

Riksrevisjonens undersøkelse av
myndighetenes arbeid med å sikre god
henvisningspraksis fra fastlegene til
spesialisthelsetjenesten

Dokument 3:4 (2017–2018)



Bakgrunn og mål for undersøkelsen.
Funn og anbefalinger.



Denne publikasjonen finnes på Internett:
www.riksrevisjonen.no

Offentlige institusjoner kan bestille publikasjonen fra
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
Telefon: 22 24 20 00
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
www.publikasjoner.dep.no

Andre kan bestille fra
Bestillinger offentlige publikasjoner
Telefon: 55 38 66 00
Telefaks: 55 38 66 01
E-post: offpub@fagbokforlaget.no

Fagbokforlaget AS
Postboks 6050 Postterminalen
5892 Bergen
www.fagbokforlaget.no/offpub

ISBN 978-82-8229-409-6

Forsideillustrasjon: Flisa Trykkeri AS. Foto: Colourbox og Shutterstock.

Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten

BAKGRUNN OG MÅL FOR UNDERSØKELSEN

Nesten alle planlagte utredninger og behandlinger som gjennomføres i spesialisthelsetjenesten starter med en henvisning fra primærhelsetjenesten, i all hovedsak fra fastlegene. Det betyr at fastlegenes henvisningspraksis påvirker sykehusenes aktivitet i betydelig grad.

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere om myndighetene legger til rette for en god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten, slik at ressursene på området utnyttes godt. Undersøkelsen omfatter perioden 2014–2017.

Funn og anbefalinger

Det er store variasjoner i antall henvisninger mellom kommuner og mellom fastleger

Undersøkelsen viser at det er stor variasjon i omfanget av henvisninger målt både som andel av kommunenes innbyggere og som andel av fastlegenes lister. Verken andelen eldre, hvor sentralt beliggende kommunen er, kommunestørrelse, om legen er spesialist i allmennmedisin, eller om legen er fastlønnet, kan fullt ut forklare forskjellene i henvisningsrater.

Fastleger og sykehusleger samarbeider ikke godt nok om henvisningene, som ofte mangler nødvendig informasjon

Undersøkelsen viser at fastlegene og sykehuslegene i mange tilfeller har ulik forståelse av hva som er nødvendig informasjon i en henvisning. Halvparten av sykehuslegene i utvalget opplever jevnlig at det ikke kommer klart fram av henvisningen hvorfor pasienten har behov for spesialistbehandling, og 9 av 10 sykehusleger opplever at det er stor variasjon i kvaliteten på henvisningene.

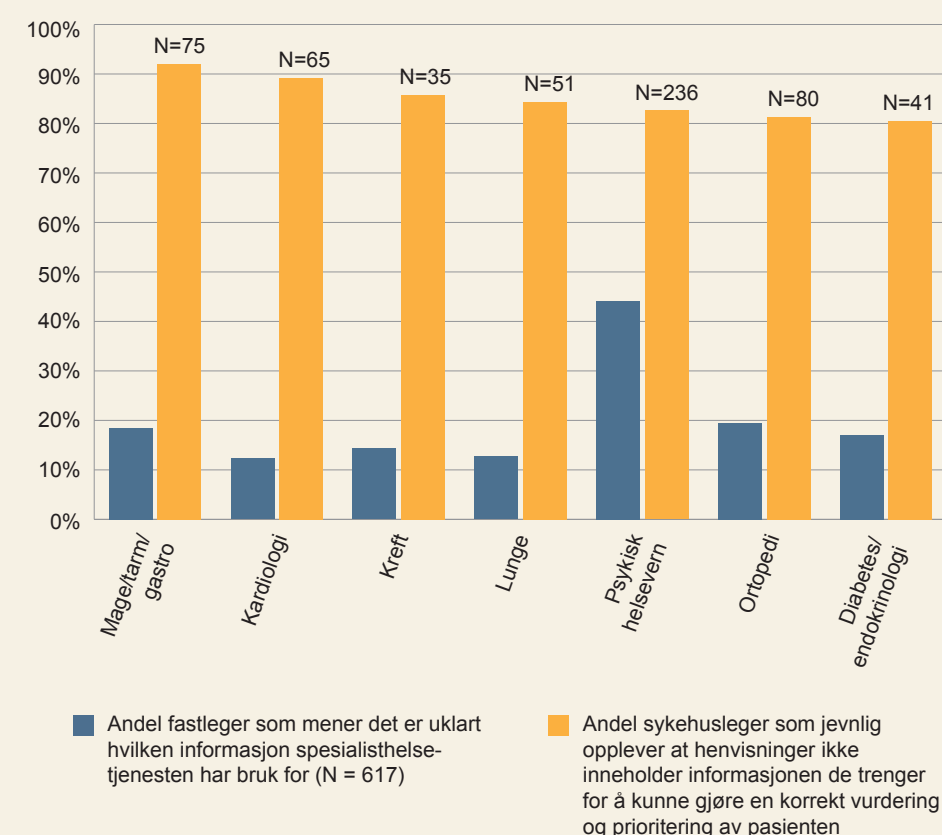
Unødvendige henvisninger og henvisninger med dårlig kvalitet fører til at ressursene i helsetjenesten ikke utnyttes på en måte som gir best nytte for pasientene

Mange fastleger henviser jevnlig pasienter til sykehus selv om de ikke forventer medisinsk nytte av utredningen/behandlingen. Hver tredje sykehuslege tar jevnlig inn pasienter til utredning selv om det fremgår av henvisningen at pasienten ikke burde vært henvist. Samtidig viser undersøkelsen at dårlig kvalitet på henvisningene i vesentlig grad fører til unødvendig ressursbruk i sykehusene.

Det er usikkert om fastlegeforskriften og henvisningsveilederen virker som forutsatt

Selv om kommunenes sørge-for-ansvar er hjemlet i fastlegeforskriften, mener bare 37 prosent av kommunene at fastlegeforskriften faktisk klargjør at kommunen skal følge opp fastlegenes henvisningspraksis. Kun halvparten av fastlegene kjenner til innholdet i henvisningsveilederen, nesten ett og et halvt år etter at den trådte i kraft. Ifølge sykehuslegene har ikke kvaliteten på henvisningene blitt bedre i perioden henvisningsveilederen har virket.

Andelen sykehusleger som mener henvisninger ikke inneholder tilstrekkelig informasjon, og andelen fastleger som mener det er uklart hvilken informasjon sykehuslegen har bruk for, fordelt på fagområder



Riksrevisjonens anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet

- vurderer hvordan statlige myndigheter bedre kan støtte kommunene i deres arbeid for å bedre fastlegenes henvisningspraksis
- tydeliggjør overfor helseforetakene at de har et ansvar for å gjøre sin kunnskap om fastlegenes henvisningspraksis tilgjengelig
- sørger for at ansvaret for pasienter innen psykisk helsevern avklares.

Uklare ansvarsforhold mellom primær- og spesialisthelsetjenesten gjør at pasienter med behov for psykisk helsehjelp ikke får et godt nok tilbud

Kommunene og spesialisthelsetjenesten har et felles ansvar for å tilby tjenester til personer med psykiske lidelser eller rusproblemer. Mange fastleger mener at verken det kommunale tilbudet eller tilbudet i spesialisthelsetjenesten er godt nok for denne pasientgruppen. Drøyt to av tre fastleger opplever at fastlegene og sykehuslegene har ulik forståelse av når det er behov for spesialisthelsetjenester innenfor psykisk helsevern. Like mange av sykehuslegene som arbeider innen psykisk helsevern, mener det samme.

Myndighetenes arbeid med å sikre
god henvisningspraksis fra
fastlegene til spesialisthelsetjenesten

Dokument 3:4 (2017–2018)

Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument 3:4 (2017–2018) *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten*.

Riksrevisjonen, 16. januar 2018.

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Innhold

1	Hovedfunn	8
2	Riksrevisjonens merknader	8
3	Riksrevisjonens anbefalinger	12
4	Departementets oppfølging	13
5	Riksrevisjonens sluttmerknad	15
Vedlegg 1: Riksrevisjonen brev til statsråden		17
Vedlegg 2: Statsrådets svar		21
Vedlegg 3: Rapport		29
1	Innledning	35
2	Metodisk tilnærming og gjennomføring	38
3	Revisjonskriterier	43
4	Variasjoner i henvisningsrater	47
5	Kvaliteten på og samhandlingen om henvisninger	53
6	Myndighetenes kunnskapsgrunnlag og virkemidler	64
7	Vurderinger	80
8	Referanseliste	85

Utbrett: Undersøkelsens bakgrunn, formål, funn og anbefalinger.

Helse- og omsorgsdepartementet

Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere om myndighetene legger til rette for en god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten, slik at ressursene på området utnyttes godt. Undersøkelsen omfatter perioden 2014–2017.

Nesten alle planlagte utredninger og behandlinger som gjennomføres i spesialisthelsetjenesten, starter med en henvisning fra primærhelsetjenesten, i all hovedsak fra fastlegene. Det betyr at fastlegenes henvisningspraksis påvirker sykehusenes aktivitet i betydelig grad. I 2015 hadde nesten 2,6 millioner personer kontakt med spesialisthelsetjenesten én eller flere ganger.

Det er viktig at personer som har behov for videre utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten, blir henvist til riktig instans. Samtidig har Stortinget lagt til grunn at mange pasienter blir behandlet på feil nivå, det vil si i sykehus, i situasjoner der tilbudet i stedet kunne vært gitt i kommunene. Norsk helsetjeneste er organisert etter LEON-prinsippet (Laveste Effektive Omsorgsnivå-prinsippet), som innebærer at helsehjelpen skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå. God henvisningspraksis innebærer dermed at allmennlegene identifiserer og henviser de pasientene som har behov for utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten, og at de ikke henviser pasienter som vil ha minst like god effekt av et lokalt tilbud. Videre innebærer god henvisningspraksis at henvisningsdokumentet har et innhold som bidrar til god og forsvarlig behandling og riktige prioriteringer i spesialisthelsetjenesten.

Undersøkelsen har tatt utgangspunkt i følgende vedtak og forutsetninger fra Stortinget:

- *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (helse- og omsorgstjenesteloven)
- *lov om spesialisthelsetjenesten* (spesialisthelsetjenesteloven)
- *lov om pasient- og brukerrettigheter* (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Innst. O. nr. 65 (1998–1999), jf. Ot.prp. nr. 10 (1998–99) *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*
- Innst. 212 S (2009–2010), jf. St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*
- Innst. 424 L (2010–2011), jf. Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*
- Innst. 270 S (2011–2012), jf. Meld. St. 12 (2011–2012) *Stat og kommune – styring og samspel*
- Innst. 388 L (2012–2013), jf. Prop. 118 L (2012–2013) *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv.*
- Innst. 40 S (2015–2016), jf. Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste–nærhet og helhet*

Rapporten ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet ved brev 30. august 2017. Departementet har i brev 28. september 2017 gitt kommentarer til rapporten. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

Rapporten, riksrevisorkollegiets oversendelsesbrev til departementet 31. oktober 2017 og statsrådets svar 15. november 2017 følger som vedlegg.

1 Hovedfunn

- Fastleger og sykehusleger samarbeider ikke godt nok om henvisningene, som ofte mangler nødvendig informasjon.
- Det er store variasjoner i antall henvisninger mellom kommuner og mellom fastleger.
- Unødvendige henvisninger og henvisninger med dårlig kvalitet fører til at ressursene i helsetjenesten ikke utnyttes på en måte som gir best nytte for pasientene.
- Uklare ansvarsforhold mellom primær- og spesialisthelsetjenesten gjør at pasienter med behov for psykisk helsehjelp ikke får et godt nok tilbud.
- Det er usikkert om fastlegeforskriften og henvisningsveilederen virker som forutsatt.

2 Riksrevisjonens merknader

2.1 Fastleger og sykehusleger samarbeider ikke godt nok om henvisningene, som ofte mangler nødvendig informasjon

I 2015 ble tiden sykehuslegene har på å vurdere en henvisning og eventuelt innhente ytterligere opplysninger, redusert fra 30 dager til 10 dager. I behandlingen av denne lovendringen understreker Helse- og omsorgskomiteen at det er avgjørende at kvaliteten på henvisningene er god, slik at sykehuset blir i stand til å gjøre en vurdering av pasienten innen vurderingsfristen. Henvisningen skal gi et godt faglig grunnlag slik at sykehuslegen kan vurdere både om pasienten har rett til spesialisthjelp, og hvilken prioritet pasienten skal få. Som en del av undersøkelsen har 650 sykehusleger som vurderer og prioriterer henvisninger innenfor utvalgte fagområder, og nesten 700 fastleger besvart hver sin spørreundersøkelse.

Sykehuslegene har i de fleste tilfeller tiltro til vurderingene i henvisningene fra fastlegene. Samtidig opplever 9 av 10 sykehusleger at det er stor variasjon i kvaliteten på henvisningene. Halvparten av sykehuslegene opplever jevnlig at det ikke kommer klart fram av henvisningen hvorfor pasienten har behov for spesialistbehandling, og mellom 80 og 90 prosent av sykehuslegene opplever jevnlig at henvisninger ikke inneholder den informasjonen de trenger. De fleste fastleger skriver gode henvisninger, men enkelte fastleger skiller seg negativt ut. For henvisninger som skiller seg negativt ut, savner sykehuslegene, uavhengig av fagområde, viktig informasjon som en klart definert problemstilling, opplysninger om pasientens funksjonsnivå og informasjon om hastegrad og kritiske kjennetegn for alvorlig sykdom.

Manglende informasjon i henvisningene vil kunne ha konsekvenser både for prioriteringen av pasienter i spesialisthelsetjenesten og for om nødvendig behandling blir påbegynt til rett tid. 40 prosent av sykehuslegene er bekymret for at de prioriterer feil på bakgrunn av henvisningene. Det er etter Riksrevisjonens vurdering nødvendig å redusere denne usikkerheten ved å øke kvaliteten på henvisningene og i større grad tilpasse dem til spesialisthelsetjenestens behov.

Én mulig årsak til at mange henvisninger ikke har god nok kvalitet, kan være at fastlegene og sykehuslegene i mange tilfeller har ulik forståelse av hva som er nødvendig informasjon i en henvisning. Mens det er få fastleger som synes det er uklart hvilken informasjon som skal være med i henvisningene innenfor de somatiske fagområdene, opplever svært mange av sykehuslegene at henvisningene ikke inneholder tilstrekkelig informasjon. Når de som skriver henvisningene, og de som vurderer dem, har svært ulik forståelse av hva en henvisning skal inneholde, er det behov for å avklare hvilken informasjon fastlegene skal innhente og videreformidle til spesialisthelsetjenesten.

Både fastlegene og sykehuslegene savner verktøy for enkel elektronisk dialog med den andre parten. Over halvparten av sykehuslegene opplever at det ikke er lagt til rette for at de lett kan gi tilbakemelding eller veiledning om henvisninger til fastlegene. Innføringen av digital dialogmelding mellom fastlegene og sykehuslegene, et tiltak som blant annet skal øke kvaliteten på henvisningene og redusere antallet unødvendige henvisninger, er ifølge Helse- og omsorgsdepartementet godt i gang. Etter Riksrevisjonens vurdering har aktørene behov for et verktøy som legger til rette for en god samhandling om henvisningene, og Riksrevisjonen forutsetter at det arbeidet som pågår med digital dialogmelding, vil bidra til å bedre denne dialogen.

Samarbeidsavtalene mellom kommunene og helseforetakene er et statlig virkemiddel som blant annet skal bidra til å sikre god henvisningspraksis. Helse- og omsorgsdepartementet har utgitt en egen nasjonal veileder som skal bidra til at det blir en ensartet praksis i bruken av avtalene. En gjennomgang av delavtaler om innleggelse i sykehus som er inngått mellom helseforetakene og kommunene, viser at punkter som kunne vært til hjelp for fastlegene i henvisningsprosessen, i svært liten grad er beskrevet i avtalene. Kun sju prosent av fastlegene mener at fastlegene var tilstrekkelig involvert i arbeidet med å utarbeide disse avtalene. Behovet for å trekke allmennlegetjenesten mer med og ansvarliggjøre den når retningslinjer for innleggelse utformes, gjennomføres og evalueres, er understreket i den nasjonale veilederen. Etter Riksrevisjonens vurdering er det rom for i større grad å involvere fastlegene i det videre arbeidet med å utvikle og konkretisere avtalene.

2.2 Det er store variasjoner i antall henvisninger mellom kommuner og mellom fastleger

Nesten alle planlagte utredninger og behandlinger som gjennomføres i spesialisthelsetjenesten, starter med en henvisning fra primærhelsetjenesten, i all hovedsak fra fastlegene. Undersøkelsen viser at det er stor variasjon i omfanget av henvisninger målt både som andel av kommunens innbyggere og som andel av fastlegenes lister. Noen kommuner har en henvisningsrate som tilsvarer knapt 6 prosent av kommunens befolkning per år, mens andre kommuner har en henvisningsrate som tilsvarer mer enn 25 prosent av befolkningen. Tilsvarende forskjeller finnes blant fastlegene. Verken andelen eldre, hvor sentralt beliggende kommunen er, kommunestørrelse, om legen er spesialist i allmennmedisin, eller om legen er fastlønnet, kan fullt ut forklare forskjellene i henvisningsrater. Stor variasjon i henvisningsrater mellom fastlegene kan tyde på at det i mange tilfeller er andre forhold enn sykелighet som påvirker om en person blir henvist til spesialisthelsetjenesten eller ikke. Etter Riksrevisjonens vurdering bør det tilstrebes en mer likeartet praksis for når en pasient skal henvises til spesialisthelsetjenesten, slik at systematiske forskjeller unngås.

2.3 Unødvendige henvisninger og henvisninger med dårlig kvalitet fører til at ressursene i helsetjenesten ikke utnyttes på en måte som gir best nytte for pasientene

Stortinget har lagt til grunn at helsehjelpen skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå, etter det såkalte LEON-prinsippet. Det vil i praksis si at dersom primærhelsetjenesten kan yte tilstrekkelig og forsvarlig helsehjelp til en pasient, skal pasienten ikke henvises til spesialisthelsetjenesten. Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 at spesialisthelsetjenesten skal vurdere om pasienten som henvises, oppfyller vilkårene for nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Dersom pasienten ikke oppfyller vilkårene, skal henvisningen avvises.

Etter innføringen av samhandlingsreformen skal en større del av pasienters utredning, behandling og oppfølging finne sted i primærhelsetjenesten. Det betyr at fastlegene i større grad enn før må foreta reelle avveininger av om pasienten skal henvises til

spesialisthelsetjenesten, eller om pasienten skal motta behandling fra primærhelsetjenesten. Undersøkelsen viser imidlertid at mer enn hver fjerde fastlege jevnlig henviser pasienter til spesialisthelsetjenesten selv om de ikke forventer noen medisinsk nytte av utredningen/behandlingen. Samtidig erkjenner hver tredje sykehuslege at de jevnlig tar inn pasienter til utredning selv om det *framgår av henvisningen* at pasienten ikke burde vært henvist. Selv om omfanget ikke kan fastslås med sikkerhet, mener Riksrevisjonen at en slik praksis ikke er i tråd med LEON-prinsippet, og at de samlede helseressursene i dag ikke brukes i tråd med intensjonene. Videre innebærer en slik ressursbruk en risiko for at de pasientene som trenger det, ikke raskt får den nødvendige behandlingen i spesialisthelsetjenesten.

Både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal bidra til at ressursene utnyttes best mulig. Sykehusleger og helseforetak erfarer imidlertid at dårlig kvalitet på henvisningene i vesentlig grad fører til unødvendig ressursbruk i sykehusene. Når en henvisning ikke inneholder nok opplysninger til å avgjøre om en pasient har rett til spesialisthelsetjenester, innkaller mange sykehusleger *som regel* pasienten til utredning uten å innhente supplerende opplysninger først. Rundt 70 prosent av sykehuslegene opplever for eksempel *ofte* at pasienter som henvises til deres avdeling, må gjennom utredninger eller prøvetaking o.l. som legene mener burde vært gjort i primærhelsetjenesten. Dette tyder på at sykehuslegene ofte utfører oppgaver som heller burde ha vært utført i primærhelsetjenesten. Helse- og omsorgskomiteen har tidligere understreket at en slik praksis er dårlig utnyttelse av de totale ressursene i helse- og omsorgssektoren. Etter Riksrevisjonens vurdering har kommunene svake insentiver til å følge opp at fastlegenes henvisningspraksis bidrar til at behandlingen skjer på laveste effektive omsorgsnivå.

Kommuner og helseforetak har ikke nødvendig kunnskap om henvisningspraksisen

Fastlegeforskriften §§ 7 og 24 gir kommunene et sørge-for-ansvar for at kvaliteten på fastlegenes henvisningspraksis er god. Kommunene skal blant annet legge til rette for og sikre at fastlegenes henvisninger til spesialisthelsetjenesten både støtter faglig riktig oppgavefordeling mellom behandlingsnivåene og gir nødvendig informasjon slik at pasienten får god behandling til riktig tid.

For at kommunene skal kunne sikre en god henvisningspraksis, trenger de informasjon om praksisen til den enkelte fastlege. Et flertall av kommunene mangler imidlertid oversikt både over hvordan henvisningskvaliteten oppleves i sykehusene, og over antall henvisninger fra den enkelte fastlege til spesialisthelsetjenesten. Når det gjelder helseforetakene, opplyser et flertall at de ikke systematiserer informasjonen om kvaliteten på henvisningene fra fastlegene, og kun sju helseforetak har god oversikt over hvordan antallet henvisninger varierer mellom fastlegene. Når mange kommuner og helseforetak ikke har systematisk kunnskap om fastlegenes praksis, mister de muligheten til å identifisere de fastlegene som over tid har et henvisningsmønster som skiller seg ut, og som kommunen kunne ha benyttet i en dialog med disse fastlegene. I lys av dette minner Riksrevisjonen om at Helse- og omsorgskomiteen tidligere har pekt på at det bør innføres systemer med regelmessige tilbakemeldinger til fastlegen om egen og andres praksis på prioriterte samfunnsmedisinske områder, også når det gjelder henvisningspraksis.

Én grunn til at mange kommuner ikke har skaffet seg oversikt over fastlegenes henvisningspraksis, er at de mener de mangler virkemidler til å skaffe seg slik oversikt. Samtidig går det fram av undersøkelsen at mange kommuner ikke fullt ut benytter de mulighetene som finnes til å skaffe seg oversikt over fastlegenes praksis. Når så

mange kommuner opplever at de ikke har de nødvendige virkemidlene, har kommunene etter Riksrevisjonens vurdering fortsatt behov for støtte i sitt kvalitetsarbeid, slik Helse- og omsorgskomiteen viste til under behandlingen av *Primærhelsemeldingen* i 2015.

2.4 Uklare ansvarsforhold mellom primær- og spesialisthelsetjenesten gjør at pasienter med behov for psykisk helsehjelp ikke får et godt nok tilbud

Kommunene og spesialisthelsetjenesten har et felles ansvar for å tilby tjenester til personer med psykiske lidelser eller rusproblemer. Mange fastleger mener imidlertid at verken det kommunale tilbudet eller tilbudet i spesialisthelsetjenesten er godt nok for denne pasientgruppen.

Samtidig mener et flertall både av fastlegene og av sykehuslegene som arbeider innen psykisk helsevern, at andre deler av primærhelsetjenesten i større grad enn i dag bør behandle pasienter med psykiske lidelser. Når halvparten av fastlegene opplyser at de kunne ha behandlet flere pasienter med psykiske lidelser dersom de hadde fått tilstrekkelig opplæring/veiledning fra spesialisthelsetjenesten, tyder det på at det er et potensial for å sette kommunehelsetjenesten bedre i stand til å behandle denne pasientgruppen.

Drøyt to av tre fastleger mener at fastlegene og sykehuslegene har ulik forståelse av når det er behov for spesialisthelsetjenester innenfor psykisk helsevern. Like mange av sykehuslegene som arbeider innen psykisk helsevern, mener det samme. Når begge parter i så stor grad opplever at det er ulik forståelse av når det er behov for spesialisthelsetjenester, tyder det på at det er uklart hvilke tilstander som faktisk gir rett til spesialisthelsetjenester for denne pasientgruppen. Etter Riksrevisjonens vurdering er det alvorlig at kommuner og helseforetak ikke i tilstrekkelig grad har avklart hvordan tilbudet til denne pasientgruppen best kan innrettes.

2.5 Det er usikkert om fastlegeforskriften og henvisningsveilederen virker som forutsatt

Helse- og omsorgsdepartementet har et overordnet ansvar for å sikre at nasjonale mål for helsetjenesten nås, og skal sørge for at det blir gjennomført evalueringer for å skaffe kunnskap om effektivitet, måloppnåelse og resultater. Departementet har etablert et rammeverk for henvisningspraksis blant annet ved at henvisningspraksis er hjemlet i lov og forskrift, og ved at det er utarbeidet en egen henvisningsveileder.

Selv om kommunenes sørge-for-ansvar er hjemlet i fastlegeforskriften, mener bare 37 prosent av kommunene at fastlegeforskriften faktisk klargjør at kommunen skal følge opp fastlegenes henvisningspraksis. Det kan forklare hvorfor mange kommuner ikke har oversikt over verken kvaliteten på henvisningene eller omfanget av dem, til tross for at de mener at en slik oversikt er viktig. Hvor langt kommunenes sørge-for-ansvar går på dette området, er ifølge Helse- og omsorgsdepartementet et komplisert spørsmål som ikke er endelig avklart. For at kommunene skal kunne følge opp fastlegenes praksis på en bedre måte enn de gjør i dag, er det etter Riksrevisjonens vurdering nødvendig at dette ansvaret tydeliggjøres.

Departementet har lite informasjon om hvordan kommunene ivaretar dette sørge-for-ansvaret, men viser til at kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), som er under utarbeidelse, skal gi kommunene informasjon om hvordan både henvisninger og andre sider av fastlegenes praksis varierer. Etter Riksrevisjonens vurdering er det viktig at registeret får en innretning som gjør at kommunene kan få praktisk hjelp og bistand til å følge opp fastlegene på en god måte.

Som følge av at sykehuslegene skulle få kortere tid til å vurdere henvisningene, ble det utarbeidet en ny henvisningsveileder, som trådte i kraft 1. november 2015. Veilederen gir konkrete råd til fastlegene om hvilke opplysninger som bør stå i henvisningene til spesialisthelsetjenesten. Nesten ett og et halvt år etter at veilederen trådte i kraft, kjenner imidlertid kun halvparten av fastlegene til innholdet i den. Ifølge sykehuslegene har ikke kvaliteten på henvisningene blitt bedre etter at henvisningsveilederen trådte i kraft. Sykehuslegene opplever heller ikke at veilederen har bidratt til å gjøre det lettere å prioritere riktig. Helse- og omsorgsdepartementet viser til at henvisningsveilederen har virket i kort tid, og at departementet derfor ikke har undersøkt i hvilken grad veilederen brukes, eller om den har bidratt til å bedre kvaliteten på henvisningene. Arbeidet med å integrere henvisningsveilederen i fastlegenes journalsystemer startet opp i februar 2017, og tidspunktet for slutføringen av prosjektet er ifølge departementet ikke fastsatt. Riksrevisjonen forutsetter at kvaliteten på henvisningene til spesialisthelsetjenesten vil bli bedre når henvisningsveilederen har blitt integrert i fastlegenes journalsystemer.

3 Riksrevisjonens anbefalinger

Riksrevisjonen mener at Helse- og omsorgsdepartementet bør vurdere hvordan statlige myndigheter bedre kan støtte kommunene i deres arbeid med å forbedre fastlegenes henvisningspraksis. Riksrevisjonen anbefaler at departementet

- formidler til kommunene hva som ligger i deres sørge-for-ansvar i fastlegeforskriften
- undersøker hvordan det bedre kan legges til rette for at kommunene kan ivareta sitt ansvar på en god måte
- tydeliggjør hvilke virkemidler kommunene kan ta i bruk i sin oppfølging av fastlegene
- vurderer om kommunene har tilstrekkelige insentiver til å følge opp henvisningspraksisen

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet tydeliggjør overfor helseforetakene at de har et ansvar for å gjøre sin kunnskap om fastlegenes henvisningspraksis tilgjengelig. Det innebærer for eksempel at helseforetakene må

- systematisere informasjon om kvaliteten på henvisningene fra fastlegene slik at den kan videreformidles til kommunene/fastlegene
- utarbeide systemer for regelmessige tilbakemeldinger til fastlegen om egen og andres henvisningspraksis

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet sørger for at ansvaret for pasienter innen psykisk helsevern avklares, og i den forbindelse

- undersøker hvordan spesialisthelsetjenesten best kan gi opplæring og veiledning slik at kommunehelsetjenesten blir bedre i stand til å gi et godt tilbud til denne pasientgruppen
- sikrer at helseforetakene og kommunen avklarer hvilke tilstander som faktisk gir rett til spesialisthelsetjenester for denne pasientgruppen

4 Departementets oppfølging

Statsråden gir i sitt svarbrev uttrykk for at Riksrevisjonens undersøkelse gir nyttig kunnskap om henvisningspraksisen mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten, og at Riksrevisjonen kommer med konkrete anbefalinger for forbedring.

Når det gjelder oppfølging overfor kommunene og kommunenes rolle med hensyn til å forbedre fastlegenes henvisningspraksis, deler ikke statsråden Riksrevisjonens oppfatning av at kommunens sørge-for-ansvar overfor fastleger og deres henvisninger er uklart. Statsråden understreker at fastlegeforskriften § 7 sammenholdt med forskriften § 24 gir kommunen et tydelig ansvar for å sørge for god henvisningspraksis hos sine fastleger. Statsråden forventer at kommunene oppfyller de kravene som følger av lov og forskrift, og understreker at det er opp til kommunene å få på plass systemer for å følge med på henvisningspraksisen for fastleger i sin kommune. Statsråden forventer også at kommunene etablerer et system for å følge opp fastleger som ikke oppfyller kravene i fastlegeforskriften § 24, eller som uten begrunnelse fraviker faglige anbefalinger.

Statsråden viser til at Helsedirektoratet har utarbeidet en egen henvisningsveileder til bruk for fastlegene som trådte i kraft 1. november 2015. Statsråden mener veilederen er et viktig verktøy for å forbedre henvisninger fra fastlegene, men at det kan virke som om det varierer hvorvidt veilederen blir brukt. Statsråden erkjenner at veilederen i betydelig større grad bør gjøres kjent og tas i bruk av fastlegene, og vil derfor understreke overfor Helsedirektoratet at de viderefører sitt arbeid med å gjøre veilederen kjent. Statsråden viser videre til at staten gjennom EPJ-løftet har tatt initiativ til å utvikle løsninger som gir fastleger tilgang til fagspesifikke råd og veiledere direkte fra det elektroniske pasientjournalssystemet hos fastlegen. Ifølge statsråden vil dette bidra til at henvisningsveilederen tas i bruk i større grad.

Statsråden er enig med Riksrevisjonen i at helseforetakene må bidra til å sette fastlegene bedre i stand til å forbedre sin henvisningspraksis. Statsråden viser til at departementet vil følge opp dette gjennom eierstyringen av de regionale helseforetakene.

Statsråden understreker at det er alvorlig når tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser og rusproblemer ikke oppleves å være godt nok. Statsråden påpeker at kommunenes ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester forutsetter at kommunene sørger for at fastlegen har tilstrekkelig kjennskap til det kommunale tjenestetilbudet. Videre er det ifølge statsråden av betydning at fastlegene er godt kjent med tilbudet i spesialisthelsetjenesten.

Statsråden mener at det samlet sett er et bredt behandlingstilbud til personer med psykiske lidelser og rusproblemer, men at det likevel er behov for å utvikle og forbedre tjenestene videre både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten. Statsråden vil prøve ut modeller for organisering av tjenestetilbudet gjennom pilotprosjekter som kommunal drift av DPS, utprøving av oppfølgingsteam og videre utbredelse av oppsøkende behandlingsteam mv. Disse modellene tar ifølge statsråden sikte på å styrke både kvaliteten på tjenestene og samhandlingen mellom tjenestenivåer.

Statsråden opplyser videre at det nå utarbeides en rekke pakkeforløp innen psykisk helse og rus. Pakkeforløpene skal ifølge statsråden implementeres fram mot 2020 – de tre første skal innføres allerede i 2018. Statsråden viser til at pakkeforløpene blant

annet skal bidra til økt brukermedvirkning, bedre samhandling og likeverdig behandling. Sammen med et godt etablert regelverk, prioriteringsveiledere og nasjonale faglige retningslinjer gir dette ifølge statsråden et godt rammeverk for samhandlingen mellom tjenestenivåene.

Statsråden er enig med Riksrevisjonen i at det bør undersøkes nærmere hvordan spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten best kan utøve sitt ansvar for å gi opplæring og ivareta sin veiledningsplikt overfor hverandre innen psykisk helse og rus. Statsråden vil ta dette opp i eierstyringen av de regionale helseforetakene og i dialog med KS når det gjelder kommunene.

Når det gjelder Riksrevisjonens anbefaling om å sikre at helseforetakene og kommunene avklarer hvilke tilstander som gir rett til spesialisthelsetjenester for personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer, er Statsråden opptatt av at dette må bygge på faglige vurderinger samt prioriteringsveilederne og de faglige retningslinjene. Prioriteringsveilederne gir anbefalinger om hvilke tilstander som på gruppenivå gir rett til spesialisthelsetjenester, og skal være et hjelpemiddel når sykehusleger skal ta stilling til om en pasient som er henvist, har rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten eller ikke. Statsråden opplyser at han vil forsikre seg om at Helsedirektoratet som nasjonalt normerende fagorgan følger opp sitt ansvar på dette området.

Statsråden opplyser at kommunene og helseforetakene gjennom de lovpålagte samarbeidsavtalene skal klargjøre hvilke oppgaver som skal løses på hvilket nivå, og at avtalene skal inneholde avklaringer av mulige uklarheter i oppgave- og ansvarsfordelingen. På bakgrunn av Riksrevisjonens rapport vil statsråden vurdere om det er behov for en ny gjennomgang av hvorvidt kommuner og helseforetak etterlever de føringene som er gitt gjennom kravene til samarbeidsavtalene innen psykisk helse og rus.

5 Riksrevisjonens sluttmerknad

En god henvisningspraksis er viktig både for å sikre at pasienter med behov for spesialisthelsetjenester får god behandling til riktig tid, og for å sikre at de totale helseressursene utnyttes til beste for pasientene. Riksrevisjonen og departementet er enige om at fastlegeforskriften gir kommunen et tydelig ansvar for å sørge for god henvisningspraksis hos sine fastleger. Undersøkelsen viser imidlertid at mange kommuner mener at de ikke har et slikt ansvar, samtidig som kommunene har svake insentiver til å følge opp fastlegenes praksis. Departementet bør derfor, etter Riksrevisjonens mening, vurdere hvordan det bedre kan tydeliggjøre dette ansvaret og støtte kommunene i dette arbeidet, slik at Stortingets intensjoner kan innfris.

Saken sendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 7. desember 2017

Per-Kristian Foss

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen

Beate Heieren Hundhammer

Gunn Karin Gjøl

Arve Lønnum

Jens A. Gunvaldsen

Vedlegg 1

Riksrevisjonens brev til statsråden

Utsatt offentlighet jf. revl. § 18(2)

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

0030 Oslo

Att.: Statsråd Bent Høie

Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten

Vedlagt oversendes utkast til Dokument 3:x (2017-2018) *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten*.

Dokumentet er basert på en rapport som ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet ved vårt brev 30. august 2017, og på departementets svar 28. september 2017.

Statsråden bes redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Departementets oppfølging vil bli sammenfattet i det endelige dokumentet til Stortinget. Statsrådens svar vil i sin helhet bli vedlagt dokumentet.

Svarfrist: 15. november 2017

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Vedlegg

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur

Vedlegg 2

Statsrådets svar



Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Unntatt offentlighet,
Offl. § 5 andre ledd

Deres ref

Vår ref
16/2283-20

Dato
15. november 2017

Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten

Jeg viser til oversendelse av 31. oktober 2017 vedlagt Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten. Analysen gir nyttig kunnskap om henvisningspraksisen mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten, og kommer med konkrete anbefalinger for forbedring. Før jeg går inn på hvilke tiltak Helse- og omsorgsdepartementet vil iverksette for å bedre fastlegenes henvisningspraksis, ønsker jeg å benytte anledningen til å kommentere Riksrevisjonens merknader på ett punkt.

I punkt 2.1 andre avsnitt mener jeg at Riksrevisjonen med fordel kunne tatt inn noe mer tekst fra rapportutkastet. Jeg foreslår derfor at andre avsnitt, siste setning, erstattes med følgende: *«De fleste fastleger skriver gode henvisninger, men at enkelte fastleger skiller seg negativt ut. For henvisninger som skiller seg negativt ut savner sykehuslegene, uavhengig av fagområde, for eksempel viktig informasjon som en klart definert problemstilling, opplysninger om pasientens funksjonsnivå og informasjon om hastegrad og kritiske kjennetegn for alvorlig sykdom.»*

Riksrevisjonen gir tre anbefalinger:

1. Riksrevisjonen mener at Helse- og omsorgsdepartementet bør vurdere hvordan statlige myndigheter bedre kan støtte kommunene i deres arbeid for å bedre fastlegenes henvisningspraksis. Riksrevisjonen anbefaler at departementet
 - formidler til kommunene hva som ligger i deres sørge-for-ansvar i fastlegeforskriften

- undersøker hvordan det bedre kan legges til rette for at kommunene kan ivareta sitt ansvar på en god måte
 - tydeliggjør hvilke virkemidler kommunene kan ta i bruk i sin oppfølging av fastlegene
 - vurderer om kommunene har tilstrekkelige insentiver til å følge opp henvisningspraksisen
2. Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet tydeliggjør overfor helseforetakene at de har et ansvar for å gjøre sin kunnskap om fastlegenes henvisningspraksis tilgjengelig. Det innebærer for eksempel at helseforetakene må
- systematisere informasjon om kvaliteten på henvisningene fra fastlegene slik at den kan videreformidles til kommunene/fastlegene
 - utarbeide systemer for regelmessige tilbakemeldinger til fastlegen om egen og andres henvisningspraksis
3. Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet sørger for at ansvaret for pasienter innen psykisk helsevern avklares, og i den forbindelse
- undersøker hvordan spesialisthelsetjenesten best kan gi opplæring og veiledning slik at kommunehelsetjenesten blir bedre i stand til å gi et godt tilbud til denne pasientgruppen
 - sikrer at helseforetakene og kommunen avklarer hvilke tilstander som faktisk gir rett til spesialisthelsetjenester for denne pasientgruppen

Når det gjelder oppfølging overfor kommunen og deres rolle i å bedre fastlegenes henvisningspraksis, deler jeg ikke Riksrevisjonens oppfatning av at kommunens sørge-for-ansvar knyttet til fastleger og deres henvisninger er uklart. Jeg mener at fastlegeforskriften § 7 annet ledd sammenholdt med forskriften § 24 gir kommunen et tydelig ansvar med å sørge for god henvisningspraksis hos sine fastleger. Kommunen har et tydelig ansvar for å sørge for at fastleger de har avtale med, oppfyller kravene til henvisninger i fastlegeforskriften § 24. Helsedirektoratet har utarbeidet en egen henvisningsveileder til bruk for fastlegene. Jeg forventer at kommunene oppfyller de krav som følger av lov og forskrift, og at det er opp til kommunen å få på plass systemer for å følge med på henvisningspraksisen for fastleger i sin kommune. De må også ha et system for å følge opp fastleger som ikke oppfyller krav gitt i medhold av fastlegeforskriften § 24, eller uten begrunnelse fraviker faglige anbefalinger.

Helsedirektoratet har utgitt en ny henvisningsveileder som ble gjeldende fra 1. november 2015. Veilederen er et viktig verktøy for å bedre henvisninger fra fastlegene. Imidlertid kan det virke som om bruken av veilederen er varierende. Den bør i betydelig større grad gjøres kjent, og tas i bruk av fastlegene. Jeg vil derfor understreke overfor Helsedirektoratet at de viderefører sitt arbeid med å gjøre veilederen kjent. For å understøtte kommunenes ansvar har staten tatt initiativ til utvikling av løsninger som gir fastleger tilgang til fagspesifikke råd og veiledere direkte fra det elektroniske pasientjournalssystemet hos fastlegen. Dette vil bidra til at henvisningsveilederen tas i bruk i større grad. Tiltakene inngår i EPJ-løftet i regi av Direktoratet for e-helse, og som utføres i samarbeid med Helsedirektoratet og Legeforeningen.

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet tydeliggjør overfor helseforetakene at de har et ansvar for å gjøre sin kunnskap om fastlegenes henvisningspraksis tilgjengelig. Jeg er enig med Riksrevisjonen i at helseforetakene må bidra til å sette fastlegene bedre i stand til å forbedre sin henvisningspraksis. Departementet vil følge opp dette gjennom eierstyringen av de regionale helseforetakene.

Det er alvorlig når tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser, og/eller rusproblemer ikke oppleves å være godt nok. Kommunene er pålagt å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette forutsetter at kommunene sørger for at også fastlegen har tilstrekkelig kjennskap til det kommunale tjenestetilbudet. Det er også av betydning for å gi forsvarlig helsehjelp at fastlegene er godt kjent med tilbudet i spesialisthelsetjenesten.

Samlet sett er det et bredt behandlingstilbud til personer med psykiske helse- og rusproblemer. Det er likevel behov for å utvikle og forbedre tjenestene videre både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten. Gjennom pilotprosjekter som kommunal drift av DPS, utprøving av oppfølgingsteam, videre utbredelse av oppsøkende behandlingsteam mv., vil jeg også prøve ut modeller for organisering av tjenestetilbudet. Disse modellene tar sikte på å styrke både kvaliteten på tjenestene og samhandlingen mellom tjenestenivåer.

Det er utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer og veiledere innen psykisk helse og rus, som gir informasjon og faglige anbefalinger om ulike behandlingstilbud. I tillegg utarbeides nå en rekke pakkeforløp innen psykisk helse og rus. Disse skal implementeres frem mot 2020, hvorav de tre første allerede i 2018. Pakkeforløpene skal blant annet bidra til økt brukermedvirkning, bedre samhandling, likeverdig behandling og økt fokus på somatisk helse og levevaner.

Sammen med et godt etablert regelverk, prioriteringsveiledere og nasjonale faglige retningslinjer, gir dette et godt rammeverk for samhandlingen mellom tjenestenivåene. Prioriteringsveilederne skal bidra til å avklare hvilke tilstander som på gruppenivå har rett til spesialisthelsetjenester. Det må gjøres individuelle skjønnsmessige vurderinger for hver henvisning. Kommuner og helseforetak skal klargjøre hvilke oppgaver som skal løses på hvilket nivå i fellesskap gjennom de lovpålagte samarbeidsavtalene. Avtalene skal inneholde avklaringer av mulige uklarheter i oppgave- og ansvarfordeling.

Samarbeidsavtalene gjelder for alle fagområdene. Jeg vil på bakgrunn av Riksrevisjonens rapport vurdere om det er behov for en ny gjennomgang av hvorvidt kommuner og helseforetak etterlever de føringene som er gitt gjennom kravene til samarbeidsavtalene innen psykisk helse og rus.

Jeg er enig med Riksrevisjonen i at det bør undersøkes nærmere hvordan spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten på disse områdene best kan utøve sitt ansvar for å gi opplæring og ivareta sin veiledningsplikt overfor hverandre. Dette vil jeg på egnet måte ta opp i eierstyringen av de regionale helseforetakene og i dialog med KS når det gjelder kommunene.

Riksrevisjonen anbefaler å sikre at helseforetakene og kommunene avklarer hvilke tilstander som på gruppenivå gir rett til spesialisthelsetjenester for personer med psykisk helse og/eller rusproblemer. Jeg mener at dette må bygge på faglige vurderinger og de til enhver tid fastsatte prioriteringsveiledere og faglige retningslinjer. I både prioriteringsveilederen for voksne og for barn og unge er det gitt anbefalinger for hvilke tilstander som gir rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Prioriteringsveilederne skal være et praktisk hjelpemiddel når en skal ta stilling til om en pasient som er henvist, har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten eller ikke. Veilederne er viktige verktøy som skal bidra til at fastlegenes rettighetsvurderinger av "like" pasienter er uavhengig av klinisk fagområde, hvor i landet de bor og hvilket sykehus de henvises til. Jeg vil imidlertid forsikre meg om at Helsedirektoratet på en tilstrekkelig måte følger opp sitt ansvar på dette området som nasjonalt normerende fagorgan.

Med hilsen



Bent Høie

Vedlegg 3

Rapport: Myndighetenes arbeid
med å sikre god henvisningspraksis
fra fastlegene til spesialisthelse-
tjenesten

Revisjonen er gjennomført i samsvar med Riksrevisjonens lov og instruks, og med retningslinjer for forvaltningsrevisjon som er konsistente med og bygger på ISSAI 300, INTOSAI's internasjonale standarder for forvaltningsrevisjon.

Innhold

1	Innledning	35
1.1	Bakgrunn	35
1.2	Mål og problemstillinger	37
2	Metodisk tilnærming og gjennomføring	38
2.1	Statistikk og registerdata	38
2.1.1	NPR-data	38
2.1.2	Kobling av registre	38
2.1.3	Feilkilder	39
2.2	Spørreundersøkelser	40
2.2.1	Spørreundersøkelse til kommunene	40
2.2.2	Spørreundersøkelse til et utvalg helsepersonell ved sykehusene som har vurderings- og prioriteringsansvar	40
2.2.3	Spørreundersøkelse til helseforetakene	41
2.2.4	Spørreundersøkelse til et utvalg fastleger	41
2.3	Intervjuer	42
2.4	Dokumentgjennomgang	42
3	Revisjonskriterier	43
3.1	Nasjonale helsepolitiske mål	43
3.1.1	Krav om likeverdige tjenester av god kvalitet	43
3.1.2	Krav om god ressursutnyttelse	43
3.2	Myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis	44
3.2.1	Statlige myndigheters ansvar	44
3.2.2	Helseforetakenes ansvar for å sikre god henvisningspraksis	45
3.2.3	Kommunenes ansvar for å sikre god henvisningspraksis	45
4	Variasjoner i henvisningsrater	47
4.1	Utviklingen i antall henvisninger	47
4.2	Variasjoner mellom kommuner og mellom fastleger	47
5	Kvaliteten på og samhandlingen om henvisninger	53
5.1	Sykehuslegenes erfaringer med kvaliteten på henvisningene	53
5.1.1	Hva sykehuslegene gjør når en henvisning mangler nødvendig informasjon	56
5.1.2	Samhandling om henvisninger	57
5.2	Oppgavefordelingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten	59

6	Myndighetenes kunnskapsgrunnlag og virkemidler	64
6.1	Kommunenes kunnskap om kvaliteten på fastlegetjenestene	64
6.2	Informasjon om kvaliteten på henvisningsdokumentene	67
6.2.1	Statlige myndigheters oppfølging av henvisningskvalitet	69
6.3	Informasjon om omfanget av henvisninger	70
6.3.1	Statlige myndigheters oppfølging av omfanget av henvisninger	74
6.4	Statlige myndigheters tilrettelegging for god henvisningspraksis	74
6.4.1	Endring av loven ga behov for å utarbeide en ny nasjonal henvisningsveileder	76
6.4.2	Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommunene og helseforetakene	78
7	Vurderinger	80
7.1	Dagens praksis fører til at ressursene i helsetjenesten ikke utnyttes godt nok	80
7.2	Mange henvisninger inneholder ikke den informasjonen sykehuslegene har behov for	81
7.3	Kommuner og helseforetak har ikke nødvendig kunnskap om henvisningspraksisen	82
7.4	Ansvar for pasienter innen psykisk helsevern er ikke tilstrekkelig avklart	83
7.5	Det er usikkert om fastlegeforskriften og henvisningsveilederen virker som forutsatt	83
8	Referanseliste	85

Figuroversikt

Figur 1	Antall nyhenvisninger fra både primær- og spesialisthelsetjenesten 2006–2016	47
Figur 2	Henvisninger fra fastleger som andel av kommunens innbyggere, 2016	48
Figur 3	Henvisninger som andel av antall innbyggere i kommunen	49
Figur 4	Hvordan henvisninger målt som andel av fastlegenes liste fordeler seg	51
Figur 5	Andelen sykehusleger som mener henvisninger ikke inneholder tilstrekkelig informasjon, og andelen fastleger som mener det er uklart hvilken informasjon sykehuslegen har bruk for	54
Figur 6	Andel leger som jevnlig avviser henvisninger som ikke inneholder tilstrekkelige opplysninger	57
Figur 7	Andelen fastleger som er enig/uenig i at kapasiteten i spesialisthelsetjenesten er god nok til at pasientene får et godt tilbud	60
Figur 8	Andelen fastleger som kunne behandlet flere pasienter enn de gjør i dag, hvis de hadde fått tilstrekkelig opplæring/veiledning fra spesialisthelsetjenesten	61
Figur 9	Andel fastleger som kunne behandlet flere pasienter enn de gjør i dag, hvis de hadde hatt tid og ressurser	63
Figur 10	Kommunenes kilder til informasjon om fastlegenes tjenestetilbud	64

Figur 11	Andel kommuner som oppgir at de har god oversikt over ulike deler av fastlegenes praksis	65
Figur 12	Andelen kommuner som er enig/uenig i at de har god oversikt over hvordan spesialisthelsetjenesten opplever henvisningskvaliteten, og andelen kommuner som er enig/uenig i at de har god oversikt over henvisninger fra den enkelte fastlege til spesialisthelsetjenesten	66
Figur 13	Kommunens ansvar og virkemidler når det gjelder henvisningskvalitet	67
Figur 14	Andelen helseforetak som mener det er viktig å ha oversikt over henvisningskvaliteten, og andelen helseforetak som mener de har egnede virkemidler å ta i bruk overfor leger som over tid sender dårlige henvisninger	68
Figur 15	Oversikt over hvilke kilder som benyttes av kommuner som oppgir at de har god oversikt over hvordan spesialisthelsetjenesten opplever henvisningskvaliteten	69
Figur 16	Kommunenes ansvar og virkemidler når det gjelder omfanget av henvisninger	70
Figur 17	Andel kommuner som ikke har de nødvendige virkemidlene til å skaffe seg informasjon om antall henvisninger	71
Figur 18	Helseforetakenes kunnskap om omfanget av henvisninger	73
Figur 19	Andelen som er enig i at fastlegene i tilstrekkelig grad var involvert i utarbeidelse av delavtale om innleggelse i sykehus	78

Tabelloversikt

Tabell 1	Gjennomsnitt, median og kvartilrate for ulike utvalg av kommuner, 2016	50
Tabell 2	Gjennomsnitt, median og kvartilrate for et utvalg av fastlegelister, 2016	52
Tabell 3	Andel sykehusleger som jevnlig savner ulike typer informasjon i henvisningen	55

Faktaboksoversikt

Faktaboks 1	Eksempler på hvordan kommuner bruker informasjon om henvisningskvalitet i arbeidet med å sikre god henvisningspraksis	68
Faktaboks 2	Eksempler på hvordan kommuner bruker informasjon om omfanget av henvisninger i arbeidet med å sikre god henvisningspraksis	71

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

God henvisningspraksis innebærer at allmennlegene identifiserer og henviser de pasientene som har behov for utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten, og at de ikke henviser pasienter som vil ha minst like god effekt av et lokalt tilbud. Videre innebærer god henvisningspraksis at henvisningsdokumentet har et innhold som bidrar til at det blir gjort riktige prioriteringer i spesialisthelsetjenesten.

I denne undersøkelsen er en henvisning et dokument som allmennlegen/fastlegen sender til spesialisthelsetjenesten for å

- få utført en undersøkelse eller behandling som allmennlegen ikke kan gjøre selv (en operasjon eller spesialistundersøkelse)
- få et råd eller en tilbakemelding om en vanskelig medisinsk problemstilling
- dele ansvaret for en vanskelig medisinsk problemstilling med en annen lege¹

Nesten alle planlagte utredninger og behandlinger som gjennomføres i spesialisthelsetjenesten, starter med en henvisning fra primærhelsetjenesten, i all hovedsak fra fastlegene.² Det betyr at fastlegenes henvisningspraksis påvirker sykehusenes aktivitet i betydelig grad. Ifølge Statistisk sentralbyrå (SSB) konsulterte hver nordmann fastlegen i gjennomsnitt 2,6 ganger i 2015, mens Helsedirektoratet antar at nesten 2,6 millioner personer hadde kontakt med spesialisthelsetjenesten én eller flere ganger samme år.³ Ifølge Helsedirektoratet økte antall pasienter i spesialisthelsetjenesten med 4,2 prosent fra 2014 til 2015, noe som var en sterkere vekst enn tidligere. Veksten i antall pasienter har særlig vært høy innenfor poliklinisk virksomhet. Veksten i polikliniske konsultasjoner var høyere enn tidligere år både innen somatiske fagområder, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.⁴

Flere studier har vist at det er betydelige variasjoner mellom fastlegene når det gjelder hvor stor andel av pasientene de henviser til spesialisthelsetjenesten.⁵ De undersøkelsene som er gjort, er imidlertid begrenset til ett fylke eller til opptaksområdet til ett regionalt helseforetak. Statlige myndigheter har ikke nasjonale data over antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten fra norske fastleger. Det finnes heller ikke nasjonal statistikk over henvisninger som kan belyse variasjon mellom fastleger eller variasjon i lys av kommunistørrelse, sentralitet eller andre forhold, jf. Meld. St. 13 (2016–2017).

Tidligere undersøkelser har pekt på at kvaliteten på henvisningsdokumentet ikke oppleves som god nok,⁶ og at mange sykehus mangler systemer for tilbakemelding til henviser om kvalitet.⁷ Dårlig kvalitet på henvisningen kan ha alvorlige konsekvenser for enkeltpersoner, for eksempel ved at de gis feil prioritet i behandlingsskøen i spesialisthelsetjenesten, eller ved at de får utilstrekkelige undersøkelser og utilstrekkelig behandling. For samfunnet kan dårlig kvalitet på henvisningen føre til uhensiktsmessig bruk av tid og ressurser i spesialisthelsetjenesten.

1) Thorsen 2017a.

2) Thorsen 2017b.

3) SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2014 og 2015, SSB:<https://www.ssb.no/statistikkbanken/selecttable/hovedtabellHjem.asp?KortNavnWeb=fastlegetj&CMSSubjectArea=helse&checked=true> >

4) SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2015.

5) Førde et al. 2011; SINTEF 2010; Thorsen 2017b.

6) Se for eksempel Martinussen 2013.

7) Kristoffersen 2014.

Det er viktig at personer som har behov for videre utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten, blir henvist til riktig instans. Samtidig har Stortinget lagt til grunn at mange pasienter blir behandlet på feil nivå, det vil si i sykehus, i situasjoner der tilbudet i stedet kunne vært gitt i kommunene, jf. Innst. 212 S (2009–2010). En internasjonal studie har antydnet at så mange som 30 prosent av henvisningene til sykehus kunne vært unngått.⁸ Norsk helsetjeneste er organisert etter LEON-prinsippet (Laveste Effektive Omsorgsnivå-prinsippet), som innebærer at helsehjelpen skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå, jf. Prop. 91 L (2010–2011). Dersom det er betydelige variasjoner i henvisningsrater mellom kommuner og fastleger, kan dette være en indikasjon på at helseressursene ikke brukes i tråd med LEON-prinsippet.

Fastlegen skal bidra til å sikre pasientenes rettigheter slik at de får den behandlingen de har behov for. Samtidig har fastlegen en viktig rolle når det gjelder å regulere bruken av spesialisthelsetjenester, ved at de fungerer som portvoktere for tilgangen til spesialisthelsetjenester i Norge. Denne rollen har blitt viktigere gjennom samhandlingsreformen og kommunenes økte ansvar for befolkningens helsetjenester. Hensikten med et portvaktssystem er ifølge Helsedirektoratet å utnytte ressursene i helsetjenesten på en mest mulig hensiktsmessig måte ved å sikre at spesialistkompetansen brukes til utredning og behandling av de mest spesialiserte, alvorlige eller sjeldent forekommende tilstandene.⁹

Kommunene har ansvar for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere primærhelsetjenesten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift, jf. *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-1. Kommunenes ansvar for å følge opp fastlegetjenesten er hjemlet i *forskrift om fastlegeordning i kommunene* (fastlegeforskriften).

Statlige helsemyndigheter legger rammene for helsetjenesten og har et nasjonalt ansvar for helsetjenestens innhold og utvikling. Ifølge *reglement for økonomistyring i staten* har departementet ansvar for å skaffe kunnskap om blant annet effektivitet, måloppnåelse og resultater. Staten er videre eier av de vesentligste delene av spesialisthelsetjenesten gjennom de regionale helseforetakene og har dermed et overordnet ansvar for både kvaliteten i og kapasiteten på sykehusstilbudet, jf. Ot.prp. nr. 66 (2000–2001).

8) Donohoe et al. 1999 (sitert i Thorsen 2017b).

9) SAMDATA kommune 2016.

1.2 Mål og problemstillinger

Målet med undersøkelsen er å vurdere om myndighetene legger til rette for en god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten, slik at ressursene på området utnyttes godt. Målet er belyst gjennom følgende problemstillinger:

1. Hvordan er utviklingen i antall henvisninger, og hvordan varierer omfanget av henvisninger mellom kommuner og mellom fastleger?
2. Har henvisningsdokumentet tilfredsstillende kvalitet?
3. Har de statlige myndighetene, kommunene og helseforetakene bidratt til en god henvisningspraksis?

Undersøkelsen omfatter henvisninger der primærhelsetjenesten overfører behandlingsansvar til spesialisthelsetjenesten, og ikke henvisninger som først og fremst er bestillinger av undersøkelser i spesialisthelsetjenesten. Henvisninger der ansvaret for videre oppfølging hele tiden ligger hos fastlegen, for eksempel henvisninger til bildediagnostikk og laboratorieundersøkelser, er altså ikke en del av undersøkelsen.

2 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Problemstillingene i undersøkelsen er belyst ved hjelp av statistikk og registerdata, intervjuer, fire spørreundersøkelser og relevante dokumenter. Undersøkelsen omfatter perioden 2014–2017, med hovedvekt på 2016. Datainnsamlingen ble gjennomført fra august 2016 til mai 2017.

2.1 Statistikk og registerdata

2.1.1 NPR-data

Opplysninger om henvisninger er innhentet fra Norsk pasientregister (NPR). Disse dataene er benyttet til å belyse utviklingen i antall henvisninger og, sammen med andre datakilder, til å belyse hvordan henvisningsomfanget varierer. Hvis ikke annet er opplyst, er det henvisninger til venteliste som er lagt til grunn. Dette er henvisninger hvor spesialisthelsetjenesten har vurdert henvisningen og kommet fram til at pasienten har rett til spesialisthelsetjeneste. Henvisninger til øyeblikkelig hjelp og henvisninger til bildediagnostikk o.l. er ikke inkludert i datasettet. Henvisninger som har samme identifikasjonsnummer, samme henvisningsdato og samme vurderingsdato er behandlet som duplikater. Disse duplikatene er slettet fra datasettet.

For å kunne sammenligne variasjoner mellom kommuner og mellom fastleger er helsepersonellregisternummeret (HPR-nummeret) til henvisende lege benyttet. Helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF har ikke inkludert HPR-nummer i rapporteringen til NPR. Alle henvisninger til sykehus under Helse Midt-Norge RHF er derfor utelatt fra analysen. I tillegg er alle fastleger i Helse Midt-Norges opptaksområde utelatt, noe som betyr at det er variasjoner i tre av de fire helseregionene som er undersøkt. Dette gjør at 323 kommuner og 3533 fastleger er inkludert i utvalget som ligger til grunn for undersøkelsene av variasjon i henvisningsrater. Kun henvisninger hvor det i NPR er registrert at henvisningen er fra primærhelsetjenesten, er inkludert i analysene.

2.1.2 Kobling av registre

Helfos¹⁰ informasjon om listelengde for hver enkelt fastlege (fastlegeregisteret) er benyttet for å beregne gjennomsnittlig listelengde for 2016. Beregningen er basert på de elleve første månedene av 2016, og fastlegen må ha mottatt basistilskudd for alle disse månedene for å være med i utvalget. Listekjennetegn, det vil si informasjon om alders- og kjønnsfordelingen på den enkelte fastlegeliste, er innhentet fra Helsedirektoratet. Ved hjelp av fastlegens HPR-nummer er både listelengde og listekjennetegn, som alderssammensetning og andel kvinner, koblet med NPR-dataene om henvisninger.

For å undersøke forskjeller i henvisningsrater mellom kommuner er henvisningsdataene fra NPR koblet med informasjon om kommunestørrelse og sentralitet fra SSB. Kommunene er inndelt i tre kategorier etter antall innbyggere: små kommuner (0–4999 innbyggere), mellomstore kommuner (5000–19 999 innbyggere) og store kommuner (minst 20 000 innbyggere).

Henvisningsdataene fra NPR, Helfo og Helsedirektoratet er også koblet med svarene fra Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommunene. Dette er gjort for å undersøke

10) Helseøkonomiforvaltningen (Helfo) er et statlig forvaltningsorgan som forvalter stønadsordninger og utbetaler tryggederefusjon.

om fastleger i kommuner som opplyser at de har informasjon om henvisningsomfang, henvisningskvalitet og innbyggernes bruk av spesialisthelsetjenester, henviser sjeldnere og har mindre variasjon i henvisningsrater enn fastleger i andre kommuner.

I analysene av registerdataene er gjennomsnitt og median for ulike underutvalg vist. I tillegg er spredningsmålet kvartilraten (range ratio) oppgitt. Kvartilraten er et mål som viser forholdet mellom enhetene som har $\frac{1}{4}$ av utvalget henholdsvis over og under seg når utvalget ordnes i stigende rekkefølge. Når fastlegenes henvisningsrater sammenlignes, vil første kvartil (Q1) være den legen som henviser mindre enn $\frac{3}{4}$, men mer enn $\frac{1}{4}$ av de andre legene i utvalget. Tilsvarende er tredje kvartil (Q3) den legen som henviser mer enn $\frac{3}{4}$ og mindre enn $\frac{1}{4}$ av legene. Kvartilraten er forholdstallet mellom tredje og første kvartil. En kvartilrate på 3 betyr at legen ved Q3 har en forekomst som er tre ganger høyere enn legen ved Q1.

En kvalitetssjef ved et helseforetak har bistått med å tilrettelegge og tolke dataene fra NPR.

2.1.3 Feilkilder

NPR-data

Det er forskjeller mellom sykehusene når det gjelder om og hvordan en eventuell avvisning blir registrert, jf. *Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten*.¹¹ Dette har gjort at det kun er henvisninger som ga rett til spesialisthelsetjeneste i 2016, som er inkludert i undersøkelsen av variasjoner i henvisningsomfang.

NPR-variabelen *HenvFraHPR* viser hvem som har henvist pasienten, og det er denne variabelen som er benyttet ved kobling av registrene. NPR mangler informasjon om HPR-nummer for mellom 7 prosent (Helse Vest) og 14 prosent (Helse Sør-Øst) av henvisningene.

Henvisningene som mangler HPR-nummer, kan ikke kobles med fastlegeregisteret og er derfor ikke inkludert i undersøkelsen.

Registrering av henviser hos avtalespesialistene

Avtalespesialistene er praktiserende spesialister, leger eller psykologer, som får driftstilskudd fra staten. Disse er en del av spesialisthelsetjenesten. Det er ikke obligatorisk for avtalespesialistene å oppgi informasjon om henvisende behandler til registeret kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR). Avtalespesialister har imidlertid plikt til å rapportere virksomhetsdata til NPR¹², blant annet skal de registrere henvisende instans.¹³

Verken NPR eller KUHR (Helfo) har tilfredsstillende kvalitet på dataene som viser hvem som henviser til avtalespesialister. Det har derfor ikke vært mulig å analysere hvordan antall henvisninger fra primærhelsetjenesten til avtalespesialistene har utviklet seg i perioden, eller hvordan henvisningsratene til/mellom avtalespesialistene har variert. Dette betyr at henvisningsomfanget er større enn det som framgår av figurene og tabellene under. Bruken av avtalespesialister er størst i Helse Sør-Øst og lavest i Helse Nord for somatiske fagområder.¹⁴ Dette betyr at forskjeller i henvisningsomfang mellom for eksempel små og store kommuner må tolkes med forsiktighet.

11) Helsedirektoratet 2017c.

12) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* § 2-4 nr. 3, jf. Norsk pasientregisterforskrift.

13) Helsedirektoratet 2011.

14) Helsedirektoratet 2017a.

2.2 Spørreundersøkelser

2.2.1 Spørreundersøkelse til kommunene

For å kartlegge kommunenes synspunkter på og erfaringer med fastlegenes henvisningspraksis er det sendt en elektronisk spørreundersøkelse til alle kommunene i landet og alle bydelene i Oslo¹⁵ (bydelene i Oslo er heretter omtalt som kommuner).

Kommunene ble bedt om å ta stilling til en rekke påstander om omfanget av henvisninger som kommunens fastleger sender til spesialisthelsetjenesten, og om kvaliteten på henvisningsdokumentene. Kommunene ble også bedt om å ta stilling til påstander om samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og om kommunens kunnskap om fastlegenes tjenestetilbud.

I e-posten som fulgte spørreundersøkelsen, ble kommunene bedt om å involvere personer med ansvar for den kommunale helsetjenesten (kommunaldirektøren for helse- og omsorg, lederen for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, etc.) i besvarelsen av skjemaet.

Spørreskjemaet ble utviklet med bistand fra ansatte i fire kommuner. Videre ble undersøkelsen kvalitetssikret i en pilotundersøkelse i to kommuner. Spørreundersøkelsen ble gjennomført i perioden 6. januar 2017 til 1. februar 2017. Totalt ble hele eller deler av spørreundersøkelsen besvart av 325 kommuner, noe som utgjør en svarprosent på 74.

I en frafallsanalyse er det undersøkt om det har vært en sammenheng mellom manglende svar og ulike geografiske og demografiske faktorer, for eksempel kommunestørrelse og fylker. Frafallsanalysen viser at det ikke er noen systematiske forskjeller mellom de kommunene som svarte på spørreskjemaet, og de som ikke svarte på det.

2.2.2 Spørreundersøkelse til et utvalg helsepersonell ved sykehusene som har vurderings- og prioriteringsansvar

Sykehusleger og eventuelt annet helsepersonell som har vurderings- og prioriteringsansvar, har som oppgave å vurdere om opplysningene i en henvisning oppfyller vilkårene for nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, jf. *lov om pasient- og brukerrettigheter* (pasient og brukerrettighetsloven) § 2-2. Dersom pasienten har behov for spesialisthelsetjenester, skal pasienten prioriteres ut fra alvorlighets- og hastegrad.¹⁶ Helsepersonell som har vurderings- og prioriteringsansvar, er i det videre omtalt som «sykehusleger».

Hensikten med denne spørreundersøkelsen var å få informasjon om hvordan sykehusleger opplever kvaliteten på henvisningene de vurderer, og å få belyst hvilke konsekvenser det eventuelt har dersom kvaliteten ikke er god nok. Spørreskjemaet ble også benyttet til å undersøke ulike aspekter ved samhandlingen mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten, blant annet oppgavefordeling og henvisningsomfang. Videre ble det kartlagt om de som vurderer henvisninger, jevnlig savner ulike typer informasjon. Listen over typer informasjon som respondenten skulle ta stilling til, ble utarbeidet på bakgrunn av innspill fra forskere og sykehusleger og informasjon nevnt i *Nasjonal veileder for henvisninger til spesialisthelsetjenesten* (henvisningsveilederen), utgitt av Helsedirektoratet 1. november 2015. Helsepersonellet ble også bedt om å ta

15) Den norske legeforening og Oslo kommune har en egen rammeavtale om fastlegeordningen i Oslo. Bydelene har i denne avtalen tilsvarende ansvar som kommunene i rammeavtalen mellom KS og Den norske legeforening. Hver bydel har for eksempel sin egen bydelsoverlege.

16) *Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd* (prioriteringsforskriften) § 2a.

stilling til en del påstander som handler om hvordan de vurderer ulike aspekter ved fastlegenes henvisningspraksis i perioden etter at henvisningsveilederen trådte i kraft.

På bakgrunn av innspill fra forskere og representanter for enkelte helseforetak og kommuner ble spørreundersøkelsen sendt til helsepersonell innenfor følgende fagområder: ortopedi, kardiologi, lunge, mage/tarm/gastroenterologi, diabetes/endokrinologi, kreft og psykisk helsevern. I valg av fagområder ble det lagt vekt på at det skulle være områder som alle helseforetakene tilbyr behandling innenfor, at områdene er vesentlige, og at deler av behandlingen kan gjøres i primærhelsetjenesten.

Før spørreundersøkelsen ble sendt ut, ble alle helseforetakene¹⁷ bedt om å sende inn e-postadressene til helsepersonell med vurderings- og prioriteringsansvar for de nevnte fagområdene. For å sikre at kun helsepersonell med slikt ansvar besvarte undersøkelsen, ble alle som fikk spørreundersøkelsen, først bedt om å svare på om de har en stilling ved sykehuset hvor de vurderer og prioriterer henvisninger fra primærhelsetjenesten som *ikke* gjelder øyeblikkelig hjelp eller bildediagnostikk. Kun de som svarte bekreftende på dette, besvarte undersøkelsen.

Spørreskjemaet ble kvalitetssikret av personer med vurderings- og prioriteringsansvar innen henholdsvis somatikk og psykisk helsevern. I tillegg ga en forsker innspill til undersøkelsen. Spørreundersøkelsen ble gjennomført i perioden 21. februar 2017 til 15. mars 2017. Undersøkelsen ble sendt til 1293 personer. 646 personer besvarte hele eller deler av undersøkelsen, noe som gir en svarprosent på 50.

I en frafallsanalyse er det undersøkt om det er en sammenheng mellom manglende svar og ulike geografiske forskjeller mellom de som svarte på undersøkelsen, og de som ikke gjorde det. I analysen er det ikke funnet slike systematiske forskjeller.

2.2.3 Spørreundersøkelse til helseforetakene

Hensikten med spørreundersøkelsen til helseforetakene var å belyse hvorvidt helseforetakene har systematisk kunnskap om omfanget av henvisninger og kvaliteten på henvisningsdokumentet. Helseforetakene ble også bedt om å ta stilling til påstander om samarbeid og dialog mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Helseforetakene ble i e-posten som fulgte spørreundersøkelsen, bedt om å involvere personer med ansvar for samhandling med kommunene i besvarelsen av skjemaet.

Skjemaet ble kvalitetssikret av ett helseforetak i en pilotundersøkelse. Spørreundersøkelsen ble gjennomført i perioden 18. april 2017 til 9. mai 2017. Spørreundersøkelsen ble besvart av samtlige 22 helseforetak.

2.2.4 Spørreundersøkelse til et utvalg fastleger

Formålet med spørreundersøkelsen til et utvalg fastleger var først og fremst å få fastlegenes syn på samarbeid og informasjonsutveksling med spesialisthelsetjenesten.

E-postadressene til landets 4578 fastleger ble innhentet fra Helfo. Fra listene med e-postadresser ble det trukket et tilfeldig utvalg av fastleger som fikk spørreskjemaet tilsendt.

17) Med unntak av Sunnaas, hvor de ikke tilbyr behandling innenfor de utvalgte fagområdene. Spørreundersøkelsen til helsepersonell ble også sendt til ansatte ved Diakonhjemmet diakonale sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus, som har avtale med Helse Sør-Øst RHF.

Spørreskjemaet ble kvalitetssikret av én kommuneoverlege, én praksiskonsulent¹⁸ og én forsker i en pilotundersøkelse. Spørreundersøkelsen ble gjennomført i perioden 21. mars 2017 til 19. april 2017. Undersøkelsen ble sendt til 1649 fastleger. 19 e-postadresser var ikke gyldige, og 31 respondenter oppga at de ikke jobbet som fastlege for tiden. 691 fastleger besvarte hele eller deler av undersøkelsen, noe som gir en svarprosent på 43.

I en frafallsanalyse er det undersøkt om det er en sammenheng mellom manglende svar og ulike geografiske forskjeller mellom de som svarte på undersøkelsen, og de som ikke gjorde det. I analysen er det ikke funnet slike systematiske forskjeller.

2.3 Intervjuer

Intervju er i hovedsak brukt for å få innspill til spørreundersøkelsene. Intervju med representanter for helse- og omsorgstjenesten i fire kommuner samt KS ble i tillegg brukt for å få innspill om kommunenes oppfølging av fastlegene. Følgende kommuner ble intervjuet: Skien (Telemark), Porsgrunn (Telemark), Sarpsborg (Østfold) og Trondheim (Sør-Trøndelag). Allmennlegeforening og Norsk forening for allmennmedisin ble intervjuet for å få informasjon om temaet sett fra allmennlegenes synspunkt.

Intervjuene med et utvalg helseforetak skulle, i tillegg til å gi innspill til spørreundersøkelsene, belyse hvordan spesialisthelsetjenesten opplever kvaliteten på henvisningene fra primærhelsetjenesten, og hva som er mulige konsekvenser av eventuell mangelfull kvalitet. Representanter for følgende helseforetak ble intervjuet: Akershus universitetssykehus (Ahus), Lovisenberg Diakonale Sykehus, Nordlands-sykehuset og St. Olavs hospital. Personene som ble intervjuet, ble valgt ut av helseforetakene.

Det er også gjennomført intervjuer med representanter for Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet om statlige myndigheters oppfølging av området.

Alle referater som er brukt som faktagrunnlag i rapporten, er verifisert av informantene.

2.4 Dokumentgjennomgang

I forbindelse med utarbeidelsen av revisjonskriteriene og i datainnsamlingen er følgende dokumenter gjennomgått:

- lover, budsjettproposisjoner (2014–2017) og andre stortingsdokumenter
- gjeldende avtaler mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten (retningslinjer for innleggelse i sykehus)
- veiledere, evalueringer, forskningsrapporter og annen faglitteratur
- styringsdokumenter (blant annet tildelingsbrev og årsrapporter til/fra Helsedirektoratet og oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2015, 2016 og 2017)

18) En praksiskonsulent er en allmennlege som skal bidra til å styrke samarbeidet mellom sykehusene, fastlegene og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.

3 Revisjonskriterier

3.1 Nasjonale helsepolitiske mål

3.1.1 Krav om likeverdige tjenester av god kvalitet

Et viktig formål med både *lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven) og *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (helse- og omsorgstjenesteloven) er å bidra til et likeverdig tjenestetilbud for hele befolkningen, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 og helse- omsorgstjenesteloven § 1-1. I forarbeidene til begge lovene står det at dette innebærer at befolkningen skal sikres lik tilgang til helsetjenester uavhengig av forhold som diagnose eller behov, alder, kjønn, personlig økonomi og bosted, jf. Ot.prp. nr. 10 (1998–1999) og Prop. 91 L (2010–2011).

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Ifølge spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 har staten det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. Helsetjenester skal være forsvarlige, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Pasient- og brukerrettighetsloven skal i tillegg til å bidra til å sikre at pasienter og brukere får lik tilgang til helse- og omsorgstjenester¹⁹, også bidra til å sikre at de helse- og omsorgstjenestene som tilbys, har god kvalitet, jf. § 1-1. Ifølge rundskriv IS-8/2015 *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer* skal de tjenestene som tilbys, ha god kvalitet med hensyn til både innhold og tidspunkt for tjenesten.

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 har kommunene og helseforetakene plikt til å inngå samarbeidsavtaler. Lovens § 6-2 viser hva avtalen som et minimum må omfatte, som blant annet er hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene har ansvar for, og retningslinjer for innleggelse i sykehus. Helse- og omsorgskomiteen uttalte i innstillingen til samhandlingsreformen at avtalene må sikre gode prosesser knyttet til felles forståelse av kriterier for blant annet innleggelse, utskrivning og alternative tiltak i kommunehelsetjenesten, jf. Innst. 2012 S (2009–2010).

3.1.2 Krav om god ressursutnyttelse

Både spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven har som formål å bidra til at ressursene utnyttes best mulig, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 og helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1. Stortinget har lagt til grunn at helsehjelpen skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå, i tråd med det såkalte LEON-prinsippet, jf. Innst. 424 L (2010–2011). Det vil i praksis si at dersom primærhelsetjenesten kan yte tilstrekkelig og forsvarlig helsehjelp til en pasient, skal fastlegen ikke henvise vedkommende til spesialisthelsetjenesten. Helsehjelp som ikke krever tilgang til spesialisthelsetjenestens kompetanse, bør gis av den kommunale helsetjenesten, jf. Prop. 91 L (2010–2011).

I forbindelse med behandlingen av ny helse- og omsorgstjenestelov sa helse- og omsorgskomiteen seg enig i at en større del av pasientforløpene skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Dette betyr at henviser i større grad enn tidligere vil måtte foreta reelle avveininger av om pasienten skal henvises til kommunale tilbud eller til spesialisthelsetjenesten, jf. Prop. 91 L (2010–2011).

¹⁹⁾ Med helse- og omsorgstjenester menes blant annet den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten og private tilbydere av helse- og omsorgstjenester, jf. § 1-3.

Samtidig understreker komiteen viktigheten av at pasienter som har behov for tjenester på spesialistnivå, fortsatt skal få dette, jf. Innst. 424 L (2010–2011). Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b at pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 skal pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten, få informasjon om eventuell rett til nødvendig helsehjelp innen ti virkedager etter at henvisningen er mottatt av spesialisthelsetjenesten (rettighetsvurdering). Vurderingen skal skje på grunnlag av henvisningen. I Innst. 388 L (2012–2013), jf. Prop. 118 L (2012–2013) *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv.*, viser helse- og omsorgskomiteen til at det er avgjørende at kvaliteten på henvisningene er god, slik at sykehuset blir i stand til å gjøre en vurdering av pasienten innen vurderingsfristen. Videre viser komiteen til at dårlige henvisninger fører til at sykehusene må gjøre den jobben som den henvisende instansen skulle ha gjort. Ifølge komiteen er dette dårlig utnyttelse av de totale ressursene i helse- og omsorgssektoren.

Helsepersonelloven gjelder for helsepersonell som yter helsehjelp²⁰, det vil si både fastlegene og annet personell i primærhelsetjenesten som henviser til spesialisthelsetjenesten, og sykehuslegene, som vurderer henvisninger fra henvisende instans. Ifølge helsepersonelloven § 6 skal helsepersonell sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasient, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift.

3.2 Myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis

3.2.1 Statlige myndigheters ansvar

Helse- og omsorgsdepartementet har et overordnet ansvar for å sikre at nasjonale mål for helsetjenesten nås. Helse- og omsorgsdepartementet skal følge opp at de statlige aktørene ivaretar sine oppgaver i samsvar med de målene som framgår av Stortingets vedtak og forutsetninger. Departementet skal sikre at fastsatte mål og resultatkrav nås, og skal videre sikre tilstrekkelig styringsinformasjon og forsvarlig beslutningsgrunnlag på området. Departementet må sørge for at det blir gjennomført evalueringer for å skaffe kunnskap om effektivitet, måloppnåelse og resultater, jf. *bestemmelser om økonomistyring i staten og reglement for økonomistyring i staten* §§ 1, 4, 6 og 16.

Helsedirektoratet skal sikre at de helsepolitiske målene realiseres i tråd med de føringene som departementet legger i det årlige tildelingsbrevet og andre styringsdokumenter. Helsedirektoratet skal ifølge helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5 utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten. Retningslinjer og veiledere skal baseres på kunnskap om god praksis og skal bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester. Direktoratets faglige retningslinjer og veiledere beskriver nasjonale helsemyndigheters oppfatning av for eksempel hva som er god faglig praksis, hvordan relevant regelverk skal tolkes, og hvilke prioriteringer mv. som er i samsvar med vedtatt politikk for helse- og omsorgstjenesten. Slik sett er retningslinjene og veilederne viktige virkemidler for å sikre høy kvalitet og riktige prioriteringer og for å redusere uønsket variasjon. De faglige retningslinjene/veilederne er ikke bindende for tjenesteyterne, jf. Prop. 91 L (2010–2011).

20) Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål som utføres av helsepersonell, jf. helsepersonelloven § 3.

I Innst. 270 S (2011–2012) til Meld. St. 12 (2011–2012) *Stat og kommune – styring og samspel* legger kommunal- og forvaltningskomiteen til grunn at mål- og resultatstyring er etablert som det dominerende styringsprinsippet i staten. Generelt innebærer det at staten spesifiserer nasjonale mål og forventede resultater, mens kommunene skal finne fram til virkemidler lokalt som vil føre til best mulig måloppnåelse.

I Innst. 40 S (2015–2016), jf. Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelse-tjeneste – nærhet og helhet*, viser helse- og omsorgskomiteen til at det fortsatt er behov for å støtte kommunenes kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid, selv om mange kommuner jobber systematisk og godt med kvalitetsforbedring.

Helse- og omsorgskomiteen har pekt på at det bør innføres systemer med regelmessige tilbakemeldinger til fastlegen om egen og andres praksis på prioriterte samfunns-medisinske områder, slik som sykemeldingspraksis, legemiddelpraksis og henvisningspraksis, jf. Innst. 212 S (2009–2010).

3.2.2 Helseforetakenes ansvar for å sikre god henvisningspraksis

Helseforetaksloven regulerer forholdet mellom staten som eier og de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene har et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionen. Regionale helseforetak skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene som de eier, jf. *lov om helseforetak m.m.* (helseforetaksloven) § 2a. Det helsepolitiske oppdraget og tildelingen av midler skjer gjennom oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene, jf. helseforetaksloven § 16.

I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 skal spesialisthelsetjenesten vurdere om pasientene som henvises, oppfyller vilkårene for nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Vurderingen skal skje på grunnlag av henvisningen. Spesialisthelsetjenestene skal videre, med hjemmel i prioriteringsforskriften § 4, prioritere pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten ut fra alvorlighets- og hastegrad. I prioriteringen av pasienter skal det legges vekt på prognosetap med hensyn til livslengde og livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes, jf. prioriteringsforskriften § 2a.

Ifølge spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 skal helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner, gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

Helse- og omsorgskomiteen har uttalt at for at samhandlingsreformen skal ha ønsket effekt, må det legges stor vekt på å heve nivået på de praktiske ferdighetene i kommunehelsetjenesten. Kompetansehevingen må ifølge Innst. 212 S (2009–2010), skje på en slik måte at institusjoner og enkeltpersoner settes i stand til praktisk og konkret å mestre håndteringen av medisinske situasjoner som ellers ville ha resultert i en innleggelse ved sykehus eller henvisning til spesialisthelsetjenesten for øvrig. Komiteen uttaler videre at spesialisthelsetjenestens lovfestede veiledningsplikt for kommunehelsetjenesten bedre må bidra til å sikre kompetanseoverføring i nær dialog med kommunehelsetjenesten, jf. Innst. 212 S (2009–2010).

3.2.3 Kommunenes ansvar for å sikre god henvisningspraksis

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven har kommunen det overordnede ansvaret for at innbyggere i kommunen tilbys legetjenester, inkludert fastlegeordningen. Fastlegeordningen er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven. Kravene til

fastlegenes henvisningspraksis kommer fram av *forskrift om fastlegeordning i kommunene* § 24, og der står det blant annet at

- fastlegen ved behov skal henvise listeinnbyggere til spesialisthelsetjenesten og til andre kommunale helse- og omsorgstjenester
- fastlegenes henvisninger til spesialisthelsetjenesten skal støtte faglig riktig oppgavefordeling og god samhandling mellom behandlingsnivåene i tråd med lov, forskrift og lokale samarbeidsavtaler
- henvisningen skal gi nødvendig informasjon slik at pasienten kan få god og forsvarlig behandling.

Ifølge fastlegeforskriften § 7 skal kommunen sørge for at fastsatte kvalitets- og funksjonskrav i fastlegeordningen overholdes, jf. kravene over. I merknadene til fastlegeforskriften presiserer Helse- og omsorgsdepartementet at dette sørge-for-ansvaret innebærer at kommunen både skal legge til rette for og sikre at fastlegene i kommunen overholder disse kravene. Ifølge Prop. 118 L (2012–2013) er de to sistnevnte kravene et rettslig tiltak som vil bidra til å bedre henvisningskvaliteten fra fastlegen.

Innst. 424 L (2010–2011) viser at flertallet i helse- og omsorgskomiteen ser behovet for en bedre ledelse og styring av allmennlegetjenesten. Det innebærer at kommunene må følge opp de allmennmedisinske offentlige legeoppgavene, at den medisinske praksisen er i tråd med helsepolitiske prioriteringer, og dessuten at legene i kommunen har en praksis som er i tråd med nasjonale kvalitets- og funksjonskrav.

Helse- og omsorgstjenesteloven stiller også krav til kommunene som har betydning for fastlegenes arbeid. Blant annet skal kommunen legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven, jf. § 3-4. Videre skal kommunen samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet.

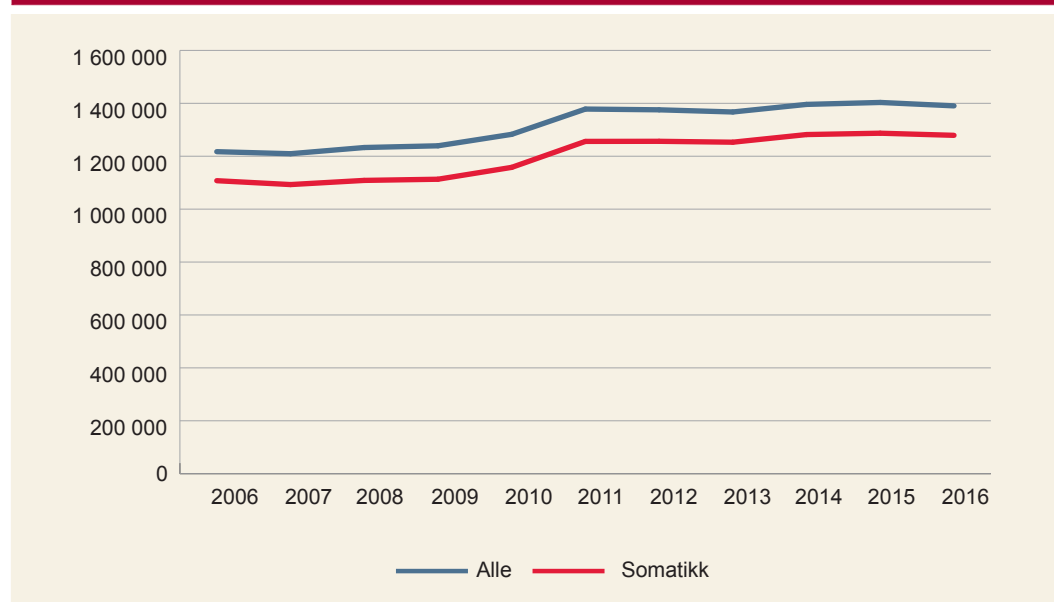
Kommunen må innrette sin virksomhet slik at samarbeidet mellom kommunens helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten om å yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte pasient og bruker, er forsvarlig, jf. Prop. 91 L (2010–2011).

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 skal enhver som yter helse- og omsorgstjenester etter loven, sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

4 Variasjoner i henvisningsrater

4.1 Utviklingen i antall henvisninger

Figur 1 Antall nyhenvisninger fra både primær- og spesialisthelsetjenesten, 2006–2016



Kilde: Helsedirektoratet: Ventetider og pasientrettigheter. Norsk pasientregister

Figur 1 viser at antall nyhenvisninger har økt fra drøyt 1 200 000 i 2006 til nesten 1 400 000 i 2016, noe som tilsvarer en økning på omtrent 15 prosent. Det dreier seg her om henvisninger som er vurdert og satt på venteliste (ikke avvist), og tallene inkluderer henvisninger innen somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk (TSB) og henvisninger med ubestemt fagområde. Dette er henvisninger fra alle med henvisningsrett i primærhelsetjenesten og nye henvisningsforløp internt i spesialisthelsetjenesten. I den samme perioden økte befolkningen med 12 prosent, noe som betyr at økningen i antall henvisninger er større enn befolkningsveksten.

Figur 1 viser videre at henvisninger innen somatikk utgjør den klart største gruppen. Antall nyhenvisninger innen psykisk helsevern og TSB følger i stor grad utviklingen for somatikken.²¹ At det kun er antall nyhenvisninger som inngår i statistikken fra NPR, innebærer at avviste henvisninger ikke er inkludert, noe som betyr at det reelle antallet henvisninger som er blitt vurdert i spesialisthelsetjenesten i denne perioden, er høyere.

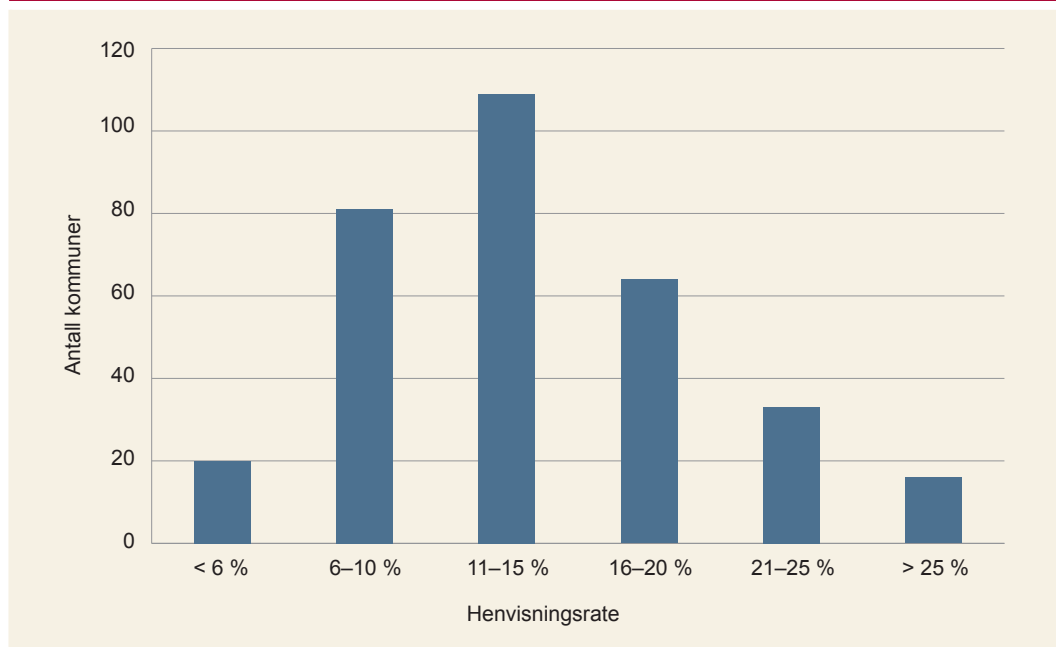
4.2 Variasjoner mellom kommuner og mellom fastleger

Dataene som er benyttet i denne undersøkelsen, viser at det er stor variasjon både når det gjelder omfanget av henvisninger mellom kommuner, og når det gjelder hvor mange henvisninger den enkelte fastlege sender til spesialisthelsetjenesten i løpet av et år. Resultatene av analysene må imidlertid tolkes med forsiktighet, først og fremst

21) Helsedirektoratet: Ventetider-og-pasientrettigheter for årene 2014 til 2016. Norsk pasientregister.

fordi det i en del tilfeller mangler informasjon om hvem som har henvist, jf. kapittel 2. Resultatene viser imidlertid at det er betydelig variasjon i henvisningsrater mellom fastleger og mellom kommuner også når det er tatt hensyn til ulike faktorer som kan ha innvirkning på antall henvisninger.

Figur 2 Henvisninger fra fastleger som andel av kommunens innbyggere, 2016

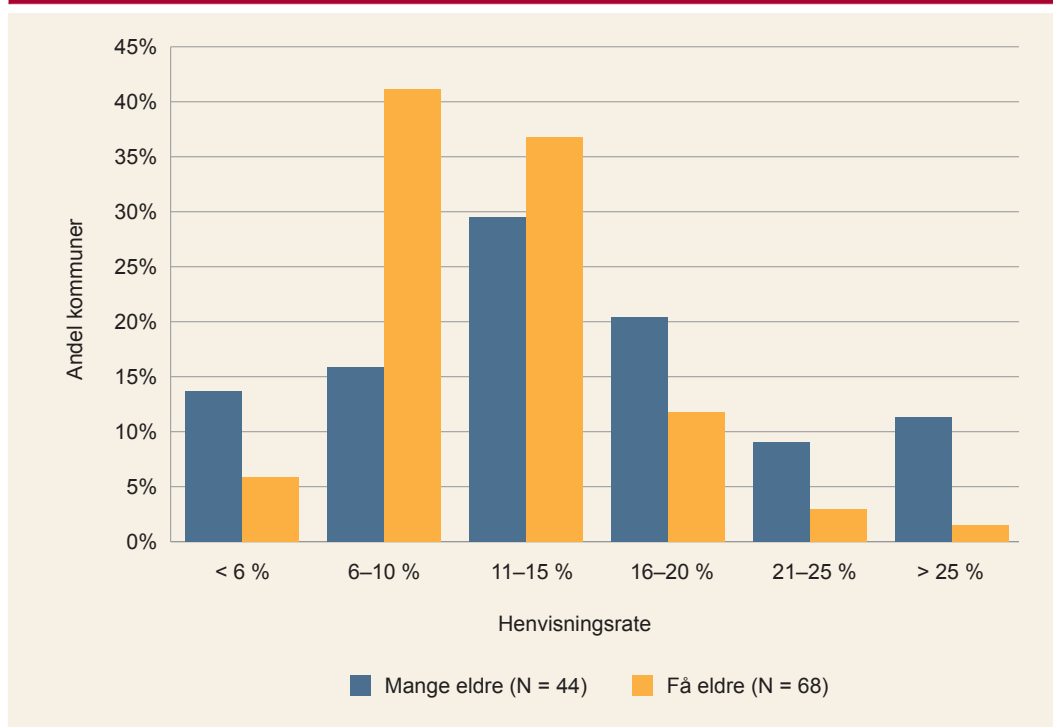


Kilde: Data fra NPR

Figur 2 viser at 81 av de 323 kommunene som er med i utvalget, har en henvisningsrate som tilsvarer mellom 6 og 10 prosent av innbyggerne i kommunen. I 109 kommuner er henvisningsraten mellom 11 og 15 prosent av innbyggerne, mens i 113 kommuner tilsvarer den 16 prosent eller flere av innbyggerne i kommunen. Dette betyr at omfanget av henvisninger varierer i betydelig grad mellom kommunene i Norge.

Ifølge SAMDATA *Spesialisthelsetjenesten 2015* har eldre en høyere bruk av somatiske sykehustjenester enn andre grupper, og summen av liggedøgn for aldersgruppen 67 til 79 år har økt med i overkant av 40 000 døgn fra 2010 til 2015. Alder er altså en viktig faktor når det gjelder bruk av spesialisthelsetjenester. Figur 3 viser hvordan andelen henvisninger varierer mellom kommuner med mange eldre og mellom kommuner med få eldre. Kommuner med «få eldre» er kommuner hvor andelen innbyggere over 67 år er under 13 prosent, mens kommuner med «mange eldre» er kommuner hvor denne andelen er over 20 prosent.

Figur 3 Henvisninger som andel av antall innbyggere i kommunen, kommuner med få eldre og kommuner med mange eldre



Kilde: Data fra NPR

Figur 3 viser at kommuner med mange eldre er overrepresentert både blant kommuner som har et relativt lavt henvisningsomfang, og blant kommuner som har et relativt høyt henvisningsomfang. Over 40 prosent av kommunene med *mange eldre* har et henvisningsomfang som tilsvarer mer enn 15 prosent av kommunens innbyggere, mens omtrent 15 prosent av kommunene med *få eldre* har et henvisningsomfang som tilsvarer mer enn 15 prosent av innbyggerne. Dette betyr at andelen eldre i en kommune har betydning for hvor mange som henvises. Samtidig viser figuren at andelen eldre alene ikke kan forklare variasjonen i henvisningsomfang siden det også finnes kommuner med mange eldre hvor det er få henvisninger.

Tabell 1 Gjennomsnitt, median og kvartilrate for ulike utvalg av kommuner, 2016

	Gjennomsnitt (%)	Median (%)	Kvartilrate
Alle kommuner i utvalget (N = 323)	14,1	13,0	1,82
Kommuner med mange eldre (N = 44)	15,0	12,7	2,00
Kommuner med få eldre (N = 68)	11,4	10,7	1,70
Store kommuner (N = 46)	12,9	12,9	1,60
Middels store kommuner (N = 113)	14,4	13,6	1,70
Små kommuner (N = 164)	14,2	12,5	2,00
Minst sentrale kommuner (N = 110)	13,9	13,0	1,95
Mindre sentrale kommuner (N = 37)	18,8	17,1	1,7
Noe sentrale kommuner (N = 50)	16,2	15,9	1,65
Mest sentrale kommuner (N = 126)	12,0	11,4	1,64
Kommuner med oversikt over henvisningsomfang (N = 30)	14,1	13,9	1,92
Kommuner med oversikt over henvisningskvalitet (N = 67)	14,9	14,8	1,64
Kommuner med oversikt over innbyggernes bruk av spesialisthelsetjenester (N = 96)	14,1	13,4	1,82

Kilde: Data fra NPR, Helfo og SSB samt Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommunene

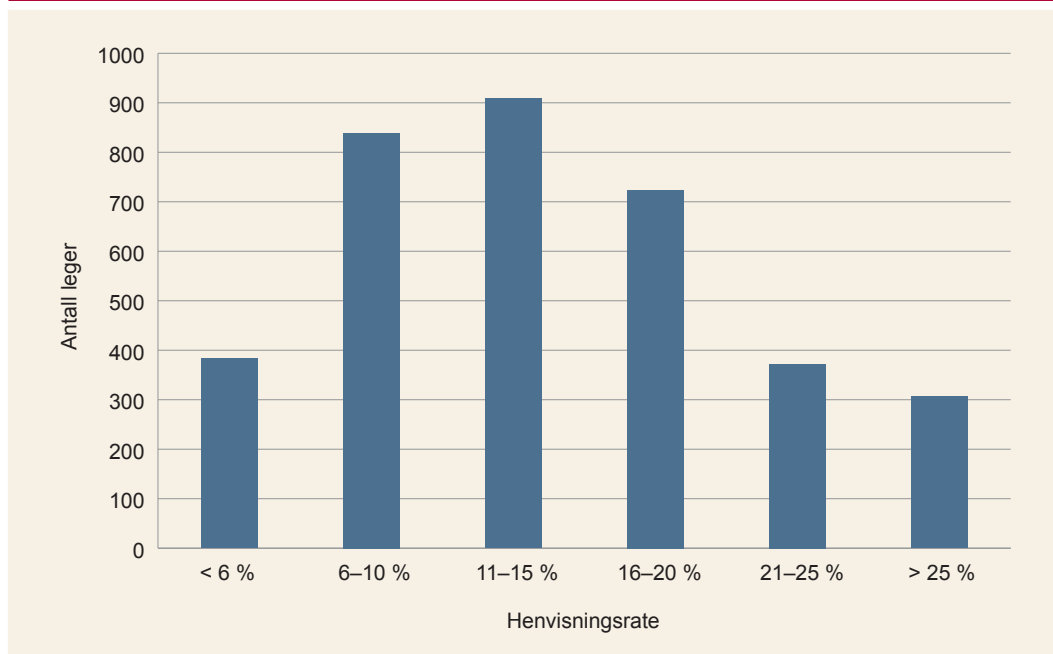
Tabell 1 viser at i 2016 var gjennomsnittlig henvisningsrate for fastlegene i norske kommuner 14,1 prosent, det vil si at fastlegene i gjennomsnitt sendte et antall henvisninger som tilsvarte 14,1 prosent av innbyggerne i kommunen. Medianen, det vil si den kommunen som ligger midt i utvalget når dette ordnes i stigende rekkefølge, var noe lavere. Dette skyldes at det finnes noen kommuner hvor henvisningsomfanget er særlig stort, og disse trekker opp gjennomsnittet.

Tabell 1 viser videre at kvartilraten for alle kommunene er 1,82. Det betyr at når kommunene ordnes i stigende rekkefølge etter henvisningsomfang, har den kommunen som ligger ved tredje kvartil, et omfang som er 1,82 ganger (82 prosent) høyere enn den kommunen som ligger ved første kvartil. Som illustrert i figur 3 er henvisningsomfanget høyere i kommuner med mange eldre enn i kommuner med få eldre. Tabell 1 viser at andelen i gjennomsnitt er 15 prosent for kommuner med mange eldre, mens den er 11,4 prosent i kommuner med få eldre. Samtidig er variasjonen størst i kommuner med mange eldre. Her er kvartilraten 2, noe som betyr at blant disse kommunene er omfanget av henvisninger dobbelt så høyt i kommunen som ligger ved tredje kvartil, som i kommunen som ligger ved første kvartil.

Tabell 1 viser at det alt i alt er en betydelig variasjon i henvisningsomfanget mellom kommunene. Dette gjelder for alle underutvalgene som er undersøkt, slik at verken andelen eldre, sentralitet eller kommunestørrelse fullt ut kan forklare variasjonen i henvisningsratene.

Videre er det undersøkt hvordan omfanget av henvisninger varierer mellom *fastleger* i 2016. Antall henvisninger avhenger av hvor mange pasienter hver fastlege har på sin fastlegeliste. I november 2016 hadde fastlegene i gjennomsnitt drøyt 1100 personer på listen, mens de legene som hadde de lengste listene, hadde 2500 personer på listen.

Figur 4 Hvordan henvisninger målt som andel av fastlegenes liste fordeler seg. N = 3553



Kilde: Data fra NPR og HELFO

Figur 4 viser at det er stor variasjon i henvissingsraten mellom fastlegene. Omtrent 900 av de drøyt 3500 fastlegene i utvalget henviser et antall pasienter som tilsvarer mellom 11 og 15 prosent av sin fastlegeliste, mens ca. 300 leger henviser et omfang som tilsvarer mer enn 25 prosent av listelengden. Nesten 400 leger henviser mindre enn 6 prosent av personene på sin liste.

Forskning antyder at ulikheter i sykkelighet blant pasientene kun kan forklare ca. 30 prosent av variasjonen i henvissingsratene mellom fastleger, og at fastleger med høye henvissingsrater forventer liten eller ingen medisinsk nytte av en betydelig del av henvisningene.²² Stor variasjon i henvissingsrater mellom fastlegene kan altså indikere at andre forhold enn sykkelighet ligger bak henvisningen. Ett av helseforetakene som ble intervjuet, understøtter dette, og mener at følgene for fastlegene er så store hvis det skulle skje noe med pasienten den *ene* gangen legen ikke henviste, at det er naturlig at mange fastleger ikke tar denne risikoen.

22) Ringberg 2014.

Tabell 2 Gjennomsnitt, median og kvartilrate for et utvalg av fastlegelister, 2016

	Gjennomsnitt (%)	Median (%)	Kvartilrate
Alle fastlegene i utvalget (N = 3572)	14,6	13,4	2,14
Lister med mange eldre (N = 881)	16,2	15,6	2,01
Lister med mange kvinner (N = 670)	14,5	13,3	2,29
Fastlønnede leger (N = 172)	16,3	14,6	2,22
Leger uten gruppepraksis (N = 202)	14,8	14,0	2,25
Spesialister i allmennmedisin (N = 2213)	14,0	13,0	2,03
Leger med listelengde 1400+ (N = 782)	11,6	10,7	2,09

Kilde: Data fra NPR, HELFO, Helsedirektoratet

Tabell 2 viser at fastlønnede leger og leger som har mange eldre pasienter, henviser noe mer enn gruppen som består av alle fastlegene i utvalget. Leger som er spesialister i allmennmedisin og leger med flere enn 1400 pasienter på fastlegelisten, henviser mindre.

Kvartilraten varierer fra 2,01 til 2,29 for underutvalgene som er presentert i tabell 2, noe som betyr at det er stor variasjon i henvisningsraten mellom fastlegene, og at dette gjelder for alle underutvalgene. Dette betyr at forhold som andel eldre på listen, listelengde, om legen er spesialist i allmennmedisin, og om legen er fastlønnnet, ikke fullt ut kan forklare variasjonene i henvisningsratene.

5 Kvaliteten på og samhandlingen om henvisninger

Henvissningsdokumentet (heretter kalt henvisningen) er et viktig kommunikasjonsmiddel mellom fastlegene og legene i spesialisthelsetjenesten. Henvisningen må inneholde tilstrekkelig med opplysninger til at sykehuslegen kan vurdere både om pasienten har rett til spesialisthjelp, og hvilken prioritet pasienten skal få. I tillegg skal henvisningen bidra til at pasienten får god og forsvarlig behandling. En henvisning kan føre til at

- pasienten får time til behandling eller utredning i spesialisthelsetjenesten
- pasienten legges inn på sykehus
- sykehuslege gir råd til henvisende lege
- pasienten ikke får rett til spesialisthelsetjenester

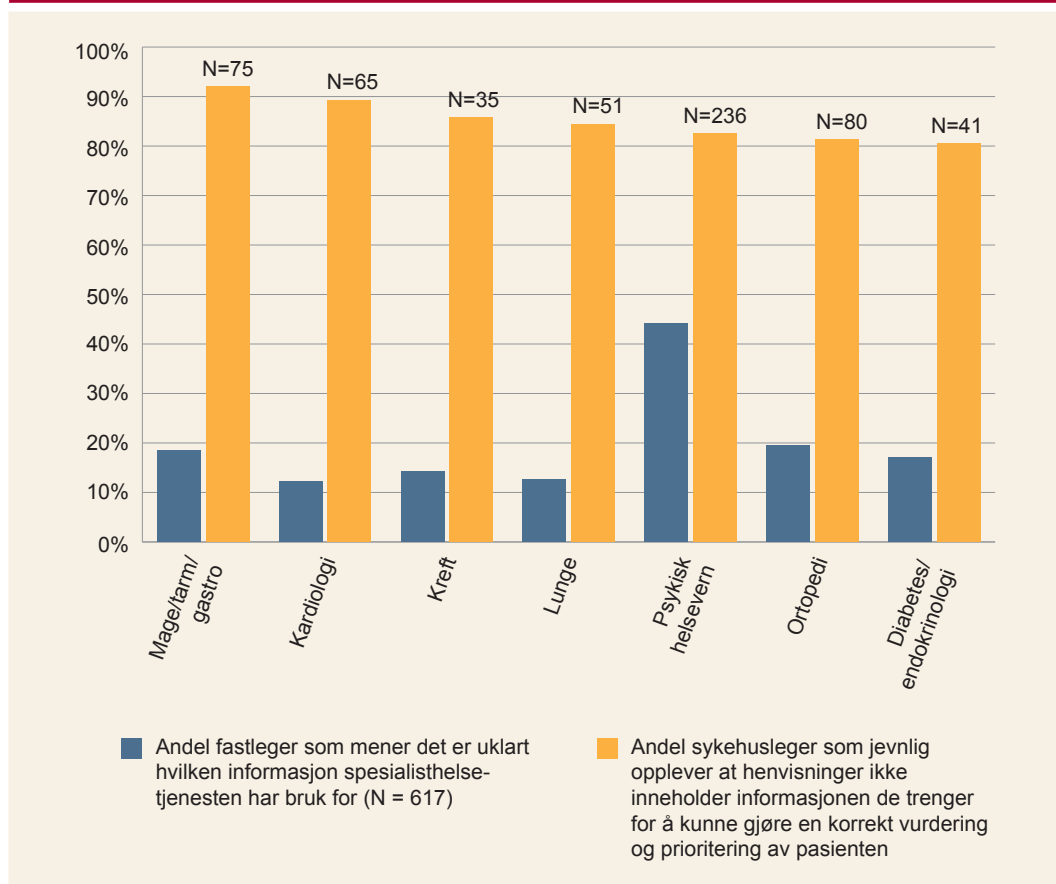
5.1 Sykehuslegenes erfaringer med kvaliteten på henvisningene

Drøyt halvparten av sykehuslegene erfarer at de fleste henvisningene de mottar, inneholder tilstrekkelig informasjon til at de kan gjøre en korrekt vurdering og prioritering av pasienten. I tillegg opplyser et flertall av sykehuslegene at de i de aller fleste tilfeller har tiltro til fastlegenes vurderinger i henvisningene.

Samtidig opplever 90 prosent av sykehuslegene at det er stor variasjon i kvaliteten på henvisningene som deres avdeling mottar fra primærhelsetjenesten. Nesten 80 prosent av sykehuslegene opplever jevnlig at det er vanskelig å finne de relevante opplysningene i henvisningene, og ca. halvparten av legene opplever jevnlig at det er uklart hvorfor pasienten er henvist. Hvor stor andel av henvisningene som har dårlig kvalitet, er ikke tallfestet. Resultatene fra spørreundersøkelsen til sykehuslegene tyder imidlertid på at mange leger opplever at omfanget av dårlige henvisninger er betydelig. Flere sykehusleger oppgir i fritekstsvaret at det er stor variasjon i kvaliteten på henvisningene, og at det er noen fastleger som står for en stor andel av de henvisningene som oppleves som dårlige. Nedenfor følger noen eksempler på dette:

- De fleste fastleger skriver gode henvisninger, men noen gjengangere tar ikke til seg tilbakemeldinger som gis og fortsetter å henvise uten tilstrekkelige opplysninger og uten noen konkret bestilling om hva som ønskes utredet. Min erfaring er at det ikke alltid hjelper med konstruktiv kritikk i disse tilfellene.
- Alt i alt er det god henvissningspraksis. Enkelte fastleger skiller seg negativt ut.
- Stort sett gode henvisninger. Dårlige/mangelfulle henvisninger er veldig personavhengig og bedres ikke verken ved kurs eller tilbakemeldinger.
- De aller fleste henvisningene er samvittighetsfulle og gjennomtenkte. Vi kjenner til dem som notorisk skriver meget sparsomme opplysninger og ikke lar seg korrigere. Deres pasienter tas nesten alltid inn for sikkerhets skyld.
- Mange fastleger gjør en god jobb med henvisningene. Problemet er at de som ikke gjør det, ikke dukker opp på felles samlinger med sykehusleger.
- Noen skriver svært gode henvisninger og har gitt god behandling i førstelinjen på forhånd, andre skriver svært dårlige henvisninger og har ikke tatt stilling til om det foreligger en psykisk lidelse eller ikke før de henvises.
- Henvisningene vi mottar er av så varierende kvalitet at løsningen vår har blitt å gi alle helsehjelp og kalle dem inn raskt. Jo dårligere henvisningene er, jo raskere bør vi se pasienten slik at det blir gjort en fornuftig vurdering.
- Noen fastleger skriver veldig gode henvisninger mens andre skriver dårlige, som for eksempel «innsatt i fengsel, brukt amfetamin i 25 år. ADHD?».

Figur 5 Andelen sykehusleger som mener henvisninger ikke inneholder tilstrekkelig informasjon, og andelen fastleger som mener det er uklart hvilken informasjon sykehuslegen har bruk for, fordelt på fagområder



Kilde: Spørreundersøkelser til sykehusleger og fastleger

Figur 5 viser at andelen sykehusleger som jevnlig opplever at henvisningene *ikke* inneholder den informasjonen de trenger for å kunne gjøre en korrekt vurdering og prioritering av pasienten, varierer fra 80 til 92 prosent mellom ulike fagområder. Når det gjelder fagområdet psykisk helse, mener nesten halvparten (44 prosent) av fastlegene at det er uklart hvilken informasjon sykehuslegen har bruk for i henvisningene. For de andre undersøkte fagområdene er det imidlertid bare mellom 12 og 19 prosent av fastlegene som mener dette er uklart. Svarene viser at det er stor forskjell mellom de som skriver henvisningene, og de som vurderer dem, når det gjelder forståelsen av hva en henvisning skal inneholde.

Tabell 3 Andel sykehusleger som er helt eller delvis enig i at de jevnlig savner ulike typer informasjon i henvisningen, fordelt på fagområder

	Alle (N = 575)	Ortopedi (N = 78)	Kardiologi (N = 65)	Lunge (N = 51)	Mage/tarm (N = 73)	Diabetes (N = 41)	Psykisk helsevern (N = 233)
Hastegrad	38 %	38 %	46 %	43 %	41 %	34 %	40 %
Forventet utredning og behandling	52 %	55 %	45 %	51 %	49 %	48 %	56 %
Klart definert problemstilling	74 %	66 %	72 %	84 %	70 %	78 %	79 %
Kritiske kjennetegn for alvorlig sykdom	62 %	41 %	73 %	72 %	74 %	63 %	66 %
Oppdatert medisinliste	62 %	51 %	69 %	66 %	68 %	76 %	58 %
Hvilke kommunale tiltak som er vurdert/ prøvd	64 %	67 %	33 %	46 %	41 %	46 %	88 %
Motivasjon og vilje til egeninnsats	67 %	74 %	57 %	67 %	68 %	47 %	80 %
Opplysninger om pasientens funksjonsnivå	74 %	73 %	80 %	80 %	66 %	65 %	78 %

Kilde: Spørreundersøkelsen til sykehuslegene

Tabell 3 viser at den informasjonen som flest sykehusleger, på tvers av fagområder, jevnlig savner, er en klart definert problemstilling og opplysninger om pasientens funksjonsnivå. Tabell 3 viser videre at det er flest sykehusleger innen fagområdene psykisk helsevern for voksne, lunge og diabetes som jevnlig savner informasjon. Selv viktig informasjon om hastegrad og kritiske kjennetegn for alvorlig sykdom er det mange som savner, uavhengig av fagområde. Likevel viser spørreundersøkelsen at ca. en firedel av sykehuslegene som regel *ikke* gir tilbakemelding/veiledning til fastlegene når en henvisning mangler informasjon. I fritekstsvarene fra spørreundersøkelsen til sykehuslegene er det noen eksempler på mangler som forekommer i mange henvisninger:

- Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) er det flere som viser til at det er mange opplysninger som mangler i det elektroniske henvisningsskjemaet. Dette er opplysninger BUP fikk tidligere, da henvisningene kom per post.
- Flere i BUP opplever jevnlig at fastleger henviser pasienter som fastlegene ikke har sett og vurdert selv, men som de henviser på bakgrunn av for eksempel foresattes bekymring.
- Innen ortopedi er det flere som kommenterer at henvisningene inneholder resultater fra MR-undersøkelser i tilfeller hvor resultater fra røntgen hadde gitt mer relevant informasjon. Dette fører til ekstraarbeid på sykehuset og ekstra belastning for pasienten, som må ta nye bilder.

I tillegg til å vurdere om pasientene har rett til spesialisthelsetjenester, skal vurderende lege prioritere pasientene på bakgrunn av de opplysningene som gis i henvisningene. Undersøkelsen viser at 40 prosent av sykehuslegene er helt eller delvis enig i at de *ofte* er bekymret for at de prioriterer feil på bakgrunn av henvisninger fra primærhelsetjenesten.

Av sykehuslegene er nesten 80 prosent helt eller delvis enig i at dårlig kvalitet på henvisningene fra primærhelsetjenesten *i stor grad* fører til unødvendig ressursbruk i egen avdeling. Nesten alle helseforetakene erfarer at de bruker mye ressurser som følge av dårlig kvalitet på henvisningene sykehusene mottar.

5.1.1 Hva sykehuslegene gjør når en henvisning mangler nødvendig informasjon

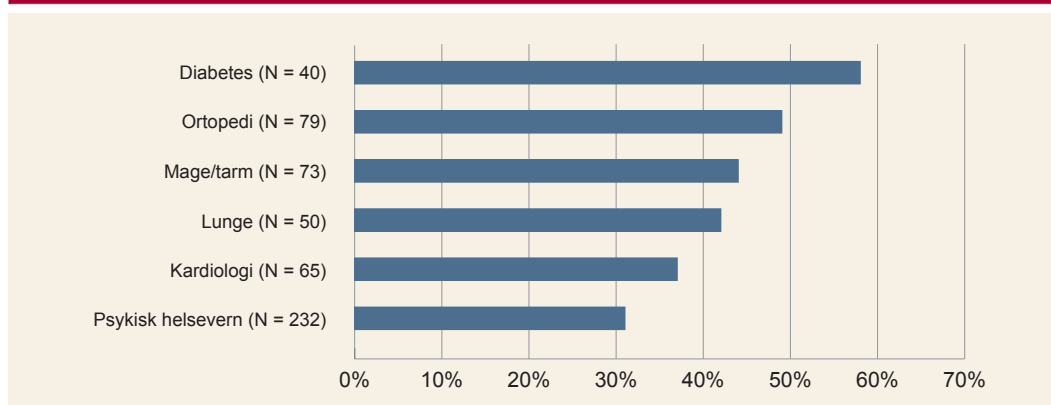
I de tilfellene hvor spesialisthelsetjenesten mottar henvisninger som ikke inneholder nok informasjon til at sykehuslegen kan vurdere om pasienten har rett til spesialisthelsetjenester, må sykehuslegen innhente de nødvendige opplysningene. Sykehuslegen har da flere muligheter. Legen kan for eksempel ta kontakt med henviseren (som regel fastlegen) eller pasienten for å få nødvendige opplysninger, eller legen kan innkalle pasienten til en konsultasjon på sykehuset og utrede pasienten selv.

Når en henvisning ikke inneholder nok opplysninger til å avgjøre om en pasient har rett til spesialisthelsetjenester, innkaller 58 prosent av sykehuslegene *som regel* pasienten til utredning, uten å innhente supplerende opplysninger først. 70 prosent eller mer av sykehuslegene innenfor fagområdene ortopedi, kardiolog, lunge, mage/tarm, diabetes og kreft opplever at det er mer tidkrevende å innhente supplerende opplysninger enn å utrede pasienten selv. Blant legene i psykisk helsevern synes nesten 50 prosent at det er mer tidkrevende å innhente supplerende opplysninger enn å utrede pasienten selv.

Hva som regnes som nødvendig informasjon, vil variere mellom fagområder og tilstander. Noe informasjon kan innhentes gjennom en telefonsamtale, mens annen informasjon må skaffes ved å ta ulike typer prøver av pasienten. Nesten 70 prosent av sykehuslegene opplever *ofte* at pasienter som henvises til deres avdeling, må gjennom utredninger eller prøvetaking o.l. som burde vært gjort i primærhelsetjenesten før henvisningen ble sendt. Dette gjelder særlig innenfor fagområdene ortopedi og psykisk helsevern. Én av fire fastleger opplever jevnlig at fastlegen og spesialisthelsetjenesten har ulik oppfatning av hvilke prøver som bør være tatt, og utredninger som bør være gjort, før henvisningen sendes.

Nesten 40 prosent av sykehuslegene opplyser at de jevnlig avviser henvisninger som ikke inneholder nok opplysninger til at de kan vurdere om pasienten har rett til spesialisthelsetjenester. Det vil si at disse sykehuslegene jevnlig avviser henvisninger uten at de vet om pasienten oppfyller vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten eller ikke.

Figur 6 Andel leger som jevnlig avviser henvisninger som ikke inneholder tilstrekkelige opplysninger, fordelt på fagområder



Kilde: Spørreundersøkelsen til sykehuslegene

Figur 6 viser at andelen leger som jevnlig avviser henvisninger som ikke inneholder nok opplysninger, varierer fra 30 prosent blant legene/psykologene innen psykisk helsevern til nesten 60 prosent blant diabeteslegene.

Det er stor variasjon mellom helseforetakene når det gjelder hvor stor andel av legene som oppgir at de avviser henvisninger som ikke inneholder nok opplysninger. Ved ett av helseforetakene oppgir ingen av legene at de jevnlig avviser henvisninger som ikke inneholder nok opplysninger, mens det ved tre helseforetak er flere enn 50 prosent av legene som rapporterer at de jevnlig avviser slike henvisninger. Helse- og omsorgsdepartementet understreker at en henvisning ikke kan avvises ved å vise til at den er mangelfull.



Både fastlegene og sykehuslegene savner verktøy for enkel elektronisk dialog. Foto: Colourbox

5.1.2 Samhandling om henvisninger

70 prosent av fastlegene opplyser at de jevnlig benytter henvisningsdokumentet når de har behov for råd eller bistand om enkeltpasienter i forbindelse med henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Videre opplever 54 prosent av sykehuslegene at det ikke er lagt til rette for at de lett kan gi tilbakemelding eller veiledning om henvisninger til

fastlegene. Spørreundersøkelsene viser at 75 prosent av sykehuslegene og 67 prosent av fastlegene savner verktøy for enkel elektronisk dialog med den andre parten. Av de 326 sykehuslegene som oppgir at de som regel kaller inn og utreder pasienter uten å innhente supplerende opplysninger når en henvisning ikke inneholder nok informasjon, savner 82 prosent verktøy for enkel elektronisk dialog.

40 prosent av sykehuslegene svarer at fastlegene jevnlig tar kontakt med avdelingen for å søke råd om hvorvidt en henvisning er nødvendig. Det er særlig innenfor fagområdene diabetes (73 prosent) og kardiologi (63 prosent) at fastlegene søker råd i forkant av at de henviser pasienter til spesialisthelsetjenesten. Psykisk helsevern er det fagområdet hvor færrest sykehusleger (30 prosent) oppgir at fastlegene jevnlig søker råd om hvorvidt en henvisning er nødvendig. Flere enn åtte av ti fastleger får svar på det de lurte på, når de først tar kontakt med spesialisthelsetjenesten om enkeltpasienter i forbindelse med en henvisning.

Dialog om hva en henvisning skal inneholde

Omtrent 40 prosent av fastlegene opplever at de ikke i tilstrekkelig grad blir involvert når det gjelder hvilke opplysninger henvisninger innenfor ulike fagområder bør inneholde. Knappt en tredel av fastlegene har i løpet av det siste året vært i dialog med sykehuset om hvilke opplysninger en henvisning bør inneholde.

Mens 60 prosent av sykehuslegene mener at fastlegene raskt og enkelt kan få råd om hva en henvisning til egen avdeling bør inneholde, mener kun 30 prosent av sykehuslegene at helseforetaket har gjort det enkelt for fastlegene å holde oversikt over hva en henvisning til egen avdeling skal inneholde. Blant fastlegene opplever drøyt en firedel at de *ikke* kan få informasjon om hva spesialisthelsetjenesten mener de har behov for i en henvisning, på en rask og enkel måte, for eksempel gjennom elektronisk meldingsutveksling eller per telefon. Manglende dialog om hva en henvisning bør inneholde, kan bidra til å forklare hvorfor mange sykehusleger savner viktig informasjon i henvisningene.

Praksiskonsulentordningen

En praksiskonsulent er en allmennlege som skal bidra til å styrke samarbeidet mellom sykehusene, fastlegene og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, og på denne måten bidra til helhetlige pasientforløp. Dette skal blant annet skje ved å vurdere henvisningspraksisen og utvikle retningslinjer for god henvisningspraksis. Videre skal praksiskonsulenten bidra til å forbedre informasjonsflyten mellom primærhelsetjenesten og helseforetaket.²³

27 prosent av sykehuslegene og 47 prosent av fastlegene mener at praksiskonsulenten(e) har bidratt til økt samhandling mellom primærhelsetjenesten og egen avdeling. Én av fire fastleger svarer likevel at praksiskonsulenten(e) ikke har formidlet hvilken informasjon spesialisthelsetjenesten ønsker at en henvisning skal inneholde.

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet har ikke praksiskonsulentordningen fått det omfanget departementet hadde forventet da den ble introdusert for mange år siden. Departementet vet imidlertid at ordningen fungerer som et nyttig virkemiddel for å bedre samarbeidet mellom kommuner og sykehus enkelte steder. En sentral oppgave for praksiskonsulentene bør ifølge departementet være å bidra til en bedre henvisningspraksis. Departementet vet imidlertid ikke om innsatsen til praksiskonsulentene faktisk resulterer i en bedre praksis på dette området. Departementet presiserer at

23) Rammeavtale mellom de regionale helseforetakene og Den norske legeforening om praksiskonsulentordningen.

praksiskonsulentene er ansatt av helseforetakene i deltidsstillinger, og at de følgelig ikke representerer kommunene.

Samhandlingsarenaer og kunnskapsoverføring

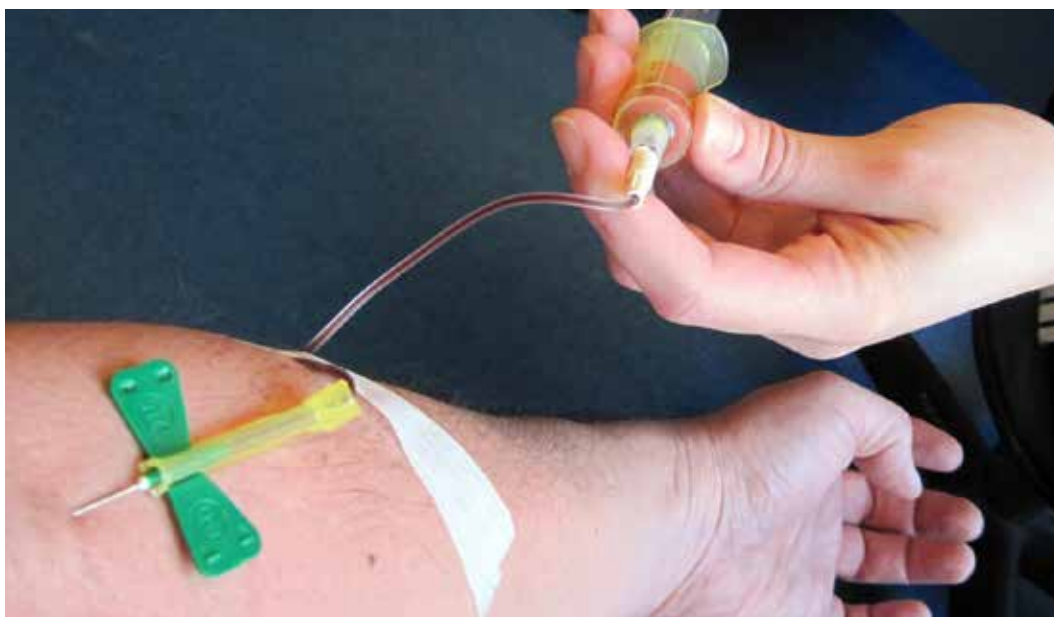
Mens over 50 prosent av fastlegene oppgir at de deltar på konferanser, samhandlingsarenaer osv. hvor henvisning er et tema, oppgir 24 prosent av sykehuslegene det samme. Blant dem som deltar på slike konferanser, oppgir 89 og 79 prosent av henholdsvis fastlegene og sykehuslegene at deltakelsen har gitt dem økt forståelse for det andre helsenivåets behov.

Når det gjelder kompetanse- eller kunnskapsoverføring mellom helsenivåene, opplever knapt hver tredje fastlege og sykehuslege at det er *tilstrekkelig* kunnskapsoverføring fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten.

5.2 Oppgavefordelingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

En henvisning fra primærhelsetjenesten til et sykehus som ikke avvises, genererer minst én konsultasjon ved sykehuset og kan være starten på et pasientforløp med flere utredninger eller behandlinger. Henvisningspraksis er dermed i betydelig grad avgjørende for aktiviteten i spesialisthelsetjenesten og for hvordan ressursene i spesialisthelsetjenesten blir fordelt og benyttet.²⁴ Samtidig er det grunn til å tro at kapasiteten i spesialisthelsetjenesten har betydning for antall henvisninger fra fastlegene.

Mange kommuner og sykehusleger mener at fastlegene bør behandle flere pasienter som i dag henvises til spesialisthelsetjenesten. Ca. 30 kommuner gir i fritekstsvareksempler på hvilke behandlinger eller oppgaver dette kan gjelde. Flere trekker fram kontroller og oppfølging av én eller flere kroniske sykdommer, som diabetes, KOLS og astma, som eksempler på oppgaver fastlegene bør utføre i større grad enn de gjør i dag. 60 prosent av sykehuslegene er opptatt av at fastlegene bør utføre flere etterkontroller som i dag utføres i spesialisthelsetjenesten.



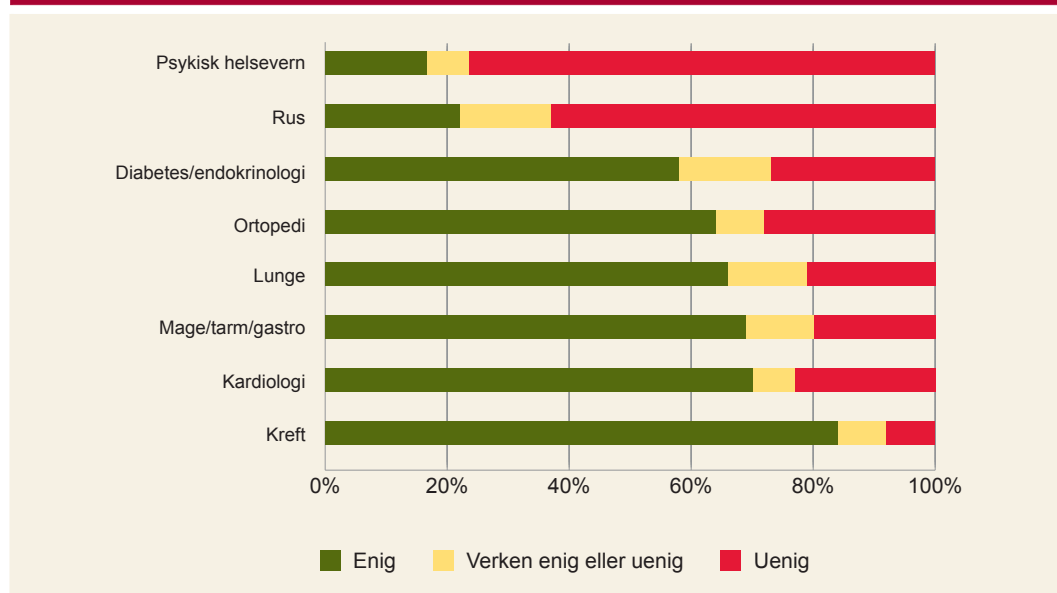
Både kommuner og sykehusleger mener at fastlegene bør behandle pasienter som i dag henvises til spesialisthelsetjenesten. Foto: Colourbox

24) Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) 2011.

Flere enn hver tredje sykehuslege opplyser også at deres egen avdeling i dag mottar flere henvisninger om tilstander som fastlegene tidligere utredet og behandlet selv. Flere enn halvparten av legene utreder eller behandler for eksempel ofte pasienter som de mener kunne fått et like godt tilbud i kommunehelsetjenesten. Blant sykehuslegene som arbeider innen fagområdet psykisk helsevern, svarer nesten to av tre leger at de gjør det. Flere enn 60 prosent av legene innen dette fagområdet mener videre at fastlegene i større grad bør henvise til andre deler av primærhelsetjenesten. Sykehuslegene får støtte for dette blant fastlegene, der et flertall oppgir at andre deler av primærhelsetjenesten i større grad enn i dag bør behandle pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser. Samtidig svarer nesten 70 prosent av fastlegene at det samlede kommunale tilbudet til personer med lettere psykiske lidelser ikke er godt nok. Dette støttes av flere sykehusleger som i fritekstsvar oppgir at de opplever at det er store variasjoner i tilbudet innen psykisk helsevern mellom kommunene i sykehusets opptaksområde, fra tilnærmet optimale tilbud til ikke noe tilbud overhodet.

Fastlegene opplever at det er store forskjeller mellom fagområdene når det gjelder om kapasiteten i spesialisthelsetjenesten er god nok til at pasientene deres får et godt tilbud.

Figur 7 Andelen fastleger som er enig/uenig i at kapasiteten i spesialisthelsetjenesten er god nok til at pasientene får et godt tilbud, fordelt på fagområder. N = 630

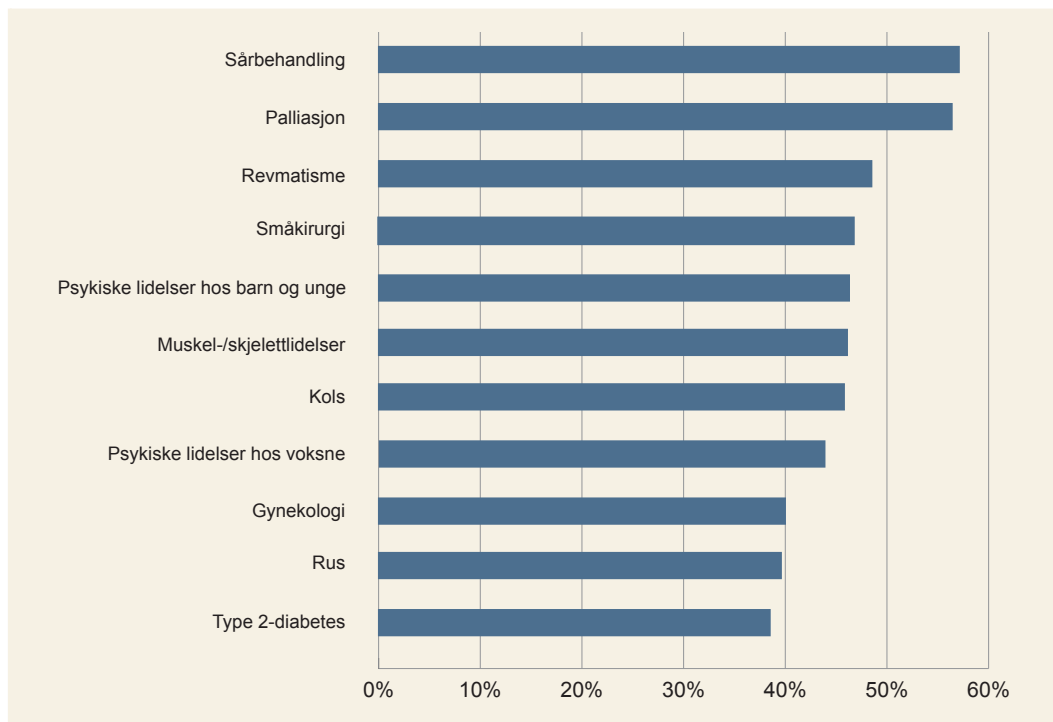


Kilde: Spørreundersøkelsen til fastlegene

Figur 7 viser at det er særlig innenfor fagområdene rus og psykisk helsevern at fastlegene mener at kapasiteten i spesialisthelsetjenesten ikke er god nok til å gi pasientene et godt tilbud. Til sammenligning erfarer over 90 prosent av fastlegene at kapasiteten er god nok til å gi pasientene med kreft et godt tilbud.

Opplæring og veiledning

Figur 8 Andelen fastleger som er enig i at de kunne behandlet flere pasienter enn de gjør i dag, hvis de hadde fått tilstrekkelig opplæring/veiledning fra spesialisthelsetjenesten. N = 578



Kilde: Spørreundersøkelsen til fastlegene

Figur 8 viser at andelen fastleger som mener de kunne behandlet flere pasienter enn de gjør i dag, hvis de hadde fått tilstrekkelig opplæring/veiledning fra spesialisthelsetjenesten, varierer fra omtrent 40 til nesten 60 prosent mellom de nevnte områdene. Det er særlig innenfor palliasjon og sårbehandling at fastlegene mener at veiledning/opplæring kan bidra til at de kan gjøre mer. Allmennlegeforeningen uttaler i intervju at sykehuslegene må etterleve veiledningsplikten de faktisk har, i mye større grad enn de gjør i dag.

Allmennlegeforeningen og Norsk forening for allmennmedisin uttaler videre at henvisningspraksis henger sammen med kompetanse og trening, det vil si hvor ofte fastlegene har mulighet til å utføre en type behandling. Som eksempel viser de til én kommune der fastlegene tidligere var flinke til å utføre palliativ behandling, men hvor det ble opprettet et ambulant palliativt tilbud på sykehusene uten at fastlegene ble involvert i dette arbeidet. Dermed fikk ikke fastlegene i kommunen vedlikeholde den kompetansen de opprinnelig hadde innenfor palliativ behandling.

Forståelsen av når det er behov for spesialisthelsetjenester

Spørreundersøkelsen til sykehusleger viser at 65 prosent av disse har inntrykk av at fastlegene og sykehuslegene har ulik forståelse av når det er behov for spesialisthelsetjenester. Blant fastlegene er det imidlertid et flertall som opplever at de og sykehuslegene *ikke* har ulik forståelse av når det er behov for spesialisthelsetjenester.

Unntakene er innenfor fagområdene psykisk helsevern og rus, der godt over halvparten (henholdsvis 68 prosent og 54 prosent) av fastlegene svarer at de har inntrykk av at fastlegene og sykehuslegene har ulik forståelse av når det er behov for spesialisthelsetjenester. 70 prosent av sykehuslegene innenfor psykisk helsevern

opplever at det er ulik forståelse av når det er behov for spesialisthelsetjenester. Det vil si at innenfor psykisk helsevern mener både fastlegene og sykehuslegene at det er ulik forståelse mellom legene av når det er behov for spesialisthelsetjenester. Dette indikerer at oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten ikke er tilstrekkelig avklart for pasienter med psykiske lidelser eller rusproblemer.

At sykehuslegene og fastlegene har ulik forståelse av når pasienten skal henvises til psykisk helsevern, kommer også fram i fritekstsvar fra spørreundersøkelsene. Flere fastleger understreker at det er en grunn til at de henviser pasientene til spesialisthelsetjenesten, og at de som fastleger ikke har kapasitet og/eller kompetanse til å behandle de pasientene som blir avvist av spesialisthelsetjenesten. På den annen side mener flere sykehusleger at fastlegene i mange tilfeller har lite kunnskap om andre deler av kommunehelsetjenesten, som lavterskeltilbud innenfor psykisk helse, og at de er for raske med å henvise til spesialisthelsetjenesten.

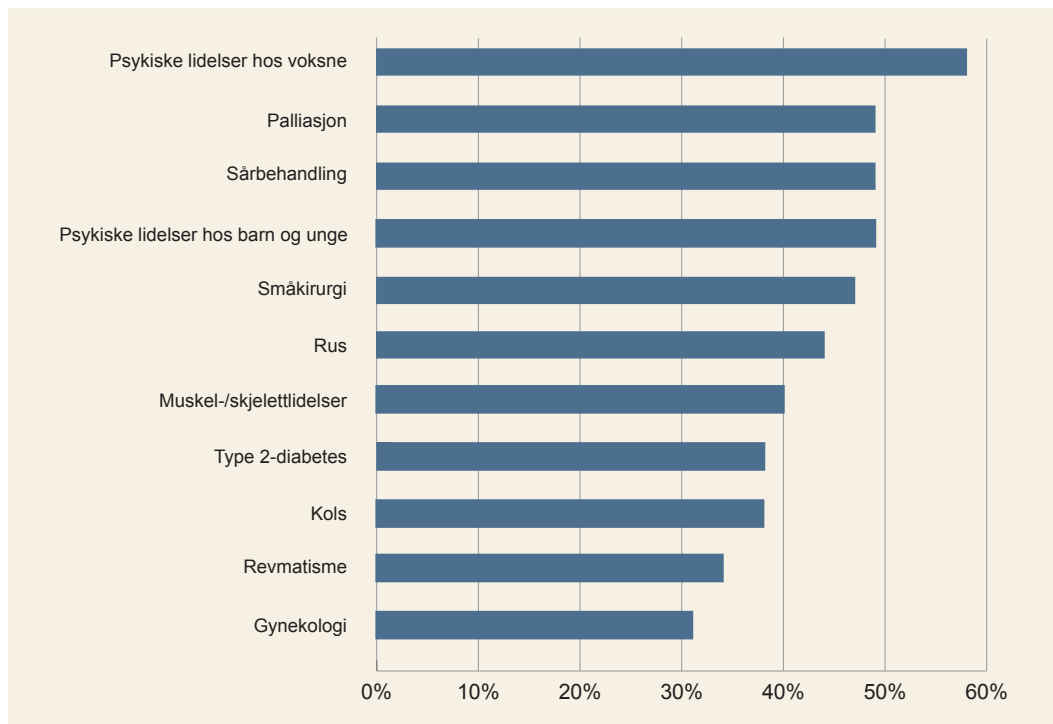
Mange kommuner opplever at det gradvis har skjedd en utstrakt oppgaveoverføring fra sykehusene til kommunen og fastlegene, og de opplever at det i stor grad er spesialisthelsetjenesten som definerer hvilke oppgaver kommunen og fastlegene skal ha ansvar for. KS uttaler i intervju at enkelte kommuner kvier seg for å bruke knappe midler på å bygge opp tjenester som spesialisthelsetjenesten allerede kan tilby.

46 prosent av helseforetakene svarer at hvilke oppgaver fastlegene skal utføre, jevnlig er tema i samhandlingsmøter o.l. med kommunene. Samtidig opplever om lag 70 prosent av fastlegene at de ikke i tilstrekkelig grad er involvert når det gjelder å avklare hvilke oppgaver primærhelsetjenesten bør utføre.

27 prosent av fastlegene svarer at de jevnlig henviser til spesialisthelsetjenesten selv om de ikke forventer noen medisinsk nytte av utredningen/behandlingen. Samtidig oppgir en tredel av sykehuslegene at de jevnlig tar inn pasienter til utredning selv om det framgår av henvisningen at pasienten ikke burde vært henvist til spesialisthelsetjenesten. 73 prosent av sykehuslegene opplever at det er et problem at enkelte fastleger henviser pasienter som ikke burde vært henvist til sykehusbehandling. Et klart flertall av helseforetakene mener foretaket bruker mye ressurser på konsultasjoner med pasienter som ikke burde vært henvist til spesialisthelsetjenesten.

Tid og ressurser

Figur 9 Andel fastleger som er enig i at dersom de hadde hatt tid og ressurser, kunne de i større grad enn i dag behandlet pasienter innenfor fagområdene som er nevnt i figuren. N = 569



Kilde: Spørreundersøkelsen til fastlegene

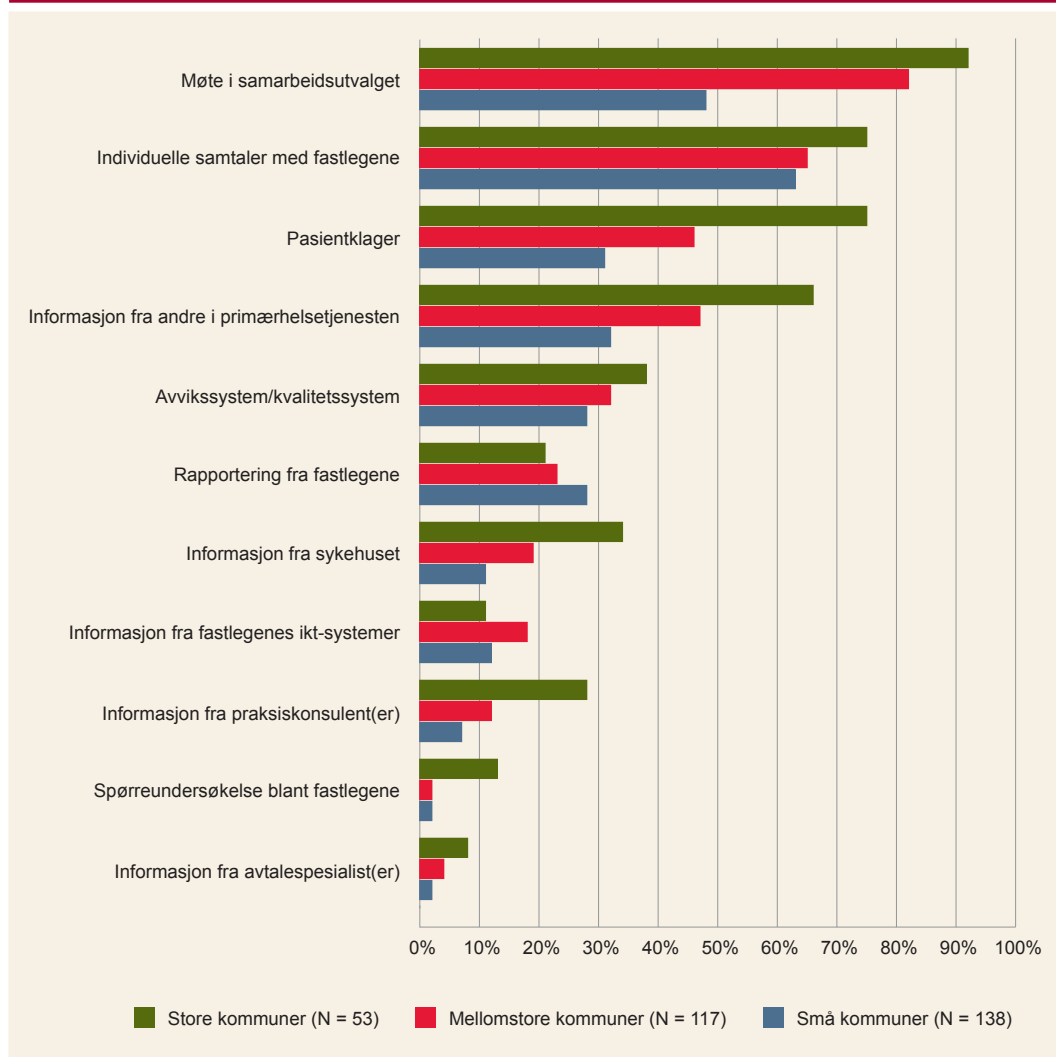
Figur 9 viser at fastlegene mener at dersom de hadde hatt tid og ressurser, er det særlig innen fagområdet psykisk helsevern de i større grad enn i dag kunne behandlet pasienter.

6 Myndighetenes kunnskapsgrunnlag og virkemidler

6.1 Kommunenes kunnskap om kvaliteten på fastlegetjenestene

Kommunene skal sørge for at befolkningen gis et forsvarlig tilbud av allmennlegetjenester, hvor fastsatte kvalitets- og funksjonskrav i fastlegeforskriften overholdes. For å kunne sette inn målrettede tiltak som kan bidra til bedre kvalitet og praksis i fastlegetjenestene, er kommunene avhengige av å tilegne seg kunnskap om fastlegenes praksis.

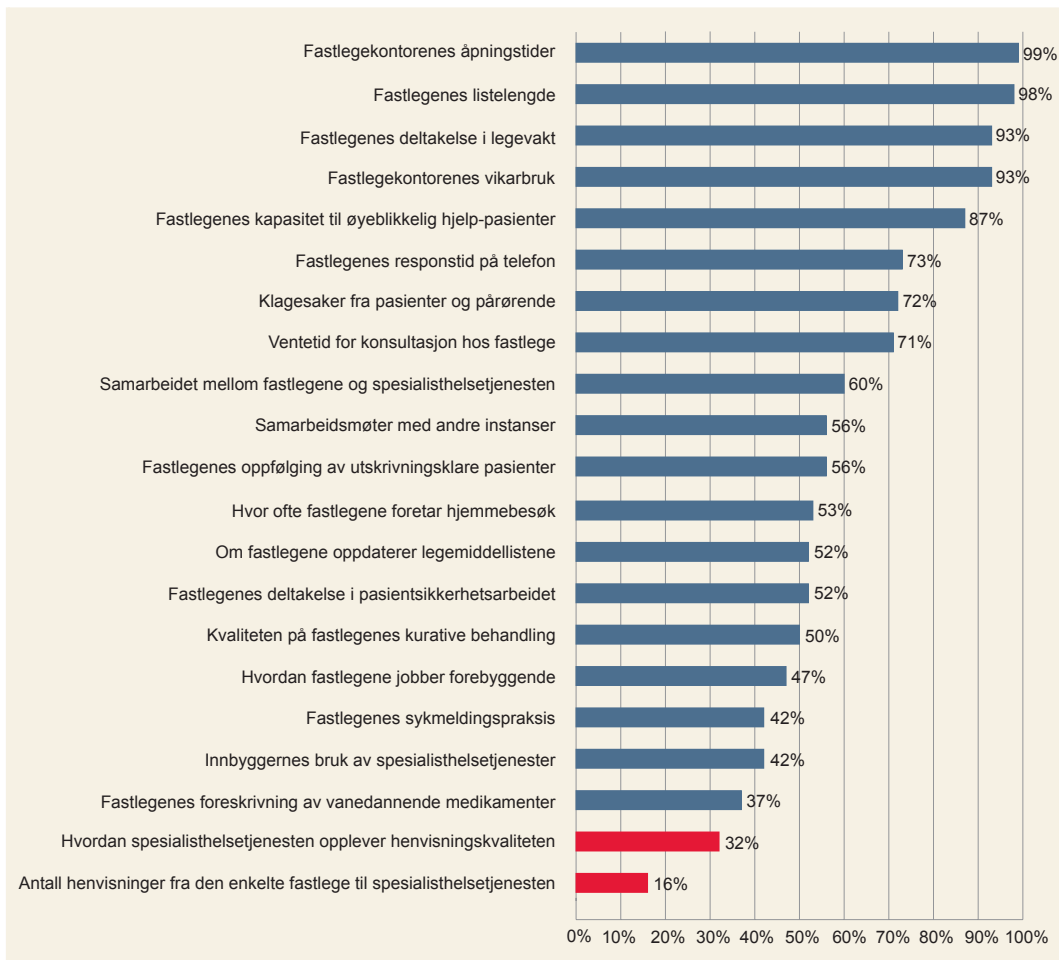
Figur 10 Kommunenes kilder til informasjon om fastlegenes tjenestetilbud, etter kommunestørrelse



Kilde: Spørreundersøkelsen til kommunene

Figur 10 viser at kommunene bruker en rekke kilder for å få kunnskap om kvaliteten på fastlegetjenesten i kommunen. De mest brukte kildene blant de store kommunene er møter i samarbeidsutvalget mellom kommunen og representanter for fastlegene, individuelle samtaler med fastlegene og pasientklager. Blant de små kommunene er den mest brukte kilden til informasjon om fastlegene individuelle samtaler. Det er flere store enn små kommuner som oppgir at de får informasjon om fastlegenes tjenestetilbud fra sykehuset.

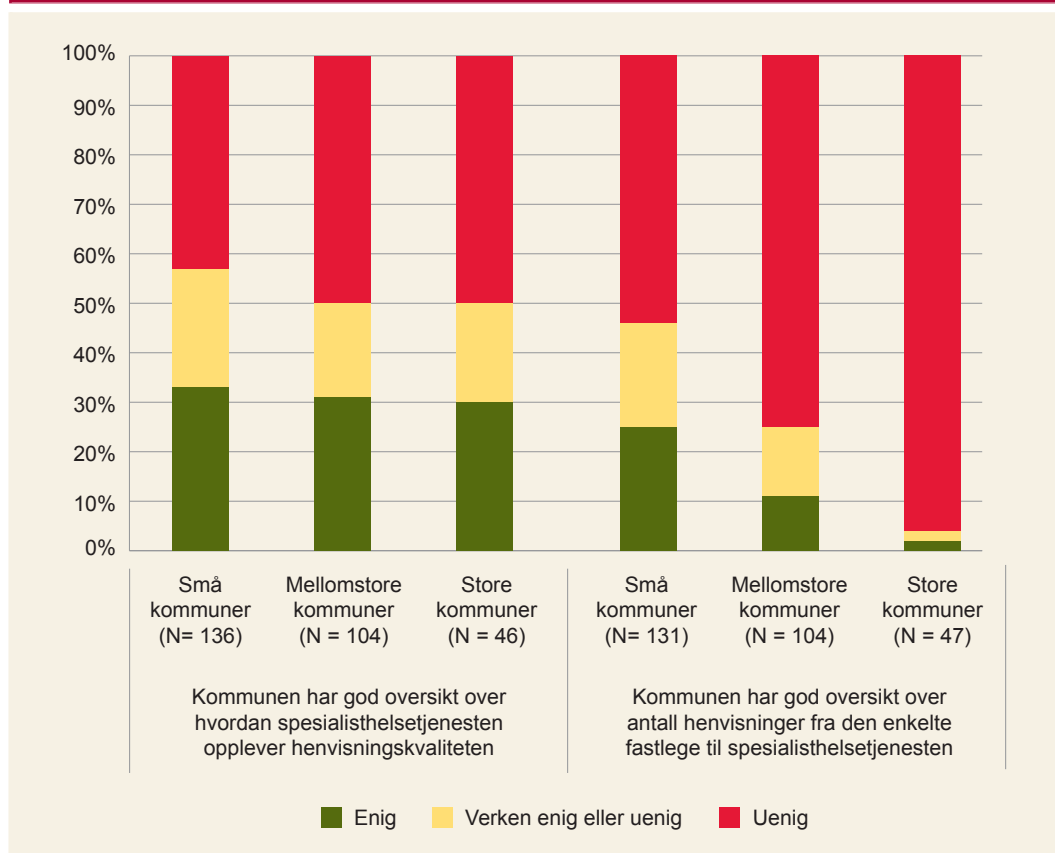
Figur 11 Andel kommuner som oppgir at de har god oversikt over ulike deler av fastlegenes praksis



Kilde: Spørreundersøkelsen til kommunene

Figur 11 viser at nesten alle kommunene opplyser at de har god oversikt over fastlegekontorenes åpningstider, fastlegenes listelengde, fastlegenes deltakelse i legevakt og fastlegekontorenes vikarbruk, mens de opplyser at de har dårligst oversikt over henvisningskvaliteten og henvisningsomfanget. Spørreundersøkelsen til kommunene viser at bare 37 prosent mener at fastlegeforskriften klargjør at kommunen skal følge opp fastlegenes henvisningspraksis.

Figur 12 Andelen kommuner som er enig/uenig i at de har god oversikt over hvordan spesialisthelsetjenesten opplever henvisningskvaliteten, og andelen kommuner som er enig/uenig i at de har god oversikt over henvisninger fra den enkelte fastlege til spesialisthelsetjenesten, i prosent av kommuner i samme gruppe



Kilde: Spørreundersøkelsen til kommunene

Venstre del av figur 12 viser at knapt hver tredje kommune oppfatter at de har god oversikt over hvordan spesialisthelsetjenesten opplever henvisningskvaliteten, og at det er liten forskjell mellom små og store kommuner. Det er kun 16 prosent av kommunene som har god oversikt over antall henvisninger fra den enkelte fastlege til spesialisthelsetjenesten.

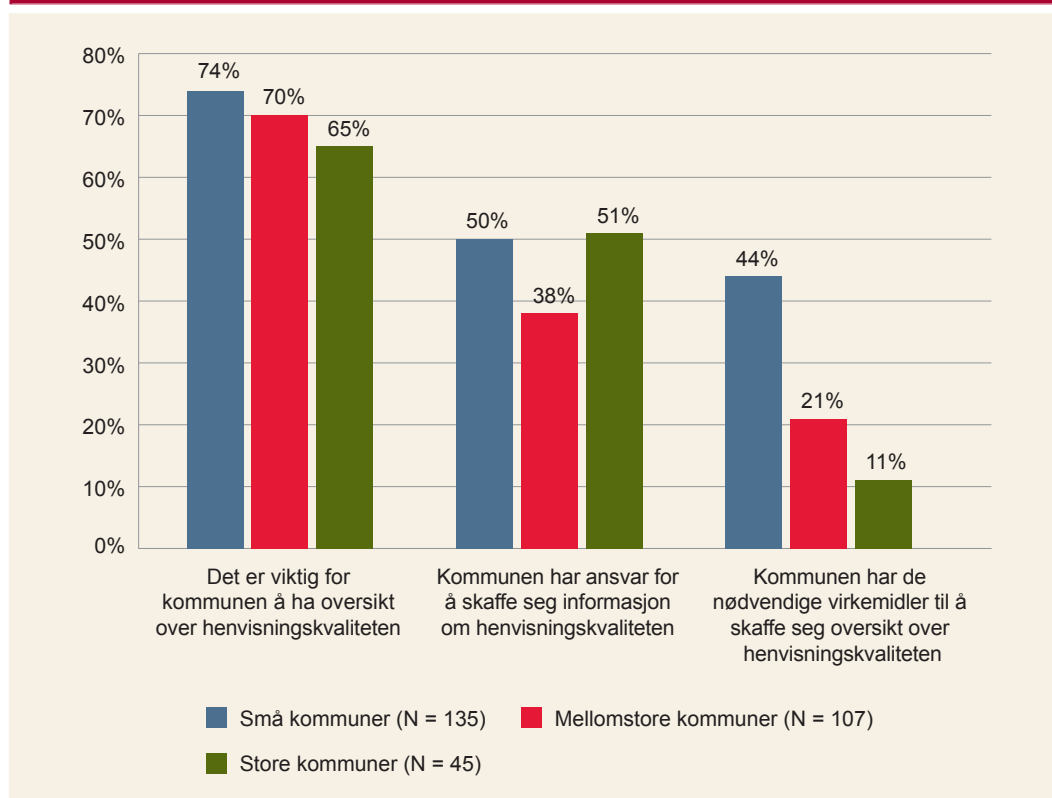
Høyre del av figur 12 viser at det er en betydelig større andel av de små kommunene enn av de mellomstore og de store kommunene som har god oversikt over antall henvisninger. 96 prosent av de store kommunene opplyser at de ikke har god oversikt over antall henvisninger, mens tilsvarende tall for de små kommunene er 54 prosent. Blant de små kommunene som oppgir at de har god oversikt over hvordan spesialisthelsetjenesten opplever henvisningskvaliteten, er det kun 45 prosent som også har god oversikt over antall henvisninger fra den enkelte fastlege til spesialisthelsetjenesten.

KS uttaler i intervju at de gjerne skulle ha sett at henvisningspraksis var ett av forholdene som fastlegene måtte rapportere om til kommunen, og viser til at det pågår et arbeid for å finne ut hvilken informasjon det skal rapporteres om i kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). KS mener at funksjons- og kvalitetskravene i fastlegeforskriften gir retning for hvilke områder fastlegene bør rapportere om, men at kommunene må vurdere hvilke forhold som faktisk sier noe om kvaliteten på fastlegenes praksis. KS synes for eksempel ikke at responstid på telefon nødvendigvis sier noe om kvalitet, og mener at henvisningspraksis er noe det er betydelig viktigere for kommunene å følge med på.

6.2 Informasjon om kvaliteten på henvisningsdokumentene

Ett av kvalitets- og funksjonskravene i fastlegeforskriften gjelder henvisninger til spesialisthelsetjenesten, jf. § 24. Henvisningene fra fastlegene i kommunene skal gi nødvendig informasjon slik at pasienten kan få god og forsvarlig behandling. Innholdet i henvisningsdokumentet danner grunnlaget for at spesialisthelsetjenesten skal kunne vurdere om den henviste pasienten har rett til spesialisthelsetjenester, og videre hvilken prioritet vedkommende skal få. Det er dermed viktig både for pasientene og for helseforetakene at dokumentet har god kvalitet.

Figur 13 Kommunens ansvar og virkemidler når det gjelder henvisningskvalitet



Kilde: Spørreundersøkelsen til kommunene

Figur 13 viser at andelen kommuner som mener det er viktig å ha oversikt over henvisningskvaliteten, varierer fra 65 prosent blant de store kommunene til 74 prosent blant de små kommunene. Videre viser undersøkelsen at det samlet sett er 45 prosent av kommunene som mener at de har ansvar for å skaffe seg informasjon om henvisningskvaliteten, mens drøyt én av fem kommuner mener at de *ikke* har et slikt ansvar.

Én viktig grunn til at mange kommuner ikke har god oversikt over henvisningskvaliteten, kan være at de opplever at de mangler virkemidler til å skaffe seg denne oversikten. Figur 13 viser at det særlig er de store kommunene som savner virkemidler til å skaffe seg oversikt over henvisningskvaliteten. En videre analyse av svarene fra spørreundersøkelsen viser at blant de kommunene som opplever at de ikke har de nødvendige virkemidlene til å skaffe seg oversikt over henvisningskvaliteten, er det 80 prosent som mener det er viktig å ha oversikt over denne.

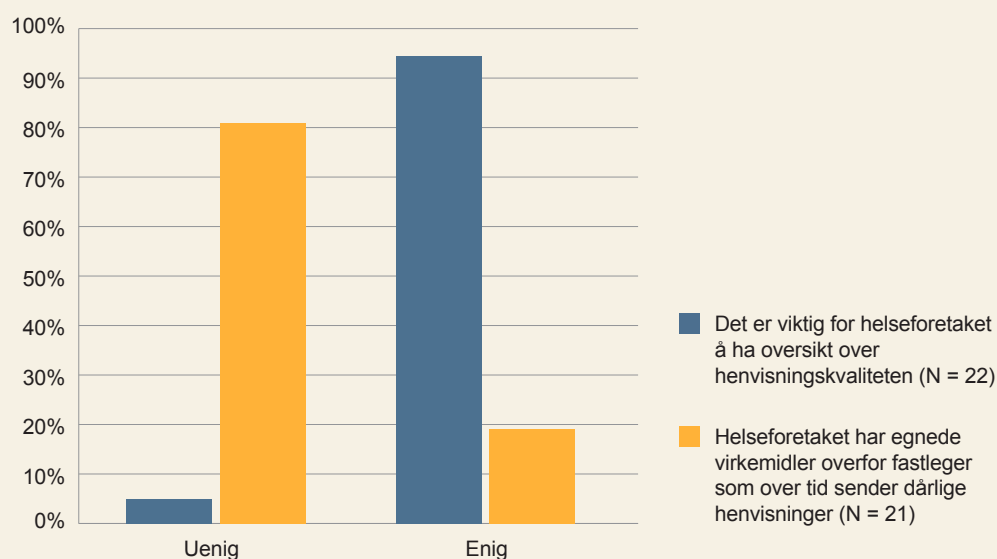
Flere kommuner opplyser i fritekstsvar at jobben som kommunelege ofte er kombinert med jobb som fastlege, noe som selvsagt gir kommunen bedre oversikt. I tillegg trekker flere fastleger i små kommuner fram at det er lettere å ha oversikt uten å måtte innhente informasjon systematisk når forholdene er små.

Faktaboks 1 Eksempler på hvordan kommuner bruker informasjon om henvisningskvalitet i arbeidet med å sikre god henvisningspraksis

- Henvisningskvalitet er ikke opp til den ene part å definere. Det sentrale hos oss har vært at en av kommunens leger også er praksiskonsulent ved lokalsykehuset. Dette gir mulighet for dialog om hva som er god henvisning. Altfor ofte ser kommunen at spesialisthelsetjenesten forsøker seg med kvalitetskrav som ikke er i samsvar med primærlegenes mulighetsområde. Sykehusene kan ofte ønske opplysninger som ikke fastlegene sitter med, og da lett kunne vurdere en henvisning som for dårlig.
- I hovedsak brukes henvisning med utilfredsstillende kvalitet til kvalitets- og forbedringsarbeid. Dette tas opp med den enkelte henviser. Det utarbeides mal for henvisning – hva en god henvisning skal inneholde.
- Praksiskonsulentordningen har i samarbeid med de enkelte avdelinger laget henvisningsrutiner som er tilgjengelige på nettsiden til helseforetaket. De er til dels diagnosespesifikke og gir konkrete råd. Praksiskonsulentordningen utgir hyppig nett-nyhetsblad hvor dette også tas opp. Det er blitt benyttet direkte tilbakemelding ved mangelfulle henvisninger.
- Det er faste samarbeidsmøter mellom kommunelegene og lokalsykehuset to ganger i året. Det er ofte spesialistene da gjennomgår henvisningspraksis og hva de ønsker.
- Skriftlige tilbakemeldinger fra leger i spesialisthelsetjenesten på ekstra gode henvisninger tas som læring hos legene. Avvik fra spesialisthelsetjenesten tas opp på avdelingsmøter.

Kilde: Spørreundersøkelsen til kommunene

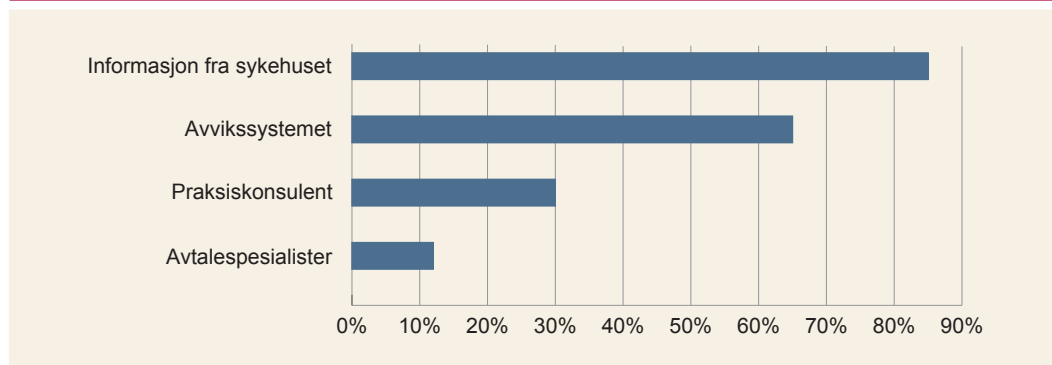
Figur 14 Andelen helseforetak som mener det er viktig å ha oversikt over henvisningskvaliteten, og andelen helseforetak som mener de har egnede virkemidler å ta i bruk overfor leger som over tid sender dårlige henvisninger



Kilde: Spørreundersøkelsen til helseforetakene

Figur 14 viser at alle helseforetakene unntatt ett mener at det er viktig for foretaket å ha oversikt over henvisningskvaliteten. For å kunne ha god oversikt over kvaliteten på henvisningene fra fastlegene må det kunne forventes at helseforetakene har et system for innhenting av informasjon om kvaliteten på disse. Spørreundersøkelsen viser imidlertid at et flertall av helseforetakene (62 prosent) mangler et slikt system. Figur 14 viser at et klart flertall av helseforetakene heller ikke opplever å ha egnede virkemidler de kan ta i bruk overfor fastleger som over tid sender dårlige henvisninger.

Figur 15 Oversikt over hvilke kilder som benyttes av kommuner som oppgir at de har god oversikt over hvordan spesialisthelsetjenesten opplever henvisningskvaliteten. N = 91



Kilde: Spørreundersøkelsen til kommunene

I underkant av en tredel av kommunene mener de har god oversikt over hvordan spesialisthelsetjenesten opplever henvisningskvaliteten fra fastlegene i kommunen. Som vist i figur 15 har 85 prosent av disse kommunene, det vil si 77 kommuner, fått denne informasjonen fra sykehuset. Den nest største kilden til informasjon om hvordan spesialisthelsetjenesten opplever henvisningskvaliteten, er kommunens avvikssystem, hvor helsepersonell (og andre) kan melde inn uønskede hendelser.

6.2.1 Statlige myndigheters oppfølging av henvisningskvalitet

Helsedirektoratet opplyser at de mangler data som kan si noe om kvaliteten på henvisningene fra primærhelsetjenesten. Dette er informasjon som ifølge direktoratet er vanskelig tilgjengelig, og det vil være vanskelig å avgjøre hva som er god nok kvalitet. Henvisningsveilederen har som formål å bidra til bedre kvalitet på henvisningene til spesialisthelsetjenesten. Direktoratet viser til at de måler trafikken på nettsiden for *Nasjonal henvisningsveileder*, det vil si antall klikk, men at direktoratet ikke vet *hvem* som besøker siden. Direktoratet vet at nettsiden med henvisningsveilederen er mye besøkt, men har ikke undersøkt i hvilket omfang veilederen brukes, eller om veilederen har bidratt til en bedre henvisningspraksis.

Helsedirektoratet mener at det per i dag ikke finnes gode nok data når det gjelder henvisningspraksis (faglig grunnlag og omfang), men mener at det er fullt mulig å etablere et system for å få oversikt over dette området. Direktoratet mener at det også er mulig å finne måter å måle henvisningskvaliteten på, men at det vil være mer krevende. Helsedirektoratet mener at kvalitet på henvisninger og henvisningspraksis er et tema som bør inngå i dialogen mellom helseforetak og kommuner og knyttes til lovpålagte samarbeidsavtaler.

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet burde kommunene hatt bedre oversikt over henvisningskvalitet enn det de har i dag, men departementet presiserer at denne kunnskapen må være på et overordnet nivå. Kommunelegen eller andre fra kommuneledelsen har ingen mulighet til å gå inn i enkeltsaker. Departementet mener

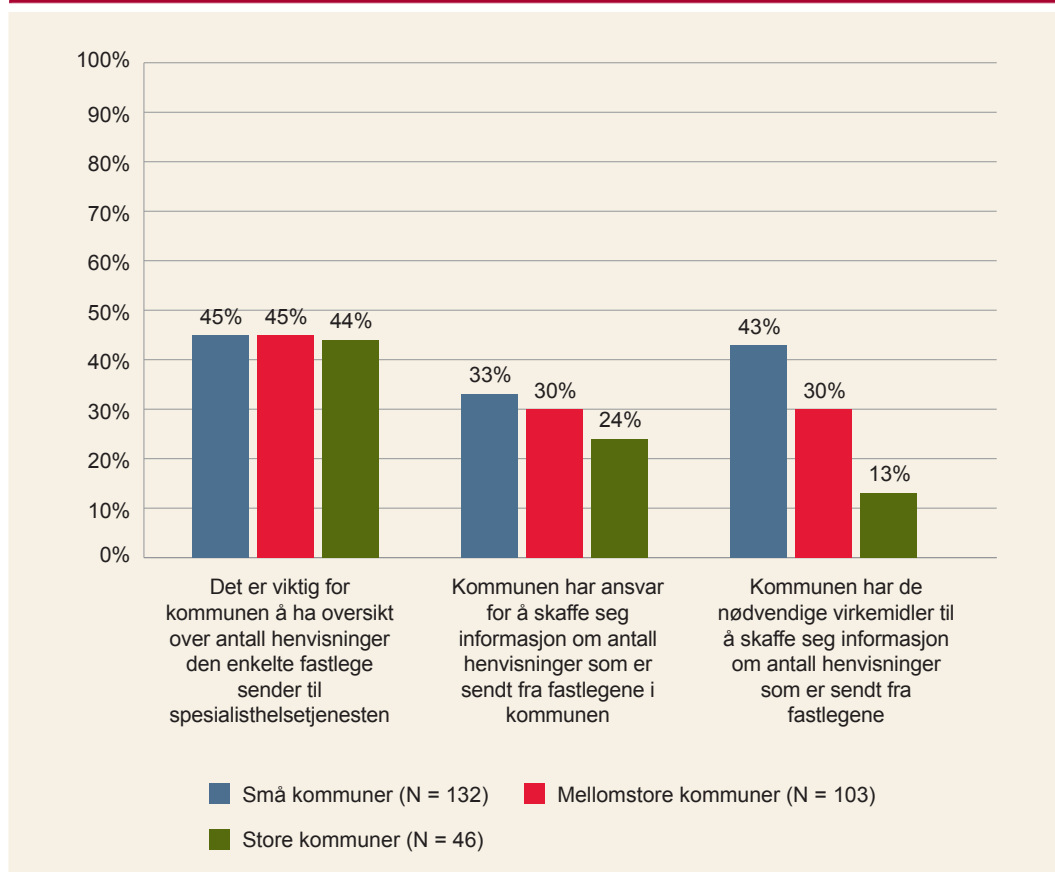
det er naturlig at kommunen gjennomfører et årlig møte med den enkelte fastlege, og at den her også tar opp henvisningspraksisen. I forkant av et slikt møte bør kommunen innhente informasjon om henvisningspraksisen, for eksempel fra sykehuset. Slik kan kommunene få tilbakemelding om fastleger som skiller seg ut, og få mulighet til å gå i dialog med disse legene.

6.3 Informasjon om omfanget av henvisninger

Med innføringen av samhandlingsreformen ble det lagt til grunn at flere oppgaver skulle overføres fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Det er også et mål at helsehjelpen skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå, jf. Innst. 424 L (2010–2011). Henvisningene fra fastlegene i kommunene skal, ifølge fastlegeforskriften, støtte faglig riktig oppgavefordeling og god samhandling mellom behandlingsnivåene. Kunnskap om antallet henvisninger den enkelte fastlege sender til spesialisthelsetjenesten, vil kunne gjøre det lettere for kommunene og helseforetakene å gå i dialog med de fastlegene som har en henvisningspraksis som skiller seg ut. En slik dialog vil kunne bidra til at flere pasienter som kan få et like godt tilbud i kommunen, ikke henvises til spesialisthelsetjenesten.

Kommunenes ansvar og virkemidler når det gjelder omfanget av henvisninger

Figur 16 Kommunenes ansvar og virkemidler når det gjelder omfanget av henvisninger



Kilde: Spørreundersøkelsen til kommunene

Figur 16 viser at omtrent 45 prosent av kommunene mener det er viktig for kommunen å ha oversikt over antall henvisninger den enkelte fastlege sender til spesialisthelsetjenesten. Figuren viser videre at 43 prosent av de små kommunene og kun 13 prosent

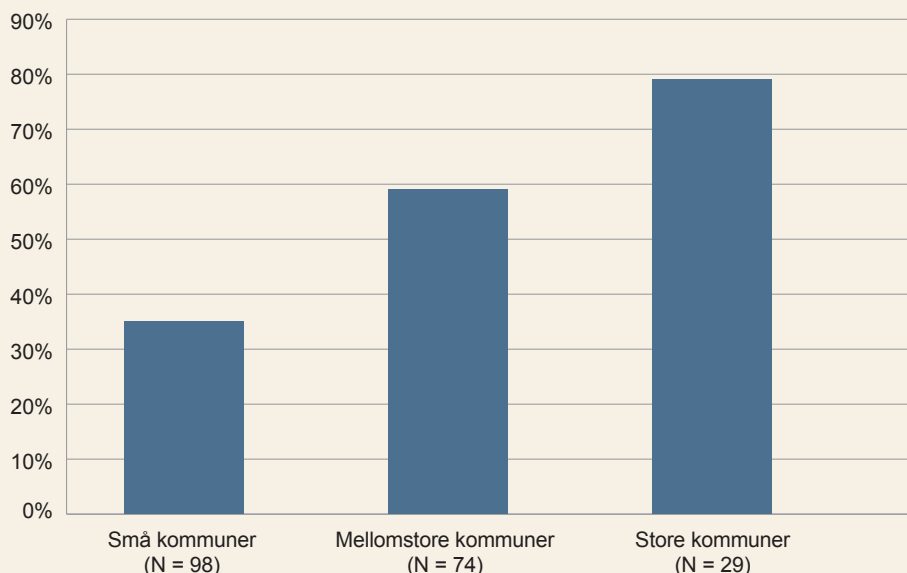
av de store kommunene opplever at de har de nødvendige virkemidlene til å få en slik oversikt. 50 prosent av alle kommunene opplever at de *ikke* har de nødvendige virkemidlene til å skaffe seg informasjon om antall henvisninger som er sendt fra fastlegene. Blant de kommunene som mener de har nødvendige virkemidler til å få oversikt over antall henvisninger, er det langt flere små enn store kommuner.

Faktaboks 2 Eksempler på hvordan kommuner bruker informasjon om omfanget av henvisninger i arbeidet med å sikre god henvisningspraksis

- Ber om rapportutskrifter fra fagsystemet hos fastlegene, som tallfester antall henvisninger.
- Under arbeidet med samhandlingsreformen og medfinansiseringsordningen var slik statistikk hyppig i bruk og evaluert. Etter at medfinansiseringsordningen ble fjernet har fokuset på denne typen statistikk både fra kommuner og sykehus fått langt mindre oppmerksomhet.
- Helseforetaket har samhandlingsbarometer. Her får vi ut data på henvisningspraksis og innleggelser både på kommunenivå og per lege. Fastlegene er ansatt i kommunen slik at tjenesteleder på helse (som svarer direkte til rådmann) er nærmeste leder for legene. Tjenesteleder har dermed medarbeidersamtaler med legene, håndterer avvik på legetjenesten, får og går igjennom klager fra pasienter, helseforetak osv.
- Henvisningspraksis er et tema som kommunen drøfter med fastlegene.
- Vi har samhandlingsbarometeret der vi kan gå inn og se på kommunens henvisningspraksis til ulike sykehus og avdelinger. Her har den enkelte fastlege sitt løpenummer, så det er mulig å hente ut informasjon om den enkelte leges henvisningspraksis. Statistikken på kommunenivå har tjenesteleder på helse gått igjennom med kommuneoverlege.

Kilde: Spørreundersøkelsen til kommunene

Figur 17 Andel kommuner som ikke har de nødvendige virkemidlene til å skaffe seg informasjon om antall henvisninger, blant de kommunene som mener det er viktig å ha en slik oversikt, fordelt på kommunistørrelse



Kilde: Spørreundersøkelsen til kommunene

Figur 17 viser at blant de kommunene som mener at det er viktig å ha oversikt over antall henvisninger fra fastlegene til helseforetaket, er det særlig de store kommunene som mener at de mangler de nødvendige virkemidlene til å skaffe seg en slik oversikt.

Noen kommuner opplyser i fritekstsvar at de får informasjon om omfanget av henvisninger gjennom Samhandlingsbarometeret. Samhandlingsbarometeret er et samarbeidsprosjekt mellom kommuner og sykehus i Sogn og Fjordane hvor det fortløpende presenteres data for den enkelte leges henvisningspraksis.

Undersøkelsen viser at det er uklart for kommunene hvorvidt de har et ansvar for å skaffe seg informasjon om antall henvisninger som er sendt fra fastlegene i kommunen. Figur 16 viser at knapt én av tre små kommuner og én av fire store kommuner mener at de har et slikt ansvar. 43 prosent av alle kommunene mener at de ikke har et slikt ansvar.

Hvor langt kommunenes sørge-for-ansvar går, er ifølge Helse- og omsorgsdepartementet et komplisert spørsmål, og det er ikke endelig avklart hvor grensen for dette ansvaret går. KS var oppdragsgiver for en rapport (*Kommunal legetjeneste – kan den ledes?*) som ifølge departementet viser at kommunene ikke utnytter det handlingsrommet som allerede ligger i lov- og avtaleverket. Departementet legger ikke skjul på at det ønsker at kommunene skal utnytte dette handlingsrommet og føre et mer aktivt lederskap overfor fastlegene sine. Departementet opplever det imidlertid som utfordrende at det er få insentiver for kommunene til å være opptatt av fastlegenes praksis.

Kommunenes og helseforetakenes oversikt over omfanget av henvisninger

Omtrent 16 prosent av kommunene mener de har god oversikt over antall henvisninger fra den enkelte fastlege til spesialisthelsetjenesten. Disse kommunene får hovedsakelig denne oversikten gjennom fastlegenes ikt-systemer. Den nest største kilden til slik informasjon er sykehuset. I spørreundersøkelsen til helseforetakene er det likevel kun to helseforetak som svarer at kommunene jevnlig etterspør informasjon om fastlegenes henvisningspraksis. Et annet helseforetak opplyser i intervju at de har produsert statistikk over hvem som henviser, men at denne statistikken aldri har blitt etterspurt av verken kommuner eller fastleger.

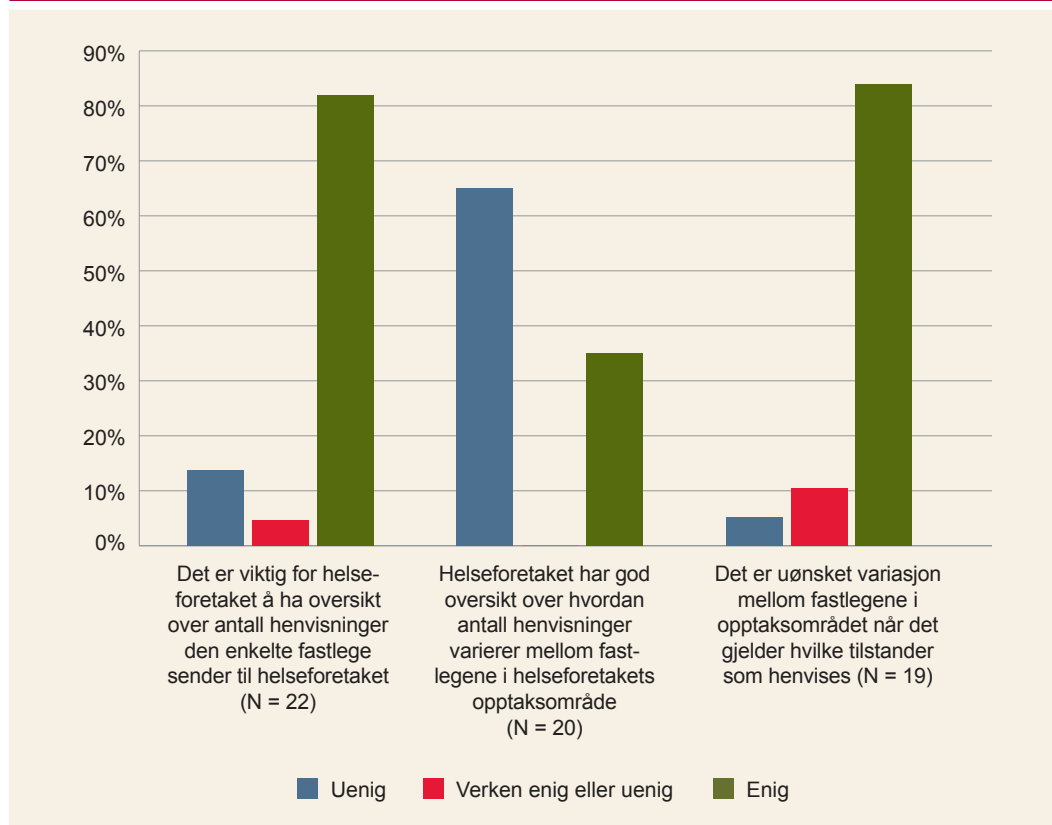
Én kommune opplyser i intervju at den har fått informasjon fra sykehuset om hvordan omfanget av henvisninger varierer mellom fastlegene. Kommunen har et høyt forbruk av sykehustjenester sammenlignet med andre kommuner, og har derfor eksplisitt bedt om å få slike data for å få kunnskap om situasjonen i kommunen. Kommunen opplyser at de kan gå i dialog med de aktuelle legene om forskjeller i henvisningspraksisen, men at de foreløpig ikke har gjort det. Kommunen ønsker råd om hvordan de skal få leger til å endre praksis i de tilfellene der det er behov for det.

KS bekrefter at noen kommuner etterspør henvisningsdata fra sykehuset og bruker disse dataene i oppfølgingen av fastlegene, men KS mener det er behov for et nytt kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) som kan gi kommunene relevante styringsdata. KS viser til at det er viktig for kommunene å synliggjøre variasjoner for den enkelte fastlege når de ser at det faktisk er stor variasjon, slik at fastlegen kan sammenligne seg med andre. Dette kan få den enkelte lege til å vurdere sin egen henvisningspraksis. Både kommunen og fastlegen bør ifølge KS interessere seg for hva eventuelle variasjoner skyldes, det vil si om variasjonene skyldes andre forhold enn naturlige forklaringer, som sykkelighet. KS understreker at dette arbeidet bør løftes til nasjonalt nivå som en del av KPR. KS understreker imidlertid at det ikke er tilstrekkelig med aggregerte data på dette feltet. For at den enkelte fastlege skal kunne endre sin praksis, er det ifølge KS nødvendig med data på fastlegenivå.

KS uttaler videre at de opplever at det er et rimelig forhold mellom lovverket og de virkemidlene kommunene har til rådighet for å styre/følge opp fastlegene, men de etterlyser at § 29 i fastlegeforskriften blir iverksatt, som et viktig virkemiddel for

kommunene til å følge opp kvaliteten i fastlegenes praksis. I § 29 heter det blant annet at fastlegene skal avgi nødvendig data til styrings- og kvalitetsformål for å ivareta myndighetenes ansvar for et forsvarlig allmennlegetilbud og faglig utvikling av allmennlegetjenesten. Denne bestemmelsen har imidlertid ikke trådt i kraft.

Figur 18 Helseforetakenes kunnskap om omfanget av henvisninger



Kilde: Spørreundersøkelsen til helseforetakene

Figur 18 viser at over 80 prosent av helseforetakene mener det er viktig å ha oversikt over antall henvisninger den enkelte fastlege sender til helseforetaket. I likhet med kommunene oppgir et flertall av helseforetakene at de ikke har god oversikt over dette.

Figur 18 viser videre at et klart flertall av helseforetakene (84 prosent) opplyser at det er uønsket variasjon mellom fastlegene i opptaksområdet når det gjelder hvilke tilstander fastlegene henviser. Kun syv helseforetak har god oversikt over hvordan antallet henvisninger varierer mellom fastlegene. Informasjon om henvisningskvalitet og hvordan antallet henvisninger varierer mellom fastlegene, er noe kommunene kunne hatt nytte av og brukt i sin oppfølging av fastlegenes henvisningspraksis.

15 helseforetak mener at det er for mange kommuner som ikke følger opp fastlegenes henvisningspraksis (kvalitet og/eller omfang) på en tilfredsstillende måte. Ingen av helseforetakene er uenig i dette. Flere helseforetak skriver i fritekstsvar at kommunene i større grad må bruke sin styringsrett overfor fastlegene.

6.3.1 Statlige myndigheters oppfølging av omfanget av henvisninger

Helsedirektoratet viser til at det er Norsk pasientregister (NPR) som er statlige myndigheters hovedkilde til informasjon om henvisninger til spesialisthelsetjenesten. NPR inneholder ifølge direktoratet opplysninger om alle pasienter som er henvist til (og fremdeles venter på) eller har fått behandling i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet opplyser at de publiserer data om henvisningspraksis, og at de er i løpende dialog med helsetjenesten for å sikre god kvalitet på opplysninger om henvisninger, inkludert utviklingen i antall henvisninger fra primærhelsetjenesten. Helsedirektoratet opplyser at helsetjenestens registrering av henvisende instans ikke er komplett, men at kvaliteten er betydelig bedre i 2015/2016 enn den har vært tidligere.

Direktoratet viser i den forbindelse til arbeidet med å etablere et nytt kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Formålet med registeret er å gi bedre data som grunnlag for blant annet planlegging og styring av kommunale helse- og omsorgstjenester. KPR er ifølge direktoratet blitt utviklet som en konsekvens av at dataene er mangelfulle når det gjelder både omfang av og innhold i primærhelsetjenesten. Helsedirektoratet understreker at det vil ta noe tid før første fase av arbeidet med å etablere KPR er fullført.

Helse- og omsorgsdepartementet bekrefter i intervju at det ikke finnes nasjonale data over antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten fra norske fastleger. Det finnes heller ikke nasjonal statistikk over henvisninger som kan belyse variasjon mellom fastleger eller variasjon i lys av kommunistørrelse, sentralitet eller andre forhold. Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at det ønsker slik kunnskap, og at det er noe av bakgrunnen for arbeidet med kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Departementet ønsker gjennom dette registeret å få mer robuste data som grunnlag for å etterspørre årsaker til variasjon. Departementet ønsker et register som viser variasjoner når det gjelder både henvisninger og andre medisinske parametere. Helse- og omsorgsdepartementet understreker imidlertid at det vil ta tid å få KPR i drift. Departementet viser til at Stortinget har vedtatt at det skal etableres et kommunalt pasient- og brukerregister, jf. endringer i helseregisterloven § 11, men forskriften som er nødvendig i den forbindelse, er ikke ferdig. Arbeidet med forskriften er ytterligere forsinket blant annet fordi det må avklares hvordan personvern hensyn skal håndteres.

6.4 Statlige myndigheters tilrettelegging for god henvisningspraksis

Helse- og omsorgsdepartementet mener at det, med unntak av manglende kommunalt pasient- og brukerregister, har etablert et tilfredsstillende rammeverk for henvisningspraksis. Departementet viser til at henvisning er et tema i grunnutdanningen, at henvisning er hjemlet i lov og forskrift, at det er utarbeidet en egen henvisningsveileder, og at de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommunene og helseforetakene skal omhandle innleggelser. I tillegg har Helsetilsynet en kontrollfunksjon. For øvrig er det ifølge departementet opp til aktørene å sørge for at handlingsrommet som dette rammeverket gir, utnyttes på best mulig måte.

Helsedirektoratet opplyser at direktoratet har tre typer virkemidler når det gjelder å understøtte kommunenes sørge-for-ansvar for kvaliteten på fastlegenes tjenestetilbud, inkludert henvisningspraksis:

- Helsedirektoratet kan gi konkret veiledning, blant annet gjennom henvisningsveileder, beslutningsstøtteverktøy og faglige retningslinjer o.l., og ved å gjøre veiledningsmateriale lett tilgjengelig.
- Helsedirektoratet er en aktør i EPJ-løftet, som skal legge til rette for ikt-løsninger hos fastlegene som blant annet understøtter bedre henvisningspraksis (jf. nærmere omtale i punkt 6.4.1).
- Helsedirektoratet kan ha ansvar for tilskuddsordninger. I dag er det ingen øremerkede midler som går til å støtte opp om god henvisningspraksis.

For øvrig kan Helsedirektoratet bidra med utviklingsprosjekter, dialog og møteplasser for kommunene, fastlegene og andre henvisere. Ifølge direktoratet kan aktørene her definere god praksis i fellesskap.



Krav om spesialisering i allmennmedisin skal bidra til å heve kvaliteten på allmennlegetjenesten.
Foto: Colourbox

Helsedirektoratet viser i tillegg til at følgende virkemidler skal bidra til å heve kvaliteten på allmennlegetjenesten og sikre behandling på riktig nivå i helsetjenesten:

- Leger som jobber som fastleger, skal nå enten være spesialister i allmennmedisin eller være i et utdanningsløp for å bli spesialist, jf. *forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten* § 3.
- Det er iverksatt et masterprogram for helseledelse. I *Primærhelsemeldingen* ble det kartlagt ulike utfordringer for kommunene og gjennomgått hvilke virkemidler som bør iverksettes. Det kom blant annet fram at styringen av fastlegene bør bli bedre. Det er på bakgrunn av denne informasjonen iverksatt et masterprogram for bedre helseledelse. Programmet er en nasjonal utdanning innen ledelse og innovasjon for den kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgssektoren.²⁵ Det er Handelshøyskolen BI som tilbyr masterprogrammet, på oppdrag fra

25) <<https://www.bi.no/studier-og-kurs/kurs/masterprogram/helseledelse/>>

Helsedirektoratet. Helsedirektoratet kan bidra til at spesialistutdanningen og ulike utdanningsmodeller er i tråd med kommunenes behov.

- Helsedirektoratet har fått i oppdrag av departementet å utarbeide en veileder om sammensatte tjenester, blant annet med det formål å bedre den faglige dialogen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Her er henvisninger ett av temaene.

6.4.1 Endring av loven ga behov for å utarbeide en ny nasjonal henvisningsveileder

Helsedirektoratet utarbeidet i 2015 en henvisningsveileder som skal bidra til at nødvendig informasjon er med i henvisningen. Veilederen skal ifølge Helsedirektoratet være en støtte for de som henviser til spesialisthelsetjenesten, og skal kunne anvendes på alle fagområder.²⁶ Veilederen gir konkrete råd om hvilke opplysninger som bør inngå i henvisninger på alle fagområder, som hastegrad, diagnose, kritisk informasjon, aktuell problemstilling og funn og resultater fra undersøkelser. Henvisningsveilederen har status som faglig veileder, men er, i likhet med øvrige veiledere utgitt av Helsedirektoratet, ikke bindende å bruke for tjenesteyteren, det vil si fastlegene.²⁷ Veilederen trådte i kraft 1. november 2015.

Bakgrunnen for å utarbeide en ny henvisningsveileder var ifølge Helsedirektoratet blant annet at pasient- og brukerrettighetsloven i 2015 ble endret slik at pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten, skal få informasjon om hvorvidt de har rett til nødvendig helsehjelp, innen 10 virkedager etter at henvisningen er mottatt av spesialisthelsetjenesten, mot 30 dager slik det var før. Det betyr at vurderende lege etter at loven ble endret, har kortere tid på å innhente nødvendig informasjon dersom denne mangler i henvisningen.

Drøyt halvparten av fastlegene opplyser i spørreundersøkelsen at de kjenner til innholdet i veilederen. Blant disse opplever tre firedeler at veilederen klargjør hvilke opplysninger som bør inngå i en henvisning. Nesten hver femte fastlege erfarer at veilederen gjør at de bruker mindre tid enn før på å skrive den enkelte henvisning.

Kun 22 av 646 sykehusleger opplever at kvaliteten på henvisningene har blitt bedre etter at veilederen trådte i kraft. Sykehuslegene synes heller ikke at det har blitt enklere å prioritere riktig.

I spørreundersøkelsen opplyser drøyt 40 prosent av sykehuslegene at de i løpet av det siste året oftere enn før har tatt pasienter inn til utredning i stedet for behandling. Nesten like mange opplyser at de innhenter supplerende opplysninger sjeldnere enn før.

Ett sykehus opplyser i intervju at antall avslag har økt etter at den nye pasientrettighetsloven trådte i kraft. Sykehuset innrømmer at ufullstendige henvisninger både innen psykiatri og somatikk blir avvist fordi de ikke har tid til å innhente nødvendig informasjon i løpet av ti dager.

Helsedirektoratet mener at veilederen blant annet bør føre til at det blir bedre struktur på henvisningene, og bidra til å sikre at spesialisthelsetjenesten får nødvendig og tilstrekkelig informasjon til å kunne vurdere og prioritere henvisningene. Direktoratet presiserer imidlertid at veilederen ikke gir fagspesifikk hjelp til henviseren. Direktoratet har utarbeidet fagspesifikke veiledere på noen områder, de har blant annet utarbeidet en veileder for området nyresykdommer og en diagnoseveileder for pakkeforløp for

26) Helsedirektoratet 2015a.

27) Helsedirektoratet 2015a.

kreft. Helsedirektoratet var i gang med å utarbeide flere fagspesifikke veiledere, men på grunn av intern ressursprioritering har dette arbeidet stoppet opp.

Helse- og omsorgsdepartementet viser til at henvisningsveilederen har virket i kort tid, og at det derfor ikke har undersøkt i hvilken grad veilederen brukes, eller om den har bidratt til å bedre kvaliteten på henvisningene.

EPJ-løftet

EPJ-løftet handler om kvalitetsheving av dagens elektroniske pasientjournal (EPJ).²⁸ EPJ-løftet er et samarbeid mellom Direktoratet for e-helse, Den norske legeforening og KS. Helsedirektoratet sitter i styringsgruppen for prosjektet. Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at departementet dekker 50 prosent av utgiftene til prioriterte prosjekter i EPJ-løftet og deltar i beslutningen om hvilke prosjekter som skal prioriteres innenfor kommende avtaleår. For øvrig er EPJ-løftet finansiert ved avsatte midler fra normaltariffoppgjøret. EPJ-løftet er ifølge Helsedirektoratet et prioriterings-, styrings- og koordineringsvirkemiddel for å utvikle funksjonalitet i fastlegenes og avtalespesialistenes EPJ-systemer.

Helsedirektoratet viser til at EPJ-løftet består av flere delprosjekter. Ett av delprosjektene dreier seg om å integrere henvisningsveilederen i fastlegenes journalsystemer, noe det ifølge direktoratet arbeides med. Journalleverandørene til fastlegene er private, og det krever utviklingsressurser å lage systemer som gjør det mulig å integrere veilederen i EPJ-systemene. Direktoratet viser til at arbeidet går langsommere enn ønsket, noe som skyldes både begrensede økonomiske ressurser og begrenset kapasitet hos de tre journalleverandørene. Ifølge Helsedirektoratet er det Direktoratet for e-helse som, gjennom EPJ-løftet, har ansvar for å integrere henvisningsveilederen i fastlegenes EPJ-systemer.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at arbeidet med å integrere henvisningsveilederen i fastlegenes journalsystemer startet opp i februar 2017. Tidspunktet for slutføringen av prosjektet er ifølge departementet ennå ikke fastsatt, men vil bli klart i løpet av høsten 2017. Prosjektet er komplekst, og det er behov for å få fullstendig oversikt over alle områder før tidspunktet for slutføring kan fastsettes.

Digital dialogmelding er også et delprosjekt i EPJ-løftet. En digital dialogmelding kan enten kobles til en allerede sendt henvisning/epikrise eller annen kommunikasjon, eller den kan sendes som en frittstående dialogmelding og på den måten fungere som «lavterskelkontakt» i forbindelse med for eksempel en forespørsel om råd i stedet for en henvisning. Formålet med digital dialogmelding er blant annet å øke kvaliteten på henvisningene og å redusere antallet unødvendige henvisninger.²⁹

Helsedirektoratet opplyser at det nå er over 70 legekontorer som er koblet opp med digital dialogmelding. Direktoratet har blitt orientert om at innføringen av digital dialogmelding på legekontorer foreløpig går i henhold til planen.

Helse- og omsorgsdepartementet bekrefter at arbeidet med å innføre digital dialogmelding er godt i gang. Funksjonaliteten for digital dialogmelding vil være klargjort for fastlegene høsten 2017, men det vil ifølge departementet gjenstå å innføre løsningen i virksomhetene. Erfaringen fra et prøveprosjekt i Helse Vest var at nytteverdien av digital dialogmelding er så stor at Helse Vest har valgt å innføre digital dialogmelding raskt uten først å gjennomføre en kost-nytte-analyse.

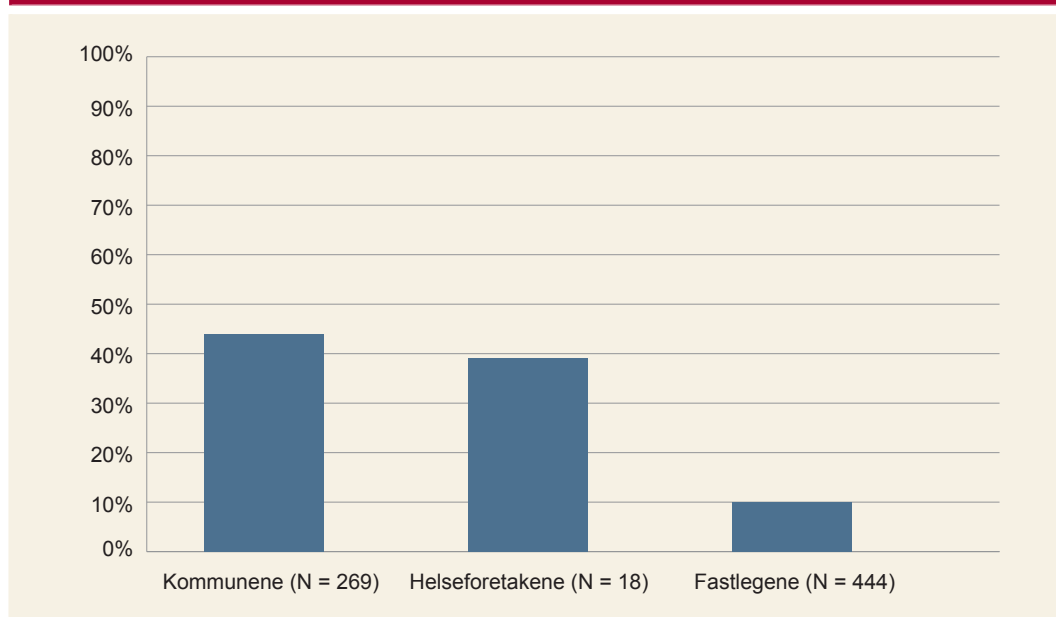
28) <<https://ehelse.no/epj-loftet/om-epj-loftet>>

29) <<https://ehelse.no/Documents/EPJ-%C3%B8ftet/160615%20Protokoll%20EPJ%20I%C3%B8ftet.pdf>>

6.4.2 Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommunene og helseforetakene

Samarbeidsavtaler mellom kommunene og helseforetakene er et viktig virkemiddel for å sikre god dialog og godt samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet har utgitt en egen nasjonal veileder som blant annet skal bidra til å oppnå en ensartet nasjonal praksis i bruken av samhandlingsavtaler. Veilederen gir for eksempel retningslinjer for hva samarbeidsavtalen bør beskrive når det gjelder innleggelse i sykehus. Veilederen understreker at det i de aller fleste tilfellene vil være en fastlege eller legevaktslege som henviser pasienten til innleggelse på sykehus, og at kommunen derfor i tilstrekkelig grad må trekke allmennlegetjenesten med og ansvarliggjøre den når retningslinjer for innleggelse utformes, gjennomføres og evalueres.³⁰

Figur 19 Andelen som er enig i at fastlegene i tilstrekkelig grad var involvert i utarbeidelse av delavtale om innleggelse i sykehus



Kilde: Spørreundersøkelsene til kommunene, helseforetakene og fastlegene

Figur 19 viser at 44 prosent av kommunene mener at fastlegene i deres kommune i tilstrekkelig grad var involvert i utarbeidelsen av retningslinjer/delavtaler om innleggelse i sykehus. Blant helseforetakene er 39 prosent enig i at fastlegene var tilstrekkelig involvert. Blant fastlegene selv er det imidlertid kun 10 prosent som er enig i dette.

Nesten halvparten av fastlegene svarer at det ikke i tilstrekkelig grad er lagt til rette for samarbeid eller dialog mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Blant kommunene mener 64 prosent at det er lagt til rette for et slikt samarbeid.

30) Helse- og omsorgsdepartementet u.å.

En gjennomgang av nesten alle delavtalene om innleggelse i sykehus som er inngått mellom helseforetakene og kommunene, viser at de punktene som den nasjonale veilederen foreslår å omtale, i svært liten grad er fulgt opp i avtalene som er offentliggjort. Under følger noen eksempler på forhold som ifølge veilederen bør beskrives i avtalen:

- hvordan sykehuset kan kontaktes; hvordan sykehuslege med adekvat kompetanse kan konsulteres, og hvordan det kan søkes råd om hvorvidt innleggelse er nødvendig
- hvilke pasientopplysninger som forventes å følge med pasienten, og hvordan disse kan formidles
- et system for tilbakemelding til innleggende lege der sykehuset mener innleggelsen kunne vært unngått
- hvordan praksiskonsulentordningen kan brukes i dette arbeidet

En gjennomgang av avtalene som er inngått mellom kommunene og helseforetakene, viser at nesten ingen av disse punktene beskrives i avtalene. Unntaket er «hvilke pasientopplysninger som forventes å følge med pasienten». I underkant av halvparten av de undersøkte avtalene beskriver dette.

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet har evalueringer vist at de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak oppleves som nyttige for samhandlingen mellom partene. Departementet understreker at den nasjonale veilederen til samarbeidsavtalene kun er veiledende, noe som blant annet innebærer at Helsetilsynet ikke kan melde avvik dersom tilsynet finner at veilederen ikke er fulgt. Departementet kjenner ikke til i hvilken grad veilederen gjenspeiles i avtalene, eller om de enkelte delavtalene, som *retningslinjer for innleggelse i sykehus*, har hatt ønsket effekt.

7 Vurderinger

7.1 Dagens praksis fører til at ressursene i helsetjenesten ikke utnyttes godt nok

Så godt som all sykehusbehandling som ikke er akutt, krever en henvisning, og det er fastlegene som står for de fleste av disse henvisningene. Stortinget har lagt til grunn at helsehjelpen skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå. Det vil i praksis si at dersom primærhelsetjenesten kan yte tilstrekkelig og forsvarlig helsehjelp til en pasient, skal fastlegen ikke henvise pasienten til spesialisthelsetjenesten. God ressursutnyttelse forutsetter at helsehjelp som ikke krever tilgang til spesialisthelsetjenestens kompetanse, gis av den kommunale helsetjenesten.

Undersøkelsen viser at omfanget av henvisninger varierer i betydelig grad mellom kommunene i Norge. Noen kommuner har en henvisningsrate som tilsvarer under 6 prosent av kommunens befolkning, mens andre kommuner har en rate som tilsvarer mer enn 25 prosent av befolkningen. Tilsvarende forskjeller gjelder blant fastlegene. Undersøkelsen viser at verken andelen eldre, sentralitet eller kommunestørrelse fullt ut kan forklare forskjellene i henvisningsratene. Dette indikerer at det er mulig å oppnå en mer likeartet praksis for når en pasient skal henvises til en spesialist.

Videre mener mange kommuner, sykehusleger og fastleger at en del pasienter som i dag henvises til spesialisthelsetjenesten, burde fått behandling i primærhelsetjenesten. Samtidig oppgir nesten halvparten av fastlegene at de i større grad kunne behandlet ulike sykdommer hvis de hadde fått tilstrekkelig opplæring/veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Etter revisjonens vurdering bør primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i samarbeid undersøke hvordan spesialisthelsetjenesten kan bistå fastlegene på de områdene hvor de har behov for slik opplæring og veiledning. Dette vil kunne bidra til at de samlede helseressursene i større grad brukes i tråd med intensjonene.

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 at spesialisthelsetjenesten skal vurdere om pasientene som henvises, oppfyller vilkårene for nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Dersom en pasient ikke har slik rett, skal henvisningen avvises. Når flere pasientforløp etter innføringen av samhandlingsreformen skal finne sted i primærhelsetjenesten, må henviseren i større grad enn før foreta reelle avveininger av om pasienten skal henvises til kommunale tilbud eller til spesialisthelsetjenesten. Likevel oppgir flere enn hver fjerde fastlege at de jevnlig henviser til spesialisthelsetjenesten selv om de ikke forventer noen medisinsk nytte av utredningen/behandlingen. Samtidig innrømmer en tredel av sykehuslegene at de jevnlig tar inn pasienter til utredning selv om det framgår av henvisningen at pasienten ikke burde vært henvist. Etter revisjonens vurdering viser dette at både fastlegene og sykehuslegene må ivareta sin portvokterrolle bedre, slik at helseressursene utnyttes godt og de pasientene som virkelig trenger det, raskt får den nødvendige behandlingen i spesialisthelsetjenesten.

Både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal bidra til at ressursene utnyttes best mulig. Både sykehuslegene og helseforetakene erfarer at dårlig kvalitet på henvisningene i vesentlig grad fører til unødvendig ressursbruk i sykehus. Rundt 70 prosent av sykehuslegene opplever for eksempel ofte at pasienter som henvises til deres avdeling, må gjennom utredninger/ta prøver o.l. som burde vært gjennomført i primærhelsetjenesten. Mange sykehusleger gir pasienter rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten selv om de mener henvisningen ikke inneholder nødvendig

informasjon for å kunne gjøre en slik vurdering. Dette kan tyde på at sykehuslegene utfører oppgaver som ikke burde ha vært gjort i spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgskomiteen har tidligere understreket at slik praksis gir dårlig utnyttelse av de totale ressursene i helse- og omsorgssektoren.

Undersøkelsen viser videre at et klart flertall av helseforetakene mener det er uønsket variasjon mellom fastlegene i opptaksområdet når det gjelder hvilke tilstander som henvises. Samtidig erfarer helseforetakene at de bruker mye ressurser som følge av dårlig kvalitet på henvisningene. Med tanke på at den demografiske, teknologiske og epidemiologiske utviklingen er i stor endring, blir riktig bruk av helseressursene stadig viktigere. Undersøkelsen viser at det er variasjoner i omfanget av henvisninger, men verken helseforetakene eller kommunene har kunnskap om i hvilket omfang pasienter som henvises, ikke burde vært henvist. Undersøkelsen viser videre at mange pasienter som utredes eller behandles i spesialisthelsetjenesten, kunne vært behandlet på et lavere nivå. Alt i alt innebærer dette at dagens henvisningspraksis ikke er i tråd med LEON-prinsippet om at pasienter skal behandles på lavest mulige omsorgsnivå.

7.2 Mange henvisninger inneholder ikke den informasjonen sykehuslegene har behov for

Henvisningen skal gi nødvendig informasjon slik at pasienten kan få god og forsvarlig behandling. For at sykehuslegen skal kunne vurdere både om pasienten har rett til spesialisthjelp, og hvilken prioritet pasienten skal få, er det viktig at henvisningen har god kvalitet. I tillegg skal henvisningen gi grunnlag for riktig behandling.

Undersøkelsen viser at sykehuslegene i de fleste tilfeller har tiltro til vurderingene som fastlegene gjør i henvisningene. Samtidig opplever ni av ti sykehusleger at det er stor variasjon i kvaliteten på henvisningene fra fastlegene. Mellom 80 og 90 prosent av sykehuslegene opplever jevnlig at henvisningene ikke inneholder den informasjonen de mener at de trenger for å kunne gjøre en korrekt vurdering og prioritering av pasienten. Når rundt 70 prosent av sykehuslegene *jevnlig* savner en klart definert problemstilling i henvisningene de mottar, og like mange *ofte* opplever at det ikke framgår av henvisningene om utredninger/prøver o.l. er gjennomført, viser dette at henvisningskvaliteten kan forbedres. Dette forsterkes ytterligere av at halvparten av sykehuslegene jevnlig opplever at det ikke klart framgår av henvisningen hvorfor pasienten har behov for spesialistbehandling, og at 40 prosent av sykehuslegene er bekymret for at de prioriterer feil på bakgrunn av henvisningen.

Mens mange sykehusleger opplever at henvisningene ikke inneholder tilstrekkelig informasjon, synes fastlegene det er klart hvilken informasjon som skal være med i henvisningene innenfor de somatiske fagområdene. Dette betyr at det er behov for å avklare hvilken informasjon fastlegen skal innhente og videreformidle i henvisningen. I 2015 ble tiden sykehuslegene har på å vurdere henvisningene, og eventuelt innhente ytterligere opplysninger, redusert fra 30 dager til 10 dager. I behandlingen av denne lovendringen understreker helse- og omsorgskomiteen at det er avgjørende at kvaliteten på henvisningene er god, slik at sykehuset blir i stand til å gjøre en vurdering av pasienten innen vurderingsfristen. Manglende informasjon i henvisningene vil kunne ha konsekvenser både for prioriteringen av pasienter i spesialisthelsetjenesten og for om nødvendig behandling blir påbegynt til rett tid.

7.3 Kommuner og helseforetak har ikke nødvendig kunnskap om henvisningspraksisen

Kommunene har et sørge-for-ansvar for kvaliteten på fastlegenes praksis, og de skal blant annet legge til rette for og sikre at fastlegenes henvisninger til spesialisthelsetjenesten både støtter faglig riktig oppgavefordeling mellom behandlingsnivåene og gir nødvendig informasjon slik at pasienten får god behandling. Et flertall av kommunene mangler imidlertid oversikt både over hvordan henvisningskvaliteten oppleves i sykehusene, og over antall henvisninger fra den enkelte fastlege til spesialisthelsetjenesten. Kun to helseforetak opplever at kommunene jevnlig etterspør informasjon om fastlegenes henvisningspraksis. Kunnskap om henvisningspraksisen kunne gjort det lettere for kommunene å følge opp fastleger som har et henvisningsmønster som skiller seg ut, og bidra til at kommunene får bedre oversikt over hvilke helsetjenester innbyggerne har behov for.

Når det gjelder helseforetakene, opplyser et flertall at de ikke systematiserer informasjonen om kvaliteten på henvisningene fra fastlegene, og kun sju helseforetak har god oversikt over hvordan antallet henvisninger varierer mellom fastlegene. Når mange kommuner og helseforetakene ikke har systematisk kunnskap om praksisen, mister de muligheten til å identifisere de fastlegene som over tid skiller seg ut, og som de kunne ha gått i dialog med.

Helse- og omsorgskomiteen uttalte i november 2015 at det var behov for å støtte kommunenes kvalitetsarbeid. Når et flertall av kommunene opplever at de mangler virkemidler til å skaffe seg tilstrekkelig oversikt over henvisningspraksisen, samtidig som mange kommuner ikke fullt ut har benyttet de mulighetene som finnes til å skaffe seg oversikt over denne, betyr det at det fortsatt er behov for tiltak som kan understøtte kommunenes arbeid for å sikre god henvisningspraksis blant fastlegene.

Samarbeidet mellom aktørene må bli bedre

Henvisninger fra fastlegen til spesialisthelsetjenesten skal blant annet bidra til godt samarbeid mellom behandlingsnivåene. Undersøkelsen viser imidlertid at selv om det ikke er enighet mellom fastleger og sykehusleger om hva som er nødvendig informasjon i en henvisning, har kun én av tre fastleger i løpet av det siste året vært i dialog med sykehuset om hvilke opplysninger en henvisning bør inneholde. Over halvparten av sykehuslegene opplever på sin side at det ikke er lagt til rette for at de lett kan gi tilbakemelding eller veiledning om henvisninger til fastlegene. For eksempel synes et flertall at det er mer tidkrevende å innhente supplerende opplysninger enn å utrede pasienten selv.

Både fastlegene og sykehuslegene savner verktøy for enkel elektronisk dialog med den andre parten. Særlig blant de sykehuslegene som oppgir at de som regel kaller inn og utreder pasienter uten å innhente supplerende opplysninger når en henvisning er mangelfull, er det mange som savner et verktøy for enkel elektronisk dialog med fastlegene. Etter revisjonens vurdering har ikke aktørene i dag et verktøy som i tilstrekkelig grad legger til rette for en god samhandling om henvisningene. Revisjonen forutsetter at det arbeidet som pågår med å innføre *digital dialogmelding*, vil bidra til å bedre dialogen mellom fastlegene og sykehuslegene, både med tanke på å bedre kvaliteten på henvisningene og med tanke på å redusere antallet unødvendige henvisninger.

Kommuner og helseforetak opplever at samarbeidet på flere områder har blitt bedre etter innføringen av samhandlingsreformen i 2012, blant annet som følge av de lovpålagte samarbeidsavtalene. Det er imidlertid rom for å involvere fastlegene i større grad. En gjennomgang av delavtaler om innleggelse i sykehus som er inngått mellom helseforetakene og kommunene, viser at punkter som kunne vært til hjelp for fastlegene i henvisningsprosessen, i svært liten grad er beskrevet i avtalene. Et mindretall av både fastlegene, helseforetakene og kommunene mener at fastlegene i tilstrekkelig grad var involvert i utarbeidelsen av delavtaler om innleggelse i sykehus. Undersøkelsen viser at fastlegene i større grad bør involveres i dette arbeidet, og at kommunene og helseforetakene bør legge bedre til rette for samarbeid om henvisningsprosessen.

7.4 Ansvar for pasienter innen psykisk helsevern er ikke tilstrekkelig avklart

Kommunene og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å tilby tjenester til personer med psykiske lidelser eller rusproblemer. Drøyt to av tre fastleger mener imidlertid at det kommunale tilbudet for pasienter med lettere psykiske lidelser ikke er godt nok, mens tre av fire fastleger mener at kapasiteten innen psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten ikke er god nok til at pasientene deres får et godt tilbud.

Samtidig mener et flertall både av fastlegene og av sykehuslegene som arbeider innen psykisk helsevern, at andre deler av primærhelsetjenesten i større grad enn i dag bør behandle pasienter med psykiske lidelser. Nesten halvparten av fastlegene opplyser at de kunne ha behandlet flere pasienter med psykiske lidelser dersom de hadde fått tilstrekkelig opplæring/veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

Drøyt to av tre fastleger mener at fastlegene og sykehuslegene har ulik forståelse av når det er behov for spesialisthelsetjenester innenfor psykisk helsevern. Like mange sykehus-leger innenfor psykisk helsevern mener det samme. Når begge parter i så stor grad opplever at det er ulik forståelse av når det er behov for spesialisthelsetjenester, tyder det på at det er uklart hvilke tilstander som faktisk gir rett til spesialisthelsetjenester for denne pasientgruppen. Det er særlig viktig innenfor psykisk helsevern at det enkelte helseforetaket og kommunene avklarer hvordan tilbudet til denne gruppen av pasienter best kan innrettes.

7.5 Det er usikkert om fastlegeforskriften og henvisningsveilederen virker som forutsatt

Helse- og omsorgsdepartementet har et overordnet ansvar for å sikre at nasjonale mål for helsetjenesten nås, og skal sørge for at det blir gjennomført evalueringer for å skaffe kunnskap om effektivitet, måloppnåelse og resultater.

Helse- og omsorgsdepartementet har etablert et rammeverk for henvisningspraksis, og departementet viser blant annet til at henvisning er hjemlet i lov og forskrift, at det er utarbeidet en egen henvisningsveileder, og at de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommunene og helseforetakene skal omhandle blant annet innleggelser i sykehus.

Selv om kommunenes sørge-for-ansvar er hjemlet i fastlegeforskriften, mener bare 37 prosent av kommunene at fastlegeforskriften faktisk klargjør at kommunen skal følge opp fastlegenes henvisningspraksis. Det kan også forklare hvorfor mange kommuner verken har oversikt over kvaliteten på henvisningene eller har oversikt over omfanget

av henvisningene, til tross for at de mener dette er viktig. Departementet har lite informasjon om hvordan kommunene ivaretar dette ansvaret, men viser til at kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), som er under utarbeidelse, skal gi kommunene informasjon om hvordan både henvisninger og andre sider av fastlegenes praksis varierer. KPR skal både danne grunnlaget for kommunenes planlegging og styring av de kommunale helse- og omsorgstjenestene og gi departementet solide data som grunnlag for å etterspørre årsaker til variasjon. Etter revisjonens vurdering er det viktig at registeret får en innretning som gjør at kommunen kan få praktisk hjelp og bistand til å følge opp fastlegene på en god måte. Videre bør registreringen i Norsk pasientregister (NPR) bli bedre, slik at registeret kan gi et godt bilde av henvisningsomfang og hvordan antall henvisninger varierer for hele landet.

Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven i 2013 skapte et behov for en ny *henvisningsveileder*, som trådte i kraft 1. november 2015. Veilederen gir konkrete råd om hvilke opplysninger som bør inngå i henvisninger på alle fagområder for at sykehuslegene i mindre grad skal bruke tid på å hente inn nødvendige opplysninger. Nesten ett og et halvt år etter at veilederen trådte i kraft, kjenner imidlertid kun halvparten av fastlegene til innholdet i veilederen. Sykehuslegene synes verken at kvaliteten på henvisningene har blitt bedre, eller at det har blitt enklere å prioritere riktig, som var noe av hensikten med veilederen. Helse- og omsorgsdepartementet viser til at henvisningsveilederen har virket i kort tid, og at det derfor ikke har undersøkt i hvilken grad veilederen brukes, eller om den har bidratt til å bedre kvaliteten på henvisningene. Revisjonen mener arbeidet med å integrere henvisningsveilederen i fastlegenes pasientjournalssystemer er viktig, og forutsetter at det vil bedre kvaliteten på henvisningene til spesialisthelsetjenesten.

8 Referanseliste

Lover

- *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 7. februar 1999* (spesialisthelsetjenesteloven).
- *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 7. februar 1999* (pasient- og brukerrettighetsloven).
- *Lov om helsepersonell m.v. av 7. februar 1999* (helsepersonelloven).
- *Lov om helseforetak m.m. av 15. juni 2001* (helseforetaksloven).
- *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011* (helse- og omsorgstjenesteloven).

Stortingsdokumenter

- Innst. O. nr. 65 (1998–1999), jf. Ot.prp. nr. 10 (1998–99) *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*
- Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*
- Innst. 212 S (2009–2010), jf. St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid.*
- Innst. 424 L (2010–2011), jf. Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).*
- Innst. 270 S (2011–2012), jf. Meld. St. 12 (2011–2012) *Stat og kommune – styring og samspel.*
- I Innst. 388 L (2012–2013), jf. Prop. 118 L (2012–2013) *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv.*
- Innst. 40 S (2015–2016), jf. Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.*
- Meld. St. 13 (2016–2017) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2015.*

Forskrifter

- *Reglement for økonomistyring i staten av 12. desember 2003.*
- *Forskrift om fastlegeordning i kommunene av 29. august 2012.*
- *Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd av 1. desember 2000* (Prioriteringsforskriften).

Rundskriv, veiledere og strategier

- Helsedirektoratet (2011): *Registreringsveileder for avtalespesialister. Rapportering til Norsk pasientregister (NPR).* IS 1952.
- Helse- og omsorgsdepartementet [u.å.] *Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder.*
- Rundskriv I-3/2013 *Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten* (Helse- og omsorgsdepartementet).
- Rundskriv IS-8/2015 *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer* (Helsedirektoratet).
- Helsedirektoratet (2015a): *Henvisningsveileder. Nasjonal veileder for henvisninger til spesialisthelsetjenesten.*

Rapporter og artikler

- SINTEF (2010) *Samhandlingsreformen, kommunal helseadministrasjon og legetjenesten i kommunene*. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn. Helsetjenesteforskning.
- Førde et al. (2011) *Truar skilnadene i tilvisingsratar målet om likeverdige helsetjenester?* Tidsskrift for Den norske legeforening Nr. 131: 1878-81.
- Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) (2011) *Henvisningspraksis fra primærhelsetjenesten – henvisninger til Helgelandssykehuset HF*. SKDE rapport Nr. 4/2011. Tromsø: SKDE.
- Martinussen, Pål E. (2013) *Referral quality and the cooperation between hospital physicians and general practice*. I: Scandinavian Journal of Public Health, 2013, vol. 41 (8), s. 874–882.
- Ringberg, Unni (2014) *General Practitioners' Decisions til Refer Patients to Secondary Care Referral Rates, Reasons for Referral and Expected Medical Benefit of the Referrals*. Tromsø: Universitetet i Tromsø–Norges arktiske universitet.
- Kristoffersen, Emil (2014) *Fra henvisningsbrev til elektronisk dialog?* (masteroppgave). Oslo: Universitetet i Oslo.
- Helsedirektoratet (2015b) *SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2014* (IS-2348).
- Helsedirektoratet (2015c) *Aktivitetsdata for avtalespesialister 2015* (IS-2468).
- Helsedirektoratet (2016) *SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2015* (IS-2485).
- Thorsen, Olav (2017a) *General Practitioners' Referrals to Specialist Health Services. Exploring elements and factors in the referral process having an impact on patients' access to specialty care* (disputas).
- Thorsen, Olav (2017b) *General Practitioners' Referrals to Specialist Health Services* (ph.d.-avhandling). Bergen: Universitetet i Bergen.
- Norsk pasientregister: *Ventetider og pasientrettigheter* for årene 2014 til 2016.
- Helsedirektoratet (2017a) *Aktivitetsdata for avtalespesialister 2016* (IS-2616).
- Helsedirektoratet (2017b) *SAMDATA kommune* (IS-2575).
- Helsedirektoratet (2017c) *Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten* (IS-2626).

Internettisider

- Direktoratet for e-helse: <<https://ehelse.no/epj-loftet/om-epj-loftet>> [Hentedato 29. mai 2017]
- Direktoratet for e-helse: <<https://ehelse.no/Documents/EPJ-1%C3%B8ftet/160615%20Protokoll%20EPJ%201%C3%B8ftet.pdf>> [Hentedato 29. mai 2017]
- SSB: <<https://www.ssb.no/statistikbanken/selecttable/hovedtabellHjem.asp?KortNavnWeb=fastlegetj&CMSSubjectArea=helse&checked=true>> [Hentedato 26. september 2017]
- BI: <<https://www.bi.no/studier-og-kurs/kurs/masterprogram/helseledelse/>> [Hentedato: 4. august 2017]

23 257 -3 918 240 1 255 712 474 320 120 3 924 22 781





Riksrevisjonen
Storgata 16
Postboks 8130 Dep
0032 Oslo

Sentralbord 22 24 10 00
Telefaks 22 24 10 01
postmottak@riksrevisjonen.no

www.riksrevisjonen.no

37 564 597 2 090 45 332 889 821 527 4 707 -421 -8 572 87 4 543 651 7