12.1. Legedekning

På 1990-tallet ble det opprettet svært få nye stillinger for allmennleger, og dessuten var det store vansker med å få besatt de stillingene som fantes. Rekrutteringssvikten var særlig problematisk i utkantene. Ved utgangen av 1998 var det 219 ubesatte legeårverk i kommunehelsetjenesten.

Fra 1999 ble primærhelsetjenesten prioritert ved tildeling av nye hjemler, og de to påfølgende årene ble det opprettet 333 nye hjemler. En del av disse hjemlene ble fylt av leger som tidligere hadde drevet uten avtale, men rekrutteringen bedret seg kraftig, slik at de fleste av de nye stillingene ble besatt. Alt-i-alt fikk man tilført vel 300 nye legeårverk. Siden 2005 har det vært færre enn 100 lister uten lege.

En landsomfattende brukerundersøkelse viste økende tilfredshet med legedekningen i alle aldersgrupper og kommunistørrelser. Den geografiske skjevfordelingen er imidlertid fortsatt et problem. I enkelte fylker er en betydelig andel av listene uten lege. Ved utgangen av første halvår 2005 var deknningen dårligst i Sogn og Fjordane (12 %) og Finnmark (9 %). Fastlegeordningen er imidlertid ikke lenger suspendert i noen kommuner.

Kvinner utgjør en stadig økende andel av nyutdannede leger, og dette avspeiler seg også blant fastlegene, hvor 30 % nå er kvinner. Økningen i andel kvinner går imidlertid langsommere blant fastleger enn blant øvrige leger. Dette kan skyldes at allmennpraksis er mindre tiltrekkende for kvinnelige leger, men kan også ha sammenheng med høy grad av stabilitet og lite utskifting blant eldre mannlige fastleger.

Før innføringen av fastlegeordningen hadde 67 % av befolkningen allerede en fast allmennlege. Denne andelen økte sterkt med alderen og med dårligere egenvurdert helse. Det var imidlertid 10 % av befolkningen som ikke ønsket fast lege. Etter Fastlegereformen har de aller fleste fått en fast lege, og endringen har vært størst i kommuner med ustabil legetilbud.

Det er bare 0,5 % av befolkningen som har valgt å stå utenfor fastlegeordningen. Det har vært en økende andel av deltakerne som har fått plass på liste hos fastlege, og ved utgangen av første halvår 2005 var det bare 1,3 % som hadde plass på liste uten lege og 0,1 % som ikke hadde fått plass på noen liste. Over halvparten av listene var åpne, med en fylkesvis variasjon fra 36 % i Østfold til 67 % i Oslo. Ifølge Rikstrygdeverkets styringsdata er antall listeplasser knapt 10 % høyere enn antall deltakere i fastlegeordningen.

På landsbasis var det vel 20 % av fastlegene som oppjusterte listetaket sitt i perioden 2001 til 2003. Omtrent like mange reduserte listetaket. I 2002 rapporterte 60 % av fastlegene at de var tilfredse med listelengden sin, ca. 20 % ønsket flere pasienter og ca. 20 % ønsket seg færre. Dette tyder på at legemarkedet totalt sett er noenlunde i balanse, og den reelle reservekapasiteten er trolig lavere enn de 10 % som fremkommer av Rikstrygdeverkets styringsdata.

Det kan synes som en del kommuner har vært for tilbakeholdne med å øke legedekningen. Ved utgangen av første halvår 2005 var det 17 kommuner som ikke hadde noen fastlege med åpen liste og 95 kommuner som bare hadde en fastlege med åpen liste. Mange av innbyggerne i disse kommunene

har ikke en reell mulighet til å bytte fastlege, og det kan også være problemer med tilgjengeligheten for personer som har midlertidig opphold i kommunen.

Gjennomsnittlig listelengde er ca. 1 200. Tidligere driftstilskuddleger har lengre lister enn tidligere fastlønnsleger, og leger i byer har lengre lister enn leger i landdistrikt. Leger i fastlegeforsøket reduserte gradvis listelengden sin etter hvert som de fikk mer erfaring med ordningen. Særlig markant var denne reduksjonen da den nasjonale fastlegeordningen ble innført. Likevel har disse legene fortsatt betydelig lengre lister enn andre fastleger. I 2003 var den gjennomsnittlige forskjellen i listelengde 235 personer.

Kvinnelige fastleger har kortere lister enn mannlige fastleger. Dette kan ha sammenheng med at kvinnelige fastleger har en høyere andel kvinner på listene sine. Et sentralt moment i evalueringen av fastlegeforsøket var at de kvinnelige fastlegene opplevde en forverret arbeidssituasjon, og dette ble delvis knyttet opp mot at de hadde en høyere andel kvinner på listene sine. Legeregningskontrollen viser at det produseres flere tjenester per listeperson for kvinner enn for menn. Siden stykkprisandelen er høyere og per-capita-andelen lavere i den nasjonale fastlegeordningen får dette mindre økonomiske konsekvenser enn i fastlegeforsøket. Det blir lettere å håndtere og akseptere en tynge pasientsammensetning. Det er likevel noen indikasjoner på at kvinnelige fastleger har noe dårligere tilgjengelighet og kan være under større press også i den nasjonale fastlegeordningen.

De aller fleste legene arbeider i et kollegialt fellesskap og det blir stadig færre solopraktikere. Fastlegereformen, med økte krav til tilgjengelighet og vikarordninger, synes å ha forsterket denne utviklingen. Solopraktikerne utgjør nå ca. 15 % av fastlegene. De har høyere gjennomsnittsalder enn resten av legene, og deres pasienter er også eldre enn gjennomsnittet.

12.1.1. Rekruttering og stabilitet

Styringsdata fra Rikstrygdeverket viser at andelen av listene som mangler lege er gradvis synkende, fra 7,1 % i juni 2001 til 2,3 % ved utgangen av første halvår 2005. Hvert kvartal inngås det gjennomsnittlig 63 nye fastlegeavtaler og avsluttes 52. Det betyr at det har kommet nye leger i 6,7 % av hjemlene hvert år, og at 5,5 % er blitt avsluttet hvert år. Stabiliteten i fastlegekorpsset er altså høy. Særlig høy er stabiliteten i aldersgruppen 40 - 54 år, hvor bare 3,6 % av avtalene avsluttes per år. Denne aldersgruppen utgjør 54 % av alle fastlegene og består av 70 % menn. I en studie blant fastleger i Bergen var det bare 4 % som planla å være ute av allmennpraksis innen tre år, og halvparten av disse var over 60 år. Finnmark og Sogn og Fjordane er de mest ustabile fylkene, mens Oslo og Agder-fylkene har høyest stabilitet blant legene.

54 % av alle nye fastlegeavtaler inngås av leger som er i alderen 30 - 39 år. Det er også en betydelig avgang av fastleger i denne aldersgruppen (37 % av alle avsluttede fastlegeavtaler). I en viss utstrekning er nok dette leger som velger andre karriereveier enn allmennmedisin, men tallene omfatter også leger som slutter for å flytte og starte ny fastlegepraksis. Det er noe høyere turn-over blant kvinnelige fastleger, som avslutter 1,5 % av avtalene sine per kvartal, mot 1,3 % for mannlige fastleger. Dette skyldes nok at de fleste kvinnene tilhører de yngre aldersklassene, hvor mobiliteten er større og mange ikke har gjort definitive karrierevalg ennå.

I en brukerundersøkelse i Nord-Norge og på Østlandet mente 27 % at stabiliteten i legedekningen er blitt bedre, mens bare 7 % mente den er forverret. Folk i små kommuner var mindre fornøyd med stabiliteten både i 2000 og i 2003, og de rapporterte også minst bedring.

I en undersøkelse i Finnmark og Nord-Trøndelag var hovedinntrykket at fastlegeordningen ikke har medført store endringer i stabiliteten. Det var imidlertid en viss nedgang i vikarbruken de første årene etter reformen. I 2004 økte vikarbruken igjen i småkommunene i Finnmark og flere fastleger sluttet. Dette kan ha sammenheng med at en bølge av nye fastleger hadde vært i stillingene sine i tre år og dermed tjent opp rett til permisjon med lønn i fire måneder.

Legene legger vekt på at fastlegeordningen har ført til en mer forutsigbar og oversiktlig arbeidssituasjon. Særlig i kommuner med ustabil legedekning er det en fordel å kunne avgrense

ansvaret til egen listepopulasjon. Samtidig er det tydelig at bruk av felleslister virker stabiliserende. Et annet viktig stabiliserende element er velfungerende vaktordninger.

Et godt samarbeidsklima mellom legene og kommuneledelsen styrker stabiliteten, det samme gjør en stabil kommunelege 1 med stor autoritet. Det at kommunen satser på å ha et godt helsetilbud og at legetjenesten blir ansett som et kollektivt ansvar er også stabiliserende. Det samme gjelder nærhet til spesialisthelsetjenesten og muligheter for faglig utvikling.

Et stort flertall av kommunene gir fastlegene ekstra godtgjørelser utover basistilskudd eller fast lønn. Dette er mest utbredt i små og ustabile kommuner, og vanligere i Finnmark enn i Nord-Trøndelag. Legene gir likevel uttrykk for at lønn ikke er den viktigste motiverende faktoren i forhold til rekruttering og stabilitet. Ønsket om å jobbe i primærhelsetjenesten er viktigst, dernest tilknytning til stedet og utfordringer i jobben.

Riksrevisjonen fant i sin undersøkelse at mer enn halvparten av kommunene gir ulike godtgjørelser til fastlegene ut over basistilskudd eller fast lønn. Dette gjelder i særlig grad små kommuner med fastlønnte leger. Blant disse var det 80 % som ga slike tilleggssytelser. Kommunene opplyser at den viktigste årsaken til dette er at de ønsker å beholde eller rekruttere leger.

De fleste legene uttrykker generell tilfredshet i praksis. Sammenlignet med før reformen er det 35 % som er mer fornøyd og 21 % som er mindre fornøyd. Den prinsipielle skepsisen til fastlegeordningen synes også å ha avtatt. Tidligere fastlønnsleger og leger i fastlegeforsøket rapporterer størst bedring. Man synes å ha unngått den frustrasjonen over arbeidsbelastningen som mange kvinnelige fastleger opplevde i fastlegeforsøket. Dette har trolig sammenheng med at man har kortere lister enn i forsøket, og at man har redusert per-capita-tilskuddet fra 50 % til 30 %.

12.1.2. Offentlig legearbeid og samfunnsmedisin

Fastlegeordningen la til rette for en styrking av det allmennmedisinske offentlige legearbeidet ved at kommunen kan pålegge en fulltids fastlege 7,5 timer offentlig arbeid per uke. Dette omfatter tilsynsarbeid i sykehjem og fengsler, skolelege- og helsestasjonsarbeid. Evalueringen viser imidlertid at kommunene ikke har utnyttet denne muligheten til å styrke det offentlige legearbeidet.

Data fra Statistisk sentralbyrå viser at det har vært en jevn vekst i antall legeårsverk i institusjoner for eldre og funksjonshemmede, både før og etter fastlegeordningen. Omvendt har antall legeårsverk i samfunnsmedisinsk arbeid gått ned både før og etter reformen. Antall legeårsverk i skole og helsestasjon økte fra 1994 til 2000, men har gått ned fra 2000 til 2004.

Fastlegene bruker i gjennomsnitt vel fem timer per uke på offentlig legearbeid, og dette har ikke endret seg vesentlig som følge av fastlegeordningen. 80 - 90 % av fastlegene har slike bistillinger, men svært få arbeider mer enn 7,5 timer per uke. Jo mer sentral kommunen er, desto færre timer per uke arbeider den enkelte lege med offentlig legearbeid.

Faglig sett kan det være uheldig at det allmennmedisinske offentlige legearbeidet splittes opp på så mange små stillinger. Dette gjelder i særlig grad legetjenesten i sykehjem, som etter hvert er blitt svært krevende. Det kan stilles spørsmål med om det er mulig å opprettholde tilstrekkelig kompetanse og kontinuitet når man bare arbeider fem timer per uke. Tjenesten kan lett få et fragmentarisk preg med pulverisering av hvem som har det medisinsk-faglige ansvaret for institusjonen.

Det har tidligere vært fremmet ønsker fra allmennleger om at mer av det forebyggende arbeidet burde foregå på fastlegens kontor, slik det gjerne er i andre land med fastlegeordning. En tidligere undersøkelse fra 1996 viste at et flertall av foreldrene ønsket at den faste legen skulle foreta helsekontrollene av barna. En tilsvarende undersøkelse i forbindelse med denne evalueringen viser imidlertid at de fleste ønsker at helsekontrollene skal skje på helsestasjonen. Begge disse undersøkelsene er av begrenset omfang og man skal være forsiktig med å trekke for sikre konklusjoner.

Riksrevisjonen fant i sin spørreundersøkelse at 29 % av kommunene mente det var blitt vanskeligere å få legene til å ta på seg samfunnsmedisinsk arbeid etter fastlegeordningen, mens bare 4 % syntes det

var blitt lettere. Til forskjell fra offentlig allmennmedisinsk arbeid kan ikke kommunene pålegge fastlegene samfunnsmedisinske oppgaver.

Det har vært en nedgang i ukentlig samfunnsmedisinsk arbeidstid per samfunnsmedisiner på 2,2 timer fra 1994 til 1999 og 2,0 timer fra 1999 til 2002. Tiden er dels blitt omprioritert til klinisk arbeid, dels til fritid. Det var også betydelig ustabilitet i stillingene, med nærmere 50 % utskifting i begge de undersøkte periodene. De fleste som sluttet mellom 1999 og 2002 gikk over i kliniske stillinger, hovedsakelig til allmennlege- eller fastlegestillinger. Svært få av dem som sluttet kunne tenke seg å søke seg tilbake til en tilsvarende stilling.

Den negative utviklingen for samfunnsmedisinen startet før introduksjonen av fastlegeordningen, og reformen synes ikke å ha endret eller stoppet denne utviklingen. Fra 1999 til 2002 var det imidlertid en avtakende andel (fra 59 % til 44 %) som planla å søke seg bort fra kommunal samfunnsmedisin før pensjonsalderen. Det kan derfor synes som om det har kommet i gang noen stabiliserende prosesser rundt etableringen av fastlegeordningen.

12.2. Tilgjengelighet

Etter innføringen av fastlegeordningen er tilgjengeligheten blitt enda viktigere enn før. Fastlegene skal først og fremst prioritere sine egne listepasienter og ”fremmede” pasienter vil oftere bli avvist. Det er derfor blitt vanskeligere å slippe til på andre legekontor. Pasientene har færre alternativer å velge mellom enn tidligere. Disse økte kravene til tilgjengelighet kan føre til at brukerne rapporterer lavere tilfredshet selv om tilgjengeligheten objektivt sett er blitt bedre.

Tilgjengeligheten har sterk sammenheng med den lokale legedekningen, i alle fall i større kommuner. Det har vært en sterk vekst i antall legeårsverk parallelt med innføringen av fastlegeordningen, og det er rimelig å anta at dette vil være den viktigste årsaken til at man registrerer en viss bedring i tilgjengeligheten til legekantorene. Imidlertid er det også evalueringsrapporter som tyder på at fastlegene bestreber seg på å forbedre tilgjengeligheten fordi de er blitt mer service-innstilte og opplever en sterkere konkurranse om pasientene.

12.2.1. Ventetid på time

Ventetid på ordinær, uprioritert time er ikke noe godt mål på tilgjengelighet og har ingen sammenheng med hvor tilgjengelig legen er dersom det haster. Det er betydelige ulikheter mellom legene i hvor stor grad de åpner for forhåndsbestilling og fyller opp timeboken. Noen har mange timer reservert for øyeblikkelig hjelp (ØH), mens andre tar ØH innimellom. Ventetid avspeiler derfor i like stor grad legekantorenes timetildelingspraksis som reell tilgjengelighet.

Data fra levekårspanelet til Statistisk sentralbyrå viser at de som bruker legetjenestene mest (eldre og kvinner) venter lengst ved bestilling av vanlig time. Dette skyldes trolig at disse gruppene har et større innslag av egeninitierte kontroller som prioriteres forholdsvis lavt. Etter reformen fant man en signifikant reduksjon i gjennomsnittlig ventetid fra 8,3 til 7,2 dager og i median ventetid fra 4 til 3 dager. Størst forbedring ble sett for de eldste pasientene.

Levekårspanelet gir ingen indikasjoner på spesielle ventetidsproblemer hos de kvinnelige legene i året før fastlegeordningen ble innført. Det har imidlertid vært noe større forbedring i ventetiden hos mannlige fastleger enn hos kvinnelige, og det kan synes som om kvinnelige leger er noe mer presset på ventetid etter reformen. Det er også lengre ventetid for personer på lister med høy kvinneandel. En landsomfattende undersøkelse blant fastleger i 2002 viste også at ventetiden er noe lengre hos kvinnelige fastleger. Det synes for øvrig ikke som om listelengde betyr noe for ventetiden. Derimot har listekapasiteten stor betydning. Leger med mange ledige listeplasser har kortere ventetid enn leger som har overfylte lister.

Det er noe lengre ventetid ved store legesentra enn ved kontor med bare en eller to leger. Forskjellene er imidlertid blitt noe utjevnet etter fastlegeordningen. Bedringen i ventetid er ellers noenlunde jevnt fordelt mellom små og store kommuner, men småkommuner med høyt innslag av fastlønnsstillinger (en indikator på dårlig stabilitet) har opplevd en større forbedring enn andre småkommuner. I Riksrevisjonens undersøkelse mente ca. 40 % av kommunene at ventetiden på ledig time var blitt kortere. Her var det de største kommunene som kom best ut.

Også når en spør brukerne om hvor fornøyd de er med ventetiden, har flere evalueringsprosjekter registrert en forbedring etter fastlegeordningen. Et unntak gjelder pasienter med lettere psykiske lidelser. Mønsteret når det gjelder tilfredshet med ventetiden er ellers det samme som man finner i analysen av ventetid. Tilfredsheten er større hos leger som mangler pasienter, mannlige leger og hos leger som har lav kvinneandel på listen sin. Det er likevel tydelig at tilfredshet med ventetiden skårer lavere enn mange andre aspekter ved fastlegeordningen, og det er også noen som synes at ventetiden er blitt dårligere. Dette gjelder for eksempel den gruppen som har et prinsipielt ønske om å bruke flere allmennleger. Det er ellers stor variasjon i hva pasientene opplever som akseptabel ventetid.

En sammenligning av pasientpopulasjonen til leger som synes de har for få eller for mange pasienter, viser at leger som har "for mye å gjøre" har en større andel listepersoner som mente at det var viktig å få legen som ble satt opp som førstevalg. Disse legene har også en høyere andel listepersoner som faktisk fikk innfridd førstevalget sitt, og dette var som regel den legen de brukte før reformen. Selv om dårlig listekapasitet har negative konsekvenser for tilgjengeligheten, er pasienter som står på listen til leger som har for mange pasienter minst like fornøyd med andre aspekter ved legens virksomhet. Relativt dårlig tilgjengelighet synes i denne sammenheng å være av mindre betydning.

En landsomfattende brukerundersøkelse fant at forbedringen i tilfredshet med ventetiden var størst i mellomstore kommuner, hvor tilfredsheten var lavest før reformen. En annen brukerundersøkelse i Nord-Norge og på Østlandet viste at det var en økende andel (fra 46 % til 55 %) som i stor grad var trygg på at de ville få legehjelp dersom de skulle trenge det. Også her var det størst bedring i mellomstore kommuner.

12.2.2. Øyeblikkelig hjelp

Tidligere kunne legene be pasienter om å gå til en annen lege hvis de hadde det travelt. I praksis betydde dette at leger med mye å gjøre overførte pasienter til leger med mindre å gjøre. Dette flytende ansvaret fungerte som en buffer i legetjenesten. Fastlegen har imidlertid få legitime muligheter til å avvise forespørsler. Også øyeblikkelig hjelp skal tas imot, selv om timeboken er full. I en kvalitativ studie fortalte legene at de strakk seg langt før de bad folk om å henvende seg til legevakten, og de fleste hadde satt av flere ØH-timer enn før fastlegeordningen ble innført.

Ifølge levekårspanelet til Statistisk sentralbyrå er det lite som tyder på at det har skjedd vesentlige generelle endringer med hensyn til ivaretagelsen av ØH-funksjonen. 91 % rapporterte at det hadde vært lett å få tilgang til ØH, både i 2001 og i 2003 (legevakt unntatt). Det var heller ingen signifikante endringer i ventetid på ØH. I 2001 var det 94 % som kom til samme dag eller neste dag, i 2003 var det 92 %.

I sine kartlegginger i 2003 fant Helsetilsynet i Hordaland og Finnmark at tilgjengeligheten var god for akutte problemstillinger. De aller fleste fikk time samme dag. Riksrevisjonen fant i sin spørreundersøkelse at ca. 40 % av kommunene mener at tilgjengeligheten for ØH er blitt bedre, med en tydelig tendens til at bedringen er mest uttalt i de største kommunene.

Det synes ikke som om listelengden spiller noen vesentlig rolle for tilgjengeligheten for øyeblikkelig hjelp. Stort sett er antall ØH-timer proporsjonalt med listelengden, og i en landsomfattende spørreundersøkelse rapporterte leger med lange lister at det er lettere å innpasse akuttpasienter enn leger med korte lister. Dette skyldes nok først og fremst at leger med lange lister arbeider flere dager, og har større fleksibilitet (bufferkapasitet), men kan også være en indikasjon på at disse legene arbeider mer effektivt.

Legevaktregistreringer tyder på at mange av henvendelsene er av en slik art at de med fordel burde vært håndtert av fastlegen i ordinær arbeidstid. Mellom 40 % og 50 % av legevaktpasientene er villige til å vente til neste dag dersom de er sikret time hos fastlegen da. Få er imidlertid villige til å vente 4 - 5 dager. Dette tyder på at pasientene må sikres time hos fastlegene sin allerede neste dag dersom henvendelsene på legevakt skal avta betydelig.

12.2.3. Telefontilgjengelighet

Telefontilgjengeligheten ved 100 tilfeldig utvalgte fastlegekontor ble undersøkt ved at Telenor registrerte alle anrop i løpet av en arbeidsuke. Man fant da at det var 266 inngående anrop per 1 000 personer på liste, og av disse ble 66 % besvart. Det er beregnet at det er syv besvarte anrop per person på liste per år. Dette er nesten 70 % mer enn hva man, med samme metode, fant i fastlegeforsøket i Trondheim. Til tross for denne sterke trafikkøkningen, besvares likevel et større antall av anropene. I fastlegeforsøket ble mindre enn halvparten av anropene besvart.

Både denne og tidligere undersøkelser viser svært stor variasjon i telefontilgjengeligheten fra kontor til kontor. Mange har bra tilgjengelighet, men det er heller ingen tvil om noen har for dårlig telefontilgjengelighet. Det er gjort forsøk på å forklare denne store variasjonen gjennom å analysere den i forhold til ulike bakgrunnsfaktorer ved hvert legekontor, men i det store og hele lar den seg ikke forklare på denne måten. Antall medarbeidere viste for eksempel ingen signifikante utslag på telefontilgjengeligheten.

Alle kontorene som deltok i studien, fikk en tilbakemelding om sin egen tilgjengelighet, sammenlignet med et landsgjennomsnitt. Dette førte til at 38 % valgte å iverksette et eller flere tiltak for å bedre telefontilgjengeligheten. De som ikke svarte på denne oppfølgingsrunden, hadde klart dårligere tilgjengelighet enn resten. Dette kan være en indikasjon på at interesse, serviceinnstilling og holdninger spiller en vesentlig rolle for telefontilgjengeligheten.

I sin kartlegging oppnådde Helsetilsynet i Hordaland telefonkontakt med de fleste legekontorene innen relativt kort tid, gjennomsnittlig ventetid var to minutter, og man vurderte tilgjengeligheten som god. I en tilsvarende undersøkelse i Troms var gjennomsnittlig ventetid tre minutter. Legevaktregistreringer tyder på at ca. 20 % av dem som har forsøkt å ringe fastlegen på forhånd, ikke har kommet gjennom på telefonen.

I en brukerundersøkelse i Nord-Norge og på Østlandet var det 33 % som i 2000 hadde forsøkt å få snakke med primærlege på telefon en eller flere ganger uten å lykkes. Denne andelen gikk ned til 22 % i 2003. Likevel var det en nedgang i andelen som var svært fornøyd med telefontilgjengeligheten. Dette paradoksale resultatet skyldes trolig at telefontilgjengeligheten er blitt mer kritisk enn tidligere. Folk har færre alternativer enn før dersom de ikke kommer gjennom på telefonen til sin egen lege.

En landsomfattende brukerundersøkelse viste på sin side en marginal økning i tilfredsheten med telefontilgjengeligheten. Eldre var mer tilfreds enn yngre. Et tilsvarende funn ble gjort av TNS Gallup. Men sammenlignet med andre aspekter ved fastlegeordningen, skårer telefontilgjengelighet lavt blant brukerne.

Det er neppe realistisk å forvente at telefontilgjengeligheten til alle fastlegekontorene vil bli fullt ut tilfredsstillende. Det er derfor viktig å ha alternative kontaktmuligheter. De fleste legekontor tar imot henvendelser på telefaks, og noen bruker også SMS og e-post. Det er ellers grunn til å tro at sikker kommunikasjon via helsenettet vil kunne avlaste noe av trafikken som nå går på telefon.

12.2.4. Relasjon

I en brukerundersøkelse i Nord-Norge og på Østlandet rapporterte 76 % at de hadde vært hos primærlege i 2000 og 79 % i 2003. I levekårspanelet til Statistisk sentralbyrå var andelen 76 % og 71 %. Henholdsvis 66 % og 64 % av kontaktene var med allmennlege, 14 % og 12 % med legevakt.

Resten var kontakter med privatpraktiserende spesialister og sykehuspoliklinikker, økende fra 20 % i 2000 til 25 % i 2003. Den viktigste faktoren for bruk av privatpraktiserende spesialister er dårlig egenvurdert helse, men ellers er det en tydelig overrepresentasjon av bosatte i Oslo og Akershus, i sentrale strøk generelt og av personer med svært høy utdanning.

Deltakerne i levekårpanelet rapporterte høy grad av tilfredshet når de ble spurt om legen gir dem nok tid og om de blir tatt med på råd, 80 % av svarene lå i de to høyeste svarkategoriene. Det var ingen endring fra 2000 til 2003 på spørsmålet om de føler at de blir tatt på alvor av legen, men det var en reduksjon fra 28 % til 18 % som synes at legen ikke gir dem nok tid.

Det var en tendens til at de som har dårligere egenvurdert helse i større grad føler at legen ikke gir dem nok tid og/eller ikke tar dem på alvor. Dette ble også funnet for en gruppe med lettere psykiske lidelser. Det ser ikke ut til at fastlegeordningen har hatt noen betydning for dette. De som har et prinsipielt ønske om å bruke flere allmennleger har oftere enn andre opplevd en forverring i tiden legen gir dem.

Personer uten kronisk sykdom viser en økende tilfredshet med tiden de får hos legen og opplever sjeldnere at legen ikke tar dem på alvor. Dette er en gruppe som i mindre grad hadde fast lege før reformen og som kanskje opplever en positiv effekt av å ha fått en mer formalisert relasjon til en lege.

De som fikk tildelt sitt førstevalg føler i større grad enn andre at legen tar dem på alvor, og de har større tillit til den behandlingen legen gir dem. De er også mer fornøyd med at de blir henvist videre når det er nødvendig. I de fleste tilfellene er denne legen den samme som de brukte før reformen, en indikasjon på at kontinuitet i lege-pasientforholdet er viktig for tilfredshet med allmennlegen.

Det er mindre tilfredshet med leger som mangler mer enn 100 pasienter i forhold til listetaket. Deres pasienter føler i mindre grad at de blir tatt på alvor av legen, de er mindre tilfreds med tiden legen gir dem, de har mindre tillit til behandlingen, og de blir sjeldnere henvist videre når de synes det er nødvendig. Denne tendensen til misnøye er imidlertid ikke tilstede blant de pasientene som førte opp denne legen som førstevalg. Det er dessuten verdt å merke seg at det er en høyere tilfredshet med ventetid på time hos disse legene.

Undersøkelsen i Nord-Norge og på Østlandet viste at andelen svært fornøyd har økt for flere aspekter ved samhandlingen mellom lege og pasient, som mulighet for å få øyekontakt, mulighet for å fortelle, bli tatt med på råd, tidsbruk og at det blir tatt hensyn til det som er viktig for pasienten. Bedringen er assosiert med kontinuitet og stabilitet i legetjenesten, og er tydeligst i de store kommunene.

Brukere i Nord-Trøndelag og Finnmark la mest vekt på at de kan ha tillit til at fastlegen følger dem opp og foretar nødvendige henvisninger, at han tar seg god tid, er grundig og har god kommunikasjon. Dette var gjennomgående viktigere for eldre og for kvinner. Disse gruppene var også de mest tilfredse. Den samiske befolkningen var mer misfornøyd med den språklige/kulturelle dimensjonen i møtet med fastlegen.

En landsomfattende brukerundersøkelse fant også en liten økning i tilfredshet på alle indikatorer som omhandler selve legebesøket og behandlingen som blir gitt. Dette gjaldt spørsmål om de blir tatt på alvor, behandlingsresultat, legens faglige dyktighet, evne til å lytte, snakke et forståelig språk, gi informasjon og helsepersonalets serviceinnstilling. Et gjennomgående funn var at tilfredsheten var høy både før og etter reformen og at eldre var mer tilfredse enn yngre. Disse funnene ble også bekreftet i TNS Gallups nasjonale undersøkelse av brukertilfredshet med ulike kommunale tjenester.

En spørreskjemaundersøkelse blant foresatte til barn og unge med psykiske problemer viste at de var forholdsvis godt fornøyd, både med muligheter for å få time og med kommunikasjonen med fastlegen. De var noe mindre fornøyd med tiden som er avsatt i konsultasjonen og med kontakthyppheten. Ifølge brukerne har fastlegetjenesten også et forbedringspotensial i forhold til å gi informasjon om andre nyttige tjenester.

Kvalitative studier er velegnet til å studere det kompliserte samspillet i lege-pasientforholdet, og mulige endringer som følge av fastlegeordningen. Legene gir uttrykk for at de føler pasienten har fått mer makt til å fremme krav overfor legen. Dette er knyttet til en økende følelse av konkurranse om pasientene. Når en pasient skifter lege, kan fastlegen ofte knytte dette til en spesiell episode som kan ha utløst skiftet.

Legene fortalte også at de hadde respekt for og følte ydmykhet over at de var blitt valgt av personene på listen. Det å bli aktivt valgt bidrar til at de gjerne vil gjøre en god jobb for pasientene. Men det er også mulig å bli valgt bort, og pasientenes bytte av lege er blitt et grunnlag for å tenke gjennom egen praksis og vurdere om relasjonen til pasienten kan forklare byttet til en annen lege.

I en kvalitativ undersøkelse blant storforbrukere av legetjenester i Oslo-området var det noen som opplevde at det var vanskeligere å bli sendt videre til spesialist enn tidligere. De opplevde en strengere henvisningsordning som en maktforskyvning mellom allmennlege og pasient. Flere som hadde sin fastlege som fast lege tidligere, fortalte at det nå var satt av kortere tid til hver konsultasjon, og at legen kunne virke mer stresset under konsultasjonen.

Noen pasienter opplevde at friheten til å bytte lege ble sterkt begrenset gjennom regelen om at journalen skal følge pasienten. Da kunne de ikke unnsnippe tidligere legers ”dom”. Dette gjaldt særlig pasienter som hadde en psykiatrisk diagnose i tillegg til andre diagnoser, eller de var redde for at de var blitt beskrevet som psykiatrisk pasient. Et bytte kan også bli konfliktfylt ved at den legen de ønsker å bytte til, arbeider ved samme legesenter som den fastlegen de vil bytte fra. De var usikre på hvordan den gamle fastlegen ville reagere på en slik overgang. Flere informanter gjorde mye for å redefinere en problematisk relasjon, som lett kunne bli oppfattet som et konfliktbytte. Det kan være uheldig dersom pasienters lojalitet eller endringsfrykt låser eller binder dem til leger de ikke har gode relasjoner til.

I intervjuer ga kvinnelige samiske brukere uttrykk for at det var viktig for dem å få en kvinnelig fastlege, men språk og kulturkompetanse ble også tillagt vekt i samiske områder. Leger med dårlige norskkunnskaper ble dessuten opplevd som en større belastning enn andre steder.

I en annen kvalitativ studie med fokus på pasienter med alvorlige psykiske lidelser beskrev mange pasienter en travel fastlege som de helst ikke burde belemre med tidkrevende problemer. Få opplevde at fastlegen tok tak i de psykiske problemene, og det var få som trodde at fastlegen har god kompetanse på psykiske helseproblemer.

Fastlegene i denne studien ga uttrykk for at takster og egenandeler styrer mye av tiden de bruker på pasientene. Det var likevel få som antydte at dette går ut over gruppen med psykiske lidelser. Rundt halvparten tilbyr utvidet fleksibilitet overfor denne pasientgruppen, mer terapilignende samtaler eller rådgivning. Noen få praktiserer også kognitiv terapi, men gir uttrykk for at rammene på et legekontor gjør at det ikke alltid lykkes å få dette til. Det er sjelden fastlegen driver oppsøkende virksomhet. Det er det oftest andre i det kommunale helsetjenestetilbudet som gjør, og fastlegene stoler på at disse representerer et sikkerhetsnett slik at pasienten fanges opp ved behov for hjelp.

12.3. Kontinuitet

Data fra levekårspanelet til Statistisk sentralbyrå viser at 67 % av befolkningen hadde en fast allmennlege før Fastlegereformen, 5 % hadde fast legespesialist, og 28 % hadde ikke fast lege. Nesten en av ti ønsket ikke fast lege, noe som betyr at det i alt var 19 % som manglet fast lege uten selv å ønske det.

Nesten 70 % mente det var viktig å få tildelt den legen de hadde ført opp som sitt førstevalg. Over halvparten sa at det viktigste var å beholde en lege de kjente fra før. Det gjaldt særlig eldre med dårlig helse.

Ved legevalget fikk 87,3 % oppfylt sitt første legeønske og 91,7 % fikk innfridd ett av tre mulige legeønsker. Det er ut fra disse tallene beregnet at vel 3 % mistet den legen de hadde gått til tidligere, men dette tallet er trolig for lavt fordi man kun har regnet med den fjerdedelen som oppga ansiennitet hos legen.

En nærmere analyse av et utvalg legevalgskjema viste at det var større sjanse for at legen ble valgt dersom det var liten aldersforskjell mellom lege og innbygger og dersom de var av samme kjønn. Sjansen for å bli valgt økte dessuten med legens alder og listelengde og dersom legen var spesialist i

allmennmedisin. Disse funnene kan tolkes som at innbyggerne har lagt stor vekt på kontinuitet i sitt valg av fastlege.

I en brukerundersøkelse i Nord-Norge og på Østlandet rapporterte 9 % at fastlegeordningen førte til at de mistet et tidligere stabilt legeforshold som de hadde ønsket å beholde. Det var likevel en økende andel som opplyste at de hadde vært hos samme lege flere ganger tidligere. Denne økningen skjedde nesten utelukkende i småkommunene (fra 43 % til 63 %). Andelen som betraktet legen som sin faste lege økte fra 62 % til 80 %.

Takstbruksundersøkelser viser at pasientene i liten grad benytter seg av muligheten for ny vurdering hos annen allmennlege (mindre enn 0,1 % av konsultasjonene). Omkring 3 % av fastlegenes konsultasjoner er med "fremmede" pasienter, dvs. pasienter som har fastlege ved andre legekontor.

Styringsdata fra Rikstrygdeverket viser at det er ca. 2,5 % av brukerne som bytter fastlege hvert kvartal. Den første tiden etter reformen var byttefrekvensen høyere, og det var da en klar overvekt av bytter fordi brukeren ønsket en annen lege enn den hun/han var tildelt (ordinære legebytter). Senere skyldes like mange bytter at legen avslutter sin praksis. Den tredje viktigste årsaken er at innbyggeren flytter. Ordinære legebytter er trolig en indikator på hvor fornøyd folk er med fastlegen sin. En finner høyere frekvens av slike bytter når fastlegen ikke er spesialist i allmennmedisin, ikke er norsk statsborger, er mann, mangler pasienter, har lang liste, deltok i fastlegeforsøket eller arbeider i en sentral kommune. Legebytter medfører at det hvert kvartal overføres ca 1 000 listepersoner fra mannlige til kvinnelige fastleger.

Deltakerne i levekårspanelet rapporterte at 10 % av byttene skyldes misnøye med behandlingen, 3 % lang ventetid og 1 % dårlig telefontilgjengelighet. En undersøkelse blant brukere i Nord-Trøndelag og Finnmark viste at viktige grunner til å bytte var misnøye med den faglige kvaliteten og misnøye med fastlegens måte å møte dem som menneske. De som bytter fastlege av egen fri vilje, opplever byttet som mindre problematisk og en mindre belastning enn de som må bytte fordi fastlegen slutter eller fordi de blir overført til en annen liste. Omtrent en tredjedel synes det er helt uproblematisk å bytte fastlege, og 10 % synes det er greit å slippe å ha den samme fastlegen hele tiden.

I brukerundersøkelsen i Nord-Norge og på Østlandet var det 23 % av byttene som skyldtes misnøye med legen og 8 % misnøye med tilgjengeligheten. Det var i tillegg 17 % av respondentene som hadde ønsket å bytte lege uten å gjøre det. Over halvparten av disse sa at de går så sjelden til lege at de ikke har tatt seg bryet. Andre grunner er at de vet for lite om andre leger, at det ikke er ledig plass på listen til den legen de ønsker seg eller at det ikke er en annen lege å velge i rimelig geografisk nærhet. 8 % vet ikke hvordan de skal gå frem for å bytte og 5 % er redd for å fornærme legen.

Med bakgrunn i data fra levekårspanelet er det beregnet at et gjennomsnittlig lege-pasientforhold varte i 9,7 år før fastlegeordningen. Etter reformen er gjennomsnittlig varighet 7,7 år. Nedgangen skyldes at det i forbindelse med reformen ble opprettet mange nye lege-pasientforhold som trekker ned gjennomsnittet. Pasienter med kroniske sykdommer rapporterer mindre reduksjon i gjennomsnittlig varighet. Dette skyldes at disse gruppene oftere hadde fast lege før reformen og i stor grad fikk beholde legen sin. Reformen har virket for kort tid til at det er meningsfullt å trekke noen konklusjon om virkningen av fastlegeordningen på lengden av legerelasjonen.

12.3.1. Kontinuitet – innhold

I en landsomfattende spørreskjemaundersøkelse blant allmennleger rapporterte 43 % at listesystemet har medført at de har fått bedre innsikt i behovene til kronisk syke mennesker og at den medisinske behandlingen blir mer effektiv. Dette gjaldt imidlertid først og fremst de legene som hadde få faste pasienter før reformen. De legene som fikk mange av sine gamle pasienter på listen, opplever at fastlegeordningen har hatt liten betydning.

I en annen undersøkelse var det stor grad av enighet blant legene om at kontinuitet er viktig i forholdet mellom lege og pasient, og at man mente fastlegeordningen styrker kontinuiteten. I samme studie ble det også registrert en moderat økning i oppslutningen om fastlegeordningen ett år etter reformen. Leger

i de tidligere forsøkskommunene var imidlertid langt sterkere tilhengere av ordningen enn resten av fastlegene.

I en kvalitativ studie rapporterte legene at de opplever ansvaret som større etter reformen, og de føler seg dessuten mer bundet til praksisen fordi de må skaffe vikar ved ferie, sykdom og permisjon. Det var en tendens til at kvinnelige leger opplever ansvaret som mer tyngende enn sine mannlige kolleger. Det er også en utfordring at man i større grad enn tidligere må ha oppdatert kunnskap over et bredere felt. Blant positive aspekter var bedret oversikt fordi pasientene nå må samle "hele kroppen" hos fastlegen, men dette betyr også større ansvar dersom det blir begått feil eller en sykdomstilstand blir oversett. Dette kan ha gjort noen leger mer risikoaverse. Flere informanter uttrykte ellers lettelse over at ansvaret er tydelig begrenset til listepopulasjonen, og at de nå med god samvittighet kan avvise og videresende pasienter som ikke er deres.

I en kvalitativ studie med fokus på pasienter med alvorlige psykiske lidelser tvilte fastlegene på at reformen har hatt stor betydning, men at det likevel er en fordel for alle parter at det formelle ansvaret for pasienten er tydelig plassert. Legene var mer usikre på om ordningen faktisk har ført til bedre kontinuitet og oppfølging av pasientene, men ga likevel uttrykk for at det nå er vanskeligere å "styre unna" pasienter med psykiske problemer.

I en annen kvalitativ studie med fokus på barn og ungdom med psykiske problemer var også fastlegene noe i tvil om fastlegeordningen har ført til konkrete og positive endringer, men påpekte at den har bidratt til å tydeliggjøre hvem som har ansvaret for pasientene. Leger og psykologer i barne- og ungdomspsykiatrien syntes også at tanken bak fastlegeordningen er bra, og at det er positivt med en fast legekontakt for barn og unge i denne målgruppen. Men heller ikke de mente at ordningen har ført til betydelige endringer så langt.

Det synes ikke som om fastlegeordningen har ført til vesentlige endringer i hvor mange allmennleger den enkelte pasient har kontakt med. Både før og etter reformen rapporterte 66 % at de hadde brukt bare en lege, 24 % to leger og 10 % tre eller flere leger (levekårspanelet). Det er i liten grad doktorshopping som ligger bak disse tallene. Den vanligste grunnen er at den faste legen er fraværende og/eller at de får en annen lege ved samme legesenter. Det er ellers yngre pasienter og innbyggere i kommuner med ustabil legetilbud som oftest bruker flere leger. Dessuten er det en gruppe på ca. 10 % som er prinsipielle motstandere av fastlegeordningen og som har et aktivt ønske om å bruke flere leger. Denne gruppen domineres av yngre menn med lang utdanning.

Personer med psykiske lidelser og muskel- og skjelettsykdommer sier i økende grad at de ønsker å bruke flere ulike allmennleger. Mindre fleksibilitet synes ikke å ha blitt et problem for dem som har hjerte- og karsykdom eller sykdom i åndedretsorganene.

En annen landsomfattende brukerundersøkelse viste en moderat nedgang i andelen som hadde brukt mer enn en allmennlege i løpet av året, fra 38 % i 2000 til 29 % i 2003. Også her var det i småkommunene man fant høyest andel som brukte flere leger.

En undersøkelse i Nord-Trøndelag og Finnmark viste at stabilitet i legestillingene er av stor betydning for brukertilfredsheten. De fleste ga uttrykk for at de føler større trygghet og tilfredshet når de kan etablere en stabil relasjon til en lege. Gjennomgående var folk i Nord-Trøndelag mer fornøyd enn i Finnmark. I Finnmark var dessuten samiskspråklige mer misfornøyd enn andre med muligheten til å ha samme fastlege over tid.

I en kvalitativ studie rapporterte storforbrukere av legetjenester i Oslo-området at fastlegereformen har hatt liten praktisk betydning for dem. De går ofte utenom ordningen når de mener at de har behov for det. De har opprettholdt gamle relasjoner og oppretter nye relasjoner til andre leger enn sin fastlege. Selv om de mente at det er godt å ha en fast lege når en har en komplisert sykehistorie, satt forskerne igjen med et inntrykk at det for mange ikke er så viktig at legen kjenner dem.

I en annen kvalitativ studie med fokus på pasienter med alvorlige psykiske lidelser var også hovedinntrykket at fastlegeordningen ikke har betydd store forandringer, men at ordningen er grei dersom man har endt opp med en fastlege man er fornøyd med.

TNS Gallup har gjennomført jevnlig nasjonale undersøkelser av brukertilfredshet med ulike kommunale tjenester. Undersøkelsen i 2003 var den første etter innføring av fastlegeordningen, og sammenlignet med undersøkelsen i 2000 kunne da legetjenesten vise til den største fremgangen av alle de undersøkte tjenestene. 88 % av brukerne uttrykte at de var fornøyd med legetjenesten, 69 % svært/meget fornøyd.

Det var særlig tilfredsheten med å ha en fast lege som økte, og her avtegnet det seg et tydelig mønster relatert til brukernes alder og kommunestørrelse. Som vanlig var eldre mer tilfreds enn yngre, men de yngre opplevde en vesentlig større økning i tilfredshet fra 2000 til 2003. Tilsvarende var innbyggere i større kommuner mer tilfreds enn innbyggere i småkommuner, men innbyggerne i de små kommunene opplevde en større økning i tilfredshet fra 2000 til 2003.

12.4. Effektivitet

Leger som har hatt de samme pasientene i mange år, synes ikke at det har skjedd så store forandringer i deres hverdag etter fastlegeordningen. Listene har imidlertid synliggjort pasientene på en ny måte for legene, og de er blitt mer bevisste på hvem de har på listene, hvem de ønsker å ha, og hvilke kategorier de helst vil unngå.

Personer med lite behov for legetjenester kan være attraktive å ha på listen, mens pasienter med rusproblemer er eksempel på en kategori mange leger gjerne vil unngå. En av strategiene for å unngå disse pasientene er å ha lukkede lister. Likevel mener flere leger at disse pasientene blir bedre ivaretatt nå enn før fordi det alltid er en lege som må ta fatt i problematikken.

For noen leger har fastlegeordningen medført en større variasjon i pasientgrunnlaget, og dette oppleves som positivt. Det oppleves også positivt å ha et definert ansvar, avgrenset til listen. Legene tar i større grad hånd om sine egne pasienter, også ved behov for akutt hjelp. Bortsett fra i helt spesielle tilfeller tar legene seg av alle problemstillinger hos sine pasienter, noe som medfører en kjønnsmessig utjevning mellom kvinnelige og mannlige leger.

Data fra levekårsundersøkelsen til Statistisk sentralbyrå tyder på at bruken av forebyggende konsultasjoner er blitt noe mer målrettet etter fastlegeordningen. Kontaktene fordeles på færre personer, men er mer rettet mot eldre og de som har dårligst helse. Dette er særlig tydelig for dem som tidligere var uten fast lege. Pasienter med hjerte- og karsykdommer hadde flest slike kontakter før reformen, og har fått enda flere etterpå. Svarpersoner uten kronisk sykdom har fått færre forebyggende kontakter etter innføringen av fastlegeordningen, men flere henvisninger.

Levekårsundersøkelsen viser også at det var flere som hadde blitt henvist til spesialist i 2003 enn i 2001. Andelen økte fra 40 % til 46 % av dem som hadde vært i kontakt med allmennlege. Økningen var særlig sterk for dem som var uten fast lege i 2001, fra 28 % til 43 %. Antall polikliniske kontakter på sykehus økte med 14 % og kontakter med privatpraktiserende spesialister med 27 %. Helsetilstanden er den viktigste forklaringsfaktoren for hvem som blir henvist, men denne faktoren var ikke like viktig i 2003 som i 2001. I 2003 var det å bo i de mest sentrale kommunene også blitt en viktig forklaringsfaktor.

Tidligere praksisregistreringer fra norsk allmennpraksis tyder på at pasientene har blitt henvist videre til spesialist eller sykehus i knapt 10 % av konsultasjonene. Tilsvarende henvisningsfrekvens (per legekontakt) i levekårspanelet er 12,9 % i 2001 og 15,3 % i 2003. Om en også tar hensyn til at de som var blitt henvist hadde fått i gjennomsnitt 1,6 henvisninger, ender vi opp med 20,6 % og 24,5 %. Opplysningene fra respondentene i levekårspanelet vil være beheftet med betydelig usikkerhet sammenlignet med en fortløpende praksisregistrering, men med så store utslag er det likevel grunn til å anta at det de senere årene har vært en sterk økning i henvisningsfrekvensen fra allmennpraksis.

Det er neppe fastlegeordningen som er hovedforklaringen på denne økningen. Viktigst er trolig en økende kapasitet i andrelinjetjenesten, men også den nye henvisningsordningen spiller en rolle. De som tidligere gikk direkte til spesialist, må nå oftere innom allmennlegen for å få henvisning.

En landsomfattende spørreskjemaundersøkelse blant allmennleger før og etter fastlegeordningen viste at antall konsultasjoner per lege økte fra 1998 til 2002. Økningen var sterkest for tidligere avtaleløse leger, dernest for tidligere fastlønnsleger og minst for leger med driftstilskudd. Også denne undersøkelsen viste en svak økning i henvisningsfrekvensen.

Det har vært en nedgang i kurativ arbeidstid for tidligere driftstilskuddleger og leger som deltok i fastlegeforsøket. Fastlønnslegene har ikke endret arbeidstiden sin. Antall pasientkontakter per time har økt, særlig for tidligere fastlønnsleger. Likevel var det en økende andel av legene som syntes at tiden de brukte per pasient var passe. Det er ingen sammenheng mellom listelengde og legenes ønske om mer eller mindre tid per pasient.

Økningen i antall konsultasjoner er først og fremst en trendeffekt som har pågått over mange år. Før reformen var legene selektert inn i ulike kontraktstyper (driftstilskudd, fastlønn), blant annet på grunnlag av deres preferanser for arbeid versus fritid. Fastlønnslegene hadde betydelig færre konsultasjoner enn driftstilskuddlegene. Dette mønsteret ser vi også etter reformen. Selv om forskjellen mellom tidligere driftstilskuddleger og tidligere fastlønnsleger er blitt noe mindre, er det tydelig at seleksjonseffekten er klart sterkere enn insentiveffekten av reformen. Det kan for øvrig synes som om økningen i antall konsultasjoner kulminerte omkring innføringen av fastlegeordningen.

En kartlegging av fastlegene i Bergen viste at en listelengde på 1 300 ga en arbeidsuke på omkring 37,5 timer, men med store variasjoner. Arbeidstiden økte proporsjonalt med listelengden opp til ca. 1 500, men med listelengde ut over dette nivået økte ikke arbeidsmengden nevneverdig. En annen landsomfattende studie av spesialister i allmennmedisin viste at konsultasjonstallet var fullt ut proporsjonalt med listelengden. Disse to studiene kan dermed tyde på at leger med lange lister gjennomgående bruker noe mindre tid på hver konsultasjon. Leger i de tidligere forsøkskommunene skiller seg for øvrig ut ved å ha lengre lister enn andre leger, uten at de har flere konsultasjoner.

12.4.1. Listelengde og pasientmangel

Det har vært et omstridt tema hvorvidt leger som opplever pasientmangel, kompenserer ved å øke tjenesteintensiteten per pasient. Dette er metodologisk vanskelig å undersøke, og evalueringsprosjektene har gitt noe motstridende resultater.

Basert på RTVs årlige takstbruksundersøkelser kan det synes som om leger med fulle lister har noe færre konsultasjoner per listeperson enn leger som har minst 5 % ledig listekapasitet. Det viser seg imidlertid at leger som mangler pasienter tar imot flere pasienter som står på andre legers lister. Om en korrigerer for dette fenomenet, blir forskjellene ganske små. Andelen ”ekstrakonsultasjoner” med egne listepasienter som følge av pasientmangel, utgjør ca. 1 % av alle konsultasjonene i allmennpraksis.

Leger som mangler pasienter, har bedre tilgjengelighet og kan ta seg bedre tid i konsultasjonen. Takstbruksundersøkelsene avspeiler dette ved at disse legene i større grad bruker tidstaksten enn leger som har fulle lister. I 2003 var forskjellen 21 %. Beregnet og justert etter de samme prinsippene som for antall konsultasjoner er forskjellen omtrent 10 %. Fastleger som ikke er spesialist i allmennmedisin, bruker for øvrig tidstaksten 14 % oftere enn spesialistene, noe som kan være uttrykk for manglende erfaring og urasjonelle arbeidsmåter.

Gjennomsnittlig bruk av laboratorie- og prosedyretakster per person er redusert med snaut 2 % fra 2001 til 2003, og det er ikke noe som tyder på at leger som mangler pasienter bruker disse takstene oftere.

En annen studie har tatt utgangspunkt i spørreskjemaundersøkelser blant allmennleger og trygdeetatens legeregningskontroll og analysert sammenhengen mellom listelengde og hvorvidt legene rasjonerer tjenestene sine eller kompenserer mangel på pasienter ved å øke tjenesteintensiteten. Hovedkonklusjonen etter disse analysene er at antall konsultasjoner er proporsjonal med listelengden. Det samme gjelder antall legeinitierte konsultasjoner (kontroller). Leger som rapporterer at de har for lite å gjøre kompenserer ikke med å ha flere konsultasjoner, det er heller omvendt. Det samme gjelder bruk av laboratorieprøver.

Problemstillingen er også belyst med utgangspunkt i SSBs levekårspanel koblet til Rikstrygdeverkets

register over fastleger. Her har man definert listekapasitet ut fra forholdet mellom ønsket listelengde og faktisk listelengde. Det var her ingen tegn til at leger som mangler pasienter oftere innkaller pasientene til forebyggende kontakter. Heller synes det motsatte å være tilfelle, nemlig at leger som har for mange pasienter, innkaller oftere. Dette skyldes trolig at leger som har for mange pasienter oftere har blitt aktivt valgt av pasienter som har et større behov for å ha en fast lege. Det vil ofte være snakk om pasienter med høyere grad av sykkelighet og det er derfor å forvente at de kontrolleres oftere.

Man kunne også tenke seg at leger med for mange pasienter på listen håndterer en for stor arbeidsbyrde ved å henvise oftere. Man fant imidlertid ingenting som tyder på at dette skjer. Det var heller ingen tegn til at leger som mangler pasienter henviser sjeldnere.

12.4.2. Portvaktfunksjonen

Samtidig med fastlegeordningen ble det innført en skjerpet henvisningsordning. Pasientene må nå ha henvisning fra lege for å få trygderefusjon for behandling hos spesialist. Selv om dette har vært en viktig kampsak for allmennlegene, kan det synes som om oppslutningen om portvaktfunksjonen er avtakende.

I en kvalitativ undersøkelse mente legene at fastlegeordningen har endret lege-pasientforholdet og synet på portvaktrollen. De mente at de er blitt mindre aktive som portvakter ved at de søker å unngå konflikt med pasientene og er blitt mer tilbøyelige til å tøy sine egne faglige vurderinger og statlige retningslinjer for å gjøre pasientene fornøyd. Dette gjelder både henvisninger, sykmeldinger og blå resept. Legene forklarte endringen med skjerpet konkurranse, høyere forventninger og økt ansvar.

For noen leger er pasientmangel et reelt økonomisk problem, men også de som har mer enn nok tilgang av pasienter, opplever en stadig evaluering gjennom de månedlige listeoppdateringene. Når pasienten skifter fastlege, kan legen ofte knytte dette til en spesiell episode som kan ha utløst skiftet. Noen beskrev hvordan de etter hvert tar hensyn til slike opplevelser i utøvelse av portvaktrollen.

Legene i denne undersøkelsen hevdet også at det er en uskreven enighet om at pasientene bør fordeles noenlunde likt, at det er et visst press fra kolleger om å holde listelengden på et moderat nivå, og at man heller kan kompensere ved å gjøre mer for hver enkelt pasient og dermed øke refusjonsinntekten. Ingen av informantene uttalte seg negativt om dette, og argumenterte heller for at det er helseøkonomisk riktig dersom en øker aktiviteten i primærhelsesektoren på bekostning av aktiviteter i sekundærhelsesektoren.

Flere av legene uttrykte for øvrig irritasjon over spesialister som avtaler time med pasienten og deretter ber pasientene gi beskjed til fastlegen at de må ha en henvisning. I slike tilfeller mener fastlegene at deres tid blir misbrukt og de føler seg umyndiggjort som portvakt.

12.4.3. Legevakt

Tilfredsheten med tilgjengelighet på legevakt er lav, og har ikke vist noen bedring etter fastlegeordningen. Yngre er mer misfornøyd enn eldre, og innbyggere i de største kommunene er mer misfornøyd enn de som bor i små kommuner.

Deltakerne i levekårspanelet til Statistisk sentralbyrå rapporterte om en liten nedgang i bruk av legevakt fra 2000 til 2003. Nedgangen skyldes i all vesentlighet redusert bruk av legevakt blant personer som ikke hadde fast lege før reformen. Det virker plausibelt at denne gruppen retter en større del av legebehovet mot fastlegen de nå har fått. Bruk av legevakt er noe hyppigere blant dem som er misfornøyd med relasjonen til fastlegen, og dette fenomenet er tydeligere i 2003 enn i 2000. Dette rapporteres også i en kvalitativ studie blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser, og kan skyldes at fastlegeordningen begrenser tilgjengeligheten til andre leger enn fastlegen, og at disse pasientene derfor velger legevakten som alternativ.

I en landsomfattende spørreskjemaundersøkelse blant allmennleger rapporterte en tredjedel av allmennlegene at arbeidsbelastning på legevakt har gått ned. Konsultasjonstall fra de sentrale legevaktene i Oslo og Bergen tyder ikke på noen vesentlige endringer som følge av fastlegeordningen. En mer detaljert analyse over en lengre tidsperiode fra legevakten i Stavanger viser at kontaktraten økte utover 1990-tallet inntil den kulminerte i 1997, for så å avta gradvis igjen. Den viktigste årsaken til at trenden snudde synes å være at et større antall fastlønnsstillinger ble konvertert til driftstilskudd. En generell trend som også har pågått over mange år, er at stadig færre legevaktkontakter foregår per sykebesøk.

Ved den interkommunale legevakten i Nordhordland registrerte man en nedgang i antall henvendelser etter fastlegeordningen, og pasientene rapporterte økende hastegrad ved henvendelsene. Dette kan være en indikasjon på at terskelen for å oppsøke legevakt har blitt høyere etter fastlegeordningen, og at tilfeller med mindre hastegrad oftere tas hånd om av fastlegen i ordinær arbeidstid.

Ved samme legevakt fikk også fastlegene tilbakemelding om deres "lekkasje" av pasienter til legevakten. Dette ble gitt i form av rater, hvor legen kunne sammenligne sin egen rate med de andre legene som soknet til samme legevakt. Dette førte etter hvert til at færre pasienter oppsøkte legevakten. Et tilsvarende prosjekt ved legevakten i Skien førte imidlertid ikke til noen særlig endring i legevaktøkningen. Man fant heller ikke noen sammenheng mellom legevaktøkning og fastlegenes listelengde, listesammensetning, legenes kjønn eller egen deltakelse i vaktordningen.

Brukerundersøkelser ved legevaktene i Bergen og Nordhordland viser at 40 - 50 % av pasientene kan tenke seg å vente til neste dag, dersom de er sikret time hos fastlegen da. Få er imidlertid villige til å vente 4 - 5 dager. Dette tyder på at pasientene må sikres time hos fastlegen sin allerede neste dag, dersom henvendelsene på legevakt skal avta.

Ifølge Rikstrykdeverkets styringsdata deltar knapt 80 % av fastlegene i legevakt, men den reelle deltakelsen er lavere fordi mange setter bort vaktene sine. En undersøkelse av fire vakt-distrikter med til sammen 160 leger tyder på at vaktene blir fordelt på stadig færre allmennleger. Legene kan be seg fritatt fra legevakt når de passerer 55 år, og det synes som de aller fleste benytter seg av denne muligheten. Med et aldrende allmennlegekorps kan det derfor bli betydelige problemer med å få dekket opp legevakten i de kommende årene.

12.4.4. Samarbeid

I en større spørreskjemaundersøkelse i 2004 rapporterte 55 % av fastlegene at de er tilfredse eller svært tilfredse med samhandlingen med sitt sykehus. Flertallet mottar epikriser over en uke etter at pasienten er utskrevet, men 90 % er fornøyd med innholdet i epikrisene. Litt over halvparten av sykehusene tilbyr elektroniske epikriser. Et problem er at 20 % sjelden eller aldri får epikrise når en annen lege er innleggende lege for hans/hennes listepasienter.

30 % av fastlegene hadde felles faglige retningslinjer for pasientbehandling sammen med sykehuset, men så mange som 40 % visste ikke om det eksisterer slike felles retningslinjer. Knappt 30 % visste om deres sykehus hadde etablert praksiskonsulentordning (PKO). Blant dem som hadde mulighet, deltok 12 % i PKO og 45 % ville delta dersom de får tilbud om det.

Fastleger som brukte mellomstore sykehus som lokalsykehus var mer tilfredse med samhandlingen enn de som brukte små og store sykehus. Kurs og aktiviteter mellom første- og andrelinjetjenesten hadde en positiv effekt. Det var en negativ sammenheng mellom fastlegenes tilfredshet og sykehusenes kostnadseffektivitet. Fastlegene var mindre tilfredse med samhandlingen om eldre pasienter.

I den samme studien forsøkte man å kartlegge henvisningsmønsteret til fastlegene med utgangspunkt i fire hypotetiske tilfeller/diagnoser. Det viste seg da at spesialister i allmennmedisin henviste sjeldnere enn andre. Økende listelengde og bedre tilgjengelighet i andrelinjetjenesten medførte flere henvisninger til privatpraktiserende spesialist. Dette kan være en indikasjon på at privatpraktiserende spesialister i noen grad fungerer som et alternativ til allmennleger.

Det er bare fire av ti fastleger som mottar informasjon fra kommunehelsetjenesten når en listepasient får plass i sykehjem. 52 % blir rutinemessig bedt om pasientopplysninger ved langtidsopphold, 37 % ved korttidsopphold. Om lag halvparten av legene mener at de har muligheter til å påvirke når listepasienter prioriteres til kort- eller langtidsopphold. Denne studien tyder på at det er et potensial for forbedring i kommunikasjon mellom fastleger og pleie- og omsorgsetaten.

To studier har analysert samarbeidet mellom fastleger og hjemmesykepleie når det gjelder medikamentbruken hos deres felles pasienter. Disse undersøkelsene viste at det bare i knapt halvparten av tilfellene er fullt samsvar mellom opplysningene om faste medisiner i fastlegens journal og i hjemmesykepleiens medisinalister. Mange pasienter mottar legemiddelbehandling som fastlegen ikke er kjent med. Og omvendt blir mange medikamenter som er ordinert av fastlegen, ikke gitt til pasientene. Det er mange årsaker til dette, men også disse studiene viser et åpenbart behov for bedre samarbeid og kommunikasjon mellom fastleger og hjemmesykepleie.

I en spørreskjemaundersøkelse mente 24 % av fastlegene i Bergen at samarbeidet med andre instanser var blitt bedre som følge av fastlegeordningen, 57 % mente at det var uendret, mens 5 % mente det var blitt vanskeligere. Riksrevisjonens undersøkelse viste at andelen kommuner som mente at det tverrfaglige samarbeidet fungerte bedre enn før, steg entydig med kommunestørrelsen.

I en kvalitativ studie med fokus på pasienter med alvorlige psykiske lidelser beskrev de fleste pasientene fastlegen som oppmerksom overfor deres behov for spesialisthelsetjenester, men de hadde ellers små forventninger til at de ulike helsetjenestene skal samarbeide.

Det som i størst grad preget samarbeidsrelasjonen med psykiatrien var dårlig tilgjengelighet. Fastlegene ønsket først og fremst å samarbeide med psykiatere og psykologspesialister og foretrakk å kunne ta en rask og uformell kontakt, uten å bruke for mye tid. De høyskoleutdannede profesjonene (sykepleiere og sosionomer) var på sin side mer kritiske til fastlegenes prioritering av samarbeid. En kvantitativ analyse av kontakter med distriktpsikiatriske sentre viste at sykepleiere i kommunen oftere er involvert enn fastlegen i samarbeidet om de tyngste pasientene.

Fastlegene var for øvrig svært positive til samarbeidet med psykiatriske sykepleiere og hjemmesykepleiere i kommunen. Disse har som oftest mest kontakt med pasienten og kan fange opp endringer i deres tilstand. De fleste fastleger uttrykker stor tiltro til tjenesten og roser det arbeidet de gjør. Det er bare et fåtall av fastlegene som har vært med på å utarbeide individuelle planer for sine pasienter, og de fleste har også en restriktiv holdning til hvor mye de skal involvere seg i ansvarsgrupper. Det er først og fremst tidsbruken, ikke økonomien, som er årsak til dette.

I en annen kvalitativ studie med fokus på barn og ungdom med psykiske problemer fant man at det er lite faste rutiner og strukturert samarbeid mellom fastlegen og andre instanser. Kontakt mellom helsesøster og fastlege blir oftest initiert av helsesøster, men hun kan ha problemer med å finne ut hvem fastlegen er. Ofte blir skolelegen kontaktet i stedet for fastlegen, som ofte blir vurdert som lite tilgjengelig på grunn av timebestilling, tidsknapphet, egenandeler m.m. Fastlegene på sin side opplever ofte at de kommer svært sent inn i prosessen.

Ansatte i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) opplever at fastlegens rolle er uklar overfor målgruppen, og har inntrykk av at fastlegen ofte ikke har tid til å ha et overordnet ansvar. Flere mener også at fastlegene har liten interesse og mangelfull kompetanse om psykisk helse hos barn og unge. Fastlegene ser også at det i mange saker er begrenset hva de kan bidra med, og uttrykker et behov for veiledning, spesielt i forhold til medisinerings.

I en spørreskjemaundersøkelse blant foresatte til barn og unge med psykiske problemer var fastlegens samarbeid med andre instanser den dimensjonen av tjenestetilbudet som kom dårligst ut. Denne studien indikerte også at 10 - 25 % av pasientene ikke hadde hatt kontakt med lege i primærhelsetjenesten i forhold til den aktuelle problematikken. De fleste pårørende ønsker at fastlegen får en mer sentral rolle i tiltak for barn og unge med psykiske problemer, men samtidig er de skeptiske til fastlegens interesse og kompetanse.

12.4.5. Styring

Styringen av allmennlegetjenesten skal skje gjennom kontrakter og avtaler med legen, og kommunen skal i større grad opptre som kontraktpartner og ikke arbeidsgiver. Når legene først har startet i en fastlegehjemmel, er de stort sett uavhengige av kommunen organisatorisk sett. Verken organisatoriske eller økonomiske insentiver inngår som selvfølgelig styringsredskaper, og dette gir kommunene særlige utfordringer når det gjelder styringen av legene.

Rammeavtalen mellom KS og legeforeningen fastslår at det skal opprettes samarbeidsutvalg og allmennlegeutvalg i kommunen, og det legges opp til en relativt ambisiøs samhandlingsstruktur der legene i stor grad gis anledning til å være medspillere og samarbeidspartnere. Avtalen kan best karakteriseres som en "relasjonell kontrakt" som kjennetegnes av at partene har en felles interesse av å opprettholde et langsiktig forhold, og det legges relativt liten vekt på detaljregulering av plikter og rettigheter. Dette preger også de individuelle kontraktene mellom kommunen og hver enkelt lege.

At partenes plikter og rettigheter i liten grad er spesifisert, gjør at rammeavtalen ikke er til særlig hjelp dersom det oppstår uenigheter eller konflikter. I slike tilfeller etterlyser gjerne begge parter større grad av detaljert beskrivelse av deres respektive rettigheter og plikter.

Minimumskravene til kommunal styring av legetjenesten etter Fastlegereformen er ganske små, og de fleste kommunene synes å ha relativt små styringsambisjoner. Dette er også knyttet til at kommunene i all hovedsak uttrykker tilfredshet med hvordan legetjenesten fungerer.

Kommunene gir også uttrykk for at de legger stor vekt på å ha et godt forhold til legene. I tillegg til at et godt samarbeidsklima oppleves som en verdi i seg selv, er det også viktig å understreke at rimelig gode relasjoner til legene utgjør en forutsetning for at de dialogiske styringsformene i kommunene kan fungere. Kommunene har i liten grad tilgang til mer tradisjonelle styringsredskaper. I all hovedsak fremstår kommunene også som mer avhengige av kommunikasjonen med legene enn omvendt.

I de aller fleste kommunene er det kommunelege 1 som ivaretar kommunikasjonen med legene på vegne av kommunen, uavhengig om han eller hun har det formelle ansvaret for legetjenesten eller ikke. Det har stor betydning at den personen som skal formidle mellom systemene og bidra til at spørsmål blir løst, har tilstrekkelig personlig autoritet. Dette er knyttet til at de blir stående som personlige garantister i forhold til begge parter, noe de bare kan gjøre dersom de har tilstrekkelig personlig tillit.

Kommunen oppfatter legene som en sterk profesjon og med en sterk faglig autonomi. Dette avspeiler seg også i at regelverket knapt berører hvordan legen skal ivareta sine faglige oppgaver. Mange kommuner mente imidlertid at de fleste legene hadde "nok med sitt" (det pasientrettede arbeidet) og at det var vanskelig å få dem til å delta på en bredere basis i utviklingen av legetjenesten i kommunen.

Legetjenesten er på mange måter en fristilt og selvgående tjeneste, men på enkelte områder har kommunen særlige behov for å styre. Det dreier seg om å skaffe nok leger og innpasse disse i nye eller gamle hjemler. Et annet område der alle kommunene mener de har behov for styring er det allmennmedisinske offentlige legearbeidet. Det er også behov for en viss styring av samarbeidet mellom legene og øvrige kommunale tjenesteytere.

I en spørreskjemaundersøkelse til landets kommuner fant man at 74 % hadde opprettet samarbeidsutvalg og 63 % allmennlegeutvalg. De fleste som ikke har slike utvalg oppgir at forholdene er så små at de ikke har behov for formaliserte utvalg.

Riksrevisjonen fant i 2004 at 30 % av kommunene ikke hadde etablert samarbeidsutvalg med legene. I de minste kommunene var det 68 % som manglet samarbeidsutvalg. Et flertall av kommunene mente at deres mulighet til å styre allmennlegetjenesten er uendret etter reformen, men blant de store kommunene var det et klart flertall som mente at mulighetene for styring er blitt bedre.

Halvparten av kommunene som opplyste at de hadde uløste utfordringer i allmennlegetjenesten før innføringen av fastlegeordningen, mente at reformen har betydd svært lite eller ingenting for å løse disse utfordringene. Ca. 40 % av kommuner med mer enn 10 000 innbyggere mente at fastlegeordningen har betydd mye eller svært mye for å løse problemene i allmennlegetjenesten.

Kommunenes ulike erfaringer skyldes trolig at utfordringene var ulike i utgangspunktet. Problemene i de små kommunene er hovedsakelig knyttet til rekruttering og stabilitet.

12.5. Brukere med store og sammensatte behov

En kvalitativ undersøkelse blant storforbrukere av legetjenester i Oslo-området tyder på at fastlegeordningen har hatt liten praktisk betydning for denne gruppen. Det at de har fått en fastlege, fører ikke til at deres varierte og omfattende bruk av legetjenester har endret seg. De går utenom ordningen når de mener at de har behov for det. De opprettholder gamle relasjoner og oppretter nye relasjoner til andre leger enn sin fastlege. Dette kan være bruk av private legetjenester, spesialisttjenester (uten henvisning) og andre allmennleger. De velger ofte andre løsninger når de er misfornøyde med fastlegens tilgjengelighet eller kompetanse.

I en studie hvor man har koblet data fra levekårsundersøkelsen med opplysninger om fastlegenes listelengder har man undersøkt om tilgjengeligheten for grupper med store helsebehov er spesielt vanskelig hos leger med lange lister. De som har dårlig egenvurdert helse og de som har kronisk sykdom, har flere legekontakter per år, oppsøker oftere legevakten og andre leger enn sin fastlege, og har flere kontakter med spesialisthelsetjenesten. Bruksmønsteret for disse ”tunge” pasientene er imidlertid ikke påvirket av fastlegenes listelengder. Det var ingen ting som tyder på at leger med lange lister rasjonerer konsultasjonene og/eller henviser oftere til spesialisthelsetjenesten.

I en kvalitativ studie med fokus på pasienter med alvorlige psykiske lidelser var pasientene stort sett fornøyd med tilgjengeligheten hos fastlegen. Fastlegene mente også selv at tilgjengeligheten er relativt bra for denne pasientgruppen, og noen bedrer tilgjengeligheten ytterligere gjennom å praktisere fleksible løsninger overfor pasienter som de vet er skrøpelige. De aller tyngste pasientenes behov for hjelp fanges gjerne opp av annet helsepersonell i kommunen. Andre kommunale helsearbeidere rapporterer imidlertid at det varierer veldig mye mellom fastleger hvor mye de engasjerer seg. Noen uttrykker misnøye med fastlegenes fleksibilitet i forhold til å agere overfor kriser, noe som medfører mange akutte henvendelser på legevakten.

Foresatte til barn og unge med psykiske problemer var også relativt godt fornøyd med tilgjengeligheten og kommunikasjonen med fastlegen, men syntes at fastlegene har et forbedringspotensial i forhold til å gi informasjon om andre tjenester. Fastlegens samarbeid med andre instanser var den dimensjonen av tjenestetilbudet som kom dårligst ut. De fleste pårørende ønsker at fastlegen får en mer sentral rolle i tiltak for barn og unge med psykiske problemer, men samtidig er de skeptiske til fastlegens interesse og kompetanse. Det var lite faste rutiner og strukturert samarbeid mellom fastlegen og andre sentrale instanser, og samarbeidspartnere hadde inntrykk av at mange fastleger ikke har tid eller interesse for å ta ansvar for disse pasientene.

En egen analyse av brukere med kroniske sykdommer (muskel/skjelett, hjerte/kar, luftveissykdommer og psykiske lidelser) viste at disse gruppene i større grad enn andre allerede hadde en fast lege før reformen. Det var også viktigere for disse gruppene å beholde den samme legen, og en større andel fikk da også oppfylt førstevalget sitt.

De som har psykiske problemer er mindre tilfredse med tiden de får hos fastlegen. Forskjellene er ikke blitt mindre etter fastlegeordningen. Det er også en tendens til at personer med psykiske lidelser, i motsetning til de andre gruppene, er blitt mindre tilfredse med ventetiden. Det store flertallet foretrekker å ha en fast lege, men det er en økende andel personer med psykiske lidelser og muskel- og skjelettsykdommer som sier at de heller ønsker å bruke flere ulike leger. For de andre gruppene synes ikke den reduserte fleksibiliteten å være noe problem.

13. Utfordringer

13.1. Tilgjengelighet

Fastlegeordningen setter økte krav til legekantorenes tilgjengelighet, bl.a. fordi pasientenes valgmuligheter er innskrenket. De fleste legekantorene tar bare i mot sine egne pasienter, og det er ikke lenger mulig for pasientene å ta en ringerunde for å høre hvor de kan komme til først. Tilgjengeligheten til eget fastlegekontor blir derfor i stor grad bestemmende for tilgjengeligheten til helsevesenet.

Evalueringen tyder på at tilgjengeligheten er blitt noe bedre etter fastlegeordningen, kanskje først og fremst fordi kapasiteten ble utvidet gjennom tilførsel av flere hundre nye legeårverk. Det er imidlertid indikasjoner på at tilgjengeligheten fortsatt oppleves for dårlig, både når det gjelder telefontilgjengelighet, ventetid på time og tilgjengelighet på legevakt. Tilfredsheten med disse aspektene av legetjenesten skåret systematisk lavest i evalueringen.

Når det gjelder telefontilgjengeligheten, er det trolig at ny teknologi kan spille en viktig rolle. Mange av telefonhenvendelsene kan erstattes av alternative kommunikasjonsformer. Flere og flere legekantor tar i bruk SMS, og tilknytningen til det nasjonale helsenettet åpner for sikker elektronisk post mellom pasient og legekantor. Det kan også bli vanligere å sette ut telefontjenesten til profesjonelle operatører ("call center"). Det er å forvente at slike nye tjenestene vil avlaste den tradisjonelle telefonkontakten.

Ventetid på ordinær time er et usikkert mål på tilgjengelighet. Mange henvendelser til fastlegen er av en slik karakter at det er likegyldig om en venter en eller tre uker. Det som er viktig for pasientene, er å slippe til med påtrengende problemer, når de selv opplever at det haster. Timebøkene må derfor ha rom for å ta imot akutte henvendelser, øyeblikkelig hjelp. Registreringer blant pasienter på legevakt tyder på at mange er villig til å vente til neste dag dersom de er sikret time hos fastlegen da, men få er villig til å vente 4-5 dager. Dette tyder på at pasientene må sikres time hos fastlegen sin allerede neste dag, dersom henvendelsene på legevakt skal avta betydelig.

Tilgjengelighet er relativt enkelt å måle, og kan egne seg for audit-lignende kvalitetssikringsprosjekter. Det finnes for eksempel tekniske muligheter for objektive registreringer av telefontilgjengelighet, men også enkle, standardiserte opptellinger av ØH-timer og ventetidsregistreringer kan danne grunnlag for slike prosjekter. De enkelte legekantorene kan gjøre lokale registreringer som så samles inn og sammenlignes med et gjennomsnitt for mange kontor. Norsk allmennmedisin har erfaring for at dette er en arbeidsmåte som fungerer, først og fremst gjennom arbeidet med å bedre kvaliteten av laboratorieanalyser (NOKLUS). Dersom slike målinger gjentas over tid, vil de kunne ha en motiverende effekt, gi legekantorene tilbakemelding på om deres tiltak for å bedre tilgjengeligheten virker. Ved å kombinere enkle tilgjengelighetsmålinger med registreringer av pasienters tilfredshet, kan man også skaffe seg erfaring for hva brukerne regner som god eller akseptabel tilgjengelighet. På sikt kan slike prosjekter gi grunnlag for mer presise krav til fastlegenes tilgjengelighet.

13.2. Legevakt

På dette feltet synes det å eksistere motstridende interesser mellom brukere og leger. Brukerne er jevnt over lite tilfreds med tilgjengeligheten på legevakt, mens de fleste leger ønsker å begrense bruken av legevakt til det mest nødvendige. En omfattende spørreskjemaundersøkelse blant allmennleger i 1998 viste at sannsynligheten for at legen ville flytte økte i takt med antall legevakter per måned.¹ Det samme ble funnet i en studie av stillingsstabilitet i Finnmark og Nord-Trøndelag.² En annen spørreskjemaundersøkelse tyder på at mange fastleger melder seg ut av legevaktssamarbeidet og "setter bort" vaktene til andre.³

Mange av de stabile legene begynner å dra på årene, og har i følge særavtalen mellom Kommunenes Sentralforbund og Legeforeningen mulighet for å få fritak fra deltakelse i legevakt. Når disse erfarne legene trekker seg ut av vaktordningen, vil belastningen øke for de gjenværende legene, med fare for at vaktordningen i mange små kommuner kan bryte sammen.

Interkommunalt legevaktsamarbeid (IKL) har vært et tiltak for å bidra til rekruttering og stabilitet i legetjenesten i utkantkommuner gjennom å redusere vaktbelastningen på den enkelte lege. Arbeidet med å etablere hensiktsmessige vaktordninger støter imidlertid på utfordringer av organisatorisk og økonomisk art. Det har tidligere blitt gitt tilskudd til etablering av slike ordninger som del av de statlige stimulerings tiltak for å øke rekruttering til og stabilitet i legestillinger i utkantkommuner. Kommuner som deltar i IKL hevder at de får netto merkostnader ved slik organisering. Økte kommunale utgifter er knyttet til lønn til ekstra sykepleier på natt i tillegg til lege, behov for bakvakter i store distrikter og lavere inntekt fra egenandeler og refusjoner enn forventet fordi bruken av legevakt er redusert etter innføringen av IKL.⁴ Wisløffutvalget (samhandlingsutvalget) anbefaler at interkommunale legevaktordninger videreføres og styrkes der hvor geografien tilsier slike løsninger, og foreslår at det etableres en ordning med statlig finansiering i form av refusjoner for tilstedevaktene i interkommunale legevakter.⁵

I noen grisorgrindte utkantkommuner er imidlertid avstandene for store og kommunikasjonerne for tungvinte til at det er hensiktsmessig å basere seg på interkommunal legevakt alene. Innbyggerne ville neppe akseptere slike ordninger, og legene ville likevel måtte ha en eller annen form for beredskap i sine egne kommuner. Et interkommunalt samarbeid kan imidlertid likevel være avlastende ved at legen på legevaktsentralen siler alle telefonhenvendelser og tar stilling til om det er nødvendig å involvere legen som har bakvakt. En tilknytning til den interkommunale legevakten vil dessuten ha betydning for opplæring, trening og kvalitetssikring. Det vil også bli flere som kan dele på å være bakvakt for turnuslegene.

Legeforeningen har i en rapport om legevakt i kommunehelsetjenesten foreslått 50 minutter som maksimal akseptabel reisetid til den interkommunale legevaktsentralen, samt at det etableres ambulansestasjoner i tett befolkede utkanter med behov for bakvaktordning.⁶ Mange utkantleger har også lagt vekt på at takstsystemet må tilpasses slik at det blir mer regningssvarende å ha legevakt i utkantene. Det er uansett behov for mer systematisert kunnskap om legevakt i utkantene, både fra lege- og pasientperspektiv.

I tillegg til det organisatoriske er det også viktig å fokusere på det faglige innholdet i legevaktmedisin.⁷ Økte krav til kvalitet gjør denne delen av primærhelsetjenesten ekstra utsatt: Arbeidet går ofte fort for seg med ukjente pasienter, utført av leger med varierende erfaring, samt under manglende samhandling med støtteapparatet. Det er nylig etablert et nasjonalt senter for legevaktmedisin knyttet til Universitetet i Bergen og Nasjonalt senter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom). Senteret skal ha oppgaver innen utdanning av helsepersonell og andre relevante faggrupper, utviklingsarbeid, forskning, epidemiologisk overvåking og statistikk.

13.3. Byttemuligheter og tilgjengelighet hos andre fastleger

For at innbyggerne skal ha et reelt legevalg, også ved ønske om legebytte, bør det være minimum to åpne lister å bytte til innen rimelig reiseavstand. Ved utgangen av første halvår 2005 var 52,7 % av alle listene åpne. Lavest andel åpne lister var det i Østfold (32,7 %), høyest i Oslo (75,9 %). Det var 107 kommuner hvor det bare var en eller ingen lister med ledig kapasitet. Nesten halvparten av dette var imidlertid småkommuner som bare har en fastlege, og hvor innbyggerne uansett må søke til andre kommuner om de ønsker å bytte fastlege. 23 kommuner hadde ingen fastlege med åpen liste.

Dersom en ser antall listeplasser i forhold til antall deltakere i fastlegeordningen, synes det å være en overkapasitet på 10 %. Andelen varierer fra 5,1 % i Østfold til 16,4 % i Vest-Agder.

Det er likevel usikkert om denne overkapasiteten er reell. To av evalueringsprosjektene (Sørensen, Hetlevik) tyder på at bare 20 % av fastlegene egentlig ønsker lengre lister.⁸⁻¹⁰ Noen leger som av taktiske grunner satte listetaken sine urealistisk høyt ved den første tildelingen, kan ha beholdt dette

høye taket. Disse legene vil trolig lukke listene sine på et lavere nivå dersom de får et vesentlig tilslag av nye pasienter. Når reservekapasiteten avtar på denne måten, kan det lett oppstå en dominoeffekt, med stadig færre åpne lister og økende tilslag til de få gjenværende listene som fortsatt er åpne. I fastlegeforsøket erfarte man at legenes arbeidsmengde økte i løpet av de første årene etter innføring av ordningen,¹¹ og hvis legedekningen er knapp, kan man lett ende opp i en situasjon som i Trondheim der alle listene var lukket i januar 2000.¹² Det er derfor viktig at kommunene er forutseende og oppretter et tilstrekkelig antall nye hjemler i tide for å unngå en slik utvikling.

Helsemyndighetene har mottatt en del henvendelser fra personer som finner det vanskelig å slippe til hos andre leger enn sin fastlege. Spesielt gjelder dette tilgang til fastlege i andre kommuner hvor man midlertidig oppholder seg, blant annet for studenter.¹³ Dette kan være uttrykk for at mange fastleger har tatt på seg for lange lister og har for liten reservekapasitet. "Fremmede" pasienter vil derfor ofte være henvist til å bruke legevakten, noe som er særlig uheldig dersom det dreier seg om helseproblemer som trenger oppfølging over tid. Kommuner med mange midlertidig bosatte må dimensjonere fastlegetjenesten sin slik at legene har tilstrekkelig reservekapasitet til å ta i mot studenter, pendlere og andre som oppholder seg midlertidig i kommunen.

13.4. Etablering og overdragelse av praksis

Når en fastlege slutter, er det kommunen som skal lyse ut og tildele den ledige hjemmelen til en ny lege. Dette skal skje i samråd med de gjenværende legene hvis hjemmelen er lokalisert i en gruppepraksis. Etterpå skal de to legene bli enige om vilkårene for overdragelse av praksisen. Det er legens praksis, ikke pasientlisten, som overdras.

Fastlegeordningen har gjort nyetablering langt vanskeligere, da det tar lang tid å bygge opp en pasientliste fra null. Reformen har derfor medført at verdien på en opparbeidet praksis har steget vesentlig. Budrunder er i strid med avtaleverket, men Alment praktiserende lægers forening (Aplf) kjenner likevel til at noen få praksiser er omsatt etter budrunder og for omtrent en million kroner.¹⁴ I 2005 ble også praksiser i Bergen omsatt for omtrent en million, og det er ventet at prisene vil stige ytterligere.¹⁵

Prisen er begrenset oppad til 136 % av siste års brutto omsetning. Så langt har ingen overdragelser vært i nærheten av dette nivået i Norge. Men i Danmark, som har hatt fastlegeordning i mange år, er det vanlig at prisnivået ligger tett oppunder taket som der er definert som 133 % av omsetningen.

Det er et stort økonomisk løft å etablere seg som privatpraktiserende fastlege. Dette fører trolig til at de som velger å ta dette løftet også er svært motiverte for å arbeide som fastlege. På den annen side er det en fare for at fastlegene selekteres på økonomisk grunnlag.

Det er nødvendig å sikre alternative inngangsporter for leger som vurderer å bli fastleger. Noen vil kunne begynne som vikar eller komme til enighet med kommunen om å starte i en fastlønnsstilling. I de sentrale forhandlingene i 2002 ble det dessuten innført en ny bestemmelse som gir leger over 60 år rett til å dele sin liste med en annen fastlege ("deleliste"). Praksis må drives i samme legesenter, og listelengden kan ikke økes med mer enn 25 %.

13.5. Turnusleger

Formålet med den praktiske tjenesten (turnustjenesten) er at turnuslegen gjennom arbeid som lege under særskilt veiledning, opplæring og supervisjon skal få nødvendig erfaring med akutte tilstander, samt tilegne seg praktisk rutine for selvstendig å kunne utføre vanlig legevirksomhet på forsvarlig måte.

Det er kjent at kvaliteten på denne tjenesten har vært varierende, og mange turnusleger har opplevd for dårlig veiledning. En studie viste at en firedel av turnuslegene angret på yrkesvalget i løpet av turnustiden. Hard vaktbelastning og redselen for å gjøre feil dempet gleden ved å arbeide som

selvstendig lege for omlag en tredjedel.¹⁶ Turnuslegene rapporterer imidlertid at veiledningen er bedre i distrikt enn på sykehus.¹⁷ For turnustjenesten i kommunehelsetjenesten er det nå etablert fylkesveiledere som samler turnuslegene og de lokale veilederne til møter, hvor både faglige, sosiale og personlige problemer blir diskutert.

Det har vært en sterk økning i antall turnusleger de senere årene på grunn av flere studieplasser ved universitetene og flere som studerer medisin i utlandet. Økningen har vært så sterk at enkelte nå må vente seks måneder på å avtjene turnustjenesten. Det er opprettet mange nye turnusplasser, og det er en fare for at antallet blir en trussel mot kvaliteten i tjenesten. Det er derfor blitt enda mer påkrevd med evaluering og kvalitetssikring av tjenesten.¹⁸

Den ujevne tilstrømningen er et stort problem for fastleger som har inngått avtale om mottak og veiledning av turnusleger. Veileder må dimensjonere listen sin slik at det er tilstrekkelig mange pasienter også for turnuslegen, og det kan derfor bli et betydelig problem å betjene listen dersom turnuslegen uteblir et halvår.

Kommunen mottar fra 1. juli 2001 et økonomisk tilskudd (turnustilskudd) til dekning av kommunenes økonomiske forpliktelser knyttet til turnusleger. I tillegg mottar kommunen turnuslegens inntjente refusjoner og egenandeler. Økonomien for fastlegene er et spørsmål om forhandlinger med kommunen. Kommunenes Sentralforbund uttaler til helsedepartementet at dette i en god del tilfeller har blitt svært kostbart for kommunene. Kommunene er i en vanskelig forhandlingsposisjon når innpassing i privat praksis er eneste alternativ. Kommunens dilemma oppstår fordi fylkeslegen kan pålegge kommunen å motta turnuslege, mens kommunen ikke kan gi et tilsvarende pålegg til sine privatpraktiserende leger om å motta og veilede turnuslege.¹³

13.6. Samfunnsmedisin og offentlig legearbeid

Fastlegeordningen la til rette for en styrking av det offentlige allmennmedisinske legearbeidet ved at alle fulltids fastleger kan pålegges inntil 7,5 timer arbeid i sykehjem, på helsestasjoner eller i skolehelsetjenesten. Evalueringen viser at dette potensialet ikke er utnyttet. Fastlegene utfører i gjennomsnitt 5 - 5,5 timer offentlig allmennmedisinsk arbeid per uke, og det synes ikke som det har skjedd noen styrking som følge av fastlegeordningen.

Dette skyldes ikke laber interesse fra fastlegenes side, og kan heller ikke tilskrives dårlig avlønning. Årsaken ligger i mangel på stillinger eller at kommunene holder stillinger vakante. Mange kommuner opplevde at Fastlegereformen ble kostbar, og det er rimelig å tenke seg at knappe ressurser i kommunene er en viktig forklaring på manglende kommunal satsing på offentlig legearbeid.¹⁹ På den annen side er det i småkommunene fastlegeordningen er dyrest,²⁰⁻²² og det er samtidig disse kommunene som bruker mest ressurser på offentlig legearbeid.

Det kan være et faglig problem at et stort antall fastleger utfører offentlig allmennmedisinsk arbeid i små bistillinger. Dette gjelder spesielt i sykehjem, hvor det er store medisinske utfordringer som krever betydelig kompetanse hos tilsynslegene. Oppsplitting av legetjenesten kan lett gi den et fragmentarisk preg med pulverisering av hvem som har medisinsk faglig ansvar. Rehab-Nor foreslår i en rapport at man styrker legetjenesten til eldre med heldøgns pleie- og omsorgsbehov, og at stillingsbrøkene normalt ikke bør være under 40 %.²³ Faglig sett hadde det vært en fordel om det offentlige legearbeidet ble fordelt på færre leger, men da må det gjøres mer attraktivt for å tiltrekke seg leger som kunne tenke seg å arbeide mer konsentrert med offentlig legearbeid (mer enn 7,5 timer per uke).

I motsetning til offentlig allmennmedisinsk arbeid kan fastlegene ikke pålegges samfunnsmedisinsk arbeid. Dette gjelder fagområder som medisinsk-faglig rådgivning for kommuneledelsen, spesielt innenfor miljørettet helsevern, helseberedskap, helsestatistikk, planlegging og kvalitetssikring, samt arbeid som smittevern. Dette er arbeid som har blitt nedprioritert i en årrekke, og det er ingen ting som tyder på at fastlegeordningen har medført vesentlige endringer.

Samfunnsmedisinerne som ble intervjuet i et av evalueringsprosjektene pekte på noen tiltak som de mente kunne bidra til at de samfunnsmedisinske legetjenestene kunne ivaretas på en bedre måte.

Størst betydning ble tillagt utdanningsprogrammer, tilrettelegging for spesialisering og styrking av kontakten mellom sentrale ressursmiljøer og lokal samfunnsmedisin. Mange nevnte også bedre lønn og interkommunale ordninger som positive tiltak.

13.7. Portvaktfunksjonen

Fastlegen skal være pasientens hjelper, koordinator og portvakt til resten av helsevesenet. En styrking av denne funksjonen ble på forhånd antatt å gi en effektiviseringsgevinst som følge av at mer behandling og oppfølging ville skje på lavest effektive omsorgsnivå, reduksjon av dobbeltarbeid, strengere henvisningsordning m.m.²⁴ Selv små endringer i allmennlegenes henvisningsmønster kan få store konsekvenser i andrelinjetjenesten, siden det store flertallet av alle pasienthenvendelsene vanligvis tas hånd om *uten* videre henvisning.

Internasjonale erfaringer tyder på at nasjoner som har en velutviklet primærhelsetjeneste har et mer kostnadseffektivt helsevesen enn nasjoner som baserer seg på fri adgang til spesialister.^{25 26} Det er imidlertid ikke dermed sagt at det er portvaktfunksjonen som er den utslagsgivende faktoren. Erfaringer fra USA tyder ikke på at man reduserer kostnadene i spesialisthelsetjenesten ved å introdusere allmennleger som portvakter, og det er mer sannsynlig at den utslagsgivende faktoren er spesialisttettheten.²⁷

Evalueringen av fastlegeordningen kan tyde på at den tettere bindingen mellom lege og pasient fører til at legene prioriterer lojaliteten til pasienten på bekostning av portvaktfunksjonen. Det legges økende vekt på kundevennlig service. Det er et økende antall pasienter som blir henvist, utredet og behandlet i andrelinjetjenesten. Videre viser evalueringen at det også i Norge er et høyere forbruk av spesialister der hvor tilgjengeligheten til disse er god.

Det er ikke bare rent medisinske vurderinger som ligger til grunn når fastlegen velger å henvise pasienten videre. Det er trolig et komplisert samspill mellom mange faktorer, som også omfatter pasientens ønske om henvisning, kapasitet og tilgjengelighet i andrelinjetjenesten, egen kompetanse og tid, økonomiske vurderinger m m.

Fastleger som har for mange pasienter kan skaffe seg avlastning gjennom å henvise flere videre. Den relative størrelsen på basistilskuddet kan influere på hvor lange lister legen velger å ta på seg. Økning av konsultasjonshonoraret på bekostning av tids- og prosedyretakster kan føre til at man får flere korte konsultasjoner og henviser mer av det tidkrevende arbeidet videre.

Det er behov for mer kunnskap om hvilken betydning slike ikke-medisinske faktorer har for fordelingen av arbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten. Det er også grunn til å se nærmere på den oppsmuldringen av portvaktfunksjonen som skjer ved at andre profesjoner får adgang til å henvise og sykmelde.²⁸

Et annet viktig område hvor fastlegenes portvaktrolle blir satt på prøve er i forhold til sykmelding og uføretrygd. Det så lenge ut til at avtalen om inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) ikke ville gi de ønskede resultater, og Stortinget vedtok derfor i 2004 skjerpede forpliktelser både for arbeidsgivere, arbeidstakere og leger. Et av tiltakene som ble satt i verk var et omfattende fagutviklingsprogram i regi av Rikstrygdeverket og Legeforeningen.²⁹ Etter dette har sykefraværet gått betydelig ned. Tatt i betraktning de store økonomiske konsekvensene dette har, bør det være av interesse å undersøke nærmere hvilken betydning fastlegenes holdninger og rolle har hatt for denne utviklingen.

13.8. Egenandeler

Stykkprisandelen av fastlegenes inntekter består av egenandeler fra pasientene og refusjon fra folketrygden. Den relative fordelingen mellom disse to komponentene bestemmes av Stortinget, mens de enkelte takstene i Normaltariffen fastsettes i forhandlinger. I tillegg til å være et inntektssystem for legene, er også Normaltariffen et insentivsystem som skal bidra til at helsepolitiske mål nås, for

eksempel prioritering av pasientgrupper. Det kan være prosedyrer man ønsker utført, tidsbruk eller å prioritere spesielle pasientgrupper som kronikere, psykisk syke eller rusmisbrukere.

Konsultasjonshonoraret (takst 2ad) består kun av en egenandel. Dette medfører at når Stortinget vedtar økninger i egenandelen, uten at legenes inntekter skal øke, må en redusere andre refusjonssatser i Normaltariffen, for eksempel betalingen for å utføre forskjellige prosedyrer eller betaling for å bruke tid på pasientene. Betalingssystemet kan dermed få konsekvenser for fastlegenes faglige prioriteringer. Å øke prisen på konsultasjonene kan dessuten innebære et signal om å prioritere mange og korte konsultasjoner, og overlate mer av tidkrevende utredninger til spesialisthelsetjenesten. Partene har i forhandlingene søkt å unngå en slik trend ved å etablere flere egenandeler i stedet for å øke prisen på konsultasjonene.³⁰

Legeforeningen har pekt på det paradoksale i at det aller meste av pasientbetalingen er lagt til bruk av inngangsporten til helsetjenesten, fastlegene. Fastlegene skal representere et lavterskeltilbud. En av deres viktigste oppgaver er å vurdere pasientenes bekymringer og plager, og gjennom det avklare behovet for medisinsk utredning og behandling. Man kan frykte at økte egenandeler fører til at innbyggerne vegrer seg for å søke slike avklarende tjenester, og det advares mot at fattige og unge risikerer å bli alvorlig syke, fordi de ikke kan betale egenandelene.^{31 32} Et av evalueringsprosjektene peker også på at egenandeler er en barriere som hindrer ungdom i å oppsøke fastlegen.³³ I andre land med fastlegeordning er gratis å gå til fastlegen.^{34 35}

Det er grunn til å tro at disse forholdene har betydning både for tilgjengeligheten og effektiviteten i fastlegeordningen. Det bør derfor iverksettes forskningsprosjekter som kan gi mer kunnskap om hvilke (utilsiktede) effekter de gjentatte egenandelsøkningene har. I denne sammenheng kan det også være aktuelt å undersøke hvor mange årsverk helsearbeidere (leger, sykepleiere og legesekretærer) bruker på å innkreve egenandeler. Et ressursbesparende tiltak kan være å la storforbrukere av legetjenester få kjøpe frikort ved årets begynnelse.

13.9. Asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente

I tillegg til rent medisinskfaglige spørsmål som kan være både uvante og kompliserte, gir denne gruppen også en rekke utfordringer av mer organisatorisk art. De skal gis tilbud om fastlege så snart som mulig etter at de har bosatt seg i en kommune. I praksis viser det seg at dette ikke alltid fungerer som det skal. Helsetilsynet rapporterer at en fjerdedel av kommunene ikke har innrettet seg slik at nyankomne asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente får informasjon om helsetjenesten og dens tilbud kort tid etter at de har bosatt seg i kommunen.³⁶

Dersom helsetilbudet til asylsøkere/flyktninger skal ivaretas av fastlege, må pasienten være medlem av folketrygden og betale egenandel. Trygderefusjon til fastlegen forutsetter at han kan oppgi et fødselsnummer eller et såkalt D-nummer for pasienten, til trygdekontoret. Med andre ord må asylsøkeren ha et D-nummer for å få fastlege. Det er ingen automatikk i tildeling av D-nummer. Det søkes når behovet melder seg, for eksempel i forbindelse med tildeling av fastlege eller ved åpning av bankkonto. Det skjer av og til at samme person kan ha flere ulike D-nummer fordi ulike instanser har rekvirert D-nummer uavhengig av hverandre.

Mottakene opplyser at det er en krevende oppgave å informere asylsøkerne om fastlegeordningen, egenandeler, kvitteringskort, frikort etc. Det medfører mye byråkrati og arbeid å skaffe fastlege til beboerne, og i noen tilfeller har man gitt opp å få dette til å fungere. Arbeidet går lettere i de mottakene/kommunene hvor asylsøkerne forholder seg til en bestemt lege, for eksempel ved at en av kommunens fastleger har alle beboerne på sin liste.³⁷

Det er krevende å ha asylsøkere og nyankomne flyktninger på listen. Selve fastlegeordningens struktur passer dårlig for asylsøkere. Mange av dem er vant til å dra til "hospital" og vente lenge på tur når det feiler dem noe. De er ikke fortrolige med bruk av fast lege og timebestilling, og de kan, av språklige årsaker, ikke ringe for å bestille time. De dukker derfor uanmeldt opp på legekantoret eller bruker legevakten. Hvis ikke arbeidet er godt planlagt, er det risiko for at konsultasjonen foregår på for knapp

tid og uten profesjonell tolk. Det kan medføre overfladisk symptombehandling og sykmeldinger som får uheldige konsekvenser for flyktningen på lang sikt.³⁸

Flere har stilt spørsmål ved om fastlegeordningen som en generell ordning fungerer godt nok for grupper med sammensatte og/eller spesielle behov. Sosial- og helsedirektoratet har i denne sammenheng bedt departementet vurdere om allmennlegetjenester til asylsøkere kan bli bedre ivaretatt som allmennmedisinsk offentlig legearbeid enn som del av fastlegens listeansvar,¹³ og det kan synes rimelig å sette i gang forsøksprosjekter med dette.

13.10. Stoffmisbrukere – legemiddelassistert rehabilitering

I gjennomsnitt vil hver fastlege ha 2 - 4 tunge stoffmisbrukere på listen. Dette er en utfordrende gruppe siden de har betydelig oversykkelighet, både av somatisk og psykisk art.³⁹ Overdoser tar like mange liv som trafikkulykkene i Norge. Mange stoffmisbrukere pådrar seg alvorlige infeksjoner og er utsatt for vold, ulykker og skader. De er ofte i dårlig ernæringstilstand og har elendig tannstatus. Psykiatrisk sykdom kan være en følge av stoffmisbruk, men det er også mange med dobbeltdiagnoser som rus + schizofreni eller rus + affektive lidelser. Det er således ingen tvil om at dette er en gruppe som har stort behov for helsemessig oppfølging.

Det kan imidlertid være problematisk å betjene stoffmisbrukere i en vanlig fastlegepraksis. De fleste allmennleger har erfart å bli lurt eller manipulert til å skrive ut vanedannende medisiner. Noen har blitt utsatt for trusler, og andre har havnet i et ødeleggende bindingsforhold med uforsvarlig utskrivning av narkotika. Det er vanskelig å ha rusa og kranglete misbrukere på et venterom sammen med andre pasienter. Noen misbrukere er for øvrig så nedkjørt at de ikke er i stand til å oppsøke legekontoret.⁴⁰

Fra 1998 ble det bestemt at legemiddelassistert rehabilitering (LAR) av opiatavhengige skulle etableres over hele landet, og dette har medført at legene har fått en mer aktiv rolle i behandling av disse pasientene. Alment praktiserende lægers forening (Aplf) har imidlertid advart mot å legge en for stor del av ansvaret for LAR over på fastlegene.⁴¹ Det vises til følgende områder som mulige arenaer for allmennlegens deltagelse:

- Å ta initiativ til vurdering av hvorvidt LAR kan være indisert for en gitt rusmisbruker
- Å delta i ansvarsgruppemøter som ledd i oppfølgingen ved LAR
- Å stå for forskrivning av metadon til utlevering på apotek dersom dette er ønskelig
- Å vurdere urinprøveresultater dersom dette er ønskelig
- Å bidra til at pasienten får nødvendige trygdeytelser

Aplf mener at utdeling av metadon eller buprenorfin (Subutex) og kontroll av inntak ikke hører hjemme på et allmennlegekontor, men bør skje på apotek eller i institusjon med forsterket vakthold for lagring av narkotika. Overvåkte urinkontroller krever spesialutstyrt lokale og personellressurser som et allmennlegekontor ikke har, og bør derfor som en hovedregel ikke foregå der.

Det finnes eksempler på engasjerte fastleger som tar hånd om et stort antall stoffmisbrukere og som har skaffet seg betydelig kompetanse. Det foreligger imidlertid lite allmennmedisinsk forskning på dette feltet, og det er grunn til å tro at mange fastleger føler at de mangler tilstrekkelig kompetanse til å påta seg et hovedansvar for oppfølging av LAR-pasienter. Etter Aplfs oppfatning bør det etableres en spesialisert andrelinjetjeneste som har nødvendig faglig kompetanse og nødvendige ressurser for å imøtekomme rusmisbrukernes behandlingsbehov.⁴¹ Sosial- og helsedirektoratet har bedt departementet vurdere om pasienter under LAR kan bli bedre ivaretatt som allmennmedisinsk offentlig legearbeid enn som del av fastlegens listeansvar.¹³

13.11. Legemiddelforskrivning

Behandling med legemidler er den desidert vanligste behandlingen som iverksettes i norsk allmennpraksis. I mer enn 60 % av pasientkonsultasjonene skrives det ut resept på ett eller flere legemidler. I 2004 ekspederte norske apotek 25 millioner resepter, hvorav det aller meste stammet fra allmennpraktikere, til en samlet kostnad på ca. 16 milliarder kroner. Det offentlige dekker nesten 70 % av de totale legemiddelkostnadene, 50 % gjennom blåreseptordningen.⁴²

Nye legemidler er ikke alltid bedre enn gamle, men de er som regel dyrere. Nyere, patentbeskyttede blodtrykksmedisiner kan koste ti ganger mer enn eldre preparater med like god effekt. Likevel viser statistikken at norske blodtrykkspasienter i stor grad får skrevet ut de nyeste og mest kostbare legemidlene. Det samme har skjedd med andre medikamenter, f.eks. kolesterolsenkende og betennelsesdempende.

Industriens markedsføring av nyere medikamenter fører til at allmennlegene endrer sine forskrivningsvaner. Dette har ikke bare en økonomisk side, men kan også medføre en helsemessig risiko. Nye legemidler kan i ettertid vise seg å ha bivirkninger som ikke ble oppdaget under utviklingen av medikamentet. Dette kan skyldes at bivirkningene er sjeldne, at de først viser seg etter lang tid, eller at medikamentet bare er utprøvd på selekterte pasientgrupper.

I allmennpraksis møter legene ofte pasientgrupper som ikke har vært inkludert i kliniske studier. Det kan derfor være aktuelt å undersøke overføringsverdien fra kliniske studier til pasientgrupper i allmennpraksis. Allmennlegene står for 85 - 90 % av forskrivningen på blå resept, og det mangler kunnskap om i hvilken grad forskrivningen samsvarer med faglige retningslinjer, om forskrivningen har tilsiktet effekt eller hvor mye den blir påvirket av andre faktorer. Slik kunnskap kan også gjøre det enklere å utarbeide beslutningsstøtte til bruk ved forskrivningen. Departementet ønsker derfor å styrke forskningen på allmennlegenes forskrivning av legemidler.⁴²

Det norske reseptbaserte legemiddelregisteret (Reseptregisteret) ble opprettet 1. januar 2004 og inneholder detaljerte opplysninger om legemidler som er levert ut fra norske apotek. Opplysningene kan brukes til å belyse forskrivningsmønstre på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. Dette gjør det mulig å få oversikt over egen forskrivning og sammenligne seg med gjennomsnittet av kollegers praksis. Den enkelte lege kan få elektronisk tilgang til egen forskrivning og med utgangspunkt i dette evaluere egen praksis.

Den norske Lægeforening og Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo, gjennomfører i samarbeid med Folkehelseinstituttet prosjektet «Kollegabasert terapiveiledning» i perioden 2003-2006. Prosjektet tilbyr en strukturert etterutdanning for å bedre legemiddelforskrivning i allmennpraksis. Seks fylker på Østlandet er valgt som prosjektfylker. Allmennleger med særskilt opplæring skal undervise grupper av allmennleger i bruk av antibiotika og bruk av legemidler hos eldre. Effekten av tiltaket skal vurderes ved å se på legenes forskrivning av disse legemidlene både før og etter gjennomføringen, og i forhold til kontrollgrupper.

I tillegg til å fokusere på mer korrekt forskrivning av legemidler, er det også viktig å sikre at pasientene virkelig får de medikamentene som er forskrevet. To studier som har analysert legemiddelbruk hos pasienter i hjemmesykepleien, tyder på at mangelfull kommunikasjon innebærer betydelig risiko for feilmedisinering.^{43 44} Det var dårlig overensstemmelse mellom fastlegenes lister over faste medisiner og det som var anført hos hjemmesykepleien. Det er derfor viktig at det utvikles løsninger som muliggjør enkel og rask elektronisk kommunikasjon mellom fastlegenes og hjemmesykepleiens elektroniske journaler.

13.12. Forskning og fagutvikling

Fastlegereformen har ikke hatt fokus eller virkemidler direkte rettet mot den medisinske virksomheten eller innholdet i denne. Reformen er av organisatorisk karakter og plasserer ansvar. Fastlegeordningen legger likevel til rette for en utvikling av den faglige kvaliteten i allmennlegetjenesten, og kvalitetsaspektet i evalueringen har blitt etterlyst.^{45 46}

Mange allmennleger opplever daglig at kunnskapsgrunnlaget fra grunnutdanning og videre- og etterutdanning kommer til kort i møtet med vanlige helse- og sykdomsproblemer i befolkningen. Dette gjelder særlig ved kronisk sykdom, slik som muskel- og skjelettlidelser og psykiske problemer. I mangel av vitenskapsdokumentert forskning, er man ofte henvist til å basere seg på egen og andres personlige erfaring, med fare for variabel og tvilsom kvalitet.

Klinisk forskning i spesialisthelsetjenesten har begrenset overføringsverdi til allmennlegetjenesten. Anbefalinger som er basert på forskningsresultater i sykehus kan ha utilsiktede effekter i førstelinjetjenesten. Dette skyldes at pasientgrunnlaget er forskjellig. Undersøkelser og behandlingstiltak har ikke samme nytteverdi i en uselektet pasientpopulasjon på fastlegekontoret som i en spesialisert sykehusavdeling. Det er derfor nødvendig å styrke allmennmedisinsk forskning.

Oppbygging av sentrale databaser med registerdata fra fastlegepraksisene er et nyttig bidrag. Reseptregisteret er et eksempel på en slik database. Et annet eksempel er prosjektet "Sentrale data fra allmennlegetjenesten" (SEDA) som henter data ut fra fastlegenes elektroniske pasientjournal.⁴⁷ Et tredje eksempel kunne være et register basert på regningskortene som alle fastleger og turnusleger sender til Rikstrykdeverkets oppgjørskontor. Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) har etablert en felles datatjeneste for forskere i forbindelse med evalueringen av fastlegeordningen, og det ville være ønskelig at denne tjenesten kunne fortsette utover den avtalte evalueringsperioden. I tillegg til å danne grunnlag for forskning er slike databaser nyttige i kvalitetssikringsøyemed, ved at den enkelte lege kan få tilbakemeldinger om aktivitet i egen praksis i forhold til en gjennomsnittsprøfil.

Enda viktigere er det å gjennomføre mer klinisk forskning på pasienter i primærhelsetjenesten. Det meste av den kliniske forskningen som i dag gjøres, er initiert og styrt av legemiddelindustrien. Dette kan være store og omfattende prosjekter av høy kvalitet, oftest sterkt vinklet mot legemidler med stort markedspotensial, som f.eks. blodtrykksmedisiner. Nytteverdien av denne forskningen er marginal og beslaglegger dessuten et stort antall forskningsinteresserte allmennleger over lang tid.

Forskningsvillige fastleger bør stimuleres til å delta i mer relevante forskningsprosjekter enn det som skjer i dag. Det er for eksempel et stort behov for mer pålitelig kunnskap om muskel- og skjelettlidelser. I dag er for mye av behandlingen erfaringsbasert, og vi vet for lite om hvilke tiltak som har reell effekt og hvilke tiltak som bare har tilsynelatende effekt.

De fleste kliniske forskningsprosjekter i allmennpraksis må gjennomføres som multisenterstudier. Dette krever en kompetent forskningsledelse som kan planlegge, organisere og følge opp prosjektene og de deltagende legene. Industrien har vist at det er mulig å gjennomføre store og kompliserte forskningsprosjekter i norsk allmennmedisin, men med en betydelig ressursinnsats. En kan imidlertid ikke vente at industrien vil finansiere og organisere forskningsprosjekter i allmennpraksis uten at de omfatter bruk av legemidler. Det er derfor behov for alternativ finansiering.

Allmennpraksis mangler sterke faginstitusjoner som kan drive forskning. I så måte representerer fastlegene fire tusen enkeltpersoner. Hovedtyngden av allmennmedisinsk forskning i Norge i dag foregår ved de allmennmedisinske universitetsenheter i Tromsø, Trondheim, Bergen og Oslo, men sammenlignet med andre medisinske fagområder er disse enhetene små. Forskning er dessuten bare en av arbeidsoppgaver de skal utføre.. Det arbeides derfor med å etablere allmennmedisinske forskningsenheter som kan fungere som ressursbaser for forskning og veiledning, med en bemanning og finansiering som gjør det mulig med langsiktig utviklingsarbeid for viktige deler av allmennpraksis. Dette har lang tradisjon i Danmark, og Sverige har hatt noe liknende som én sentralinstitusjon.⁷

Både i Norge og Sverige ligger allmennmedisinsk fagutvikling og forskning langt etter medisinsk forskning og fagutvikling innenfor spesialisthelsetjenesten. En viktig årsak til dette er at i spesialisthelsetjenesten ivaretas klinisk forskning som en lovfestet oppgave for helseforetakene. I departementets budsjetter til de regionale helseforetakene er det forutsatt at et bestemt antall millioner kroner skal brukes til forskning. Tilsvarende lovpålagte oppgaver med øremerkede bevilgninger har vi ikke overfor kommunene når det gjelder primærhelsetjenesten. Departementet har derfor sett et stort behov for å styrke forskning og fagutvikling innen allmennlegetjenesten på tjenestens egne premisser. Tiden er nå inne til å gjøre noe med det innholdsmessige i allmennlegetjenesten.¹³

Referanser

1. Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Hva påvirker allmennlegenes kontraktsvalg og flytteplaner? Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120(26):3134-9.
2. Abelsen B, Karlens Bæck DU, Kramvig B, Moilanen M. Lav stillingsstabilitet som utfordring for fastlegeordningen i Finnmark og Nord-Trøndelag. NORUT Samfunnsforskning AS, Rapport nr 06/05.
3. Dommerud T. Legevakt på randen av sammenbrudd. Dagens Medisin 25.6.2004.
www.dagensmedisin.no/nyheter/VisArtikkel.asp?ArtId=4885.
4. Jøsendal O, Aase S. Legevaktaktivitet før og etter innføring av interkommunal legevakt og fastlegeordning. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(4):506-7.
5. Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. Norges offentlige utredninger NOU 2005: 3.
6. Legevakt i kommunehelsetjenesten. Rapport om utvikling av legevaktjenesten til interkommunale legevakter (IKL). Den norske lægeforening 2005.
www.legeforeningen.no/index.gan?id=79879.
7. Hunskaar S, Røttingen JA. Utfordringer for fagutvikling og forskning i allmennmedisin. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(20):2637-9.
8. Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Fastlegereformen - En analyse av fastlegenes arbeidsbelastning og tjenestetilbud. Forskningsrapport 11/ 2003. Handelshøyskolen BI, Institutt for offentlige styringsformer.
9. Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Legenes arbeidssituasjon etter ett år med fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(3):358-61.
10. Hetlevik Ø, Hunskaar S. Listelengde, arbeidstid, ventetid og jobbtidfredshet blant fastleger i Bergen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(6):813-5.
11. Steinert S. Fastlegeordningen nærmer seg - er du forberedt? Utposten 2000;29(2):20-3.
12. Paulsen B. Seks år med fastlegeordning - hva mener fastlegene? Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120(7):788-91.
13. Statusrapport om fastlegeordningen i Norge etter to og et halvt år. Erfaringer fra og med innføringen 1.6.2001 til og med 31.12.2003. Helse- og omsorgsdepartementet, desember 2004.
14. Maartmann-Moe K. Omsetning av privat fastlegevirksomhet. 20.12.2003.
www.legeforeningen.no/index.gan?id=36043&subid=0.
15. Hov R, Mjør K. Fastlegelister selges til nær én million. Bergens Tidende 18. april 2005, s. 3.
16. Akre V, Vikanes Å, Hjortdahl P. Profesjonalisering uten styring? Tidsskr Nor Lægeforen 1992;112:2546-51.
17. Falck G, Brattebø G, Brinchmann-Hansen Å, Ebbing M. Selvrapportert ferdighetsnivå i praktiske prosedyrer etter turnustjeneste i distrikt. Tidsskr Nor Lægeforen 2003;123(16):2265-7.
18. Feiring E. Turnustjenesten 50 år. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(11):1562.
19. Heen H, Gjerberg E. Styring gjennom frivillighet. Styring og samarbeid i fastlegeordningen. Oslo, Arbeidsforskningsinstituttet AS 2005.
20. Kjelvik J. Små kommuner har høyest utgifter til primærlegetjenesten. Samfunnsspeilet 2004(2):34-7.
21. Kjelvik J. Del I: Kommunenes utgifter til primærlegetjenesten 2002. Statistisk sentralbyrå, notat 2004/6.
22. Riksrevisjonens undersøkelse om forvaltning av og måloppnåelse i fastlegeordningen. Riksrevisjonens administrative rapport nr. 1 2005.
23. Lorentsen Ø. Legetjenester til brukere med heldøgns pleie- og omsorgsbehov. Rehab-Nor, rapport 2005. www.rehab-nor.no/Legetsyk.pdf.
24. St.meld. nr. 23 (1996-1997). Trygghet og ansvarlighet. Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen.

25. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994;344(8930):1129-33.
26. Starfield B, Shi L, Grover A, Macinko J. The effects of specialist supply on populations' health: assessing the evidence. *Health Affairs - Web Exclusive*, 15. mars 2005. W5 97-107.
27. Forrest CB. Primary care in the United States: primary care gatekeeping and referrals: effective filter or failed experiment? *BMJ* 2003;326(7391):692-5.
28. Dommerud T. Frykter for fastlegens rolle. *Dagens Medisin* 1. september 2005:4.
29. Johannessen LB. Allmennleger på kurs i IA-arbeid. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004;124(18):2407.
30. Bakke HK. Mål og mening med egenandeler? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003;123(15):2111.
31. Bakke HK. Egenandeler til besvær. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004;124(2):231.
32. Solheim M. Har ikke råd til lege. *NRK* 4.8.2005. www.nrk.no/nyheter/innenriks/4944536.html.
33. Andersson HW, Tingvold L. Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer? Evaluering av fastlegeordningen med vekt på samarbeid, tilgjengelighet og kontinuitet i tjenestetilbudet. Trondheim, SINTEF Helse 2005.
34. Hunskår S. Fastlegen som ufrivillig skatteoppkrevjar. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004;124(4):124.
35. Westin S. Ny ekstraskatt for de syke. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000;120:653.
36. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med helsetjenester til nyankomne asylsøkere, flyktninger og familiegjeforente. Rapport fra Helsetilsynet 3/2005. www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2005/helsetilsynetrapport3_2005.pdf.
37. Organisering og tilgjengelighet til helsetjenester for asylsøkere, flyktninger og personer som kommer for familiegjeforening. Helsetilsynet, internt arbeidsdokument. www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/andrepublikasjoner/arbeidsdokasyflyktninger2004.pdf.
38. Brunvatne R. Helsetjeneste til asylsøkere og nyankomne flyktninger. Interkommunalt samarbeid i Vestfold. *Utposten* 2005;34(1):6-8.
39. Skeie I. Stoffmisbrukernes somatiske og psykiske helse. *Utposten* 2003;32(5):12-5.
40. Skeie I. Stoffmisbruk(ere) - en utfordring for fastlegen. *Utposten* 2003;32(1):3-5.
41. Allmennlegens rolle i behandling av narkomane - legemiddelassistert rehabilitering. Alment Praktiserende Lægers Forening, august 2002.
42. St.meld. nr. 18 (2004-2005). Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk.
43. Jensen SA, Øien T, Jacobsen G, Johnsen R. Feil i medikamentkortene - en helserisiko? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003;123(24):3598-9.
44. Rognstad S, Straand J. Vet fastlegen hvilke medisiner hjemmesykepleien gir pasientene? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004;124(6):810-2.
45. Westin S. Virker fastlegeordningen? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003;123:1318.
46. Hjortdahl P. Er fastlegeordningen vellykket? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004;124(3):310.
47. Sundvoll A, Kvalstad I. SEDA - Sentrale data fra allmennlegetjenesten. Sluttrapport fra pilotprosjektet. Statistisk sentralbyrå, rapport 13/2002.

Appendix

Prosjektoversikt

Det er gitt støtte til 15 hovedprosjekt og 15 småskalaprojekt. I tillegg er det brukt midler til sammenskriving av sluttrapporten og til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste som etablerte en felles datatjeneste for det forskningsbaserte evalueringsprogrammet. I det følgende gis en oversikt over de enkelte prosjektene med tilhørende publikasjoner og en kort metodebeskrivelse.

Hovedprosjekter

Prosjekt 144311/330, 158403/V50: Forskningsbasert evaluering av fastlegeordningen.

Beskrivelse: Studien er basert på to spørreundersøkelser blant allmennleger i 1998 og 2002, med henholdsvis 1 639 og 2 306 respondenter. Dette er en undersøkelse av legenes arbeidsbelastning og tjenestetilbud. Man har også brukt data fra trygdeetatens legeregningskontroll (tjenesteproduksjon) og intervjudata fra Levekårsundersøkelsen fra Statistisk sentralbyrå (forbruk av helsetjenester) for å studere hvordan Fastlegereformen har påvirket tilgjengeligheten til allmennlegetjenesten for svake pasientgrupper. I tillegg har man undersøkt folketrygdens utgifter til allmennlegetjenesten.

Prosjektleder: Rune Sørensen, Institutt for offentlige styringsformer, Handelshøyskolen BI.

Medarbeidere: Jostein Grytten, Irene Skau, Olaf Gjerløw Aasland

Prosjektperiode: 1.1.2001 - 30.06.2005.

Rapport:

- Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Kontraktsvalg, tjenesteproduksjon og stabilitet i allmennlegetjenesten. Forskningsrapport 10/1999. Handelshøyskolen BI, Institutt for offentlige styringsformer.
- Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Fastlegereformen – En analyse av fastlegenes arbeidsbelastning og tjenestetilbud. Forskningsrapport 11/2003. Handelshøyskolen BI, Institutt for offentlige styringsformer.
- Grytten J, Sørensen R, Skau I. Fastlegeordningen – marked, legedekning og tilgjengelighet. Forskningsrapport 4/2005. Handelshøyskolen BI, Institutt for offentlige styringsformer.

Andre publikasjoner:

- Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Hva påvirker allmennlegenes kontraktsvalg og flytteplaner? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3134-9.
- Grytten J, Sørensen R. Type of contract and supplier-induced demand for primary physicians in Norway. J Health Econ 2001; 20: 379-93.
- Sørensen R, Grytten J. Service production and contract choice in primary physician services. Health Policy 2003; 66: 73-93.
- Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Legenes arbeidssituasjon etter ett år med fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 358-61.
- Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Endringer i tjenesteproduksjon og tilgjengelighet under fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 362-4.
- Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Fastlegeordningen og endringer i legenes tjenesteproduksjon. Tidsskrift for Velferdsforskning 2004; 7: 78-89.
- Grytten J, Sørensen R. Grådige leger med knapphet på pasienter? En analyse av tilbudsindusert etterspørsel i allmennlegetjenesten. Økonomisk Forum nr 1 2004: 32-7.
- Grytten J, Skau I, Sørensen R. Kjennetegn ved solo- og gruppepraksiser i norsk allmennmedisin. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1357-60.
- Grytten J, Skau I, Aasland OG. Arbeidsbelastning blant kvinnelige og mannlige fastleger. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1850-2.

- Grytten J, Sørensen R. Fortsatt grådige fastleger med knapphet på listepasienter? Statistiske illusjoner ved bruk av registerdata. Økonomisk Forum nr 6 2005: 12-21.
- Grytten J, Skau I, Sørensen R. Fastlegereformen og folketrygdens utgifter til allmennlegetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2812-4.

Prosjekt 144317/V50, 144332/V50, 158410/V50: Evaluering av Fastlegereformen med utgangspunkt i SSBs levekårsundersøkelser.

Beskrivelse: Datagrunnlaget bygger i hovedsak på levekårspanelet, som ble etablert 1. halvår 1997. Panelet omfatter et utvalg på ca. 5 000 personer, der de samme personene blir kontaktet år etter år. Spørreskjemaet er organisert rundt faste sekvenser av spørsmål om helse, arbeid og bostedsforhold. I tillegg til opplysningene som blir gitt gjennom intervjuene, blir informasjon om svarpersonenes bakgrunn gjort tilgjengelig gjennom registerkoblinger. Dette gjelder dels individopplysninger, slik som utdanningslengde og inntekt. Dels gjelder det også ulike egenskaper ved svarpersonenes bostedskommune, herunder trekk ved det lokale legetilbudet. Man har også koblet til opplysninger fra Rikstrygdeverkets register over fastlegene.

Prosjektledere: Jon-Erik Finnvd, Statistisk sentralbyrå og Bård Paulsen, SINTEF Helse.

Medarbeider: Jørgen Svalund

Prosjektperiode: 1.1.2001 - 31.12.2004

Rapport:

- Finnvd JE, Paulsen B. Før innføring av fastlegeordning. Brukervurderinger av allmennlegetjenesten i et veiskille. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning/SSB, mai 2002.
- Finnvd JE, Svalund J, Paulsen B. Etter innføring av fastlegeordning - brukervurderinger av allmennlegetjenesten. Statistisk sentralbyrå. Rapport 2005/1.
- Finnvd JE, Svalund J. Kronikere og personer med symptomer på lettere psykiske plager: bruk og vurdering av allmennlegetjenesten før og etter fastlegeordningen. Pasientenes opplevelse av variasjoner i kapasitet og andre legekarakteristika under fastlegeordningen. Rapport 2005.

Andre publikasjoner:

- Finnvd JE, Lurås H, Paulsen B. Fastlegeordningen. De fleste fikk den de ville ha. Samfunnsspeilet 2003 nr 5: 2-11.
- Finnvd JE, Svalund J. Kontinuitet mellom lege og pasient: Blanda resultat av fastlegeordninga. Samfunnsspeilet 2004 nr 2: 27-33.

Prosjekt 144319/V50: Legers arbeidsvilkår under fastlegereformen.

Beskrivelse: Dette er en kvalitativ intervjustudie med 20 fastleger og en organisasjonsstudie av seks utvalgte legekantor hvor man observerte og intervjuet leger og medarbeidere. Begge studiene gjentas med to års mellomrom.

Prosjektleder: Tone Opdahl Mo, SINTEF Teknologi og samfunn, IFIM.

Medarbeider: Hanne Heen

Prosjektperiode: 1.6.2001 - 31.12.2004

Rapport:

- Heen H, Mo TO. I fastere former. Legenes arbeidsvilkår i fastlegeordningen. SINTEF Teknologi og samfunn, IFIM. Trondheim og Oslo, april 2005. Rapport.

Andre publikasjoner:

- Heen H. Tilgjengelighet og ventetid. Organisering av legekantor i fastlegeordningen. Notat 1/04. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet AS, 2004.

Prosjekt 144320/330: Søkelys på samfunnsmedisinen. Samfunnsmedisinsk hverdag.

Beskrivelse: Dette er en intervjuundersøkelse med ordførere, rådmenn, kommunelege I og fastleger i et utvalg kommuner og bydeler. Alle helseregioner og kommunestørrelser er representert, 90 kommuner i 2001, 60 kommuner i 2002. I tillegg er det brukt data fra spørreskjemaundersøkelser blant leger i kommunale samfunnsmedisinske stillinger i alle landets kommuner i 1994, 1999 og 2002.

Prosjektleder: Roar Johnsen, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø.

Medarbeider: Betty Pettersen

Prosjektperiode: 1.7.2001 - 5.5.2004

Rapport:

- Pettersen B, Johnsen R. Søkelys på samfunnsmedisinen. Evaluering av kommunal samfunnsmedisinsk legetjeneste, offentlig legearbeid og de forebyggende oppgaver i fastlegeordningen. Rapport til Norges Forskningsråd. Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 2004.

Andre publikasjoner:

- Pettersen B, Johnsen R. More physicians in public health medicine, does it mean more clinical and less public health work? Scand J of Public Health 2005; 33: 91-8.

Prosjekt 144331/V50, 158361/V50: Evaluering av fastlegereformen.

Beskrivelse: Med utgangspunkt i RTVs registre beskrives utviklingen i listelengder og inntekter for legene i fastlegeforsøket over en tiårsperiode (1993 - 2003). Tilsvarende analyser er gjort for alle norske fastleger, inntekter for perioden 1998 - 2003, listelengder for perioden 2001 - 2003. Dessuten er takstbruken analysert for et utvalg norske fastleger for perioden 2000 - 2003, med utgangspunkt i RTVs årlige takstbruksundersøkelser. Det er også gjort en kartlegging av offentlig legearbeid i et utvalg på 36 kommuner i 2002. Man har videre analysert et utvalg av legevalgskjemaene i forhold til kjennetegn ved innbygger og lege, og analysert legebytter i forhold til kjennetegn ved fastlegen, listen og praksiskommunen. Endelig har man koblet data fra SSBs levekårspanel med RTV-data om paneldeltakernes fastleger for å analysere hvilken betydning disse ulike variablene hadde for valg av fastlege og for tilfredshet med fastlegen.

Prosjektleder: Tor Iversen, Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo.

Medarbeidere: Hilde Lurås, Geir Godager, Kerstin Solholm

Prosjektperiode: 1.1.2001 - 30.6.2005

Rapport:

- Iversen T, Lurås H. Sluttrapport fra Prosjekt 144331/V50: Evaluering av Fastlegereformen. 24.8.2005.

Hero skriftserie (kan lastes ned fra www.hero.uio.no/publications):

- Lurås H. Individuals' preferences for GPs. Choice analysis from the establishment of a list system in Norway. Health Economics Research Programme, University of Oslo. Hero working paper 2003:5.
- Godager G. Fastlegeordningen og det kommunale legearbeidet. Er det tilfeldig hvilke leger som påtar seg kommunalt legearbeid? Helseøkonomisk forskningsprogram, Universitetet i Oslo. Hero skriftserie 2003:15.
- Lurås H. General practice: Four empirical essays on GP behaviour and individuals' preferences for GPs. Health Economics Research Programme, University of Oslo. Hero working paper 2004:1.
- Lurås H. Choosing a GP. Experiences from the implementation of a list system in Norway. Health Economics Research Programme, University of Oslo. Hero working paper 2004:13.
- Godager G, Iversen T, Lurås H. Utviklingen i fastlegenes listelengder, driftsinntekter og takstbruk. Helseøkonomisk forskningsprogram, Universitetet i Oslo. Hero skriftserie 2005:3.
- Godager G, Lurås H. I skyggen av fastlegeordningen: Hvordan har det gått med det offentlige legearbeidet? Helseøkonomisk forskningsprogram, Universitetet i Oslo. Hero skriftserie 2005:6.
- Iversen T. A study of income-motivated behavior among general practitioners in the Norwegian list system. Health Economics Research Programme, University of Oslo. Hero working paper 2005:8.

Heled arbeidsnotat (kan lastes ned fra www.med.uio.no/heled/publikasjoner):

- Solholm K. Organisering av fastlegeordning i fire europeiske land. Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo. Arbeidsnotat 2/2003.
- Lurås H. Utviklingen i antallet legebytter på fastlegenes lister fra 2002 til 2004. Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo. Arbeidsnotat 1/2005.

Andre publikasjoner:

- Iversen T. The effects of a patient shortage on general practitioners' future income and list of patients. J Health Econ 2004; 23; 673-94.
- Lurås H, Iversen T. Legemangelen som ble til pasientmangel: Variasjoner i listeønsker og pasientknapphet ved innføring av fastlegeordningen. Økonomisk Forum 2002 nr 8: 26-31.
- Finnvold JE, Lurås H, Paulsen B. Fastlegeordningen. De fleste fikk den de ville ha. Samfunnsspeilet 2003 nr 5: 2-11.
- Lurås H. Hva vet vi om inntektsmotivert atferd blant allmennleger? En kritisk gjennomgang av teoretisk og empirisk litteratur. Økonomisk Forum 2004 nr 9: 33-42.
- Carlsen B, Iversen T, Lurås H. Markedsforholdenes betydning for allmennlegenes praksisutøvelse. Økonomisk Forum 2005 nr 4: 20-8.

Prosjekt 144337/330: Legens doble rolle som advokat og portvakt i fastlegeordningen.

Beskrivelse: Dette er en kvalitativ studie, basert på 11 fokusgruppeintervjuer med et utvalg videre- og etterutdanningsgrupper for allmennleger og samfunnsmedisinere i Hordaland og Oslo. Dette omfatter 81 informanter (hvorav 77 fastleger). De ble intervjuet våren 2002. Studien undersøker hvordan fastlegeordningen påvirker legens skjønnsmessige avgjørelser som angår henvisning, forskrivning på blå resept og sykmelding.

Prosjektleder: Ole Frithjof Norheim, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen.

Medarbeider: Benedicte Carlsen

Prosjektperiode: 1.1.2002 - 31.12.2003

Rapport:

- Norheim OF, Carlsen B. Legens doble rolle som advokat og portvakt i fastlegeordningen. Evaluering av fastlegeordningen. Rokkansenteret, Program for helseøkonomi i Bergen, Notat 19/2003.

Andre publikasjoner:

- Carlsen B, Norheim OF. Hvordan påvirker fastlegeordningen legens skjønnsmessige avgjørelser? Program for helseøkonomi i Bergen. Notatserie i helseøkonomi 2003/17.
- Carlsen B. Fastlegenes erfaringer med fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1322-4.
- Carlsen B, Norheim OF. Introduction of the patient-list system in general practice. Changes in Norwegian physicians' perception of their gatekeeper role. Scand J Prim Health Care 2003; 21: 209-13.

Prosjekt 151318/330: Pasienterfaringer i allmennlegetjenesten før og etter fastlegeordningen.

Beskrivelse: Dette er en spørreundersøkelse blant et tilfeldig utvalg av innbyggerne i Nord-Norge og på Østlandet i 2000 og 2003. Man ønsket å sammenligne befolkningens opplevelse av kvalitet og tilgjengelighet før og etter Fastlegereformen.

Prosjektleder: Olaug Synnøve Lian, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø.

Medarbeider: Tom Wilsgaard

Prosjektperiode: 1.10.2002 - 31.12.2003

Rapport:

- Lian OS. Pasienterfaringer i primærlegetjenesten før og etter Fastlegereformen. ISM skriftserie nr 70. Universitetet i Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, 2003.

Andre publikasjoner:

- Lian OS, Wilsgaard T. Pasienterfaringer i primærlegetjenesten før og etter fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 655-8.
- Lian OS. Allmennlegetjenesten og fastlegeordningen. I: Dahle R, Thorsen K (red). Velferdstjenester i endring. Fagbokforlaget, Bergen 2004.

Prosjekt 152217/330: Evaluering av fastlegereformen. Pasienter som trenger å gå ofte til lege.

Beskrivelse: Dette er en kvalitativ studie, basert på 20 individuelle intervjuer og tre fokusgrupper i Oslo-området. Tre diagnosegrupper er inkludert: fibromyalgi, astma og allergi, samt hjerte- og lungesyke. Hovedtemaene i undersøkelsen er kontinuitet og legebytte.

Prosjektleder: Rannveig Dahle, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Medarbeider: May-Len Skilbrei

Prosjektperiode: 1.5.2002 - 1.12.2002

Rapport:

- Dahle R, Skilbrei M. Fastlegeordningen og pasienter med store legebehov. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA Rapport 3/2003.

Prosjekt 152218/330: Evaluering av interkommunal legevakt før og etter innføring av fastlegeordningen.

Beskrivelse: Ved Nordhordland legevakt er det gjort en systematisk registrering av alle pasientkontaktene og spørreskjemaundersøkelser for å kartlegge pasientenes følelse av trygghet, tilgjengelighet og kvalitet. Fastlegene har fått gjentatte tilbakemeldinger om sin "lekkasje" av pasienter til legevakten etter tre registreringsperioder.

Prosjektleder: Ola Jøsendal, Nordhordland legevakt.

Medarbeidere: Solfrid Aase, Steinar Hunskaar

Prosjektperiode: 1.12.2001 - 30.6.2004

Rapport:

- Jøsandal O, Aase S, Hunskaar S. Evaluering av interkommunal legevakt før og etter innføring av fastlegeordninga.

Prosjekt 158363/V50: Telefongtjengetilgjengelighet hos fastlegen.

Beskrivelse: Denne studien er dels basert på en spørreundersøkelse blant 100 tilfeldig utvalgte fastlegekontor, dels på registreringer av telefontrafikken til de samme kontorene. I en uke registrerte Telenor alle anrop, og kontorene fikk tilsendt hver sin rapport, sammenlignet med gjennomsnittet.

Prosjektleder: Steinar Hunskaar, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen.

Medarbeider: Hogne Sandvik

Prosjektperiode: 1.7.2003 - 30.9.2004

Rapport:

- Sandvik H, Hunskaar S. Telefongtjengetilgjengelighet hos fastlegen. Rapport. Seksjon for allmennmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen.

Andre publikasjoner:

- Sandvik H, Hunskaar S. Telefongtjengetilgjengelighet hos fastlegen. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 182-5.

Prosjekt 158395/V50: Pasienter med oppfølgingsbehov. Samhandling og ressursutnyttelse i Fastlegereformen.

Beskrivelse: Dette er en spørreundersøkelse som ble sendt ut til alle landets fastleger våren 2004. Den kartlegger fastlegenes oppfatning av informasjonsoverføring fra sykehus til fastlege, samhandlingen mellom allmennlegetjenesten og sykehus / sykehjem og allmennlegers bruk av sykestuer. Legene ble også bedt om å ta stilling til henvisning av pasienter med ulike diagnoser. Materialet er senere koblet til to andre databaser som inneholder opplysninger om sykehusenes organisering og aktivitet.

Prosjektleder: Kari Jorunn Kværner, Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo.

Medarbeidere: Trond Tjerbo, Grete Botten, Olaf Gjerløw Aasland, Geir Godager, Lars Erik Kjekshus

Prosjektperiode: 1.9.2003 - 30.6.2005

Rapport:

- Tjerbo T, Botten G, Aasland O, Kværner KJ. Fastlegereformen: Samhandling med spesialisthelsetjenesten.
- Kværner, KJ. Pasienter med oppfølgingsbehov: Samhandling og ressursutnyttelse i Fastlegereformen.

Andre publikasjoner:

- Tjerbo T, Botten G, Aasland OG, Kværner KJ. Fastlegereformen: samhandling med spesialisthelsetjenesten. HORN skriftserie. Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo, 2005.
- Godager G. En beskrivelse av allmennlegens henvisningsmønster med utgangspunkt i fire utvalgte diagnoser. HORN skriftserie. Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo, 2005.
- Kværner KJ. Fastlegers oppfatning av samarbeidet med sykehjem. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1016-7.
- Kværner KJ, Tjerbo T, Botten G, Aasland OG. Epikrisen som samhandlingsverktøy. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2815-7.
- Tjerbo T, Kværner KJ, Botten G, Aasland OG. Bruk av incentiver for å øke svarandelen i spørreskjemaundersøkelser. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2496-7.
- Tjerbo T, Kjekshus LE. Coordinating Health Care: Lessons from Norway. Health Policy 2005; in press

Prosjekt 158397/V50: Styring og samarbeid i fastlegeordningen.

Beskrivelse: Prosjektets målsetting var å belyse de styringsmessige implikasjonene av fastlegeordningen for kommunene. Studien består av semistrukturerte intervjuer med representanter for kommunen (kommunelege 1, andre ledere i helse- og sosialetat, ordførere), for kommunale samarbeidspartnere (sykehjem, helsestasjon, hjemmetjeneste) og for legene i et utvalg svært ulike kommuner. I tillegg ble det gjort en spørreskjemaundersøkelse i alle landets kommuner om bruk av samarbeidsutvalg og allmennlegeutvalg.

Prosjektleder: Hanne Heen, Arbeidsforskningsinstituttet AS.

Medarbeider: Elisabeth Gjerberg

Prosjektperiode: 1.1.2004 - 30.6.2005

Rapport:

- Heen H, Gjerberg E. Styring gjennom frivillighet. Styring og samarbeid i fastlegeordningen. Oslo, Arbeidsforskningsinstituttet AS 2005.

Prosjekt 158399/V50: Fastlegenes tilbud og samarbeid med andre tjenester når det gjelder pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

Beskrivelse: Dette er en kvalitativ studie hvor man har intervjuet 26 psykiatriske pasienter, 6 pårørende, 20 fastleger, 8 samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten og 10 i kommunehelsetjenesten. Informantene er rekruttert fra fire kommuner av ulike størrelse. I tillegg har man brukt data fra ni distriktpspsykiatriske sentre (DPS) og analysert omfanget av kontakt mellom DPS og fastlegene, og i hvor stor grad fastlegene har hatt koordinatoransvar eller deltatt i utarbeidelse av individuelle planer.

Prosjektleder: Marian Ådnanes, SINTEF Helse.

Medarbeidere: Trond Hatling, Lisbet Grut

Prosjektperiode: 1.10.2003 - 30.6.2005

Rapport:

- Ådnanes M, Hatling T, Grut L. Fastlegens tilbud og samarbeid vedrørende personer med en alvorlig psykisk lidelse. Trondheim, SINTEF Helse 2005.

Prosjekt 158402/V50: Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer? Evaluering av fastlegeordningen med vekt på tilgjengelighet, samarbeid og kontinuitet.

Beskrivelse: Dette er en kvalitativ intervjustudie med 12 helsesøstre, 11 fastleger og 15 fagpersoner fra barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). Dessuten er det gjort en spørreskjemaundersøkelse blant brukere (medlemmer av ADHD-foreningen og foresatte til barn/ungdom som er pasienter i BUP). Prosjektet fokuserer på tilgjengelighet og kontinuitet, samt hvordan fastlegen samarbeider med andre.

Prosjektleder: Helle Wessel Andersson, SINTEF Helse.

Medarbeider: Laila Tingvold

Prosjektperiode: 1.10.2003 - 30.6.2005

Rapport:

- Andersson HW, Tingvold L. Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer? Evaluering av fastlegeordningen med vekt på samarbeid, tilgjengelighet og kontinuitet i tjenestetilbudet. Trondheim, SINTEF Helse 2005.

Prosjekt 158405/V50: Legedekning og stillingsstabilitet som utfordringer for fastlegeordningen.

Beskrivelse: Denne studien består av spørreskjemaundersøkelser blant 100 fastleger (50 % svar), 2 000 brukere (53 % svar) og 41 kommuner (86 % svar) i Finnmark og Nord-Trøndelag. På forhånd var det gjennomført en kvalitativ studie blant 13 fastleger, 33 brukere og representanter fra 7 kommuner. Det er også brukt data fra fastlegedatabasen til NSD og styringsdata fra RTV.

Prosjektleder: Unn Doris Bæck, NORUT Samfunnsforskning AS.

Medarbeidere: Birgit Abelsen, Britt Kramvig, Mikko Moilanen

Prosjektperiode: 1.12.2003 - 30.6.2005

Rapport:

- Abelsen B, Karlsen Bæck UD, Kramvig B, Moilanen M. Lav stillingsstabilitet som utfordring for fastlegeordningen i Finnmark og Nord-Trøndelag. NORUT Samfunnsforskning AS, Rapport nr 06/05.

Småskalaprosjekter

I samarbeid med Allmennmedisinsk forskningsutvalg ble 900 000 kroner brukt på et prosjekt kalt "Allmennmedisinske og samfunnsmedisinske småskalaprojekt om fastlegeordningen" med Eivind Meland, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen som prosjektleder. Hensikten med dette prosjektet var å gjøre forskning om fastlegeordningen praksisnær og relevant for praktiserende fastleger. Stipendiatene fikk veilederassistanse fra de fire allmennmedisinske seksjonene/instituttene. Hvert enkelt stipend var på maksimalt tre måneder. Midlene ble fordelt i halvårslige tildelinger med 23 000 kr i lønnsmidler per stipendmåned og 3 000 kr i driftsmidler per måned. Følgende 15 småskalaprosjekter har fått stipend:

Prosjekt 144334/V50: Brukerundersøkelse ved legekantor før og etter fastlegereformen. Utvikling av standardisert brukerevaluering for legekantorer.

Beskrivelse: Dette er en spørreundersøkelse utført blant 995 pasienter ved ni ulike legekantor i Møre og Romsdal høsten 2003. Spørreskjemaet ble utdelt fra studenter eller fast hjelpepersonell ved legekantorene på ordinære praksisdager, og levert tilbake i konvolutter på legekantoret. Pasientene ble bedt om å ta stilling til ulike sider ved fastlegeordningen.

Prosjektleder: Hans J. Breidablik.

Publikasjon:

- Breidablik HJ, Meland E. Pasientenes syn på fastlegeordningen - entusiasme med forbehold. Utposten 2004; 33(7): 36-8.

Prosjekt 144334/V50: En studie av hensiktsmessigheten av øyeblikkelig hjelp innleggelser ved St Olavs Hospital.

Beskrivelse: Studien kartlegger 202 av 262 øyeblikkelig hjelp innleggelser ved medisinsk, kirurgisk, ortopedisk og gynekologisk avdeling ved St. Olavs Hospital en uke sommeren 2003. Vurderingene til innleggende og mottakende lege ble kartlagt ved hjelp av spørreskjema med vekt på innleggelsesårsak og mulighet for alternative tiltak.

Prosjektleder: Gunvor Eikeland.

Publikasjon:

- Eikeland G, Garåsen H, Jacobsen G. Finnes det alternativer til øyeblikkelig hjelp-innleggelser? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2355-7.

Prosjekt 144334/V50: Særtrekk og endringer ved by- og landpraksis – myter og realiteter.

Beskrivelse: Prosjektet ble redefinert, og forfatteren har tatt for seg evalueringsrapportene fra fastlegeforsøket, sett på hvilke problemer som der ble belyst, hva slags svar som ble gitt og kvaliteten på svarene.

Prosjektleder: Bjørn Gjelsvik

Publikasjon:

- Gjelsvik B. Evalueringer av fastlegeforsøket 1993-96. Hva kan vi lære av dem? En litteraturstudie. Rapport.

Prosjekt 144334/V50: Fastlegen og den narkomane pasient.

Beskrivelse: Det er gjennomført en brukerundersøkelse på venterommet til fire legekantor i Kristiansand, ca 200 respondenter på hvert. Man var spesielt interessert i hvorledes rusmisbrukere kan påvirke venteromsmiljøet. Det er også samlet inn materiale til to kvalitative undersøkelser av lege-pasientforholdet og legens rolle i det tverrfaglige samarbeidet rundt den rusmisbrukende pasient. Det arbeides også med beskrivelse av somatisk og psykisk helse hos rusmisbrukerne i egen praksis og forløpsstudier med særlig vekt på dødelighet under forskjellige behandlingsformer.

Prosjektleder: Dagfinn Haarr.

Publikasjon:

- Haarr D. Fastlegen og den narkomane pasient. Rapport.
- Haarr D. Terningskår, pasienttilfredshet og rusmisbrukere på fastlegens venterom. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2168-70.

Prosjekt 144334/V50: Legesøkningsatferd til legevakten i Stavanger kommune før og etter innføringen av fastlegeordningen.

Beskrivelse: Studien beskriver befolkningens bruk av legevakt i Stavanger fra 1989 til 2002. Årlige rater for konsultasjoner og sykebesøk analyseres i forhold til endringer i legetjenesten på dagtid, som f.eks. opprettelse av nye stillinger, privatisering av fastlønnsstillinger og innføring av fastlegeordning.

Prosjektleder: Ivar Halvorsen.

Publikasjon:

- Halvorsen I. Legesøkningsatferd til legevakten i Stavanger kommune – før og etter innføringen av fastlegeordningen. Artikkelmanuskript.

Prosjekt 144334/V50: Tilgjengelighet ved fastlegekontorene i Troms.

Beskrivelse: Helsetilsynet i Troms kartla høsten 2002 tilgjengeligheten til alle de 48 legekantorene i fylket. Man intervjuet en helsesekretær ved hvert legekantor og registrerte telefonresponstid, telefonid med pasienter, antall øyeblikkelig-hjelp-konsultasjoner og ventetid på uprioritert time.

Prosjektleder: Anne Helen Hansen

Publikasjon:

- Hansen AH, Aaraas IJ, Pettersen JS, Ersdal G. Tilgjengelighet ved fastlegekontorene i Troms. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2210-2.

Prosjekt 144334/V50: Fastlegenes listelengder relatert til arbeidsmengde og ulike sider ved praksisdrift.

Beskrivelse: 160 av 188 fastleger i Bergen svarte i 2003 på et spørreskjema om demografiske data, listelengde, arbeidstid og ventetid. De vurderte også tilfredshet med å jobbe i allmennpraksis og i fastlegeordningen.

Prosjektleder: Øystein Hetlevik.

Publikasjon:

- Hetlevik Ø, Hunskaar S. Listelengde, arbeidstid, ventetid og jobbtildfredshet blant fastleger i Bergen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 813-5.

Prosjekt 144334/V50: Sykebesøk på dagtid i Oslo.

Beskrivelse: Bakgrunnen for denne studien var turbulensen rundt innføringen av fastlegeordningen og legevaktreformen i Oslo. Fast ansatte leger ved Oslo kommunale legevakt registrerte sine sykebesøk på et standardisert skjema i tre måneder.

Prosjektleder: Erling Iveland.

Publikasjon:

- Iveland E, Straand J. 337 sykebesøk på dagtid fra Oslo Legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 354-7.

Prosjekt 144334/V50: Registrering av aktivitet under legevakt.

Beskrivelse: Man registrerte alle kontakter mellom innbyggerne og legevakten i Radøy kommune i fire separate seksukersperioder fra 1999 til 2002. Man registrerte også hvilke aktiviteter legevaktlegene i denne landkommunen gjennomførte på bakgrunn av henvendelsene. De fire årene inkluderer både lokal og interkommunal organisering av legevaktjenestene i kommunen, samt før og etter innføring av fastlegeordningen.

Prosjektledere: Ola Jøsendal og Elianne Uthaug Brügger.

Publikasjon:

- Jøsendal O, Aase S. Legevaktaktivitet før og etter innføring av interkommunal legevakt og fastlegeordning. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 506-7.

Prosjekt 144334/V50: Legevaktssøkning i fastlegeordningen.

Beskrivelse: I denne studien har man gjennom et helt år systematisk registrert alle kveldskonsultasjoner på hverdager ved Skien og Siljan legevakt. Bakgrunnen var at man hadde inntrykk av at pasienter på enkelte legers lister i større grad søkte til legevakten enn pasienter på andre legers lister. Man registrerte pasientenes fastlege og innhentet ytterligere bakgrunnsopplysninger om alle fastlegene og listene deres. Konsultasjonstallene ble justert med den enkelte fastleges listelengde og så analysert i forhold til de registrerte bakgrunnsopplysningene.

Prosjektleder: Bjørnar Nyen

Publikasjon:

- Nyen B, Lindbæk M. Legevaktssøkning og fastlegeordning. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 508-9.

Prosjekt 144334/V50: Hvilken praksis får leger i kraft av sitt kjønn i fastlegeordningen?

Beskrivelse: Prosjektet går ut på å analysere frivillige legebytter og listesammensetning i noen større sammenlignbare byer, og endringer i listesammensetningen i tiden som har gått siden innføringen av fastlegeordningen. En pilotstudie kan tyde på at yngre kvinnelige pasienter velger lege av samme kjønn for seg

og barna. Dette kan over tid føre til at kvinnelige fastleger blir "gynekologer" og "pediatere" mens mannlige fastleger blir "geriatere". Prosjektleder har fått to måneder allmennpraktikerstipend for å ferdigstille prosjektet.
Prosjektleder: Yngve Røsen.

Prosjekt 144334/V50: Erfaringer med fastlegeordningen. En kohortundersøkelse blant norske fastleger.

Beskrivelse: Hensikten med denne studien var å kartlegge allmennlegenes holdninger og forventninger til fastlegeordningen like før den ble innført, samt deres erfaringer ett år etter innføringen. 234 spesialister i allmennmedisin besvarte et spørreskjema i 2001 og 2002. Det er de samme legene som har svart begge gangene.

Prosjektleder: Hogne Sandvik.

Publikasjon:

- Sandvik H. Fastlegeordningen: forventninger og erfaringer. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1319-21.

Prosjekt 144334/V50: Småbarnsforeldre og fastleger om helsestasjonen.

Beskrivelse: Hovedformålet med denne spørreundersøkelsen var å finne ut hvordan brukerne av helsestasjonen ser på forholdet mellom helsestasjon og fastlegen, og å finne ut om foreldre kunne tenke seg at fastlegen utførte helsekontrollene. Undersøkelsen ble gjennomført blant foreldre som møtte til helsekontroll på helsestasjonen i Lillehammer våren 2003, og til Lillehammers fastleger, og består av 189 svar fra foreldre/foresatte (svarprosent 97,5 %), og svarskjema fra 14 av 18 fastleger.

Prosjektleder: Tori Guldahl Seierstad.

Publikasjon:

- Seierstad TG, Straand J. Fastlegens rolle på helsestasjonen. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2659-61.

Prosjekt 144334/V50: Stoffmisbrukere som pasienter i helsevesenet med spesiell vekt på stoffmisbrukernes plass i fastlegesystemet.

Beskrivelse: I dette prosjektet sammenlignes ulike modeller for legemiddelassistert rehabilitering (LAR), definert ut fra to variabler:

- a) Sentralisert/desentralisert forskrivning av LAR-medisin og oppfølging av pasienten
 - b) Liberal/streng praksis i forhold til å beholde pasientene i LAR ved brudd på behandlingskontrakt
- Et annet delprosjekt tar for seg alvorlig sykkelighet hos heroinmisbrukere 5 år før og 5 år etter oppstart i LAR.

Prosjektleder: Ivar Skeie.

Prosjekt 144334/V50: Forekomst av Klamydia blant 18-29 åringer i en gruppepraksis i Oslo. En undersøkelse basert på fastlegeordningen.

Beskrivelse: Fastlegeordningen gir nye muligheter for forskning i allmennpraksis. I dette prosjektet er det gjennomført en prevalensundersøkelse av genital klamydiainfeksjon i en gruppepraksis i Oslo. Alle listepersoner mellom 18 og 29 år fikk tilsendt et standard invitasjonsbrev, undertegnet av fastlegen. Responsraten var 36 %, dårligere blant menn enn blant kvinner.

Prosjektleder: Tore W Steen.

Publikasjon:

- Steen TW, Hjortdahl P, Størvold G, Vilimas K, Elstrøm P, Esholdt I, Kvalvaag G. Forekomst av genital infeksjon med Chlamydia trachomatis blant 18-29-åringer i Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1637-9.

Forskrifter om fastlegeordningen

§ 1. Formål

Formålet med fastlegeordningen er å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten ved å sikre at mennesker som er bosatt i Norge skal kunne få en fast allmennlege å forholde seg til. Fastlegeordningen skal gi befolkningen større trygghet gjennom bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten.

§ 2. Definisjon

Fastlege: Lege som inngår avtale med en kommune om deltakelse i fastlegeordningen.

§ 3. Retten til å stå på liste hos fastlege

Enhver som er bosatt i en norsk kommune, har rett til å stå på liste hos fastlege. Som bosatt regnes den som i folkeregisteret er registrert som bosatt i en norsk kommune. Rett til å stå på liste hos fastlege har også asylsøkere og deres familiemedlemmer når de er medlem av folketrygden, jf. forskrift 15. april 1997 nr. 315 om trygdefusjon for asylsøkere og deres familiemedlemmer. Den som har rett til å stå på liste hos fastlege, kan fremsette legeønske. Legeønsket skal søkes etterkommet så langt det er ledig plass på fastlegens liste unntatt i de tilfeller som følger av reglene i denne forskrift. Den som ikke selv velger fastlege, vil bli plassert på listen til fastlege med ledig listeplass. Den som ikke ønsker å være tilknyttet fastlegeordningen, gir melding om dette til kommunen. Det er adgang til å velge fastlege utenfor bostedskommunen. Person som melder flytting til en kommune, skal motta legevalgsskjema med tilbud om å velge fastlege i kommunen.

§ 3a. Helsetjenesten ved Universitetet i Oslo

Fastleger tilknyttet Helsetjenesten ved Universitetet i Oslo kan bare velges av studenter som har betalt semesteravgift og deres barn under 16 år, samt av ansatte ved Universitetet i Oslo og Studentsamskipnaden i Oslo og deres barn under 16 år. Tilbudet gjelder også for ansatte som går av med alderspensjon. (tilføyd 2. februar 2001)

§ 4. Valg av fastlege for barn

Den eller de som har foreldreansvaret velger fastlege for barn under 16 år. Dersom fastlege ikke velges, plasseres barnet på samme liste som den eller de som har foreldreansvaret. Der foreldrene har felles foreldreansvar og samme adresse, plasseres barnet på samme liste som mor. Der foreldrene har felles foreldreansvar og forskjellig adresse, plasseres barnet på samme liste som den av foreldrene som har samme folkeregisteradresse som barnet. Ved fylte 16 år treffer barnet selv avgjørelse om valg av fastlege. Er barnet mellom 12 og 16 år kan det selv fremsette krav om bestemt fastlege etter samtykke fra den eller de som har foreldreansvaret. Når omsorgen og/eller foreldreansvaret er fratatt foreldrene, etter barneverntjenesteloven §§ 4-8, 4-12 og 4-20, er det barneverntjenesten som kan velge fastlege for barnet.

§ 5. Rett til å skifte fastlege

Person som står på fastleges liste har rett til å skifte fastlege inntil to ganger per år, så fremt det er ledig plass på annen fastleges liste. Fastlegen kan ikke nekte å ta vedkommende inn på listen dersom det er ledig plass på listen. Skifte skjer ved henvendelse til trygdekontoret. Ved fylte 16 år fremsetter barnet selv krav om skifte av fastlege. Er barnet mellom 12 og 16 år, kan det selv fremsette krav om skifte av lege etter samtykke fra den eller de som har foreldreansvaret. Er barnet under 12 år, fremsettes slikt krav av den eller de som har foreldreansvaret.

§ 6. Rett til ny vurdering

Person som står på fastleges liste har rett til ny vurdering av sin helsetilstand hos annen lege enn sin fastlege, så fremt legen som foretar ny vurdering er tilknyttet fastlegeordningen og personen samtykker i at journalnotat sendes dennes fastlege.

§ 7. Fastlegens plikter overfor personer som er tilknyttet listen

Fastlegen skal ha ansvaret for allmennlegetilbudet til personer på sin liste innen de rammer som gjelder for fastlegeordningen i lov, forskrift og sentral avtale. Under utøvelse av det allmennmedisinske arbeidet skal fastlegen prioritere personer på sin liste, så fremt høyere eller lik prioritet av andre oppgaver ikke er pålagt legen i eller i medhold av lov.

§ 8. Ansvar for personer som er tilknyttet en fastleges liste når de oppholder seg i institusjon

Blir person som står på fastleges liste inntatt i helseinstitusjon eller annen institusjon med organisert legetjeneste, overføres ansvaret etter § 7 til institusjonen. Vedkommende blir likevel stående på fastlegens liste, og fastlegen har ansvaret for tilrettelegging av allmennlegetilbudet til denne ved utskrivning. Ved behov for slik tilrettelegging plikter institusjonen å orientere fastlegen på forhånd. Institusjonen skal gi fastlegen epikrise ved utskrivning etter reglene i legeloven § 45.

§ 9. Fastlegeavtale i gruppepraksis

Fastlegeavtale inngås med den enkelte lege, også om denne arbeider i en gruppepraksis. Organisering i gruppepraksis endrer ikke fastlegens ansvar overfor personene på sin liste, med mindre det er opprettet fellesliste etter annet ledd.

Innenfor rammer i sentral avtale kan det avtales fellesliste i en gruppepraksis. Fastleger med fellesliste har et felles ansvar for allmennlegetilbud til personene på listen. Personer som står på fellesliste skal ha en ansvarlig lege som har hovedansvar for journal og oppfølging. Reglene i § 12 første ledd bokstav a, §§ 14 og 16 om listelengde og reduksjon av lister gjelder tilsvarende ved felleslister.

§ 10. Økonomisk vederlag til næringsdrivende fastlege

Næringsdrivende fastleges økonomiske vederlag for det arbeid som honoreres etter normaltariffen består av et tilskudd fra kommunen for hver person (per-capita-tilskudd) og de til enhver tid gjeldende satser for egenandel og refusjon fra trygden for utført arbeid. Kommuner med mindre enn 5000 innbyggere skal gi et utjamningstilskudd til fastleger dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn en avtalt referanseliste. Utjamningstilskuddet skal svare til differansen mellom per-capita-tilskuddet for fastsatte referanseliste og per-capita-tilskudd for gjennomsnittlig listelengde i kommunen.

§ 11. Ansvar for organisering av fastlegeordningen

Kommunen skal tilrettelegge fastlegeordningen, herunder inngå avtaler med et tilstrekkelig antall leger om deltakelse i ordningen. Kommuner kan samarbeide om organisering av fastlegeordningen. Fastlegen skal som hovedregel være næringsdrivende.

§ 12. Vilkår for inngåelse av fastlegeavtale

Kommunen kan stille følgende vilkår for inngåelse av avtale:

- a. At fastlegen påtar seg listeansvar for inntil et nærmere bestemt antall personer. Fra 1. januar 2001 fastsettes antallet til 1500 ved fulltids kurativ virksomhet. Ved deltidspraksis justeres øvre antall personer på listen forholdsmessig.
- b. At fastlegen deltar i allmennmedisinsk offentlig legearbeid. Slik deltakelse gir fastlegen rett til forholdsmessig avkorting i listelengde pålagt etter bokstav a.
- c. At fastlegen deltar i organisert legevaktordning utenfor kontortid og i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortid, herunder tilgjengelighet i helseradionettet og ivaretagelse av utrykningsplikten.
- d. At fastlegen deltar i veiledning av turnusleger.

Avtalevilkårene i første ledd kan utfylles i sentral avtale. Fastlegens plikt til deltakelse i legevaktordning jf. første ledd bokstav c, pålegges etter legeloven § 28 annet ledd, og bortfaller ikke ved eventuelle konflikter.

§ 13. Inngåelse av ny fastlegeavtale

Ny fastlegeavtale kan inngås når en fastlege avslutter sin virksomhet og sitt avtaleforhold, når en ubesatt legehjemmel skal besettes, eller når kommunen har fått innvilget søknad om opprettelse av ny legehjemmel. Overtar en ny fastlege praksis fra en fastlege som avslutter sin virksomhet og sitt avtaleforhold, blir listen over personer overført til den nye fastlegen. Kommunen skal gjøre personene på listen oppmerksomme på dette, og på retten til å skifte fastlege etter § 5. Dersom det er påkrevet for å sikre driften i en ny fastlegepraksis, kan kommunen overføre følgende personer til den nye listen:

- a. Nytilmeldte uten oppgitt legeønske.
- b. Personer fra liste hvor det er foretatt reduksjon etter § 16, og som ikke har skiftet til annen fastlege med ledig plass på listen.

§ 14. Listelengde

Fastlegen skal normalt ikke ha flere enn 2500 eller færre enn 500 personer på sin liste. Det kan inngås individuelle avtaler om kortere eller lengre lister, innenfor de rammer som fastsettes i sentral avtale. Lengre liste enn 2500 kan bare avtales for ett år av gangen.

§ 15. Prioritering av personer som er tilmeldt fulltregnede lister

Dersom fastlegen ved etablering av en liste har flere tilmeldte personer enn det som er avtalt listetak, skal listen justeres ned til avtalt listetak. De som har et pasientforhold til legen, skal prioriteres på listen etter pasientforholdets varighet. Dersom dette ikke er tilstrekkelig til å avgrense listen, skal trykdeetaten foreta et tilfeldig utvalg. Ved etablering av liste hos fastleger som er samisktalende, og som praktiserer i forvaltningsområdet for samisk språk, skal samisktalende ha fortrinnsrett til å stå på listen.

§ 16. Reduksjon av liste

Fastlege med flere personer på sin liste enn det tak vedkommende kan sette i henhold til forskrift og sentrale avtaler, har rett til å få nedjustert listelengden til dette taket. Krav om nedjustering skal meldes til kommunen med 6 måneders frist. Reduksjon av listen skjer ved tilfeldig utvelgelse blant dem som står på listen til vedkommende fastlege.

§ 17. Suspensjon

Fylkesmannen kan etter søknad fra kommunen suspendere plikten til å ha fastlegeordning. Suspensjon kan bare skje dersom det er forsøkt å finne lokale løsninger og det er grunn til å tro at kommunen vil være ute av stand til å oppfylle sin plikt over en periode på minst tre måneder. Fylkesmannen skal tilse at kommunens plan for allmennlegetjeneste i suspensjonsperioden ivaretar løsning av kommunens øvrige pålagte oppgaver etter kommunehelsetjenesteloven § 1-3 annet ledd nr. 1. Suspensjon kan vedtas for inntil 1 år av gangen. Kommunen eller fastlegene i kommunen kan påklage fylkesmannens avgjørelse til departementet. (endret 1. september 2003)

§ 18. Kommunens ansvar for å tilby fastlege ved innføring

Ved innføring av ordningen har kommunen ansvar for at alle som er registrert bosatt i kommunen får tilbud om plass på fastleges liste. Det samme gjelder personer som er nevnt i § 3 første ledd tredje punktum.

§ 19. Leger rett til å få avtale som fastlege

Leger, som når ordningen trer i kraft, driver allmennpraksis som ansatt eller som næringsdrivende med eller uten avtale med kommunen, har rett til avtale som fastlege etter § 12 i den kommune der hennes eller hans hovedvirke er. Slik rett til avtale har også den som ved ordningens ikrafttreden har permisjon. Leger som vil benytte denne retten må gi melding om dette til kommunen innen den frist departementet fastsetter. Kommuner som mener at en lege ikke har rett til fastlegeavtale må gi avslag til legen innen den frist departementet fastsetter, hvis retten ikke skal ansees akseptert. Den som er ansatt som allmennlege i kommunen når ordningen trer i kraft, har rett til å opprettholde dette ansettelsesforholdet i henhold til de avtaler og regler som ellers gjelder. Avslag på krav om fastlegeavtale kan påklages til departementet. Klage sendes direkte til departementet.

§ 20. Særregler om etablering av lister ved innføringen av fastlegeordningen

Fastleger som ønsker det, kan ved innføring av ordningen kreve at listen skal etableres etter følgende kriterier: 70 % av avtalt listetak etableres med personer som har valgt å stå på liste hos fastlegen, og resten av listen, inntil det antall som har valgt legen, av et utvalg blant dem som ikke har oppgitt eller ikke fått oppfylt legeønske. Det skal tilstrebes at utvalget gir listen en profil tilsvarende en gjennomsnittspopulasjon.

§ 21. Regulering av overgangen fra forsøk til permanent fastlegeordning i forsøkskommunene

I kommuner hvor fastlegeordningen er etablert (forsøkskommunene) opprettholdes de etablerte listene ved innføring av en landsomfattende fastlegeordning. Plassering av andre personer på disse listene kan skje i den grad det er kapasitet innenfor avtalt listetak. Personer med fastlege i forsøkskommunene gis adgang til å velge fastlege, også over kommunegrensene. De individuelle fastlegeavtalene til fastleger i forsøkskommunene reforhandles innenfor rammene av det regelverk og de sentrale avtaler som gjelder for en landsomfattende fastlegeordning. Forskriftens § 20 gjelder ikke for fastleger i forsøkskommunene med allerede etablerte lister. (tilføyd 21. desember 2000)

§ 22. Ikrafttreden av forskrift om fastlegeordning i kommunene

Bestemmelsene i § 1, § 2, § 9, § 11, § 12, § 13, § 14, § 15, § 17, § 18, § 19, § 20, § 21 og § 22 trer i kraft straks. Regler om pasientrettigheter i § 3, § 4, § 5 og § 6, om fastlegens plikter og ansvar overfor personene på listen i §

7 og § 8, om økonomisk vederlag i § 10 samt bestemmelser i § 16 om reduksjon av lister trer i kraft fra det tidspunkt departementet bestemmer.¹
(endret 21. desember 2000)

¹Fra 8 juni 2001, jf. forskrift 8 juni 2001 nr. 677.

