

STATUSRAPPORT

OM

FASTLEGEORDNINGEN I NORGE

ETTER

TO OG ET HALVT ÅR

- erfaringer fra og med innføringen 1.6.2001

-

til og med 31.12.2003

Helse- og omsorgsdepartementet desember 2004

Innhold

<i>Innhold</i>	2
<i>Forord</i>	5
<i>Sammendrag</i>	6
<i>Summary</i>	13
1 <i>Bakgrunn for innføring av fastlegeordningen</i>	18
1.1 Behov for endring i organiseringen av allmennlegetjenesten	18
1.2 Stortingets beslutning om å innføre en landsomfattende fastlegeordning	19
1.3 Situasjonen på legemarkedet før innføringen av fastlegeordningen	19
2 <i>Formål med og rammer for fastlegeordningen</i>	22
2.1 Formål og regulering	22
2.2 Kjerneelementene i ordningen	23
2.3 Nærmere om plikter og rettigheter	23
2.4 Etablering og drift av fastlegeordningen	25
2.4.1 Planlegging og forberedelser i kommunene og opprettelse av et (fast)legeregister i trygdeetaten	25
2.4.2 Innbyggernes legevalg, opprettelsen av et lege-innbyggerregister og trygdeetatens administrasjon av listesystemet	26
3 <i>Evaluering av fastlegeordningen - oppfølgingskriterier</i>	28
3.1 Forskningsbasert evaluering av fastlegeordningen	28
3.2 Oppfølging gjennom Rikstrygdeverkets registerdata	29
3.3 Oppfølging av kommunenes utgifter	29
3.4 Utbetaling av trygderefusjoner	30
4 <i>Statusbeskrivelse</i>	31
4.1 Legedekningen etter innføringen av fastlegeordningen	31
4.1.1 Utviklingen i legedekningen	31
4.1.2 Listelengde, fellesliste, tilknytningsform	36
4.1.3 Offentlig legearbeid	38
4.2 Tilgjengelighet til fastlegene	41
4.2.1 Plass på liste hos lege med fastlegeavtale	41
4.2.2 Mulighet for bytte av fastlege	42
4.2.3 Ventetid, telefontilgjengelighet og aspekter ved konsultasjonene	43
4.2.4 Tilgjengelighet til kvinnelig fastlege	48
4.2.5 Øyeblikkelig hjelp på dagtid	49
4.3 Kontinuitet i lege – pasientforholdet	51
4.3.1 Legebytter etter innbyggerens eget ønske	51
4.3.2 Ufrivillige legebytter	53
4.3.3 Bruker innbyggeren sin fastlege?	54
4.3.4 Årsaker til legebytte - hva betyr kontinuitet for innbyggerne?	54
4.3.5 Legenes forventninger og erfaringer	57

4.4	Effektivitet	59
4.4.1	Innledning	59
4.4.2	Kommunal organisering og styring av allmennlegetjenesten	59
4.4.3	Organisering og drift av legepraksis/legenes tilpasning til FLO	60
4.4.4	Samarbeid og koordinering	66
4.4.5	Generelle økonomiske forhold	68
4.4.6	Statens utgifter til allmennlegetjenesten	69
4.4.7	Kommunenes utgifter til allmennlegetjenesten	71
4.4.8	Legevakt utenom legekantorenes åpningstid	75
4.4.9	Økonomien i interkommunal legevakt med legevaktsentral	80
5	<i>Problemstillinger og ankepunkter som er fremkommet</i>	85
5.1	Innledning	85
5.2	Et positivt hovedinntrykk	85
5.3	Legedekning	86
5.3.1	Kvinnelige leger i allmennmedisin	86
5.3.2	Overdragelse av praksis og etablering av ny liste	86
5.3.3	Allmennmedisinsk offentlig legearbeid	87
5.3.4	Samfunnsmedisinsk arbeid	89
5.4	Tilgjengelighet	90
5.4.1	Tilgjengelighet til annen fastlege enn ens egen (inklusive studenter og andre)	90
5.4.2	Tilgjengelighet til kvinnelig fastlege	92
5.4.3	Øyeblikkelig hjelp på dagtid/avgrensning av listeansvaret	92
5.4.4	Legetjenester til såkalt "utsatte grupper"	95
5.4.5	Klager på allmennlegetjenesten/fastlegeordningen og fastlegene	96
5.5	Kontinuitet	96
5.6	Effektivitet	96
5.6.1	Samarbeid mellom partene sentralt og lokalt	96
5.6.2	Henvissingsordningen	98
5.6.3	Forholdet mellom allmennmedisinsk offentlig legearbeid og listeansvar	98
5.6.4	Fastlegens rolle som koordinator og samarbeid med øvrige tjenester	100
5.6.5	Fastlegens rolle i legemiddelassistert rehabilitering	101
5.6.6	Turnustjenesten	102
5.6.7	Økonomien i interkommunal legevakt	103
5.7	Andre forhold	104
5.7.1	Behov for diskusjon av faget/innholdet i allmennlegevirksomheten	104
6	<i>Justeringer/initiativ og fortolkninger foretatt etter innføringen</i>	106
6.1	Innledning	106
6.2	Justeringer/initiativ foretatt på statlig nivå	106
6.2.1	Legetjenester til asylsøkere og flyktninger	106
6.2.2	Klargjøring av bestemmelser i fastlegeforskriften – fastlege for beboere i sykehjem	108
6.2.3	Fastlegens ansvar for koordinering av tjenester	109
6.2.4	Grupper som ikke omfattes av fastlegeforskriften § 3	109
6.2.5	Tydeliggjøring av ansvarsforhold vedrørende akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus	111
6.2.6	Alternative måter å redusere fastlegers lister på	111
6.2.7	Henvissingsordningen	112
6.2.8	Utvidet tilgang til fastlegeregisteret (lege-innbyggerregisteret)	113
6.2.9	Trygderefusjon for vikar for turnuslege	114
6.2.10	Supplering av retningslinjer til Norges forskningsråd i 2003	114
6.3	Justeringer foretatt av partene gjennom sentralt avtaleverk	115
6.3.1	Sentrale forhandlinger 2002	115
6.3.2	Sentrale forhandlinger 2003	117

6.3.3	Spesielt om situasjonen i Oslo kommune rett etter innføringen	118
6.4	Videreføring/nye initiativ – statlig nivå	119
6.4.1	Legedekning	119
6.4.2	Tilgjengelighet	120
7	Oppsummering og utfordringer framover sett fra departementets side	122
7.1	Innledning	122
7.2	Oppsummering på bakgrunn av kapittel 4 og 5	122
7.2.1	Legedekning	122
7.2.2	Tilgjengelighet	124
7.2.3	Kontinuitet	126
7.2.4	Effektivitet	128
7.2.5	Forskning og fagutvikling	132
7.3	Utfordringer og videre oppfølging	133
7.3.1	Forhold som i første omgang må forventes å gå seg til eller bli løst lokalt	133
7.3.2	Forhold hvor andre sentrale aktører enn departementet følger opp	135
7.3.3	Videre oppfølging i Helse- og omsorgsdepartementet	135
	Referanser	145
	Vedlegg	156

Forord

Kjære leser!

Forberedelsene til og gjennomføringen av fastlegereformen ble i sin tid viet stor offentlig oppmerksomhet. Rapporten forteller oss at innføringsfasen første halvår 2001 med listeetablering, legevalg og fordeling av innbyggere på fastlegenes lister var svært vellykket. Videre forteller den at listesystemet fungerer godt, og i de fleste kommuner er det mulighet for legebytte.

Statusrapporten oppsummerer erfaringene med fastlegeordningen etter to og et halvt år – fra 1. juni 2001 til 31. desember 2003. Den gir en oversikt over hvordan fastlegeordningen har utviklet seg i forhold til målene. Den gir også en oversikt over sentrale problemstillinger vi har stått overfor i perioden, og hvordan disse er blitt håndtert av så vel staten som av andre sentrale aktører. Jeg håper at rapporten på denne måten også kan fungere som et oppslagsverk ved at erfaringer og løsninger er samlet i ett dokument.

Vi har fortsatt noen forbedringer som må gjøres. Det dreier seg blant annet om tilstrekkelig stabilitet i legedekningen, bedre muligheter til å kunne bytte fastlege i en del kommuner, tilgangen til fastlegene for dem som midlertidig oppholder seg i kommunen og legetjenesten overfor pasienter i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Dette følger departementet opp. Vi skal også se nærmere på hvordan fastlegeordningen virker for mennesker med sammensatte problemer, som kronisk syke, mennesker med psykiske lidelser, rusmisbrukere, eldre med demens mv.

Fastlegeordningen innebærer et system for organiseringen av allmennlegetjenesten og forutsettes å være i stadig utvikling. Dette er en viktig forutsetning for en trygg og god tjeneste. I perioden fremover vil departementet, i samarbeid med aktuelle aktører, rette større oppmerksomhet mot innholdet i tjenesten og samhandlingen mellom tjenesteutøvere innen og mellom tjenestenivåer. Dette arbeidet er allerede igangsatt og blir viktige oppgaver i de neste par år.

Oslo, desember 2004

Ansgar Gabrielsen
Helse- og omsorgsminister

Sammendrag

Hovedtrekk ved fastlegeordningen etter to og et halvt års drift

Helse- og omsorgsdepartementet har med denne rapporten oppsummert de erfaringer som er gjort med fastlegeordningens første 2 ½ år – fra innføringen 1. juni 2001 til og med 31. desember 2003.

Som hovedkonklusjon kan det sies at fastlegeordningen fungerer meget bra. Hittil har ca. 98 prosent av innbyggerne fått en adresse for ansvar for allmenntillegningshjelp. Fastlegeordningen som organisatorisk system/listesystem er etablert og fungerer i hovedsak som forutsatt. Rikstrykdevernets forvaltning av listesystemet innebærer blant annet en sikkerhet for å få ny lege etter kort tid i forbindelse med flytting, og en enkel måte å kunne bytte lege på.

Selv om hovedinntrykket er positivt, er det også avdekket svakheter. Disse vil bli fulgt opp, dels av departementet selv og dels av andre aktører. En del forhold er av en slik karakter at de vil måtte gå seg til lokalt.

Innføringsperioden

Implementeringen av fastlegeordningen er å betrakte som meget vellykket.

- 91,7 prosent av befolkningen fikk innfridd ett av tre legeønsker ved fordelingen i mai 2001.
- 67 prosent av legenes lister var på samme tidspunkt åpne, slik at byttemulighetene var gode.
- Legedekningen var inne i en positiv utvikling fra 349 ubesatte fastlegehjemler i januar 2001 til 277 ved innføringstidspunktet. Dette kan tilskrives at rammeverket for fastlegeordningen var kommet på plass (lov, forskrift, sentralt avtaleverk), tilgangen på leger var økende som følge av at utdanningskapasiteten var økt fra begynnelsen av 1990-tallet, statlig regulering av legefördelingen var etablert fra 1. januar 1999 og det var satt i gang en rekke tiltak med statlige tilskuddsmidler fra 1998 for å øke rekrutteringen til og bedre stabiliteten i legetjenesten i utsatte områder.

Status etter to og et halvt år

Positive forhold

- Det er skjedd en generell styrking av allmenntillegningstjenesten. Fra 2000 til 2003 økte antall legeårsverk i kommunehelsetjenesten med 322 (fra 3 809 til 4 131). Veksten skjedde i hovedsak innenfor det kurative arbeidet (315 årsverk).
- Ledige fastlegehjemler er redusert fra 277 ved innføringen til 110 per 31.12.2003 (per 30. november 2004: 101).
- Alle kommuner har nå fastlegeordning. Til sammen har 11 kommuner hatt midlertidig suspensjon fra ordningen etter innføringen 1. juni 2001 (ved utgangen av 2003 var to kommuner suspendert, Gildeskål i Nordland og Solund i Sogn og Fjordane).
- 99,5 prosent av befolkningen deltar i fastlegeordningen, mens 21 000 innbyggere (0,5 prosent) har valgt å stå utenfor ordningen.

- 98 prosent av deltakerne har nå en fast lege. Kontinuitet i lege-pasientforholdet vurderes høyt av mange, spesielt av eldre og personer med dårlig egenvurdert helse.
- 68 000 personer (1,5 prosent) står på en liste betjent av vikar. Antallet er redusert fra ca. 200 000 (4,5 prosent) i juni 2001.
- Pasientenes tilfredshet med allmennlegetjenesten er merkbart bedre. Generelt økte andelen svært fornøyde fra 32 til 44 prosent fra 2000 til 2003. Utviklingen har vært positiv for tilgjengelighetsaspekter som ventetid på time, ventetid på legekontoret, tid i konsultasjonen, stabilitet i legedekningen og tilgang til øyeblikkelig hjelp.
- Økningen i andelen svært fornøyde er størst i mellomstore og store kommuner.
- En mindre undersøkelse blant fastlegene antyder at ventetidens lengde primært avhenger av legekontorets timetildelingspraksis. I dette ligger et potensial for å korte ned ventetid.
- Større og mindre undersøkelser tyder på at cirka 2/3 av fastlegene er positive til ordningen. En større undersøkelse viser at 35 prosent av legene er mer fornøyde med arbeidssituasjonen enn før fastlegeordningen. Leger som var fastlønte i det gamle systemet og som nå er selvstendig næringsdrivende, samt leger i forsøkskommunene, er mest fornøyde.
- 60 prosent av fastlegene er fornøyd med listelengden, mot 48 prosent ved innføringen av ordningen; dette som resultat av at det har skjedd en omfordeling av innbyggere mellom fastlegene (gjennom endring av listetak og gjennom befolkningens legebytter).
- I en mindre undersøkelse vektlegger fastlegene blant annet som positivt: kontinuitet i lege-pasientforhold med bedre mulighet til å utføre godt medisinskfaglig arbeid, det utvidede ansvaret for innbyggerne på sine lister og bedre økonomiske vilkår.
- Mannlige leger synes å være mer positive enn kvinnelige.

Forhold som kan forbedres

- Den største utfordringen for departementet i forberedelsene til fastlegeordningen har vært å sikre god legedekning og stabilitet i legestillinger i hele landet. Tilstrekkelig legedekning er en forutsetning for å kunne innfri pasientrettighetene i fastlegeordningen. Flere små- og utkantkommuner har fremdeles problemer med rekruttering og ustabilitet. Sogn og Fjordane er det fylket som har pekt seg ut som mest sårbart over tid. Ved årsskiftet 2003/2004 var 9,6 prosent av stillingene i dette fylket ubesatt, mot 2,9 prosent i landet som helhet.
- For at innbyggerne skal ha et reelt legevalg, også ved ønske om legebytte, bør det være minimum to åpne lister å bytte til innen rimelig reiseavstand. Muligheten for legebytte er for dårlig i en del kommuner. Ved årsskiftet 2003/2004 hadde til sammen 103 kommuner én eller ingen lister med ledig kapasitet.
- Statlige helsemyndigheter har mottatt en del henvendelser fra personer som finner det vanskelig å slippe til hos andre leger enn sin fastlege. Spesielt gjelder dette tilgang til fastlege i andre kommuner hvor man midlertidig oppholder seg, blant annet for studenter. Det er usikkert hvor mange dette dreier seg om.

- Veksten i årsverk innenfor allmennt medisinsk offentlig legearbeid har vært mindre enn ønsket. Økningen på 29 årsverk har skjedd innenfor institusjoner for eldre og funksjonshemmede (fra 458 til 487 årsverk fra 2000 til 2003).
- Forskrift og avtaleverk åpner for at kommunen kan stille vilkår om at fastlegen arbeider inntil 7,5 timer per uke med allmennt medisinsk offentlig legearbeid. Kommunene har ikke fullt ut utnyttet den muligheten den individuelle fastlegeavtalen gir til å styrke dette arbeidet.
- Større mulighet for kontinuitet i lege-pasientforhold er ett av målene med fastlegeordningen. Ca. 500 000 innbyggere har måttet bytte fastlege pga. avsluttet praksis og ca. 50 000 pga. at fastleger reduserte sine lister fra 1. juli 2001 til og med 31. desember 2003.
- Færre var svært fornøyde med telefonilgjengeligheten etter innføringen av fastlegeordningen (24 prosent i 2003 mot 30 prosent i 2000).

Forhold som det bør ses nærmere på

- I en nasjonal spørreskjemaundersøkelse rapporterte legene en meget svak økning i henvisninger til spesialist/sykehus. Samtidig viser en mindre undersøkelse (fokusgruppeintervjuer med 81 fastleger) at fastlegene i større grad enn før opptrer som pasientens hjelper (advokat) og i mindre grad ønsker å ivareta samfunnsøkonomiske hensyn. Dette forklares med økt konkurranse legene i mellom og endrede holdninger/større forventninger hos pasientene. Knyttet til endring i maktbalansen i lege-pasientforholdet er det blitt mer problematisk for legene å fungere som portvakt i forhold til å begrense unødvendig bruk av helsetjenestens ressurser.
- Det er registrert at en relativt stor andel av fastleger som avslutter sin praksis er yngre enn 40 år (41,7 prosent) og at andelen er størst blant kvinnelige leger (51,4 prosent mot 36,9 prosent av mennene). Departementet har per i dag ikke data som skiller mellom avslutning og flytting av praksis, men i følge Legeforeningen skjer de fleste karrierevalg i løpet av de første årene etter autorisasjon. Vi vet imidlertid ikke hvorfor dette gjelder flere kvinner enn menn. Vi ser også at det er færre nyetablerere blant kvinner; ca. 35 prosent av legene som etablerte seg i allmennpraksis i perioden 1.6.2001 til 31.12.2003 er kvinner. I samme periode var ca. 50 prosent av legene som avsluttet turnustjenesten og fikk sin autorisasjon kvinner.
- Fra 1998-2002 er det registrert en reduksjon i gjennomsnittlig konsultasjonstid (registrert som økning i antall pasientkontakter per time med 1,37 flere konsultasjoner per lege). Dette kan være en fordel ved at flere pasienter slipper til hos lege. Det kan også ha sammenheng med at legene og pasientene kjenner hverandre bedre. Vi har foreløpig ikke data på hvordan fastlegeordningen fungerer for såkalt "utsatte grupper" eller mennesker med sammensatte problemer (eksempelvis kronisk syke, mennesker med psykiske lidelser, rusmisbrukere, eldre med demens, asylsøkere og flyktninger) som blant annet kjennetegnes ved at de ofte trenger mye tid hos legen.

Kostnader

2002 var det første hele budsjettåret med fastlegeordning.

- Staten

- Fra 2000 til 2002 økte trygdens utgifter til kontorpraksis av allmennleger med kommunalt ansettelses- eller avtaleforhold med 42,0 prosent (fra 1 260 mill. kroner til 1 789 mill. kroner). Endringene i finansieringsordningene i forbindelse med fastlegereformen, samt takstoppgjørene og egenandelsjusteringene i 2001 og 2002, var forutsatt å gi en samlet økning i refusjonsutgiftene på knapt 30 prosent i perioden. Antall årsverk av leger med drifts-/fastlegeavtale, fastlønnsleger og turnusleger økte med 14,1 prosent fra 2000 til 2002 (fra 3 323 til 3 790 årsverk). Sammenlagt skulle dette tilsi en utgiftsøkning på ca. 48 prosent. Utgiftene er altså blitt noe lavere enn forventet etter innføringen av fastlegereformen.

- Kommunene

- Kommunenes utgifter til primærlegetjenesten økte med 9 prosent fra 1999 til 2002 målt i faste kroner (en økning fra 567 til 616 kroner per innbygger). Bruttoutgiftene per innbygger økte fra 567 til 738 kroner (30 prosent). Kommunenes nettoutgifter, korrigert for prisstigning, økte med 11 prosent, fra 458 kroner i 1999 til 509 kroner i 2002. I samme periode økte antall allmennlegeårsverk med ca. 10 prosent.
- Små kommuner har gjennomgående høyere utgifter per innbygger enn store kommuner. Dette gjelder også bruttoutgifter per legeårsverk. Den relative veksten i utgiftene fra 1999 til 2002 har også vært størst i de minste kommunene. Grovt sett fordeler økningen i de totale offentlige utgiftene seg med 60 prosent på kommunene og 40 prosent på folketrygden. I kommuner med mindre enn 2 000 innbyggere utgjør kommunenes andel av utgiftene 83 prosent, mens den utgjør ca. 50 prosent i kommuner med mer enn 20 000 innbyggere .

Det forventes en lavere kostnadsvekst for kommunene i årene som kommer. Med innføringen av fastlegeordningen økte andelen leger som inngikk avtale med kommunen slik at utgiftene til basistilskudd økte. Kommunenes utgifter til fastlegeordningen er etter innføringen forutsigbar ved at per capitatilskuddet i fastlegeordningen er knyttet til antallet av kommunens innbyggere som står på fastlegenes lister (kr 311 per innbygger i avtaleåret 2004/2005).

Utfordringer framover – ansvarlige aktører

En velfungerende fastlegeordning er i første rekke avhengig av et lokalt samarbeid mellom kommunen og legene, og av at kommunene bruker fastlegekontraktsystemet aktivt. Helsemyndighetene sentralt skal tilrettelegge for rammebetingelsene. Kommunenes Sentralforbund (KS), Oslo kommune og Legeforeningen forhandler avtaleverket sentralt.

Fastlegeordningen er en systemreform, og formålet er å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten. Systemreformen er en viktig forutsetning for en

allmennlegetjeneste av høy kvalitet. Slik Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene nå retter innsatsen mot kunnskapsutvikling og faglig kvalitetsutvikling i spesialisthelsetjenesten, er tiden kommet for å gjøre det samme i allmennlegetjenesten. I tillegg er tiden inne for å rette innsatsen mot samhandlingen mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten, og mellom fastlegene og de øvrige kommunale tjenester.

Partene lokalt (kommunen og fastlegene)

Fastlegeordningen vil måtte gå seg til/utvikles gjennom kontinuerlig samhandling lokalt. Med utgangspunkt i samarbeid skal kommunen ivareta følgende:

- Sørge for listeplass til alle innbyggere som ønsker det.
- Sikre tilstrekkelig kapasitet til å kunne tilby innbyggerne reell valgmulighet ved ønske om bytte av fastlege (dvs. minimum to ledige lister å bytte til) og mulighet for ny vurdering hos annen fastlege.
- Sikre kapasitet hos fastlegene samlet sett slik at tilreisende og andre som midlertidig oppholder seg i kommunen kan få tilgang til legehjelp ved behov, og kapasitet til å ta imot utenlandske turister og andre som ikke er tilknyttet fastlegeordningen.
- Bruke den individuelle fastlegeavtalen til å sikre allmennmedisinske offentlige legeressurser i helsestasjon, skole, sykehjem med mer.
- I samarbeid med legene sikre at det er tilgjengelighet til øyeblikkelig hjelp fram til det tidspunktet legevaktordninger overtar.
- Som kontraktspart følge opp at fastlegen overholder sine forpliktelser blant annet med hensyn til tilgjengelighet. Ventetid på time og telefontilgjengelighet er tilgjengelighetsaspekter som bør følges opp.

- Den enkelte fastlege har plikter som fremgår av fastlegeforskriften, rammeavtalen og helsepersonelloven – og som kontraktspart med kommunen i den individuelle fastlegekontrakten. Den enkelte fastlege har et ansvar angående organiseringen av praksis i forhold til tilgjengelighet og service overfor pasientene.

Andre aktører

- Fylkesmannen v/Helsetilsynet i fylkene er en sentral aktør når det gjelder å følge opp at kommunene bruker tilgjengelige verktøy for å ivareta lovpålagte oppgaver.
- KS er en sentral aktør når det gjelder råd og veiledning til kommunene med sikte på å styrke kommunenes videreutvikling av allmennlegetjenesten.
- Det er nødvendig at KS og Legeforeningen sentralt sammen og hver for seg fortsetter arbeidet med å bidra til løsninger lokalt, blant annet gjennom tolkning av sentralt avtaleverk. Partene bør også være pådrivere for å få til gode løsninger i kommunene, for eksempel når det gjelder forberedelse og iverksetting av listereduksjon for å unngå uheldige utfall for brukerne.
- Sosial- og helsedirektoratet (SHDIR) har en viktig rolle når det gjelder utredning og implementering av tiltak og forvaltning av midler, p.t. stimuleringstiltak, overvåking av legetjenesten på landsbasis og spesielt i Sogn og Fjordane, indre Østlandet, Nordland og Finnmark og i andre områder med mye vikarer, samt kartlegging av legetjenesten til brukere av pleie- og omsorgstjenester.

- Rikstrygdeverket (RTV) har en sentral rolle i drift og videreutvikling av listesystemet. RTV har også ansvar for informasjon til publikum knyttet til endringer i listene, for eksempel i forbindelse med innbyggerens eller legens flytting.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)

- HOD følger utviklingen i legemarkedet gjennom registerdata som månedlig rapporteres fra Rikstrygdeverket.
- HOD har bedt Norges Forskningsråd om utvidelse av et prosjekt som undersøker årsaker til og konsekvenser av lav legedekning i Finnmark og Nord-Trøndelag (+ 0,5 mill kr i 2004).
- HOD har gitt SHDIR i oppdrag å utarbeide en tiltakspakke for rekruttering og stabilitet i Sogn og Fjordane. Tre innsatsområder er spesielt viktige:
 - ✓ Faglige stimulerings tiltak der veilederprogram for nytilsatte i forhold til spesialistutdanning i allmenn- og samfunnsmedisin og utvikling av program for forskning og faglig utvikling i samarbeid med Universitetet i Bergen er diskutert.
 - ✓ Eventuell etablering av interkommunalt legevaktsamarbeid.
 - ✓ Kommunenes egen tiltakspakke for rekruttering av leger der man også i samarbeid med foretakene ser nærmere på turnustjenesten.
- Når det gjelder allmennmedisinsk offentlig legearbeid forventes resultater fra flere prosjekter/utredninger (Forskningsrådet, SHDIR) i løpet av 2004/2005. HOD vil eventuelt på et senere tidspunkt ta initiativ til en samlet gjennomgang av hvordan ulike typer allmennmedisinske offentlige legeoppgaver blir ivaretatt. Det vil i første omgang være kommunenes ansvar å sikre tilstrekkelige ressurser til dette arbeidet, jf. foran.
- HOD vil gjennom tilsynsmyndigheten følge utviklingen på de forskjellige områder for tilgjengelighet nøye, blant annet telefontilgjengelighet. De ulike aspektene ved tilgjengelighet er i forskjellig grad regulert. Fastlegeforskriften legger for eksempel føringer for at time skal gis "innen rimelig tid". Øyeblikkelig hjelp er spesifikt regulert både i lov, forskrifts- og avtaleverk. Innenfor denne rammen er det lagt opp til at systemet skal være selvregulerende. Dersom dette viser seg ikke å skje, vil departementet i samarbeid med aktuelle parter måtte vurdere en strengere regulering.
- Den forskningsbaserte evalueringen forventes i begrenset grad å gi systematisert kunnskap om hvordan fastlegeordningen fungerer for såkalt "utsatte grupper" i løpet av den planlagte evalueringsperioden (ut 2005). Departementet vil vurdere behovet for videre evaluering på aktuelle områder.
- HOD vil i samarbeid med KS og Legeforeningen fortsette arbeidet med å finne hensiktsmessige løsninger for etablering av interkommunalt legevaktsamarbeid (IKL).
- HOD vil følge opp Wisløff-utvalgets innstilling om samhandling mellom 1.- og 2.-linjetjenesten som forventes ferdig vinteren 2005. De regionale helseforetakene har på sin side gjennom styringsdokumentet fått i oppdrag å videreutvikle samhandlingen mellom foretakene og fastlegene.
- Forskning og fagutvikling
 - ✓ HOD mener det er behov for å styrke forskning og fagutvikling innen allmennlegetjenesten på tjenestens egne premisser.

Allmennlegetjenesten i Norge har et høyt faglig nivå i internasjonalt perspektiv, men store deler av den faglige virksomheten er i stor grad erfaringsbasert og i for liten grad basert på forskningsbasert kunnskap. Det meste av medisinsk forskning i Norge foregår i spesialisthelsetjenesten, men den kunnskap som utvikles er i begrenset grad overførbart til primærhelsetjenesten. Departementet vil innlede et samarbeid med aktuelle miljøer og virksomheter, for å drøfte hvordan et slikt utviklingsarbeid kan organiseres og finansieres.

- ✓ Det kan bli aktuelt å satse på en ytterligere utvidelse av SEDA-prosjektet (Sentrale data fra allmennlegetjenesten) fra 2006. Prosjektet bygger på data hentet ut fra elektronisk pasientjournal, og vil gjennom etablering av løpende statistikk kunne bidra til kvalitetsutvikling i allmennlegetjenesten blant annet gjennom tilbakemeldinger til legene om aktivitet i egen praksis. På lengre sikt vil prosjektet kunne bidra til økt standardisering av informasjonen i elektronisk pasientjournal og til etablering av et landsdekkende system for innhenting av aktivitetsdata.

Det vises til nærmere omtale under departementets videre oppfølging i siste del av statusrapporten (kapittel 7.3.3) samt til omtale i St.prp. nr. 1 (2004-2005) under kapittel 0728 post 21 og til Stortingets behandling av Budsjett-innst. S. nr. 11 (2004-2005).

Rapportens grunnlagsmateriale og oppbygning

Rapporten bygger på et bredt materiale. Dette omfatter for det første publisert forskningsmateriale, i hovedsak fra den forskningsbaserte evalueringen som koordineres av Norges forskningsråd. Videre omfatter den materiale fra statlige instanser, som registerdata og takstbruksundersøkelser m.m. fra Rikstrygdeverket og statistisk materiale og undersøkelser knyttet til kommunenes økonomi fra Statistisk sentralbyrå. Rapporten bygger også på innspill fra parter og andre sentrale aktører og på forskjellige typer henvendelser departementet har mottatt.

- Kapitlene 1, 2 og 3 redegjør for fastlegereformens bakgrunn, for forberedelsene til og etableringen av en fastlegeordning, og for oppfølgingskriterier.
- Kapitlene 4 og 5 omhandler status for fastlegeordningen etter to og et halvt år. Kapittel 4 bygger på de fleste forskningsrapporter og artikler om fastlegeordningen som er publisert fram til sommeren 2004. Av kapasitetshensyn har vi ikke hatt mulighet til å gå like grundig gjennom all foreliggende litteratur. I ett enkelt tilfelle er det benyttet upublisert materiale (jf. 4.4.3). Registerdata fra Rikstrygdeverket som er lagt til grunn for analyse, er kvartalsvise data fra og med 3. kvartal 2001 til og med 4. kvartal 2003. I kapittel 5 redegjøres det for problemstillinger som er spilt inn til departementet, hovedsakelig som formelle bidrag til statusrapporten, men også i annen sammenheng.
- Kapittel 6 omhandler konkrete initiativ, tolkninger av regel- og avtaleverk og justeringer i ordningen som er foretatt underveis på bakgrunn av erfaringer.
- Kapittel 7 gir en oppsummering av status på bakgrunn av kapittel 4 og 5, og til dels 6, og peker på de utfordringene vi står overfor fremover og hvilke aktører/nivåer som er de rette til å følge opp de aktuelle forhold.

Summary

Experiences on The Regular General Practitioner Scheme after two and a half years – from the Implementation on June 1st 2001 to December 31st 2003

As a main statement or conclusion, one might say that the regular general practitioner scheme (RGP scheme) is working very well. By now, about 98 per cent of the population have been listed with a regular GP (RGP) who is responsible for the general medical services to the inhabitants on his/her list. The RGP scheme as an organisational system has been established and is functioning as was planned. The administration of the list system by The National Insurance Administration allows the inhabitants to have a new RGP shortly after having moved and a simple way to change RGP.

Even if our main impression is positive, the evaluation has shown weaknesses as well. The development of the reform will be kept under close observation and will be followed up, partly by the Ministry and partly by others. Some situations demand local adjustments.

The period of implementation

The implementation of the RGP Scheme, that is to say the process of preparation from the local negotiations taking place in November 2000 until the implementation of the reform on June 1st 2001 was very successful.

- ◇ The inhabitants were given the possibility to make three wishes of RGP. 91.7 per cent of the population were assigned to one of their three preferred RGPs.
- ◇ 67 per cent of the RGPs had free capacity on their list. This ensured good possibilities for the inhabitants to change their RGP.
- ◇ Concerning the coverage of RGPs we noticed a positive development. From January 2001 there was a gradual reduction in the number of RGP vacancies, from 349 to 277 by June 2001. This may be attributed to the fact that
 - The framework of the scheme was already established (law, regulation and central agreements),
 - The supply of physicians were increasing because of an increase in the educational capacity from the beginning of the 1990s,
 - Governmental control over the distribution of physicians' positions which was established from January 1st 1999, and to
 - Various incentive measures that were launched from 1998 on to stimulate recruitment and stability in the general medical services, especially in rural districts.

The status of the reform after two and a half years

Positive aspects

- ◇ The general medical services have been strengthened. From 2000 to 2003 there was an increase in the number of GP-labour years within the municipal health services by 322 (from 3,809 to 4,131). Most of this increase occurred within curative work.
- ◇ The number of vacancies in RGP practice licences has been reduced from 277 in June 2001 to 110 by the end of December 2003 (101 by the end of November 2004).
- ◇ All 434 municipalities have implemented the RGP scheme. All together 11 municipalities have been granted a temporary suspension from the scheme.
- ◇ 99.5 per cent of the population are taking part in the scheme by being assigned to an RGP's list, while 21 000 inhabitants (0.5 per cent) have chosen not to join the scheme.
- ◇ 98 per cent of the participants of the scheme actually have an RGP. Many people, especially among the elderly and persons who assess their own health to be bad, consider continuity in doctor-patient relationships important.
- ◇ 68 000 persons (1.5 per cent) are assigned to lists served by locums (positions continuously filled by locums). The number has been reduced from approximately 200 000 (4.5 per cent) in June 2001.
- ◇ Patients' satisfaction with the general medical services has increased after the introduction of the reform. In general, the proportion answering "very satisfied" increased from 32 to 44 per cent from 2000 to 2003. We notice a positive development concerning accessibility aspects like waiting time for an appointment, waiting time at the doctor's practice, consultation time, stability in the coverage of doctors and the access to emergency services.
- ◇ The increase in the proportion answering "very satisfied" is biggest in middle-sized and large municipalities.
- ◇ In a small (qualitative) investigation among the RGPs it is indicated that waiting time mainly depends upon the practice's organisation of appointments. This implies a potential for reducing waiting time.
- ◇ Larger and smaller investigations indicate that about two thirds of the RGPs approve of the scheme. A national survey shows that 35 per cent of the RGPs are more satisfied with their work situation after the introduction of the scheme.
- ◇ Physicians earlier on a fixed salary, now self-employed, and physicians in the earlier pilot municipalities are most satisfied.
- ◇ 60 per cent of the RGPs are satisfied with their list size, compared with 48 per cent when the scheme was introduced. This is a result of a redistribution of inhabitants between the RGPs' lists (through the RGPs' change of maximum list size and the inhabitants' change of RGP).
- ◇ In a smaller investigation (11 structured focus group interviews with 81 RGPs and questionnaires among the same) the RGPs regard the following as positive aspects of the scheme: Continuity in doctor-patient relationships with the possibility for practising high-quality medicine, the extended responsibility for the inhabitants on their lists and better financial conditions.
- ◇ Male physicians seem to be more positive than females.

Matters that might be the cause of improvement

- ◇ A sufficient number of doctors are a precondition for being able to fulfil the rights given to the inhabitants by law and regulation (the right to be listed, to change RGP and to have a second opinion). The Ministry's main challenge during the period of preparation was how to ensure a sufficient number of doctors. The recruitment and stability is still too low in some areas. Sogn og Fjordane in the north-westerly part of the country suggests itself as the most vulnerable county over a period of time. By the end of 2003 the proportion of RGP vacancies in this county was 9.6 per cent while in the country as a whole the proportion was 2.9 per cent.
- ◇ To offer the inhabitants a real choice when they want to change RGP there should be as a minimum two lists with free capacity within the municipality (or within a reasonable distance). In several municipalities the possibility of changing RGP is not good enough. By the end of 2003 there were 103 municipalities with only one or no lists with free capacity.
- ◇ Persons have approached the national health authorities on difficulties of being given access to other RGPs than their own. Especially, this refers to access to an RGP when a person stays temporarily in a municipality, among others for students. We don't know how many have been affected by this.
- ◇ The increase in the number of GP-labour years spent on (individual) public medical work has been less than wanted. An increase of 29 labour years from 2000 to 2003 has taken place within institutions for the elderly and the physically disabled.
- ◇ According to "the regulation relating to a municipal regular GP scheme" and the central agreements between the Norwegian Association of Local and Regional Authorities, the Municipality of Oslo and the Norwegian Medical Association the local authorities may demand that the RGP agrees to perform up to 7.5 hours a week of public medical work. The local authorities have not taken fully advantage of the opportunity the individual RGP contract offers to strengthen this kind of work.
- ◇ One of the objectives of the RGP scheme is to make for continuity in doctor-patient relationships. About 500,000 inhabitants have had to change RGP because the RGP has ceased his/her practice, and about 50,000 inhabitants because the RGP has chosen to reduce his/her list in the period July 1st 2001 to December 31st 2003.
- ◇ Fewer were very satisfied with the physician's telephone accessibility in 2003 compared to 2000.

Costs

- ◇ From 2000 to 2002 there was an increase in the expenses for the general medical services financed by the National Insurance Scheme (the state) of 42 per cent. This is less than expected (which was approximately 48 per cent).
- ◇ The expenses of the local authorities increased with 9 per cent from 1999 to 2002 (fixed NOK). The expenses per inhabitant and per GP-labour year are highest in small municipalities, as is the relative increase of expenses.

- ◇ The total public expenditure is divided between the state and the local authorities with about 40 per cent and about 60 per cent respectively.

Further challenges

A well functioning RGP scheme primarily depends upon collaboration between the local authority and the RGP and the local authorities using the system of RGP contracts actively. The national health authorities are supposed to secure overall frames. The parties mentioned earlier negotiate the central agreements.

The RGP scheme implies an organisational reform, with an ultimate aim to improve the quality of the general medical services. The reform of the system is an important premise as to a further development with a main focus on the contents of the services.

The local parties (the local authority and the RGPs)

Based on collaboration the local authority shall

- ◇ Ensure list capacity for all inhabitants who want so.
- ◇ Ensure sufficient capacity to offer the inhabitants a real choice of RGP when they want to change RGP or have a second opinion.
- ◇ Ensure total capacity among the RGPs to provide medical help when needed for visitors and others with a temporary stay in the municipality and to receive foreign tourists and others who are not a part of the RGP scheme.
- ◇ Make use of the individual RGP contract to ensure public medical resources in mother and child health centres, schools, nursing homes and prisons.
- ◇ In collaboration with the physicians ensure access to emergency medical services prior to the moment when the out-of-hours duty takes over.
- ◇ As a part of the RGP contract verify that the RGPs comply with their obligations among others concerning accessibility. Aspects of accessibility, which ought to be followed up specially, are waiting time for an appointment and telephone accessibility.

The RGP

- ◇ Besides the obligations following the RGP contract each RGP has duties according to the regulation, a central agreement between the parties (se below) which contains the framework for general medical practice in the RGP scheme (ASA 4310) and The Health Personnel Act. Each RGP has a responsibility for organising his/her practice according to the patients' needs for accessibility and services.

Other groups/institutions

- ◇ The Regional Commissioner by the Board of Health in the counties (the chief county medical officers) see to that the local authorities make use of available tools to secure the tasks given them by law.
- ◇ The Association of Local and Regional Authorities gives advise to the local authorities concerning their strengthening and further development of the general medical services.

- ◇ It is necessary that the Association of Local and Regional Authorities and the Medical Association, separately and in collaboration, continue to contribute to local solutions, among others through interpretations of central agreements.
- ◇ The Directorate for Health and Social Affairs plays an important part in dealing with various long-term subjects, implementing initiatives and administering economic resources, e.g. initiatives to improve recruitment and stability.
- ◇ The National Insurance Administration plays a central part in administering and further development of the list system.

The Ministry of Health and Care Services

- ◇ The Ministry follows the development in the market of doctors through monthly statistics from the National Insurance Administration.
- ◇ A research-based evaluation is being co-ordinated by The Research Council of Norway. The Ministry has asked for an extension of a project on causes and consequences of insufficient coverage of doctors.
- ◇ The Ministry has instructed The Directorate for Health and Social Affairs to work out relief measures to improve recruitment and stability in the county of Sogn og Fjordane.
- ◇ Through the Regional Commissioner, i.e. the National Board of Health the Ministry will follow the development of various aspects of accessibility.
- ◇ During the planned time frame the research-based evaluation is expected to give limited knowledge about how the scheme is working for groups with special needs, e.g. people suffering from chronic diseases, patients undergoing rehabilitation or asylum seekers and refugees. The Ministry will consider additional projects within areas in question.
- ◇ In collaboration with the Association of Local and Regional Authorities and the Medical Association, the Ministry will continue the work for establishing inter-municipal collaboration on out-of-hours duty.
- ◇ To improve the communication between primary and specialist health services the Ministry has appointed a committee who will look closer into the conditions for co-operation. The Ministry will follow up the committee's report, which is scheduled for publication during the winter of 2005.
- ◇ The Ministry considers it necessary to strengthen the professional knowledge basis of general medicine and the research in the field, and will initiate collaboration with groups of current interest (cf. The National budget, St. prp. nr. 1 (2004-2005), chapter 0728 post 21).

1 Bakgrunn for innføring av fastlegeordningen

1.1 Behov for endring i organiseringen av allmennlegetjenesten

I St. meld. nr. 23 (1996-97) Trygghet og ansvarlighet – Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen foreslo Regjeringen å innføre en landsomfattende fastlegeordning. Forslaget var basert på erfaringer med en prøveordning i fire kommuner (Lillehammer, Tromsø, Trondheim og Åsnes) i perioden 1993-96. Meldingen viser også til erfaringer fra godt etablerte listesystemer i England, Danmark og Nederland.

Bakgrunnen var blant annet liten kontinuitet i mange lege – pasientforhold og problemer med å få time hos lege. Én konsekvens var mangelfull kontroll med utskrivning av vanedannende medikamenter. Legene selv trakk fram doktorshopping og dårlig oversikt over pasientpopulasjonen som et hinder for å kunne planlegge arbeidet og gi en kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende tjeneste (KOPF). Det ble også vist til at pasienter med store og sammensatte behov ofte finner det vanskelig å få forståelse for hvordan de selv oppfatter sin helsesituasjon og at denne gruppen opplevde mangel på en fast legekontakt som en belastning. Annet personell i helsetjenesten ga uttrykk for at det var vanskelig å få til et godt samarbeid med primærlegen om pasienter med sammensatte problemstillinger.

I utkantkommuner var mangel på kontinuitet i legetjenesten primært knyttet til stor utskifting av leger og bruk av korttidsvikarer.

Legemarkedet var uoversiktlig med mange forskjellige driftsformer for praksisene. Mange leger, spesielt i Oslo, arbeidet uten avtale med kommunen. En del av disse hadde rett til å praktisere med trygderefusjon. Leger uten avtale med kommunen fikk ikke driftstilskudd og var ikke forpliktet til å holde seg til normaltariffens satser. Pasientenes egenbetaling varierte.

Generelt ble det antatt at bruk av forskjellige leger uten at noen av disse kjenner pasienten godt, medfører overforbruk av legevakt- og spesialisthelsetjenester.

De positive erfaringene fra fastlegeforsøket var først og fremst at innbyggerne opplevde større trygghet for å få hjelp ved behov. Dette gjaldt også mennesker med store behov for legetjenester. For disse var det avgjørende at de fant den ”rette” legen. Et flertall av legene i forsøkskommunene var fornøyd med ordningen fordi den ga bedre mulighet til å planlegge praksisen. Kommunene var også stort sett positive. De mente at fastlegeordningen ga grunnlag for bedre planlegging, styring og oppfølging av legetjenesten. Aktører i spesialisthelsetjenesten opplevde en bedring i samarbeidet med allmennlegetjenesten i forsøkskommunene. Data fra Lillehammer viser at henvendelsene til legevakten ble redusert med ca. 40 prosent etter få år. Internt i

kommunene ble det fra enkelte samarbeidspartnere vist til bedre samarbeidsvilkår rundt enkeltpasienter.

Det ble opplevd som negativt at retten til å bytte fastlege i forsøksperioden var begrenset til én gang per kalenderår. Det ble også pekt på at det grupperettede arbeidet fikk dårligere vilkår med overgang fra ansatte leger til leger i privat praksis. Hoveddriftsformen i fastlegeforsøket var privat næringsdrift. Legens inntekter var basert på gjennomsnittlig ca. 50 prosent per capitatilskudd (tilskudd per innbygger på listen) og ca. 50 prosent aktivitetsbasert inntjening (egenandeler og refusjoner).

1.2 Stortingets beslutning om å innføre en landsomfattende fastlegeordning

Ved behandlingen av St.meld. nr. 23 (1996-97) Trygghet og ansvarlighet – Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen, la Stortinget blant annet følgende til grunn for utforming og gjennomføring av en landsomfattende fastlegeordning (jf. Innst. S. nr. 215 (1996-97)):

Legenes inntjening skulle baseres på ca. 30 prosent per capitatilskudd og ca. 70 prosent stykkprisinntjening. Begrunnelsen var å stimulere til innsats overfor pasientene, for eksempel mennesker med kroniske og/eller sammensatte lidelser, framfor det å ha lange lister med mange, relativt friske innbyggere. Innbyggerne skulle få rett til bytte av fastlege inntil to ganger per år, mot én gang i forsøket. Sosialkomiteen hadde spesiell oppmerksomhet rettet mot kommuner med ustabil legedekning, og ba om at Regjeringen utarbeidet kriterier for kommuner som skulle kunne motta spesielle stimulerings tiltak med sikte på bedre og mer stabil legedekning. Det ble understreket at det på grunn av kommunenes ulike størrelse, geografiske forskjeller, ulikheter i befolkningsstruktur, legedekning med mer måtte gis rom for lokale tilpasninger og variasjoner innenfor et sentralt fastsatt rammeverk.

Samarbeid med partene

I tråd med Stortingets forutsetninger er reformen gjennomført i et nært samarbeid med berørte parter. Departementet nedsatte i januar 1998 et sentralt partssammensatt samarbeidsorgan med representanter fra Kommunenes Sentralforbund (KS), Den norske lægeförening (Dnlf) og staten. Oslo kommune har deltatt fra september samme år. Ved innføringen av fastlegeordningen 1. juni 2001 ble organet videreført som Sentralt samarbeidsutvalg for fastlegeordningen (SSU) for å sikre et forum for drøfting av problemstillinger knyttet til driften av fastlegeordningen. Underveis i forberedelsene ble det også nedsatt en rekke arbeidsgrupper hvor partene deltok.

1.3 Situasjonen på legemarkedet før innføringen av fastlegeordningen

Den største enkeltutfordringen departementet stod overfor under forberedelsen av fastlegereformen var å bedre tilgangen på leger til kommunehelsetjenesten. I mindre kommuner og distriktskommuner var det de fleste steder etablert et tilstrekkelig antall legestillinger/-hjemler, men legetjenesten var preget av ustabilitet og ledighet i stillingene. I byene og/eller folkerike kommuner var det bedre stabilitet i stillingene,

men antallet legestillinger/-hjemler hadde ikke økt i tråd med befolkningsutviklingen. I tillegg arbeidet en del leger uten avtale med kommunen (jf. 1.1).

Mangel på leger var et generelt problem for helsetjenesten ved utgangen av 1990-tallet. Ved utgangen av 1998 var det registrert 765,4 (600) ubesatte legestillinger i spesialisthelsetjenesten og 219 i kommunehelsetjenesten (Dnlf 2001).¹ Tallet for kommunehelsetjenesten inkluderer ikke stillinger som har vært dekket inn gjennom vikarer.² Dette innebærer at problemet med mangelfull legedekning i realiteten var vesentlig større.

På 1990-tallet ble det opprettet flere nye legestillinger/-hjemler i spesialisthelsetjenesten enn i kommunehelsetjenesten. I perioden 1990-1998 økte antallet årsverk utført av leger i kommunehelsetjenesten i gjennomsnitt med 56,3 per år (SSB 2002).³ I samme periode ble sykehusene tildelt i gjennomsnitt ca. 200 stillinger per år. I tillegg ble det opprettet over 1000 legestillinger i sykehus uten godkjenning fra det partssammensatte Utvalg for legestillinger og stillingsstruktur (ULS).

De fleste nyutdannede leger søkte arbeid i spesialisthelsetjenesten.

Mangel på nyrekruttering til allmennlegetjenesten og ledighet i stillingene førte til at legetjenesten i flere kommuner kom inn i en ond sirkel: Ledighet i stillingene medførte dårlig tilgjengelighet og problemer med å dekke behovet for legeressurser til det offentlige legearbeidet. Dette medførte belastning på gjenværende leger og bidro til at flere erfarne leger søkte seg bort fra allmennlegetjenesten. Arbeidsbelastningen, blant annet på grunn av hyppige vakter, gjorde det heller ikke attraktivt å søke seg til allmennlegetjenesten for nye leger. Det var derfor behov for en gjennomgang av rammebetingelsene for allmennlegetjenesten med tanke på å bedre rekrutteringen og snu en negativ trend.

Ved behandlingen av St. meld. nr. 23 (1996-97) ba Stortinget Regjeringen om å overvåke legemarkedet og foreslå tiltak for å bedre stabiliteten i primærlegetjenesten. Tiltakene som ble gjennomført for å bedre legedekningen hadde både et langsiktig og et kortsiktig perspektiv. En viktig forutsetning for bedring i legedekningen var ikke minst en kraftig økning i tilgangen på nyutdannede leger. I løpet av 1990-tallet ble utdanningskapasiteten ved de medisinske fakultetene økt fra 310 til 590. I tillegg er et økende antall norske ungdommer fra 1993 gitt mulighet til å studere medisin i utlandet med gebyrstipend (til dekning av skolepenger).

Det var også viktig å få kontroll med nyetablering av legehjemler, ikke minst i spesialisthelsetjenesten. Det ble vedtatt en statlig regulering fra 1. januar 1999

¹ Den norske lægeforening (Dnlf), legestatistikk per 30.04.01. Kilden til tall fra spesialisthelsetjenesten er Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling (765,4). Det opplyses i tabellen fra Dnlf at tallene er bruttotall, og at antall ubesatte stillinger i spesialisthelsetjenesten grunnet mangel på kvalifiserte søkere var 600. Tallet for kommunehelsetjenesten er hentet fra Statistisk sentralbyrå.

² Ved innrapportering til SSB blir kommunene bedt om ikke å ta med stillinger/hjemler som har vært tilsatt med vikarer, samt kun å regne med stillinger som har vært ledige i fire mndr. eller mer (SSB 2002, NOS, Kommunehelsetjenesta 1990-2000).

³ SSB 2002 (:18); tabell 2: Utførte årsverk i kommunehelsetjenesten utenfor institusjoner for eldre og hjemmetjenestene.

gjennom endringer i kommunehelsetjenesteloven og sykehusloven (nå lov om spesialisthelsetjenester). Departementet har fra og med 1999 fastsatt årlige rammer for antall legehjemler til henholdsvis primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten etter råd fra Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (NR).

Fra og med høsten 1998 har det også vært avsatt midler over statsbudsjettet til å gjennomføre ulike stimuleringsiltak for å bedre rekrutteringen til og stabiliteten i allmennegetjenesten. Blant tiltakene er stimulering til interkommunalt legevaktsamarbeid, veiledning av turnusleger, tilskudd til distriktsmedisin/ressurskommuner og tilskudd til etter- og videreutdanning.

2 Formål med og rammer for fastlegeordningen⁴

2.1 Formål og regulering

Fastlegereformens formål er å bedre kvaliteten på allmennlegetjenesten ved at alle som ønsker det, skal kunne få en fast allmennlege å forholde seg til.

Fastlegeordningen skal gi befolkningen større trygghet gjennom bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten, bidra til kontinuitet i lege – pasientforhold, noe som spesielt antas å ville komme personer med for eksempel kroniske sykdommer og psykiske lidelser, funksjonshemmede og pasienter under habilitering/rehabilitering, til gode, samt bidra til rasjonell utnyttelse av landets samlede legeressurser.

Ordningen er regulert på fire nivåer. Regelverket slik det nå fremstår, er et resultat av omfattende drøftinger blant annet av hvilket nivå de enkelte forhold skal reguleres på:

1. Kommunens plikt til å organisere fastlegeordning og sentrale pasientrettigheter er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven (lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene).
2. Utfyllende bestemmelser er gitt i forskrift 14. april 2000 nr. 328 om fastlegeordning i kommunene. Forskriften omfatter blant annet forhold knyttet til opprettelse og endring av lister og innbyggernes rettigheter, kommunens plikter og legens rettigheter og plikter.
3. En nærmere utforming av kommunenes og legenes rettigheter og plikter, samarbeid mellom partene og økonomiske og organisatoriske forhold er regulert i sentralt avtaleverk mellom staten, Den norske lægeforening og Kommunenes Sentralforbund/Oslo kommune.⁵

⁴ For en mer utdypende beskrivelse av fastlegerordningens mål, innhold, organisering med mer vises det til Ot.prp. nr. 99 (1998-99) Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen) og Forskrift 14. april 2000 nr. 328 om fastlegeordning i kommunene.

⁵ Det er tre avtaler som er spesielt sentrale i forbindelse med fastlegeordningen:

- ASA 4301 eller "Statsavtalen": Avtale mellom staten ved Arbeids- og administrasjonsdepartementet, Kommunenes Sentralforbund og NAVO/de regionale helseforetakene (på den ene siden) og Den norske lægeforening om økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og spesialister med fylkeskommunal avtalepraksis

- ASA 4310 eller "Rammeavtalen" eller "Kommuneavtalen": Rammeavtale mellom Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene (gjelder for avtale om privat praksis)

- SFS 2305 eller "Særavtalen" eller "Kommunelegeavtalen": Sentral forbundsvis særavtale mellom Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening om vilkår for leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale, herunder leger i fastlegeordningen.

Oslo kommune er ikke med i KS-samarbeidet og forhandler på egne vegne på alle avtalenivå.

4. Fastlegeavtalen eller den lokale, individuelle avtalen mellom kommunen og den enkelte fastlege. Denne avtalen er kommunens viktigste styringsverktøy i oppfyllelsen av lovpålagte oppgaver. Samtidig vil legen gjennom fastlegeavtalen kunne sette rammer for sitt ansvar og sine oppgaver.

2.2 Kjerneelementene i ordningen

Fastlegeordningen skal bidra til å sikre den enkelte innbygger tilgang til nødvendig allmennlegetjeneste. Den innebærer en ny organisering av allmennlegetjenesten ved at kommunene er forpliktet til å tilby innbyggerne mulighet til å være tilknyttet en fast lege eller legepraksis. Fastlegeordningen har ikke fokus eller virkemidler som er direkte rettet mot den medisinske behandlingen som ytes, eller innholdet i denne.

Ordningen kan karakteriseres gjennom tre kjerneelementer:

1. Det første er selve listesystemet som løpende registrerer alle innbyggere som ønsker å være tilknyttet en fastlege, på lister til leger som har fastlegeavtale med kommune.

2. Listesystemet innebærer en ansvars plassering; det plasserer ansvaret for allmennlegetilbudet til dem som står på liste, hos en navngitt fastlege. Innbyggerne vet hvor de skal henvende seg dersom de har behov for legehjelp.

Ansvarsplasseringen innebærer at den øvrige kommunehelsetjenesten kan innhente informasjon fra pasient/innbygger/eventuelt pårørende om hvilken lege de skal kontakte for eksempel ved behov for medisinsk oppfølging, eller ved søknad om spesifikke tjenester på vegne av innbyggeren. Plasseringen av ansvar innebærer også at legevakt og sykehus har en adressat for epikriser blant annet ved behov for medisinsk oppfølging for eksempel etter en øyeblikkelig hjelp situasjon, eller etter utskrivning fra sykehus.

3. Det tredje elementet er kontraktsinstituttet gjennom fastlegeavtalen mellom kommunen og den enkelte lege. Fastlegeavtalen er en individuell avtale som inngås innenfor rammen av lov, fastlegeforskriften og sentralt avtaleverk. De individuelle avtalene synliggjør kommunens oppfølging av sine forpliktelser i henhold til lov, forskrifter og sentralt avtaleverk om fastlegeordningen, og legenes ansvar for innbyggerne på sin liste og for eventuelle kommunale legeoppgaver.

Gjennom den individuelle fastlegeavtalen/ansettelseskontrakt for leger som er ansatt i et arbeidstakerforhold, skal kommunen sikre befolkningen et tilbud om fastlege og tilgjengelighet til denne tjenesten. Kommunen må samtidig sikre ivaretagelse av andre legeoppgaver som kommunen har behov for at fastlegene skal ivareta. De individuelle fastlegeavtalene i kombinasjon med det lokale samarbeidsutvalg (LSU) er kommunens viktigste styringsverktøy når det gjelder å sikre ivaretagelse av lovpålagte, kommunale oppgaver. I henhold til fastlegeforskriften kan kommunen stille en rekke vilkår for inngåelse av fastlegeavtale.

2.3 Nærmere om plikter og rettigheter

De mest sentrale pasientrettighetene er hjemlet både i lov og forskrift:

- rett til å stå på liste hos en fastlege
- rett til å bytte lege inntil to ganger per år og

- rett til å få en ny vurdering hos en annen fastlege enn ens egen (mot samtykke i at journalnotat sendes egen fastlege).

Kommunen skal

- Organisere fastlegeordning og inngå et tilstrekkelig antall fastlegeavtaler til at innbyggere som ønsker det kan bli tilknyttet en fastleges liste.
- Sørge for listekapasitet til legebytte og ny vurdering.
- Sørge for kapasitet til å tilby fastlege til personer som flytter til kommunen.
- Sørge for kapasitet til at tilreisende/norske turister, pendlere, studenter mfl. med fastlege i annen kommune kan konsultere fastlege.
- Sørge for kapasitet til allmennlegetjeneste for innbyggere som har valgt å stå utenfor fastlegeordningen, utenlandske turister mfl. ved behov for øyeblikkelig hjelp.
- Organisere legevakt som skal dekke behovet for øyeblikkelig hjelp utenom legekantorenes åpningstid (på kveld, natt og i helger).
- I samarbeid med fastlegene finne særlige løsninger der konsultasjoner ikke kan foretas på legekantoret.

Fastlegens plikter overfor personer tilknyttet listen:

- Sørge for allmennlegetilbud på dagtid, inkludert øyeblikkelig hjelpebehov.
- Prioritere sine innbyggere på listen foran andre med unntak av ved øyeblikkelig hjelp.
- Tilby legetime innen rimelig tid ut fra pasientens behov.
- Planlegge og koordinere individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling.
- Ha ansvar for journal med oppdatering av sykehistorie og bruk av legemidler.
- Henvise til andre helsetjenester etter behov.
- Skrive ut helseattester og gi legeopplysninger ved søknad om helse-, trygde- og sosialtjenester som pasienten trenger.
- Tilrettelegge allmennlegetilbudet til personer utskrevet fra institusjon.

Andre oppgaver legen har, jf. rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen:

- Legens plikter, inklusive sykebesøk ved behov, gjelder innenfor den åpningstid som er avtalt med kommunen.
- Legen skal innrette sin praksis slik at pasienter som må ha øyeblikkelig hjelp kan mottas og vurderes.
- Legen skal sørge for tilfredsstillende telefontilgjengelighet.
- Legen skal delta i kollegiale ordninger/vikarordninger for dekning av ordinært fravær hos andre fastleger i kommunen etter oppsett som er utarbeidet av allmennlegeutvalget.
- Innbyggere på andre legers liste og pasienter til ny vurdering har prioritet etter innbyggere på egen liste.
- Kommunen og legen kan bli enige om at legen skal innhente annen helseinformasjon. Avtale om dette må inngås i hvert enkelte tilfelle.
- Pasienter skal orienteres om egenandelene ved oppslag i praksislokalene.
- Legen må minst en gang per år delta i møte med kommunen med det formål å drøfte legens virksomhet i forhold til kommunale mål, retningslinjer, planer og vedtak.

Fastlegens ansvar for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling, jf. over, vil være betinget av hva som er hensiktsmessig og/eller medisinsk nødvendig i den enkelte situasjon. Det forventes ikke at fastlegen skal drive oppsøkende virksomhet overfor innbyggerne på sin liste. Listeansvaret er basert på at det blir tatt kontakt med fastlegen. Dette kan for eksempel gjøres av personen selv, av pårørende, av helsesøster eller annet helse-/sosialpersonell.

Det vil variere hvilken person som er den rette til å koordinere i hvert enkelt tilfelle. Når det gjelder for eksempel utarbeiding av individuell plan, påhviler ansvaret for å ta initiativ til å utarbeide individuell plan ”den instans i kommunehelsetjenesten som personen eller dennes foresatte først henvender seg til.”⁶ Fastlegen har plikt til å initiere at slik koordinering blir ivaretatt når han eller hun er blitt oppsøkt og hvor vilkårene for individuell plan er oppfylt.

Ved behov for tilrettelegging av allmennlegetilbudet til personer som utskrives fra institusjon, plikter institusjonen å ta kontakt med fastlegen før utskrivning, og dersom pasienten ikke motsetter seg det, oversende epikrise og andre nødvendige opplysninger (jf. fastlegeforskriften § 8).

2.4 Etablering og drift av fastlegeordningen

2.4.1 Planlegging og forberedelser i kommunene og opprettelse av et (fast)legeregister i trygdeetaten

I samarbeid med KS og Legeforeningen la departementet i forberedelsene til fastlegeordningen opp til en systematisk planprosess i forhold til kommunesektoren gjennom rundskriv og informasjonsmøter med tilbakemeldinger/rapporteringer fra kommunene. Regional stat ved Fylkeslegen fikk en sentral rolle i å følge opp kommunenes planlegging lokalt.

Kommunene ble i rundskriv bedt om å sikre nødvendige legeressurser både til kurativt og til offentlig legearbeid. Oppfølging av legedekningen ble også gjort gjennom at fylkeslegene samlet inn informasjon fra kommunene om hvilke leger som arbeidet i kommunen. Målet med dette var både å få oversikt over hvor mange leger som hadde rett til fastlegeavtale og følge med på omfanget av eventuell utilsiktet nyetablering av legevirkosomhet. Fylkeslegene fulgte også opp at kommunene sendte ut invitasjon til forhandlinger og at de opprettet lokalt samarbeidsutvalg (LSU).

Kommunene hadde frist innen 1. desember 2000 til å melde inn til Rikstrygdeverket hvilke leger de hadde inngått, eller kom til å inngå, fastlegeavtale med. I de tilfeller der kommuner hadde søkt om og fått innvilget nye legehjemler, men hvor det foreløpig ikke var rekruttert og/eller inngått avtale med lege, ble de bedt om å melde inn hjemmelen som en såkalt ”liste uten lege”. For disse skulle det oppgis praksisadresse og det listetak kommunen mente var nødvendig ut fra de totale

⁶ Forskrift 3. april 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, merknaden til § 2-3.

legeressursene. Hovedgrunnen til dette var å forskyve tidspunktet for en eventuell suspensjon lengst mulig i kommuner der stabiliteten i legestillingene var mangelfull.

På bakgrunn av kommunenes tilbakemelding opprettet trygdeetaten i januar 2001 et legeregister bestående av 3860 fastlegelister. Av disse var 349 "lister uten lege".

2.4.2 Innbyggernes legevalg, opprettelsen av et lege-innbyggerregister og trygdeetatens administrasjon av listesystemet

I februar 2001 fikk befolkningen over 16 år invitasjon fra trygdeetaten til å velge fastlege. Innbyggerne fikk tilsendt et legevalgskjema med navn på fastleger i egen kommune. Dersom innbyggeren ønsket å velge fastlege i en annen kommune, måtte vedkommende kontakte trygdeetaten for nødvendig informasjon. Valg av lege kunne foretas ved å sende inn skjemaet, eller gjennom Internet eller telefoni. Vedrørende selve valget, ble det gitt tre alternativer, to aktive og et passivt valg: Det kunne oppgis inntil tre legeønsker dersom bestemt lege var ønskelig. Innbyggere som ønsket å stå utenfor fastlegeordningen måtte gi beskjed om dette. Dersom man ikke ønsket noen bestemt lege, kunne man forholde seg passiv, for så automatisk å bli tildelt en fastlege i nærheten av bosted (etter postnummer).

Befolkningens deltakelse i legevalget

Det ble registrert mottatt legeønske fra vel 3,3 millioner innbyggere. Av disse var 1,754 millioner kvinner og 1,555 millioner menn. Dette utgjorde omkring 74 prosent av befolkningen. Det var geografisk variasjon i andelen som meldte legeønske med flest i Østfold og Vest-Agder med 85 prosent. Ser vi bort fra Sør-Trøndelag og Troms, der Trondheim og Tromsøs innbyggere allerede var tilknyttet fastlege fra forsøket, var andelen legevalg lavest i Finnmark med 62 prosent og Oslo med 67 prosent. 35,4 prosent av kvinnene og 18,9 prosent av mennene hadde en kvinnelig lege som sitt førsteønske. 7,4 prosent ønsket fastlege i en annen kommune enn bostedskommunen. Vel 24 000 innbyggere, ca. 0,5 prosent, valgte å stå utenfor fastlegeordningen.⁷

Listeetablering og resultater av befolkningens legevalg

På bakgrunn av legevalget og koblingen mot legeregisteret ble det i mai 2001 etablert et lege-innbyggerregister, senere kalt fastlegeregisteret. Resultatet etter fordelingen viste at 91,7 prosent av befolkningen fikk innfridd ett av tre mulige legeønsker. 87,8 prosent av kvinnene og 86,6 prosent av mennene fikk innfridd sitt førsteønske. Andelen som fikk oppfylt ett av sine legeønsker var størst i Aust-Agder og Vest-Agder med henholdsvis 97,5 og 97,1 prosent og minst i Troms med 84 prosent og Nordland med 85,9 prosent.

265 721 innbyggere fikk på samme tidspunkt tildelt plass på liste uten lege. Dette omfattet 16 prosent av innbyggerne i Sogn og Fjordane og 15 prosent av innbyggerne i Finnmark. Lavest andel innbyggere plassert på liste uten lege var det i Østfold med 1,2 prosent. I tillegg var det nesten 40 000 innbyggere som ikke fikk tildelt plass på noen liste. Mer enn 20 000 av disse bodde i kommuner som hadde fått suspensjon fra fastlegeordningen på grunn av mangel på fast lege. Resten fikk ikke plass på liste fordi det var for liten kapasitet på fastlegenes lister i de aktuelle kommunene.

⁷ Rikstrygdeverket, tall fra listeetableringen i mai 2001, diverse rapporter levert til Sosial- og helsedepartementet 08. og 09.05.01.

Totalt var det 421 824 innbyggere eller 12,7 prosent som ikke fikk oppfylt sitt første legeønske. Av disse var det 74,6 prosent som ikke hadde oppgitt noen ansiennitet hos legen. 14,7 prosent oppga 1-4 års ansiennitet, 9,4 prosent oppga 5-14 års ansiennitet, mens 1,2 prosent oppga å ha brukt legen i femten år eller mer.⁸

Dette innebærer at det ved første gangs fordeling av innbyggere på fastlegenes lister i mai 2001 var 107 181 personer som ikke ville få beholde den legen de hadde gått til tidligere. Imidlertid var det på samme tidspunkt ledig kapasitet på 67 prosent (2576) av legenes lister, slik at bytemulighetene var gode. I løpet av mai – juni 2001 byttet 212 658 innbyggere lege (såkalt ordinære legebytter). Det var flest åpne lister i Oslo med ca. 84 prosent, og færrest i Østfold med 45 prosent.

I en undersøkelse basert på spørsmål til levekårspanelet i Statistisk sentralbyrå i 2001 og 2002 oppga 2,8 prosent av respondentene at de ikke deltok i fastlegeordningen. Tallet er høyere enn Rikstrygdeverkets registrering tilsier, og skyldes trolig at ikke alle er klar over at de aktivt må reservere seg dersom de ønsker å stå utenfor fastlegeordningen. Blant dem som ikke ønsket å benytte retten til å stå på en leges liste, var det en overrepresentasjon av personer bosatt i kommuner med ustabil legedekning og personer som før innføringen av fastlegeordningen ikke hadde en fast lege (Finnvold, Lurås og Paulsen 2003, Finnvold og Paulsen 2002).

Av de spurte oppga 77 prosent at de hadde fått oppfylt sitt førstevalg av lege. Dette er ca. ti prosent lavere enn Rikstrygdeverkets tall. Blant dem som før innføringen hadde oppgitt at de ikke ønsket å ha en fast lege, men som likevel deltok i legevalget, var det relativt mange som ikke hadde fått innvilget sitt førstevalg (Finnvold mfl. 2003, op.cit.).

Trygdeetatens administrasjon av listesystemet

Trygdeetaten administrerer listesystemet på vegne av kommunen. Fastlegedatabasen oppdateres jevnlig i tråd med folkeregisterendringer, innbyggernes legebytter, reduksjon av liste, utmelding og innmelding i ordningen med mer.

Dersom innbyggere ønsker å bytte lege gjøres dette enkelt ved å ta kontakt med fastlegekontoret i fylket per telefon, Internet eller brev.

Ved melding til folkeregisteret om flytting vil innbyggere som flytter til en ny kommune automatisk få brev fra fastlegekontoret i fylket med invitasjon til å velge fastlege i den nye kommunen. Med brevet skal det følge informasjon om hvilke fastleger i kommunen som har ledig kapasitet. Uansett årsak gjelder et legebytte fra påfølgende månedsskifte. Tilsvarende vil trygdeetaten, dersom for eksempel en fastlege slutter og en annen overtar praksisen, tilskrive innbyggerne på listen og informere om eventuelle bytemuligheter.

⁸ RTV listeetableringen, beregnet ut fra rapport 8 per 08.05.01

3 Evaluering av fastlegeordningen - oppfølgingskriterier

Fastlegeordningen følges systematisk opp fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennom registerdata fra Rikstrygdeverket (RTV), kommuneøkonomidata fra Statistisk sentralbyrå, oversikt over utbetaling av trygderefusjoner fra RTV og gjennom forskningsbasert evaluering.

3.1 Forskningsbasert evaluering av fastlegeordningen

Fastlegeordningen er gjenstand for en omfattende forskningsbasert evaluering koordinert av Norges forskningsråd. Evalueringen omfatter perioden 2000 – 2005. Det bevilges årlig mellom 4,5 og 5 millioner kroner til evalueringen. Oppdraget til Forskningsrådet er spesifisert i et Mål- og rammedokument datert 13.07.00 med tilhørende årlige retningslinjer. Rammene for samarbeidet mellom Forskningsrådet og helsemyndighetene er skissert i en samarbeidsavtale inngått mellom Forskningsrådet og tidligere Sosial- og helsedepartementet i januar 2000 og fornyet av Helsedepartementet og Forskningsrådet 20.12.02. Sosial- og helsedirektoratet har et praktisk oppfølgingsansvar i nært samarbeid med departementet.

Forskningsrådet har ansvar for utlysning av prosjekter og for å foreta en utvelging i tråd med krav til forskningskvalitet og mål og retningslinjer for evalueringen. Søknadene vurderes av en egen styringsgruppe for fastlegeevalueringen i Forskningsrådet. Etter at Forskningsrådet har gitt sin tilrådning, vurderer departementet relevansen av de anbefalte prosjektsøknader, for å sikre at evalueringen følger opp politisk prioriterte områder.

Formålet med den forskningsbaserte evalueringen er å:

- Vise i hvilken grad formålene med fastlegereformen innfris, og at reformen utvikler seg i ønsket retning
- Avdekke eventuelle uønskede effekter av reformen, slik at departementet kan iverksette nødvendige tiltak for å sikre at målene for reformen innfris
- Bidra til læring og kunnskapsutvikling

Mål- og rammedokumentet er det overordnede styringsdokumentet for evalueringen og gjelder for hele evalueringsperioden. Dokumentet beskriver bla. de områder som ønskes evaluert med tilhørende indikatorer. Disse områdene er legedekning, tilgjengelighet, kontinuitet og effektivitet.

Områdene for evalueringen

Området *legedekning* omfatter kapasiteten innenfor både kurativt og offentlig legearbeid. Forskningsrådet er bedt om å belyse hvordan tilgangen til tjenestene er, blant annet ut fra geografi. Det er bedt om status og relevante analyser av legedekningen i forhold til indikatorene fordeling, stabilitet og rekruttering.

Området *tilgjengelighet* omhandler trygghet målt som tilgjengelighet, og om og i hvilken grad reformen medfører bedret tilgjengelighet til allmennlegetjenesten.

Indikatorer som ønskes belyst er ventetid, relasjon og lokaler – der relasjon handler om aspekter ved selve legekonsultasjonen.

Området *kontinuitet* omfatter indikatorene varighet, dvs. på lege-pasientforholdet, omfang, dvs. antall lege-pasientforhold som varer over tid, og innhold eller bruk, dvs. at den faste legen er den allmennlegen som faktisk benyttes. Hovedfokus er i hvilken grad fastlegeordningen bidrar til økt kontinuitet. En antakelse er at det spesielt for personer med stort legebehov er et gode å ha et fast lege-pasientforhold over tid.

Under området *effektivitet* ønskes evalueringen rettet mot om, og i hvilken grad reformen fører til en mer rasjonell utnyttelse av landets samlede legeressurser med spesielt fokus på allmennlegetjenesten. Indikatorene er organisering, koordinering og samarbeid. Gjennom fastlegens populasjonsansvar er det lagt organisatorisk til rette for oversikt og mulighet for planlegging av fastlegens arbeidstid. Fastlegens rolle som koordinator, jf. pkt. 2.3 foran, forventes å føre til et smidigere samarbeid innen det kommunale tjenesteapparatet og i forhold til spesialisthelsetjenesten.

Vedrørende retningslinjer med spesifiserte problemstillinger for evalueringen til Forskningsrådet, se vedlegg.

3.2 Oppfølging gjennom Rikstrygdeverkets registerdata

Rikstrygdeverket har fått i oppdrag av departementet å produsere og rapportere en rekke data fra driften av ordningen med utgangspunkt i fastlegedatabasen, såkalte styringsdata. Dataene omfatter blant annet forhold knyttet til legenes lister, til koblingen lege–innbygger og til innbyggerne selv, sistnevnte eksempelvis ved antall som står på liste, antall nyinnmeldte/utmeldte, antall som mangler fastlege og antall som bytter fastlege.

Rapporteringen er for det meste kvartalsvis, og de første dataene ble hentet ut av systemet per 30.09.01. Fra og med september 2001 har det vært månedsvis rapportering av antall ubesatte fastlegehemler, eller såkalte lister uten lege, og fra juli 2002 av antall legebytter. Kvartalsrapportene finnes på www.trygdeetaten.no. Disse består av en deskriptiv følgerapport som beskriver hovedtendensene i utviklingen fra kvartal til kvartal samt en rekke vedleggstabeller.

3.3 Oppfølging av kommunenes utgifter

Tidligere Helsedepartementet har inngått avtale med Statistisk sentralbyrå (SSB) om en utvalgsundersøkelse for å følge opp kommunenes utgifter til legetjenesten i forbindelse med overgangen til fastlegeordning.

SSB avleverte i 2001 rapport til departementet om kommunenes utgifter til primærlegetjenesten før innføringen av fastlegeordningen (data fra 1999). Oversiktene inkluderer også kommunale utgifter til offentlig legearbeid og legevakt. Data fra en ny utvalgsundersøkelse foretatt i 2002 ble overlevert departementet i midten av januar 2004.

3.4 Utbetaling av trygderefusjoner

Helse- og omsorgsdepartementet følger utviklingen i utbetaling av trygderefusjoner gjennom månedlige regnskapsoversikter fra Rikstrygdeverket (jf. kapittel 4.4.6).

4 Statusbeskrivelse

4.1 Legedekningen etter innføringen av fastlegeordningen

Tilstrekkelig legedekning i alle kommuner er en forutsetning for innfrielse av pasientrettighetene i fastlegeordningen. Kontinuitet i lege – pasientforholdet for dem som ønsker det forutsetter stabilitet i legestillingene.

Fastlegereformen er primært en reform som berører den kurative eller behandelende delen av allmennlegetjenesten, men den får også betydning for de offentlige legeoppgaver. I forkant av inngåelse av individuelle fastlegeavtaler ble kommunene i rundskriv bedt om å ta høyde for ressursbehov til allmenntilleggs offentlige legeoppgaver i helsestasjon, sykehjem etc. I det følgende vil omtalen av legedekningen omfatte både forhold knyttet til listesystemet og til offentlig legearbeid, inklusive samfunnsmedisinsk arbeid.

4.1.1 Utviklingen i legedekningen

Fra 2000 til 2003 økte antall årsverk utført av leger i kommunehelsetjenesten med 322. Veksten skjedde i hovedsak fra 2000 til 2001 da antall årsverk økte med 299 – fra 3809 til 4109 (SSB 2004 b; se også tabell 4.4)⁹. Økningen i antall årsverk reflekterer kommunenes utbygging av kapasitet i forhold til ny organisering av legetjenesten. I forbindelse med forberedelsene til fastlegeordningen rapporterte kommunene et samlet behov for 600 nye årsverk til kommunehelsetjenesten.¹⁰ Til sammen søkte kommunene Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling (NR) om i underkant av 350 nye legeårsverk før innføringen av fastlegeordningen. De fleste søknadene ble godkjent, og det ble innvilget 54,7 nye årsverk i 1999 og 278,2 årsverk i 2000. Etter innføringen av fastlegeordningen og en gradvis bedring i legedekningen har antall søknader om nye legeårsverk til kommunehelsetjenesten gått ned. Antall innvilgede nye legeårsverk til kommunene var 32,7 i 2001, 28,0 i 2002 og 36,60 i 2003.¹¹

Ved utgangen av 2003 var det totale antall fastleger 3 713, hvorav 1 092 kvinner og 2 621 menn (dvs. 29,4 prosent kvinner).

Tabell 4.1 viser at antallet fastlegeavtaler har vært relativt stabilt i perioden fra januar 2001, med en reduksjon på 13 avtaler. En forklaring på denne nedgangen selv om nye hjemler/årsverk er tildelt, er antakelig at mange små lister er fjernet og innbyggerne

⁹ Statistisk sentralbyrå: Årsstatistikk for kommunehelsetjenesten tabell 15. SSBs statistikk blir samlet inn ved årsskiftet og bygger på rapportering av årsverkinnsats innenfor både offentlig og kurativ virksomhet.

¹⁰ Tall fra GRUK (Gruppe for kvalitetsutvikling i helsetjenesten) viste at kommunene i planleggingen samlet sett hadde tatt høyde for ca. 400 000 innbyggere mer enn befolkningstallet. Dette ble blant annet tilskrevet forventninger om valg av fastlege i kommunen fra innbyggere med bostedsadresse i andre kommuner, for eksempel studenter og arbeidstakere fra omegnskommuner.

¹¹ SHDIR/NR bidrag til statusrapport per 10.10.03 samt ettersendelse av fullst. oversikt for 2003 05.02.04.

på disse listene flyttet over til større praksiser. Legedekningen har imidlertid blitt bedre gjennom at flere leger har etablert seg i kommunene og inngått fastlegeavtale – med tilsvarende reduksjon i antall lister uten lege.

Tabell 4.1. Utvikling i antall fastleger og antall lister uten lege med tilhørende antall innbyggere på listene

	Antall fastleger	Antall fastlegeavtaler inkl. lister uten lege ¹²	Antall innbyggere på liste hos fastlege uten lege	Antall lister uten lege	Antall innbyggere på lister uten lege
12.01.2001 ¹³	3 486	3 860		349	
14.05.2001		3 858	4 177 640	297	265 721
30.06.2001	3 585	3 896	4 250 699	277	200 705
30.09.2001	3 635	3 876	4 335 920	206	133 814
31.12.2001	3 661	3 857	4 372 498	164	108 502
31.03.2002	3 692	3 855	4 414 814	134	85 376
30.06.2002	3 695	3 852	4 424 202	133	85 807
30.09.2002	3 704	3 850	4 439 182	120	78 825
31.12.2002	3 703	3 855	4 451 531	127	79 563
31.03.2003	3 708	3 850	4 464 780	118	73 949
30.06.2003	3 701	3 848	4 463 992	122	78 100
30.09.2003	3 711	3 853	4 474 195	119	80 666
31.12.2003	3 713	3 847	4 496 102	110	67 649

Kilde: RTV styringsdata, følgerapport 4. kvartal 2003, tabell 2, 3, 4.

Ved innføringen av fastlegeordningen var det 277 lister uten lege eller vakante fastlegehjemler (registrert per 30.06.01). I løpet av det første driftsåret ble antallet redusert til 133. Ved utgangen av fjerde kvartal 2003 var antallet lister uten lege 110. For landet som helhet utgjør dette 2,9 prosent av fastlegeavtalene. På samme tidspunkt stod 1,5 prosent av befolkningen (67 649 personer) på en liste uten lege. Til sammenligning stod 200 705 personer på liste uten lege per 30.06.01 (4,5 prosent).

Spesielt sårbare områder

Det har de siste tiårene vært spesielt vanskelig å rekruttere leger til små- og utkantkommuner. Per 30. juni 2003 var totalt 13 prosent av fastlegeavtalene i kommuner med mindre enn 2000 innbyggere uten lege. I kommuner med mellom 2000 og 5000 innbyggere var tilsvarende tall 8,5 prosent, mens det i kommuner med mellom 10 000 og 50 000 innbyggere var 1,7 prosent av fastlegeavtalene som var uten lege.

Det er stor geografisk variasjon i andelen ubesatte fastlegestillinger/-hjemler. Av tabell 4.2 under går det fram at det er Sogn og Fjordane som er det fylket som over tid har pekt seg sterkest ut med hensyn til andel ubesatte fastlegestillinger eller lister uten lege. Siden våren 2003 har det vært en mer positiv utvikling også i dette fylket.

¹² Omfatter også avtaler der en fastlege har avtale med flere kommuner.

¹³ Informasjon om fastlegene sendt trykdestaten fra kommunene i desember 2000 dannet utgangspunkt for opprettelsen av (fast-)legeregisteret der de første data ble hentet ut per 12.01. 2001.

Legedekningen i dette fylket nådde det laveste nivået i 2. kvartal 2002 med 19,4 prosent lister uten lege og 15,3 prosent av innbyggerne fordelt på slike lister. Per 1. kvartal 2003 var tilsvarende andeler henholdsvis 12,5 og 9,7 prosent. Ved utgangen av 4. kvartal 2003 var andelen lister uten lege i Sogn og Fjordane 9,6 prosent. 7,8 prosent av innbyggerne hadde plass på slike lister.

Situasjonen har også i perioder vært vanskelig i fylkene Nord-Trøndelag, Nordland og dels i Finnmark. Legedekningen i Nord-Trøndelag og Nordland bedret seg imidlertid parallelt med legedekningen i landet som helhet i løpet av det første året med fastlegeordning. Det siste året har den igjen blitt noe dårligere. Ved utgangen av 2003 var andelen ubesatte fastlegehjemler henholdsvis 8,0, 10,6 og 4,8 prosent i Nord-Trøndelag, Nordland og Finnmark (se tabell 4.2). Det kan også bemerkes at andelen ubesatte fastlegehjemler er relativt høy i Hedmark fylke. Andelen lister uten lege utgjør i dette fylket omkring 6 prosent med mellom 3 og 4 prosent av befolkningen fordelt på disse listene.

Områder med høy andel ubesatte fastlegestillinger/-hjemler er ofte preget av ustabilitet i stillinger der de fleste hjemler er besatt med vikarer i kortere eller lengre perioder. Fylkeslegene i Sogn og Fjordane og Nordland har opplyst om at legedekningen i deres fylker er forsvarlig, i den forstand at alle som trenger det, får nødvendig legehjelp.

Til sammenligning er Østfold, Akershus, Oslo, Rogaland og Hordaland de fylkene som har minst andel lister uten lege, med henholdsvis 0,5; 0,8; 0,7; 0,4 og 0,5 prosent per 31. desember 2003.

Tabell 4.2. Vakante fastlegestillinger eller lister uten lege: hele landet og i enkelte fylker, fra innføringen av fastlegeordningen i juni 2001 til og med 31. desember 2003

Lister uten lege Andel (antall)	30.06.01	30.06.02	30.09.02	31.03.03	30.09.03	31.12.03
Hele landet	7,1 (277)	3,5 (133)	3,1 (120)	3,1 (118)	3,1 (119)	2,9 (110)
Sogn og Fjordane	17,5 (17)	19,4 (20)	18,6 (19)	12,5 (13)	11,5 (12)	9,6 (10)
Nord-Trøndelag	15,3 (18)	8,8 (10)	9,7 (11)	12,0 (14)	8,8 (10)	8,0 (9)
Nordland	17,9 (39)	6,7 (15)	6,2 (14)	7,6 (17)	11,1 (25)	10,6 (24)
Troms	6,1 (9)	3,4 (5)	3,4 (5)	2,8 (4)	2,8 (4)	2,8 (4)
Finnmark	15,9 (14)	11,0 (9)	9,8 (8)	9,6 (8)	7,2 (6)	4,8 (4)

Kilde: RTV styringsdata, tabell "Fylkesvis fordeling av nøkkeltall" i følgerapporter og vedleggstabell 3 for aktuelle kvartaler.

Midlertidig suspensjon av fastlegeordningen og kommuner uten faste leger

Da fastlegeordningen ble innført, var det ni kommuner som hadde fått innvilget midlertidig suspensjon fra ordningen (jf. fastlegeforskriften § 17).¹⁴ Totalt har elleve kommuner vært suspendert. Ved utgangen av 2003 var kun to kommuner suspendert; Gildeskål i Nordland og Solund i Sogn og Fjordane. På samme tidspunkt var 1 579 innbyggere uten tilbud om fastlege i egen bostedskommune på grunn av at fastlegeordningen var suspendert.¹⁵

I tillegg til de kommunene der fastlegeordningen har vært suspendert, har det siden etableringen av fastlegeordningen vært noen kommuner der alle listene har vært betjent av vikarer, men hvor kommunen likevel ikke har søkt fylkesmannen om suspensjon. Årsaken kan være at kommunen anser problemet med legedekning å være forbigående, eller at det betraktes som en administrativt større oppgave å etablere listene på nytt etter at en eventuell suspensjonsperiode er over.

Ved utgangen av 2003 var det åtte kommuner der alle listene var uten fastlege. Dette var Engerdal i Hedmark (på tross av nylig opphevet suspensjon), Tydal i Sør-Trøndelag, Fosnes og Flatanger i Nord-Trøndelag, Træna og Tjeldsund i Nordland, Gratangen i Troms og Hasvik i Finnmark (RTV styringsdata 4/03).

Etablering og avslutning av praksis (kvinnelige og mannlige fastleger)

Legers etablering og avslutning av praksis er én av flere indikatorer på stabilitet i legetjenesten.

Ved utgangen av 4. kvartal 2003 var det inngått totalt 665 nye fastlegeavtaler siden innføringen av fastlegeordningen. Dette utgjør 17,9 prosent av det totale antall fastlegeavtaler per 31.12.03 (se tabell 4.3). 233 kvinner og 432 menn hadde inngått ny avtale. Andelen kvinnelige fastleger er svakt økende ved at det er forholdsvis flere kvinner som begynner som fastlege enn som avslutter praksis. Dette må blant annet ses i forhold til at andelen kvinner blant de nyutdannede legene er økende. I henhold til Legeforeningens statistikk over studentmedlemmer per 10. februar 2003 er 59 prosent av medisinstudentene kvinner.

Det er flest nyetablerere i de yngste aldersgruppene både når det gjelder kvinner og menn. Blant kvinnene er 79,4 prosent av de nye fastlegene under 40 år; tilsvarende prosentandel for mannlige leger er 64,1.

Samtidig har 547 fastleger avsluttet sin praksis etter innføringen av fastlegeordningen. Dette utgjør 14,7 prosent av det totale antall fastlegeavtaler per 31.12.03., hvorav 2,0 prosent i siste halvdel av 2001, 6,1 prosent i 2002 og 6,6 prosent i 2003.¹⁶ Av fastlegene som har avsluttet praksis er 33,1 prosent kvinner og 66,9 prosent menn.

Leger som avslutter fastlegeavtaler er relativt unge: 41,7 prosent er yngre enn 40 år. Denne andelen er størst blant kvinnelige leger; 51,4 prosent av kvinnene som avsluttet

¹⁴ Midlertidig suspenderte kommuner per 1.6.01 var Torsken og Berg i Troms, Gildeskål, Leirfjord, Tysfjord, Fauske, Hamarøy og Bø i Nordland og Aurskog-Høland i Akershus.

¹⁵ Per november 2004 har alle kommuner innført fastlegeordning. Den siste suspensjonen, som var i Gildeskål, ble opphevet 1. juni 2004.

¹⁶ Den kvartalsvise utviklingen i tilgang og avgang av fastleger fremgår av tabell i vedlegg 2.

praksis var under 40 år, mens tilsvarende prosentandel for mannlige leger er 36,9. 20,1 prosent av dem som avsluttet praksis var eldre enn 55 år. Blant fastlegene som avslutter praksis inngår leger som flytter og starter ny fastlegepraksis, eventuelt, i en annen kommune. Det er ukjent hvor mange dette dreier seg om.

Tabell 4.3 Tilgang og avgang av fastleger/inngåtte og avsluttede fastlegeavtaler fra og med 3. kvartal 2001 til og med 4. kvartal 2003 (3/01 til 4/03). Etter fastlegens kjønn og alder.

	Antall fastleger per 31.12.03 (4/03)	Antall nye avtaler i perioden 3/01 til 4/03	Andel av totalt antall nye fastlegeavtaler i perioden	Antall avsluttede avtaler i perioden 3/01 til 4/03	Andel av totalt antall avsluttede avtaler i perioden
Legens Alder					
Kvinner					
20-29	19	46	6,9 %	14	2,6 %
30-39	349	139	20,9 %	79	14,4 %
40-54	609	45	6,8 %	69	12,6 %
55-66	108	3	0,5 %	14	2,6 %
67-74	7	0	0,00 %	5	0,9 %
Sum	1 092	233	35,0 %	181	33,1 %
Menn					
20-29	23	60	9,0 %	13	2,4 %
30-39	423	217	32,6 %	122	22,3 %
40-54	1 474	124	18,7 %	141	25,8 %
55-66	671	30	4,5 %	75	13,7 %
67-74	30	1	0,2 %	15	2,7 %
Sum	2 621	432	65,0 %	366	66,9 %
Totalt	3 713	665	100 %	547	100,0 %

Kilde: RTV kvartalsvise styringsdata, følgerapporter og vedleggstabeller nr. 13a t.o.m. 1/03 og nr. 7a f.o.m. 2/03.

Merknad: Antall og beregninger innen alderskategorien 20-29 år gir ikke mening alene, ettersom de fleste som starter som fastlege i denne aldersgruppen må antas å nærme seg 30 år og derfor snart vil bevege seg over i neste kategori av naturlige årsaker.

Differansen mellom inngåtte og avsluttede fastlegeavtaler etter 30.06.01 var ved årsskiftet 118 avtaler. I samme periode ble antallet lister uten lege redusert med 167 (277-110), det vil si med 49 lister mer enn den relative økningen i antall fastleger skulle tilsi. Dette betyr at det samtidig har skjedd en reduksjon i antall fastlegeavtaler (se tabell 4.1). Den mest sannsynlige årsaken er at kommunen og legene er blitt enige om at de legene som er i kommunen overtar innbyggerne på lister uten lege ved å heve sitt listetak, og/eller at smålister er ”kjøpt opp” av større praksiser (bl.a. i Oslo). For landet som helhet har også gjennomsnittlig antall innbyggere per fastlegeliste gradvis økt fra 1 175 per 30.06.01 til 1 203 ved årsskiftet 2003/2004.

Bruk av vikar

En annen indikator på stabilitet i legetjenesten er omfang av bruk av vikar. Det finnes ingen totaloversikt over legers fravær fra praksis. I styringsdataene departementet mottar fra RTV registreres kun de vikaravtaler som gjelder over en viss tid og som meldes inn til fastlegekontorene fra kommunene. Eksempler er ved omsorgspermisjon, lengre sykefravær, eller når fastlegene som ledd i spesialistutdanning i allmennmedisin skal ha yrkeserfaring på sykehus. De fleste av listene uten lege er betjent av vikarer, men disse registreres ikke i denne statistikken. Dekning av fravær i kortere perioder er basert på kollegial fraværdekning legene imellom og registreres heller ikke her.

I følge styringsdata fra RTV for 4. kvartal 2003 var 6,1 prosent av fastlegeavtalene betjent av vikarer. Akershus fylke hadde den største andelen vikarer i denne perioden med 10,2 prosent, mens Aust-Agder hadde den laveste med 2,2 prosent. Bruken av vikar kan se ut til å være noe varierende. Til sammenligning var det i 2. kvartal 2003 størst andel vikarer i Nord-Trøndelag med 14,4 prosent og lavest i Buskerud med 3,1 prosent. Per 31.12. var andelen i Nord-Trøndelag 5,8 prosent, mens den var 4,6 prosent i Buskerud.¹⁷ Sett i forhold til kommunestørrelse, er vikarer mest utbredt i kommuner med mellom 2 000 og 5 000 innbyggere med gjennomsnittlig ca. 8,7 prosent. Lavest andel vikarer ble funnet i kommuner med mellom 5 000 og 10 000 innbyggere med gjennomsnittlig ca. 4,4 prosent (regnet ut per 3. kvartal).

4.1.2 Listelengde, fellesliste, tilknytningsform

Forskjellige karakteristika ved fastlegene og/eller fastlegepraksisene kan direkte eller indirekte få betydning både for tilbudet til brukerne og for legenes egen trivsel. Praksisens størrelse, organisering og driftsform kan legge føringer for hvordan praksisen utvikler seg.

Listelengde

Som nevnt foran var den gjennomsnittlige listelengden 1 203 per 31. desember 2003. Jevnt over har mannlige leger noe lengre lister enn kvinnelige leger. Den vanligste listestørrelsen er på mellom 1 000 og 1 499 innbyggere og gjelder for 49,3 prosent av legene¹⁸; 51,5 prosent av de kvinnelige legene og 48,4 prosent av de mannlige. 26,4 prosent av legene har en listelengde på mellom 500 og 999 innbyggere, hvorav 35,2 prosent av kvinnene og 22,7 prosent av mennene.

2,8 prosent av legene har mer enn 2000 innbyggere på sin liste. Dette gjelder 0,9 prosent av kvinnepraksisene og 3,5 prosent av praksisene med mannlig lege, hvorav 8 praksiser med 2 500 innbyggere eller mer på listen. 17,3 prosent av legene har lister på mellom 1 500 og 1 999 innbyggere; 9,4 prosent av de kvinnelige legene og 20,6 prosent av de mannlige. 4,2 prosent av legepraksisene har færre enn 500 innbyggere på listen.

¹⁷ Andelen er beregnet på grunnlag av vedleggstabellene 2a og 5a.

¹⁸ Egentlig av fastlegepraksisene. Noen fastleger har avtale med flere kommuner. Det er 3 737 fastlegepraksiser, men 3 713 leger som har inngått fastlegeavtale (RTV styringsdata for 4. kvartal 2003, andeler beregnet ut fra vedleggstabell 14).

Gjennomsnittlig antall innbyggere per fastlegeavtale er høyest i Rogaland med 1 407 innbyggere og lavest i Finnmark med 857 innbyggere.¹⁹

Det er klar sammenheng mellom kommunestørrelse og legenes listelengde. Historisk har antall legehjemler i forhold til innbyggertall vært høyere i distrikts-/utkantkommuner. I kommuner med mindre enn 2 000 innbyggere er gjennomsnittlig listestørrelse ca. 700. Gjennomsnittlig listestørrelse er høyest i kommuner med mer enn 50 000 innbyggere med rundt 1 300 innbyggere i gjennomsnitt.

Praksisenes driftsform

Privat praksis er den dominerende driftsformen i fastlegeordningen og omfatter ca. 90 prosent av fastlegene.

Innføringen av fastlegeordningen ga leger som tidligere drev allmennlegevirksomhet som ansatt eller som næringsdrivende, med eller uten avtale med kommunen, rett til avtale som fastlege i den kommunen de hadde sitt hovedvirke (fastlegeforskriften § 19). De fleste legene valgte å benytte seg av retten. Fra 2000 til 2001 ble antall årsverk i kommunehelsetjenesten utført av leger uten avtale mer enn halvert (fra 256 til 101). Antallet slike årsverk i 2003 var 95. Disse er i hovedsak lokalisert i sentrale kommuner (SSB 2004 a).²⁰

Andelen utførte årsverk av fastlønte leger i kommunehelsetjenesten har gradvis blitt redusert. I 1994 ble 1 061 eller omkring en tredjedel av legeårsverkene i kommunehelsetjenesten utført av fastlønte leger, mens andelen i 2000 var 17,8 prosent. Denne trenden fortsatte etter innføringen av fastlegeordningen. I 2002 ble det utført 545 årsverk av fastlønte leger, mens antallet var redusert til 506 i 2003. Dette utgjør 13,1 prosent av legeårsverkene i kommunehelsetjenesten utenfor institusjoner for eldre og hjemmetjenestene, og omfatter deler av allmennmedisinsk offentlig legearbeid, samfunnsmedisinsk arbeid og ansatte fastlegers allmennlegevirksomhet (SSB 2004 a). Det totale antall legeårsverk i kommunehelsetjenesten i 2003 var 4 131. Dette er en reduksjon på 20 årsverk i forhold til året før. 12 av disse årsverkene var innenfor kurativt legearbeid (diagnose, behandling og rehabilitering, se tabell 4.4) (SSB 2004 b). Det er usikkert hvordan korte/lange lister registreres i forhold til årsverksberegninger. Noe av nedgangen i årsverk kan muligens forstås i lys av oppkjøp/fjerning av korte lister, jf. 4.1.1.

I følge data fra RTV per 31. desember 2003 er 371 fastleger eller 9,9 prosent av fastlegene i ansettelsesforhold. Antallet har vært stabilt siden innføringen av fastlegeordningen. I tillegg har privatpraktiserende leger som regel et ansettelsesforhold når de ivaretar offentlig legearbeid. Det er forholdsmessig flere kvinnelige enn mannlige fastleger som har valgt å være i et ansettelsesforhold. Mens ca. 29 prosent av alle fastleger er kvinner, utgjør kvinneandelen av fastlegene i ansettelsesforhold ca. 37 prosent.

Ansettelse er først og fremst en tilknytningsform som velges av leger i små kommuner. I kommuner under 2 000 innbyggere er 50 prosent av fastlegeavtalene

¹⁹ Styringsdata RTV 4/2003, beregnet på grunnlag av vedleggstabell 4a, inkl. lister uten lege.

²⁰ Foreløpige tall for 2003. SSB 30.08.04.

inngått med leger i et ansettelsesforhold. I kommuner med mellom 2 000 og 5 000 innbyggere er 30 prosent av fastlegeavtalene inngått med ansatte leger, mens dette gjelder 3 og 4 prosent av avtalene i de største kommunene. Nordland fylke har den største andelen ansatte leger med 36,5 prosent mens Akershus har den laveste med 0,8 prosent (RTV 4/2003)²¹.

Fellesliste

Ved utgangen av 2003 var 10,1 prosent (371) av fastlegeavtalene del av listefellesskap. Fellesliste er mest utbredt i Nordland med 27,6 prosent. Også i Finnmark og Trøndelagsfylkene er mer enn 20 prosent av fastlegeavtalene del av felleslister.²² Også fellesliste er mest vanlig i små kommuner. 46 prosent av listene i kommuner med mindre enn 2 000 innbyggere er del av fellesliste. I kommuner med mellom 2 000 og 5 000 innbyggere er dette tilfelle for omkring 30 prosent av listene, mens ca. 14 prosent av listene i kommuner med mellom 5 000 og 10 000 innbyggere er tilknyttet fellesliste.

4.1.3 Offentlig legearbeid

Offentlig legearbeid i kommunene er en samlebetegnelse for de allmenntilleggsmedisinske og samfunnsmedisinske oppgavene som i hovedsak foregår utenfor legenes praksis, til forskjell fra kurativ og individrettet klinisk praksis. Ettersom de fleste legene i kommunen ivaretar både kurative og offentlige legeoppgaver, er det i forbindelse med evalueringen av fastlegeordningen viktig å følge utviklingen også i det offentlige legearbeidet.

Den befolknings- og samfunnsrettede delen av det offentlige legearbeidet – samfunnsmedisinen – omfatter blant annet smittevernarbeid, medisinsk faglig rådgivning, miljørettet helsevern, helsemessig beredskap og kartlegging og overvåking av helsetilstanden i befolkningen. Samfunnsmedisinsk arbeid er blitt utført i egne heltids- eller deltidstillinger, ofte titulert kommunelege I eller kommuneoverlege (bydelsoverlege i store byer). Dette er et fagfelt hvor det er viktig å se helhet og sammenhenger, og arbeidet krever gjerne videreutdanning i samfunnsmedisin. I Ot.prp. nr. 99 (1998-99) (kapittel 8.2) ble det anbefalt å samle disse oppgavene mest mulig og fordele dem på et fåtall leger med spesiell kompetanse og/eller interesse for feltet. Kommunene ble anbefalt å dimensjonere bemanningen i stillingene med en kommuneoverlege i halv stilling i mindre kommuner og minimum én kommuneoverlege i full stilling i kommuner med mer enn 10 000 innbyggere.

Kommunelege I-/kommuneoverlegen har i de fleste kommuner et overordnet faglig og administrativt ansvar for legetjenesten i kommunen.²³ Kommunelege I/medisinsk faglig rådgiver eller dennes stedfortreder har en sentral oppgave i å planlegge legetjenesten i kommunen gjennom deltakelse i lokalt samarbeidsutvalg (LSU) og gjennom inngåelse og oppfølging av de individuelle fastlegeavtalene på vegne av kommunen.²⁴

²¹ Beregnet på grunnlag av vedleggstabell 2b og 5b, eksklusive lister uten leger.

²² RTV styringsdata 4/2003 etter vedleggstabell 2b og 5b.

²³ Samfunnsmedisinen inklusive kommunelege Is rolle er p.t. gjenstand for omfattende utredning og vurdering, se kapittel 7.3.3.

²⁴ Jf. Rammeavtalen § 4.2 om utvalg i fastlegeordningen.

Allmenntmedisinske offentlige legeoppgaver er individrettede. De oppgavene som fremgår spesifikt av kommunehelsetjenesteloven § 1-3 trer ofte i forgrunnen. Dette gjelder særlig medisinske tjenester i helsestasjon, skolehelsetjeneste, sykehjem og fengselsanstalter. Kommunen kan imidlertid også velge å organisere andre typer allmenntmedisinske offentlige legeoppgaver (Ot.prp. nr. 99 (1998-99) s. 103). Både arbeid i sykehjem og i fengselshelsetjenesten vil ha karakter av fast lege for henholdsvis beboere i sykehjem og innsatte mens de oppholder seg i institusjonen.

I henhold til fastlegeforskriften og sentralt avtaleverk kan kommunen stille vilkår om deltakelse i allmenntmedisinsk offentlig legearbeid i inntil 7,5 timer per uke ved full kurativ virksomhet (forskriften § 12 b, Rammeavtalen pkt. 12). Det kan ikke stilles vilkår om deltakelse i samfunnsmedisinsk arbeid for inngåelse av fastlegeavtale. Det kan imidlertid gjøres frivillig avtale om slikt arbeid ved inngåelse av fastlegeavtale. Samfunnsmedisinsk arbeid gir da rett til forholdsmessig avkorting av listelengde i likhet med allmenntmedisinsk offentlig legearbeid, samt rett til reduksjon iplikten til sistnevnte (Rammeavtalen pkt. 12).

Antall årsverk utført av leger i kommunehelsetjenesten økte med 342 fra 2000 til 2002, men ble redusert med 20 årsverk fra 2002 til 2003 (se tabell 4.4). Veksten fra

Tabell 4.4 Legeårsverk etter virkeområde

År	Leger i Alt	Diagnose, behandling og rehab.	Skole/helsestasjon	Miljørettet helsevern	Annet forebyggingsarbeid	Institusjoner for eldre og funksjonshemmede	Adm.
2000	3 809	3 102	228	82	65	230	103
2001	4 109	3 376	231	80	80	249	93
2002	4 151	3 429	232	75	71	257	87
2003	4 131	3 417	224	77	72	259	82
Endr. fra 2000 til 2002	342	327	4	-7	6	27	-16
%	9,0 %	10,5 %	1,8 %	-8,5 %	9,2 %	11,7 %	-15,5 %
Fra 2002 til 2003	-20	-12	-8	2	1	2	-5
%	-0,5 %	-0,3 %	-3,4 %	2,7 %	1,4 %	0,8 %	5,7 %
Fra 2000 til 2003	322	315	-4	-5	7	29	-21
%	8,5 %	10,2 %	-1,8 %	-6,1 %	10,8 %	12,6 %	-20,4 %

Kilde: SSB (2004 b) Tabell 15 Legeårsverk etter virkeområde. 1994-2003. Førrelse tal 2003.

2000 til 2003 (322 årsverk) skjedde i hovedsak innenfor det kurative arbeidet (315 årsverk eller 10,2 prosent). Relativt sett har det vært noe større vekst innenfor den delen av allmennmedisinsk offentlig legearbeid som utgjøres av tilsynslegearbeidet, det vil si medisinske oppgaver i institusjoner for eldre og funksjonshemmede (29 årsverk, tilsvarende 12,6 prosent). Det er en svak reduksjon i antallet legeårsverk i skole- og helsestasjon i forhold til før innføringen av fastlegeordningen (-1,8 prosent eller 4 årsverk). Innenfor miljørettet helsevern og administrasjon (samfunnsmedisin) er antall årsverk redusert med 26 eller 26,5 prosent.

En kartlegging av legers arbeid innenfor offentlig/kommunalt legearbeid i 36 kommuner viser at mer enn 70 prosent av legene i utvalget arbeider mindre enn 7,5 timer i uka med offentlig legearbeid.²⁵ Over halvparten av legene utfører offentlig legearbeid mellom 4 og 8 timer i uken, mens 22 prosent av legene arbeider mer enn 7,5 timer per uke med denne type arbeid. Blant tilsynsleger i sykehjem gjelder dette 13 prosent (Godager 2003). Til sammenligning viste en nasjonal kartlegging av legetjenesten i sykehjem i 1999 at 23 prosent av tilsynslegene arbeidet mer enn 8 timer per uke for sykehjemmet (Statens helsetilsyn 1999).

Det er også sett nærmere på sammenhengen mellom omfang av offentlig legearbeid og legens listelengde. Blant de legene som har færre innbyggere på listen enn det listetak som er avtalt med kommunen, er det flere som arbeider mer enn 7,5 timer per uke med offentlig legearbeid enn blant leger med listelengde tilsvarende listetaket. Omfanget av offentlig legearbeid er størst i de minst sentrale kommunene.²⁶ Dette gjelder både gjennomsnittlig antall timer per lege med 9,5 timer og legeårsverk per innbygger med gjennomsnittlig 26,7 årsverk per 100 000 innbyggere. Tilsvarende tall for de mest sentrale kommunene er 6,4 timer og 11,5 årsverk (Godager op.cit.:14-15). Det gikk fram av 4.1.2 at gjennomsnittlig listelengde i mindre kommuner er lavere enn i store kommuner. En mulig forklaring kan dermed være at leger i mindre kommuner har bedre kapasitet og/eller andre motiver for å utføre allmennmedisinsk offentlig legearbeid. Av 4.1.2 gikk det også fram at andelen fastlønte leger er størst i mindre kommuner.

En undersøkelse utført ved Handelshøyskolen BI har blant annet kartlagt hvor mye tid som ble brukt til offentlig legearbeid i 2002 i forhold til i 1998.²⁷ Man fant at legene i gjennomsnitt brukte 4,8 timer i uken på offentlig legearbeid i 2002. Tidligere fastlønnsleger arbeidet gjennomsnittlig 1,15 timer mindre i uken enn før med slikt arbeid, mens tidligere driftsavtaleleger oppga at de brukte omtrent like mange timer til offentlig legearbeid per uke i 2002 som i 1998 (Grytten m.fl. 2003:42).²⁸

²⁵ Undersøkelsen ble utført av Senter for helseadministrasjon (SHA) ved UiO på oppdrag fra Helsedepartementet. Datainnsamlingen foregikk sommeren og høsten 2002. Det ble innhentet opplysninger fra kommunene om avtaleinngåelsen med 425 leger, hvorav 415 utførte kommunalt legearbeid, hvorav 8 i heltidsstilling. Undersøkelsen skiller ikke mellom samfunnsmedisinsk og allmennmedisinsk offentlig legearbeid.

²⁶ Kommuneutvalget er generert ut fra inndeling i fire strata etter kjennemerket sentralitet, der SSBs standard for kommunklassifisering er benyttet. Innenfor denne rammen er SEDA- og forsøkskommunene inkludert. Det opplyses ikke om hvilke kjennetegn ved kommunene som inngår i SSBs klassifisering (Godager 2003: Appendix A:45-46).

²⁷ Basert på surveyundersøkelser blant landets allmennleger før og etter innføringen av fastlegeordningen.

²⁸ De privatpraktiserende legene oppga henholdsvis 5,0 og 4,7 t/uke i 1998 og 2002.

Dette behøver imidlertid ikke å bety at tilbudet av denne type legearbeid er blitt redusert i løpet av perioden, i følge forfatterne. De tar utgangspunkt i en økning i legeårsverkene på ca. 400 stillinger fra 1998 til 2002 og antyder at med et gjennomsnitt på 4,8 timer per uke per lege kan dette samlet sett ha gitt en økning i tid brukt på offentlig legearbeid på 1 920 timer per uke. I tillegg kommer offentlig legearbeid utført av tidligere avtaleløse leger som beregnes til 722 timer per uke. Til fratrukk kommer 774 timer per uke i offentlig legearbeid utført av tidligere fastlønnsleger, jf. over (ibid.).²⁹

Pågående forskning

Tre pågående prosjekter innenfor den forskningsbaserte evalueringen tar opp problemstillinger som berører offentlig legearbeid; Johnsen og Pettersen ved UiTØ/NTNU, Iversen/Lurås/Godager ved Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo og Heen, Arbeidsforskningsinstituttet (se oversikt over pågående prosjekter bak).

Det vises for øvrig til kapittel 5.3.3 og 5.3.4 der det redegjøres for de signaler og innspill departementet har mottatt.

4.2 Tilgjengelighet til fastlegene

Tilgjengelighet har mange aspekter og er både knyttet til at det er leger i fastlegehjemlene, mulighet til å bytte lege, fysisk tilgang til legekantoret som reiseavstand, heis o.l. og tilgjengelighet når det gjelder telefonkontakt, timebestilling, øyeblikkelig hjelp og legevakt. Andre aspekter er tilgjengelighet knyttet til fraværdekning og/eller ferieavvikling og ventetid på ordinær time. Videre handler tilgjengelighet om aspekter ved selve konsultasjonen som det å få nok tid hos legen og oppleve å bli tatt alvorlig. Opplevelse av tilgjengelighet vil kunne avhenge av den enkeltes situasjon. For noen innbyggere vil kanskje god tilgjengelighet forutsette særskilt tilrettelegging med for eksempel teksttelefon eller hjelp av en tredjeperson (for eksempel tolk) for å nå fram med sitt budskap eller for å kunne kommunisere. For andre vil det å kunne velge sin fastleges kjønn være en indikator på god tilgjengelighet.

Pasientrettighetene i lov og forskrift tilsier at tilgjengeligheten skal være god nok til at det skal være mulig å få time innen rimelig tid, ny vurdering hos annen lege enn fastlegen og mulighet til å bytte fastlege.

Den følgende presentasjonen er avgrenset til de områder der vi har registerdata fra Rikstrygdeverket og/eller rapporter eller publiserte artikler fra den forskningsbaserte evalueringen.

4.2.1 Plass på liste hos lege med fastlegeavtale

98,5 prosent av befolkningen er registrert å være tilknyttet fastlegeordningen.³⁰ Ved utgangen av 2003 hadde 98,3 prosent av disse plass på en fastleges liste. 67 649

²⁹ Disse beregningene må stå for forfatterens egen regning.

³⁰ Kilde: RTV styringsdata 4/2003. I SSBs levekårspanel er andelen som svarer bekreftende på at de er deltakere i ordningen noe mindre, antakelig fordi ikke alle er klar over at man aktivt må reservere seg.

personer (1,5 prosent) var registrert på en liste uten lege mot 200 705 personer per 30. juni 2001.

En undersøkelse basert på strukturerte intervjuer av personer i SSBs levekårspanel før innføringen av fastlegeordningen viste at 28 prosent av brukerne av legetjenester ikke hadde fast allmennlege. Av disse hadde omkring 10 prosent selv valgt å bruke flere leger. Dette var mest vanlig blant velutdannede med god helse (Paulsen og Finnvold 2002).

Ved utgangen av fjerde kvartal 2003 var det 0,5 prosent av befolkningen, eller 20 686 innbyggere, som ikke ønsket å være tilsluttet fastlegeordningen, mot 24 462 ved første gangs fordeling i mai 2001. Av dem som i dag har reservert seg er 54 prosent menn. Det er færrest som har reservert seg blant kvinner i aldersgruppen 16 til 54 år med 0,29 prosent. Det er flest som har reservert seg i aldersgruppen over 75 år med 1,1 prosent kvinner og 0,71 prosent menn.³¹

4.2.2 Mulighet for bytte av fastlege

Innbyggerne har rett til å bytte fastlege inntil to ganger per år i tillegg til bytter som nødvendiggjøres av f.eks. flytting eller at legen reduserer sin praksis. Dette forutsetter ledig kapasitet på fastlegenes lister samlet sett. Det ligger med andre ord som en vesentlig forutsetning i listesystemet at det er en viss diskrepans mellom fastlegenes ønskede eller avtalte listelengde og faktisk antall innbyggere på listene.

Tabell 4.5 Utviklingen i antall lister med ledig kapasitet og antall ledige listeplasser

	Antall fastlegeavtaler inkl. lister uten lege	Antall innbyggere på listene inkl. lister uten lege	Gj.sn. antall innbyggere på listene inkl. lister uten lege	Antall åpne lister inkl. lister uten lege	Antall ledige plasser på listene inkl. lister uten lege
12.01.2001	3 860				
14.05.2001	3 858	4 443 361	1 152	2 576	
30.06.2001	3 896	4 451 404	1 143	2 398	621 617
30.09.2001	3 876	4 469 734	1 153	2 192	612 532
31.12.2001	3 857	4 481 000	1 162	2 149	583 222
31.03.2002	3 855	4 500 190	1 167	2 048	547 239
30.06.2002	3 852	4 510 009	1 171	2 030	533 108
30.09.2002	3 850	4 518 007	1 174	2 333	527 719
31.12.2002	3 855	4 531 094	1 175	2 194	502 226
31.03.2003	3 850	4 538 729	1 179	2 137	491 957
30.06.2003	3 848	4 542 092	1 180	2 090	490 736
30.09.2003	3 853	4 554 861	1 182	2 109	471 657
31.12.2003	3 847	4 563 751	1 186	2 026	452 044

Kilde: RTVs styringsdata, følgerapport 4/2003 tabell 4

³¹ RTV styringsdata 4/2003, andeler beregnet ut fra vedleggstabell 6a.

Når antallet innbyggere på en fastleges liste har nådd det listetaket som er avtalt med kommunen, blir listen stengt slik at det ikke lenger blir mulig for nye innbyggere å velge denne legen. Listen åpnes ikke igjen før antall innbyggere eventuelt er redusert til tjue personer under avtalt listetak.³²

Ved innføringen av fastlegeordningen var det ledig kapasitet på 66,8 prosent av fastlegenes lister. Etter innføringen av ordningen har det vært en gradvis reduksjon i antall lister med ledig kapasitet, jf. tabell 4.5. Per 4. kvartal 2003 er det ledig kapasitet på 2 026 fastlegelister, det vil si at 52,7 prosent av fastlegelistene er åpne med mulighet for tilknytning. En forklaring på denne nedgangen er sannsynligvis at mange leger har justert sitt listetak etter å ha skaffet seg erfaring med arbeidsomfanget basert på det antall innbyggere de har på sin liste og at gjennomsnittlig antall per liste har økt.

Andelen åpne lister varierer geografisk. Det er flest åpne lister i Oslo, Vest-Agder og Vestfold med henholdsvis 73,4 prosent, 72,1 prosent og 66,7 prosent. Færrest åpne lister er registrert i Sør-Trøndelag med 37,4 prosent. Deretter følger Nord-Trøndelag med 43,4, Troms med 43,5 og Østfold med 43,7 prosent (RTV 4/2003).³³

For at befolkningens mulighet til å bytte fastlege skal være reell, bør det i realiteten være minimum to lister med ledig kapasitet i hver kommune, eventuelt innenfor samarbeidende kommuner. Per 31.12. 2003 var det registrert 42 kommuner med bare én fastlegeavtale. I disse kommunene har befolkningen i praksis ikke noe valg med hensyn til fastlege så fremt det ikke finnes fastleger innenfor rimelig reiseavstand i en nabokommune. Slik valgmulighet eksisterte heller ikke før innføringen av fastlegeordningen. I 18 kommuner var det ingen leger med ledig listekapasitet, og i 85 kommuner var det ledig kapasitet kun hos én fastlege (tilsvarende tall for 3. kvartal var 13 og 80). I det første tilfellet har ikke innbyggerne noen mulighet til å bytte fastlege, og i sistnevnte ingen reell valgmulighet ved bytte.^{34 35}

4.2.3 Ventetid, telefontilgjengelighet og aspekter ved konsultasjonene

Fastlegen har i følge fastlegeforskriften § 7 plikt til å prioritere innbyggerne på sin liste så fremt høyere eller lik prioritet av andre oppgaver, for eksempel øyeblikkelig hjelp, ikke er pålagt legen i eller i medhold av lov. Av merknaden til forskriften § 3, som omhandler innbyggerens rett til å stå på liste, går det fram at denne retten i praksis innebærer ”at det skal være mulig å få legetime hos fastlegen innen rimelig tid, samt å nå legekantoret gjennom telefon for rådgivning og forespørsler.”

I følge rammeavtalen mellom Den norske lægeforening og Kommunenes Sentralforbund pkt. 10.1 skal ”legen () sørge for at innbyggerne på vedkommendes liste får tilgang til allmenntilleggslegetjenester, herunder konsultasjoner, sykebesøk og øyeblikkelig hjelp.” Denne plikten gjelder innenfor den åpningstid som er avtalt mellom legen og kommunen, jf. kommentarutgaven pkt. 12.1. Videre skal

³² ASA 4301 Statsavtalen pkt. 2.3.2

³³ Andelen er beregnet ut fra vedleggstabell 4a, inklusive lister uten lege.

³⁴ Tallene er summert ut fra vedleggstabell 2b, eksklusive lister uten lege.

³⁵ Det er noen steder overlapping mellom kommuner med én fastlegeavtale og ledig kapasitet hos én fastlege.

legen delta i kollegiale ordninger/vikarordninger for dekning av ordinært fravær hos andre fastleger i kommunen etter oppsett som er utarbeidet av allmennlegeutvalget. I følge avtalen pkt. 10.4 skal legen innrette sin praksis slik at pasienter som må ha øyeblikkelig hjelp kan mottas og vurderes³⁶ (se for øvrig punkt 4.2.5 under samt kapittel 5).

Det følgende vil redegjøre for kartlegginger som er gjort av ventetid, både på ordinær- og akutttime, fastlegenes inntrykk av og pasienters opplevelse av blant annet ventetid.

Kartlegginger foretatt av tilsynsmyndighetene i tre fylker

Som en del av tilsynsoppgaven med å følge opp kommunenes ivaretagelse av sitt ansvar for helsetjenester til befolkningen har helsetilsynene i Hordaland, Troms og Finnmark gjennomført systematiske kartlegginger av tilgjengelighet til fastlegen.

Helsetilsynet i Hordaland kartla i januar 2003 telefontilgjengelighet, ventetid på ordinær eller uprioritert time og ventetid på akutttime i et utvalg på 101 fastleger. Det ble oppnådd telefonkontakt med de fleste legekantorene innen relativt kort tid; gjennomsnittlig ventetid var to minutter. Timetilgjengelighet ble kartlagt gjennom at legekantoret ble spurt om ventetid i forhold til forskjellige problemstillinger eller sykdomstilfeller, både ut fra situasjoner der det hastet med å komme til lege og ut fra situasjoner med mindre hastekarakter. Man fant blant annet en gjennomsnittlig ventetid på 9,6 dager for å få time til å ta celleprøve, og en ventetid på 3,6 dager på konsultasjon for å undersøke føflekk som hadde endret farge. Når det gjelder tilgang til akutttime, kunne de aller fleste legekantorene gi tilbud om time samme dag. Tilgjengeligheten til allmennlegene i Hordaland vurderes generelt som meget god (Helsetilsynet i Hordaland 2003).

Helsetilsynet i Finnmark gjennomførte i mars 2003 en telefonundersøkelse av tilgjengeligheten til fastlege og kommunal legevakt (for legevakt, se kapittel 4.2.5). De fant store variasjoner i ventetiden på ordinær legetime både mellom kommuner og leger. Gjennomsnittlig ventetid var 17 dager med variasjoner fra under én uke og opptil åtte ukers ventetid. Når det gjelder tilgjengelighet til lege ved behov for time samme dag, eller i løpet av de nærmeste dagene, viste undersøkelsen god tilgjengelighet i samtlige kommuner. Innbyggerne fikk imidlertid ikke nødvendigvis time hos sin fastlege (Statens helsetilsyn 2003:17-18³⁷).

Helsetilsynet i Troms kartla i 2002 ventetiden på uprioritert time hos fastlegene i fylket. Gjennomsnittlig ventetid var 17 dager. Basert på disse resultatene ble det foretatt en sammenligning av legetjenesten i Tromsø og Harstad. Gjennomsnittlig ventetid i Tromsø var 10 dager; i Harstad 30 dager. Man kjenner ikke årsakene til denne forskjellen. En mulig forklaring kan være at Tromsø på bakgrunn av forsøksperioden har en mer veletablert fastlegeordning. I rapporten påpekes det også at legene i Harstad utfører en større andel offentlig legearbeid og at befolkningen i gjennomsnitt er eldre i Harstad enn i Tromsø. Ettersom legene i Tromsø i

³⁶ En nesten likelydende bestemmelse, der det også presiseres at rammen utgjøres av kantorets åpningstid, går fram av sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Legeforeningen pkt. 6.3.

³⁷ Eg. Helsetilsynet i Finnmark (2003): Tilsyn med legevaktstjenesten, tilgjengelighet til fastlege og ventetid hos fastlege i Finnmark. Gjengitt i Statens helsetilsyns bidrag til statusrapporten.

gjennomsnitt hadde flere innbyggere på sine lister, mente man at listelengde ikke kunne være med på å forklare forskjellen (Statens helsetilsyn 2003:17).

I sitt innspill til statusrapporten viser for øvrig Statens helsetilsyn til at de på bakgrunn av medisinalmeldinger med mer fra helsetilsynene i fylkene har inntrykk av at de fleste fastlegene tar ansvar for sin liste, og at tilsyn som er foretatt ikke tyder på uforsvarlig virksomhet i legetjenesten.

Legeperspektivet

En undersøkelse utført ved Handelshøyskolen BI knytter tilgjengelighet til omfanget av legenes tjenesteproduksjon. Det konkluderes med at tilgjengeligheten til fastlege er uavhengig av legens listelengde ettersom legenes tjenesteproduksjon ikke påvirkes av listelengden. Det går fram av studien at forholdet mellom listelengde og antall konsultasjoner er tilnærmet proporsjonalt. Det samme gjelder for legeinitierte konsultasjoner. Resultatene viser også at leger som har korte lister, eventuelt også kortere enn avtalt listetak, ikke induserer på antall konsultasjoner eller prøvetaking, det vil si kompenseres ved å øke aktiviteten (Grytten m.fl. 2004 b, se også 4.4.3).³⁸

Et aspekt ved kvalitet i allmennlegetjenesten som er knyttet til tilgjengelighet er den tiden legen gir pasienten i konsultasjonen. Tidligere studier har vist klar sammenheng mellom lange konsultasjoner og høy pasienttilfredshet.³⁹ I følge Grytten m.fl. oppga 23 prosent av fastlønnslegene i 1998 at mer enn 50 prosent av konsultasjonene varte mer enn 20 minutter. I 2002 oppga 14,5 prosent av de tidligere fastlønnslegene det samme. For tidligere driftsavtaleleger var det ingen forskjell fra 1998 til 2002. For alle tidligere kontraktsformer har antallet pasientkontakter per time økt. Økningen har vært størst for de tidligere fastlønnslegene med 1,50 flere pasientkontakter per time, mot 1,23 for tidligere driftsavtaleleger. Resultatene av undersøkelsen tyder på at listelengden ikke påvirker legenes egne vurderinger av tiden de bruker, eller ønsker å bruke, per pasient. Nesten halvparten av fastlegene opplever å ha nok tid til hver pasient; 35 prosent kunne ha ønsket seg noe mer tid, mens 11 prosent oppgir ønske om å redusere tiden noe (Grytten m.fl. 2003:21-22, 44).

Diskusjoner knyttet til listelengde har også vært reist i forbindelse med håndtering av akuttberedskap. 65 prosent av legene i undersøkelsen opplever ingen vanskeligheter med å innpasse akuttpasienter fra egen liste blant forhåndsavtalte timer. 15 prosent finner dette vanskelig, mens 20 prosent avga nøytralt svar. Undersøkelsen viser faktisk at leger med lange lister (mer enn 1 600 innbyggere) synes det er lettere å innpasse akuttpasienter i praksisen enn leger med kortere lister (færre enn 800 innbyggere). Det kan være flere årsaker til dette. En forklaring kan være at leger med lange lister jobber lengre dager og hel uke og dermed blir mer fleksible enn leger som jobber deltid i praksisen når det gjelder å innpasse akutthjelp. Et annet moment er at en praksisorganisering med for eksempel mer hjelpepersonell og effektiv logistikk bidrar til rask "pasientgjennomstrømning" (ibid.:22-23, Grytten m.fl. 2004 a).

Det er fra enkelte hevdet at mange innbyggere på listen gir et høyere per capitatilskudd og med det bedre mulighet for investering i utstyr og hjelpepersonell i

³⁸ Undersøkelsen er basert på data fra Rikstrygdeverkets legeregningskontroll fra okt./nov. 2001 og surveyundersøkelser blant landets allmennleger i 1998 og 2002.

³⁹ Hasvold 2000, gjengitt i Grytten m.fl. 2003.

praksisen. En forklaring kan også være at fastleger som ønsker lange lister og blir valgt av mange innbyggere også ønsker å arbeide flere timer i uken og derfor har god tilgjengelighet (Olsen 2004).⁴⁰

Pasientperspektivet

En spørreskjemaundersøkelse utført ved Universitetet i Tromsø i april/mai 2000 og 2003 av pasientopplevd kvalitet når det gjelder primærlegetjenesten, viser at graden av fornøydhet både økte og ble redusert etter innføringen av fastlegeordningen. Hovedinntrykket er imidlertid klart positivt (Lian 2003).⁴¹

Indikatorer for kvalitet som er brukt i undersøkelsen går fram av tabell 4.6. Med unntak av indikatoren "legens personlige kjennskap til din sykehistorie" som assosieres med kontinuitet i tjenesten, er disse indikatorene uttrykk for aspekter ved tilgjengelighet. Dette inkluderer forhold som angår det personlige møtet mellom lege og pasient.

Når det gjelder grad av fornøydhet med tjenestetilbudet generelt, var et flertall av respondentene svært fornøyd med legens språkbeherskelse (henholdsvis 69 og 64 prosent i 2000 og 2003), geografisk nærhet til brukerne (henholdsvis 65 og 55 prosent) og legens måte å møte dem på med hensyn til tillit og respekt (henholdsvis 54 og 58 prosent). Flest var misfornøyd med ventetid på legetime (henholdsvis 36 og 22 prosent), tilgjengelighet med hensyn til hjemmebesøk (27 og 24 prosent) og ventetid på legekantoret med henholdsvis 21 og 17 prosent i 2000 og 2003 (ibid.:34-35).

På spørsmål om hva som ble opplevd som særlig problematisk oppgave henholdsvis 53 og 31 prosent i 2000 og 2003 ventetid på time, manglende stabilitet i legedekningen (28 og 12 prosent), for liten tid i konsultasjonen (24 og 16 prosent) og språkproblemer i forhold til utenlandske leger (18 og 13 prosent). På spørsmål om hva som ble opplevd som spesielt positivt, trakk 46 prosent av respondentene fram legens måte å møte pasienten på både i 2000 og 2003 (ibid.: 34,38).

Når det gjelder utviklingen i fornøydhet med allmennlegetjenesten generelt fra før til etter innføringen av fastlegeordningen, økte andelen svært fornøyd fra 32 til 44 prosent. Flere syntes de ble møtt med tillit og respekt, hadde mulighet for øyekontakt med legen, fikk nødvendig informasjon, opplevde at legen lyttet, at de ble tatt med på råd, at det ble tatt hensyn til det som var viktig for dem. Også flere var svært fornøyd med ventetiden på time, ventetiden på legekantoret og tiden de fikk i konsultasjonen.

Imidlertid fant man en nedgang i andelen svært fornøyd når det gjelder legens tilgjengelighet for telefonkontakt, muligheten for sykebesøk i hjemmet, legens språkbeherskelse og geografisk nærhet til tjenesten (jf. tabell 4.6).

⁴⁰ Aftenposten 04.02.04.

⁴¹ Undersøkelsen er foretatt blant et representativt utvalg av befolkningen i region Nord og Øst som begge har en blanding av tettbygde og spredbygde strøk og av små og store kommuner. Svarprosenten var 58 i begge datainnsamlinger.

Tabell 4.6 Grad av fornøydhet i 2000 og 2003, i prosent (N=860/904)

	Svært Fornøyd	Svært Fornøyd	Fornøyd	Fornøyd	Misfornøyd	Misfornøyd
Kvalitetsindikatorer	2000	2003	2000	2003	2000	2003
Telefon-tilgjengelighet	30	24	48	60	22	16
Tilgjengelighet for hjemmebesøk	19	14,3	54	61,4	27	24,3
Møtt med tillit og respekt	54	58	41	38	5	4
Mulighet for øye-kontakt med legen	44,6	52,5	49,5	42	6	6
Informasjon om plager, undersøkelse og behandl.	45	49,8	45	42,6	10	7,5
Muligheten for å få fortelle, at legen lytter	45	52	45	40	10	8
Muligheten for å bli tatt med på råd	41	47	51	46	8	7
Hensynet til det som er viktig for deg	44,5	51	48,6	42	6,9	7
Ventetid på legetime	21	25	43	53	36	22
Ventetid på legekantoret før du slipper inn til legen	25	30	54	53	21	17
Tidsbruk under konsultasjonen	35	41	51	51	14	8
Legens faglige opp-datering (kunnsk.+tekn.)	48	48,4	49	47,2	3	4,4
Legens språkbeherskelse	68,8	63,5	25,7	31,7	5,5	4,7
Geografisk nærhet til brukerne	64,7	54,2	32,6	43,4	2,7	2,4
Legens kjennskap til din sykehistorie	43	44	43	46	14	10
Primærlegetjenesten totalt sett	32	44	53,5	47	14,6	9

Kilde: Lian (2003) tabell 9 side 35. Kategoriene særdeles fornøyd og meget fornøyd er slått sammen til kategorien svært fornøyd. Kategoriene meget misfornøyd og særdeles misfornøyd er slått sammen til misfornøyd. Logistisk regresjon. Korrigert for alder, kjønn og kommunestørrelse.

På direkte spørsmål om endringer i kvaliteten på tjenestetilbudet med innføringen av fastlegeordningen svarte et flertall at kvaliteten var uendret. Henholdsvis 27 prosent, 29 prosent og 24 prosent mente at stabiliteten i legedekningen, ventetiden på legetime og tilgjengeligheten til øyeblikkelig hjelp var blitt bedre. 15 prosent av respondentene svarte at ventetiden på legetime var blitt dårligere og 21 prosent at dette var tilfelle for tilgjengeligheten til øyeblikkelig hjelp (ibid.:29).

Fra 2000 til 2003 økte også andelen som svarte at de i stor grad var trygge på å få legehjelp dersom de skulle trenge det fra 46 til 55 prosent.

Mønsteret over endrer seg ved nærmere undersøkelse av størrelsen på respondentenes bostedskommune. En generell trend er at økningen i andelen svært fornøyde respondenter oftest er mindre i små enn i mellomstore og store kommuner. På variabler hvor det er registrert nedgang i andelen svært fornøyde, er nedgangen oftest størst i små kommuner. Dette gjelder blant annet grad av fornøydhet med telefontilgjengelighet. I 2000 var de mest fornøyde og de som sjeldnest rapporterte om særlige problemområder folk bosatt i mindre kommuner. I 2003 var slike forskjeller mellom kommuner borte eller sterkt redusert. Den generelle økningen i fornøydhet fra 2000 til 2003 ser med andre ord ikke ut til å omfatte innbyggere i småkommuner.

Det å få mulighet til å treffe samme lege flere ganger og det å bo i en kommune med stabil legedekning synes å virke positivt inn på pasientenes tilfredshet. Pasienter i små kommuner rapporterte om språkproblemer i forhold til utenlandske leger og manglende stabilitet i legedekningen i større grad enn innbyggere bosatt i mellomstore og store kommuner.

En annen større surveyundersøkelse fra 2000 og 2003 viser lignende resultater når det gjelder pasienttilfredshet (Grytten, Skau og Carlsen 2004). Tilfredshet er målt etter dimensjonene "legebekket og behandlingen" og "tilgjengelighet". Tilfredsheten med allmennlegetjenesten var høy allerede før innføringen av fastlegeordningen. Undersøkelsen viser moderat bedring i fornøydhet med legebekket og behandlingen og en tydelig forbedring når det gjelder tilgjengelighet til tjenesten målt ved legedekning og ventetid på time. Det er ikke registrert noen endring når det gjelder tilfredshet med og tilgjengelighet til legevakt.

Tilgjengelighet til tjenesten for spesielle grupper

Under avsnittet foran om legeperspektivet gikk det fram at gjennomsnittlig konsultasjonstid er redusert etter innføringen av fastlegeordningen. Dette er registrert som en økning i antall pasientkontakter per time med gjennomsnittlig 1,37 flere konsultasjoner per lege fra 1998 til 2002. Dette kan være en fordel ved at flere pasienter slipper til hos lege. Som nevnt foran mener ca. halvparten av legene at de har nok tid til hver pasient. Imidlertid har vi foreløpig ikke nok kunnskap om hvordan fastlegeordningen fungerer for såkalt "utsatte grupper", eller mennesker med sammensatte problemer, som blant annet kjennetegnes ved at de ofte trenger mye tid hos legen (se for øvrig 4.4.3, 5.4.4 og 7.3.3).

4.2.4 Tilgjengelighet til kvinnelig fastlege

Et aktuelt spørsmål er om de legene som har ledig kapasitet på sine lister er leger innbyggerne ønsker å bytte til. Tilgang til kvinnelige fastleger, spesielt for kvinnelige innbyggere, var et sentralt tema i forbindelse med forberedelsene til innføringen av fastlegeordningen.

Ved legevalget i 2001 hadde 27,6 prosent av befolkningen en kvinnelig lege som sitt førstevalg. Dette gjaldt 35,4 prosent av kvinnene og 18,9 prosent av mennene. 89,7 prosent fikk dette ønsket oppfylt (89,0 prosent av kvinnene og 91,3 prosent av mennene).

Antallet kvinnelige fastleger har vært svakt økende. Ved innføringen av ordningen var det 1 033 eller 28,8 prosent kvinnelige fastleger. Ved utgangen av 2003 var 29,4 prosent av fastlegene kvinner (1 092 av 3 713). På samme tidspunkt hadde 27 prosent av de innbyggerne som står på en navngitt leges liste, plass hos en kvinnelig fastlege.

Kvinnelige fastleger har gjennomgående kortere lister enn mannlige leger; per desember 2003 var gjennomsnittet 1 113 innbyggere på listen, mens tilsvarende for mannlige leger var 1 240.⁴²

Kvinnelige leger har også gjennomsnittlig lavere listetak enn sine mannlige kolleger, og de har mindre ledig kapasitet på sine lister. Ved utgangen av 2003 var det ledig kapasitet på 51,6 prosent av de listene som var betjent av en fastlege (1 930 av 3 737⁴³). 22,6 prosent av disse listene var betjent av en kvinnelig lege. Ser vi på antall ledige plasser på listene, er 18,7 prosent av de ledige plassene på en kvinnelig leges liste (77 574 av 414 046).⁴⁴

Fastlegeforsøket og tidligere norske og internasjonale studier tyder på at legens kjønn er viktig ved valg av lege (Finnvold og Paulsen 2002). Nyere norsk forskning viser forskjellige resultater når det gjelder betydningen av legens kjønn for pasientens tilfredshet (Finnvold og Paulsen 2002, Lian 2003).

En intervjuundersøkelse basert på et tilfeldig utvalg av befolkningen i månedene før innføringen fastlegeordningen, viste at pasienter med lege av motsatt kjønn hadde en høyere sannsynlighet for å være helt fornøyd med kommunikasjonen i lege-pasientforholdet enn pasienter med lege av samme kjønn. Forskerne antyder som en mulig årsak til at kvinner som går hos kvinnelig lege er mer misfornøyde enn dem som går til mannlige, er at kvinner som søker kvinnelige leger kan tenkes å representere en pasientgruppe med særlig høye krav til forståelse fra sin lege og en særlig kritisk holdning når det gjelder kommunikasjon i lege-pasientforholdet. En mer generell forklaring av funnene knyttes til at samspill mellom personer av motsatt kjønn kan bidra til å farge opplevelsen av konsultasjonen (Finnvold og Paulsen 2002:54-55).

Gjennom en surveyundersøkelse av pasienttilfredshet fra 2003 fant man at kvinner som gikk hos kvinnelig lege var mest fornøyde, mens menn som gikk hos kvinnelig lege var minst fornøyde (Lian 2003:49-50).⁴⁵

4.2.5 Øyeblikkelig hjelp på dagtid

Kommunen har det overordnede ansvaret for å sørge for nødvendig helsehjelp til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-1. I følge loven § 1-3 plikter kommunen å organisere blant annet allmennlegetjeneste (herunder fastlegeordning), legevakt og medisinsk nødmeldetjeneste. I dette ligger blant annet at kommunen skal ha et system som sikrer

⁴² RTV styringsdata 4/2003, følgerapport tabell 2 (ekskl. lister uten lege).

⁴³ Antallet fastleger er 3 713, men noen leger har avtale med flere kommuner.

⁴⁴ RTV styringsdata 4/2003, vedleggstabell 2a (ekskl. lister uten lege).

⁴⁵ Funnene knyttet til kvinnelige pasienter hos kvinnelige leger var ikke statistisk signifikante, men dette var tilfelle for dem knyttet til mannlige pasienter hos kvinnelige leger.

ivaretagelse av øyeblikkelig hjelp hele døgnet. Kommunens overordnede ansvar for å sikre legehjelp ble ikke endret med innføringen av fastlegeordningen.

Fastlegens ansvar for å yte øyeblikkelig hjelp til innbyggere på sin liste er omtalt i kapittel 4.2.3 foran. Kommunen kan gjennom fastlegeavtalen tilplikte legen deltakelse i organisert legevaktordning utenfor kontortid og i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelptjeneste i kontortid, herunder tilgjengelighet i helseradionettet og ivaretagelse av utrykningsplikten (fastlegeforskriften § 12 c). Ansvarsforholdet mellom kommunen og fastlegen for øyeblikkelig hjelp på dagtid er nærmere regulert i sentral forbundsvis særavtale pkt. 6.

Med fastlegeordningen var en av intensjonene å tydeliggjøre (fast)legens ansvar for en bestemt populasjon også når det gjelder behov for akutt hjelp på dagtid. I forbindelse med innføringen av fastlegeordningen oppstod det imidlertid noen situasjoner som synliggjorde uklarhet i ansvarsforhold mellom kommunen og fastlegene (jf. kapittel 5).

Kartlegging av kommunenes system for ivaretagelse av legevakt på dagtid

For å få et nærmere innblikk i kommunenes ivaretagelse av øyeblikkelig hjelp på dagtid, ga Statens helsetilsyn i 2002 Norsk Gallup i oppdrag å gjennomføre en kartlegging av kommunenes system, eventuelt om de hadde et system, med vaktordning for lege på dagtid. Kartleggingen tok for seg situasjoner når ”hjelpen kan vente litt”, det vil si ikke akuttmedisinske tilstander, men der legehjelp kan vente i noen timer, men ikke dager.

Det ble tatt utgangspunkt i telefonnummeret på side to i telefonkatalogen. Gallup ringte dette telefonnummeret inntil tre ganger med ett minuts mellomrom. Undersøkelsen kartla de ulike utfall oppringningen resulterte i, og den tid som gikk med fra telefonnummeret ble ringt og til det ble etablert kontakt med et legekantor som hadde vakt den dagen. Gallup ringte opp 432 kommuner og kom i kontakt med legekantor i vakt i 184 av disse. I 114 kommuner ble det henvist til egen fastlege eller annen lege. I 134 kommuner ble det ikke oppnådd kontakt - enten fordi telefonen ikke ble besvart, på grunn av opptatt linje eller av andre feilkilder. Resultatet var at ønsket kontakt ble oppnådd i om lag 40 prosent av kommunene. I ytterligere 18 prosent ble det oppnådd kontakt, der det ble ytt ulik grad av hjelp for å oppnå kontakt med lege i kommunen. Kartleggingen gir, etter Helsetilsynets vurdering, indikasjon om at mer enn halvparten av kommunene mangler system for å oppnå kontakt med vakthavende lege på dagtid. Konsekvensen av dette er at pasient eller pårørende selv må ringe rundt til legekantor for å finne lege som kan ta imot henvendelsen.

Kartleggingen avdekket at problemet med å komme fram til legekantorer med beredskap for øyeblikkelig hjelp var størst i sentrale kommuner. Dette kan forklares med at organiseringen omkring øyeblikkelig hjelp blir mer oversiktlig i små kommuner med få legekantorer (Rapport til Statens helsetilsyn 17.02. 2003 fra Norsk Gallup).

I brev med oversendelse av kartleggingsrapporten til Helsedepartementet pekte Helsetilsynet på at fastlegeordningen kan ha medført at kommunene er mindre bevisste på behovet for sikkerhetsnett for legehjelp på dagtid, og at det kan være behov for å tydeliggjøre kommunens plikter. Helsetilsynet i fylkene ble samtidig bedt

om å følge opp undersøkelsene og hvordan kommunene i deres fylke sikrer tilgjengelighet til lege på dagtid. Dette er gjort av blant annet Helsetilsynet i Finnmark som gjennomførte en telefonundersøkelse av tilgjengeligheten til kommunal legevaktjeneste (og til fastlegekontorene) i mars 2003. Undersøkelsen viste at alle kommuner i Finnmark har organisert beredskap for øyeblikkelig hjelp på dagtid (Statens helsetilsyn 2003:16).

4.3 Kontinuitet i lege – pasientforholdet

Et viktig aspekt ved kvalitet i allmennlegetjenesten antas å være kontinuitet i lege-pasientforhold. Dette antas å bety spesielt mye for mennesker med kroniske lidelser og/eller andre med stort legebehov. Økt kontinuitet henspiller i denne sammenheng på varighet i lege-pasientforhold, og at antallet lege-pasientforhold som varer over tid øker. Det ligger også i kontinuitet at brukerens faktiske allmennlegebruk rettes mot den faste legen. Fastlegeordningen har hatt som en intensjon å bidra til økt kontinuitet, og hovedfokus i punkt 4.3 er i hvilken grad fastlegeordningen faktisk har bidratt til dette.

4.3.1 Legebytter etter innbyggerens eget ønske

I perioden fra og med 1. juli 2001 til 31. desember 2003 ble det totalt foretatt 1 301 702 legebytter. Av disse var 745 685 etter innbyggerens eget ønske, mens 556 017 skyldtes at fastlegen avsluttet/flyttet eller reduserte sin praksis, såkalte ufrivillige legebytter.

Blant de frivillige legebyttene skyldtes 198 336 at innbyggeren flyttet, mens 34 764 gjaldt barn under 16 år som ble tilknyttet foresattes liste.⁴⁶ De resterende 512 280 bytter er såkalte ordinære legebytter. Det følgende vil gå nærmere inn på de ordinære legebyttene og se på kjønns- og aldersmessige variasjoner i bytteatferd. Bytter som følge av flytting og barns tilknytning til foresattes lege er holdt utenfor. Kapittel 4.3.2 vil se nærmere på bytter forårsaket av at legen avslutter eller reduserer sin praksis.

Tabell 4.7 gir en oversikt over antall ordinære legebytter etter innbyggernes egne ønsker som har skjedd etter 1. juli 2001. I de to kolonnene til venstre vises totalt antall bytter som har skjedd fram til 31. desember 2003, både i antall og i prosentandel i forhold til antall innbyggere med plass på liste per 31. desember 2003. I de neste kolonnene vises byttefrekvens på "årsbasis", først de sju månedene med fastlegeordning i 2001, og deretter byttefrekvens i 2002 og 2003.

Tabellen viser at det totalt har vært 512 298 innbyggere som av eget tiltak valgte å bytte lege i perioden.⁴⁷ Dette utgjør 11,2 prosent av antall innbyggere på fastlegelister per 31. desember 2003. Antall ordinære bytter de to siste kvartalene i 2001 var 155 082 eller 3,4 prosent. Byttefrekvensen var spesielt høy i 3. kvartal 2001 med 93.000

⁴⁶ Barn under 16 år har anledning til å komme inn på listen til foresattes lege selv om denne legens liste er full, jf. statsavtalen ASA 4301, og tilknytning til foresattes lege registrert særskilt i RTVs statistikk. Ved oppstart av fastlegeordningen var det også mulig for samboere og ektefeller å komme inn på partneren sin liste selv om listen var lukket. Denne muligheten er nå tatt ut av statsavtalen.

⁴⁷ Det totale antall i tabellen på 512 298 skulle ha vært 512 280, dvs. en differanse på 18, som i denne sammenheng må kunne anses å utgjøre en ubetydelig andel.

bytter. Totalt i 2002 var antall ordinære bytter 188 719 eller 4,1 prosent. I 2003 var antallet bytter ytterligere redusert med ca. 20 000 til 168 497 eller 3,7 prosent. Antall bytter per kvartal har etter hvert blitt redusert og stabilisert seg rundt 45.000 bytter i kvartalet. Lavest antall bytter er registrert 2. kvartal 2003 med vel 37.000.

Etter den første fordelingen av innbyggere på lister i mai 2001 var det forventet at antall bytter ville være høyt til å begynne med og deretter avta, ettersom de som var misfornøyd med plasseringen, eventuelt feilplassert, hadde rukket å bytte til en fastlege de ønsket. Den hovedtendensen som her er skissert er derfor i samsvar med forventningene. Det kan imidlertid ikke utelukkes at noe av nedgangen i antall bytter skyldes at byttemulighetene har blitt redusert gjennom at flere leger har fått stengte lister.

Tabell 4.7 Innbyggernes bytte av lege⁴⁸

	Antall innbyggere m/plass på liste per 31.12.03	Tot. antall bytter fra 1.7.2001 til 31.12.2003	Bytter i 2001 fra 1.7.		Bytter i 2002		Bytter i 2003		
			Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	
Kvinner									
0-15	468 594	53 302	11,4 %	17 123	3,7 %	19 455	4,2 %	16 724	3,6 %
16-34	559 341	109 114	19,5 %	32 274	5,8 %	40 761	7,2 %	36 079	6,5 %
35-54	630 801	71 177	11,3 %	20 868	3,3 %	26 334	4,2 %	23 975	3,8 %
55-74	420 907	36 513	8,7 %	9 724	2,3 %	13 590	3,2 %	13 199	3,1 %
75+	220 680	19 538	8,9 %	5 653	2,6 %	7 022	3,2 %	6 863	3,1 %
	2 300 323	289 644	12,6 %	85 642	3,7 %	107 162	4,7 %	96 840	4,2 %
Menn									
0-15	493 689	55 049	11,2 %	18 020	3,7 %	20 105	4,1 %	16 924	3,4 %
16-34	577 724	69 227	12,0 %	20 822	3,6 %	25 985	4,5 %	22 420	3,9 %
35-54	654 945	59 248	9,1 %	18 984	2,9 %	21 335	3,5 %	18 929	2,9 %
55-74	404 620	28 306	7,0 %	8 453	2,1 %	10 192	2,5 %	9 661	2,4 %
75+	132 450	10 824	8,2 %	3 161	2,4 %	3 940	3,0 %	3 723	2,8 %
	2 263 428	222 654	9,8 %	69 440	3,1 %	81 557	3,6 %	71 657	3,2 %
Totalt	4 563 751	512 298	11,2 %	155 082	3,4 %	188 719	4,1 %	168 497	3,7 %

Kilde: RTV. Kvartalsvise styringsdata f.o.m. 3/01 t.o.m. 4/03; vedleggstabell 20a t.o.m. 1/03 og vedleggstabell 10a f.o.m. 2/03, inklusive lister uten lege.

I Trondheim var byttefrekvensen omkring 3 prosent per år i forsøksperioden. Dette tilsvarende omtrent frekvensen i Danmark som har hatt fastlegeordning i flere tiår. Også i de øvrige forsøkskommunene var byttefrekvensen lav i forsøksperioden (Heen, Johnsen og Opdahl Mo 1996:35).⁴⁹ Sammenlignet med forsøksordningen har omfanget av bytter blitt noe høyere, men tallene er ikke sammenlignbare, dels fordi det i forsøksordningen kun var mulighet til ett bytte per år, og dels fordi det ikke var mulighet til å bytte til lege i annen kommune.

⁴⁸ Ordinære legebytter etter innbyggerens eget ønske. Inkluderer ikke bytter pga. flytting eller at barn tilknyttes foreldres liste.

⁴⁹ Spesifiseres ikke ytterligere i rapporten.

Vi ser av tabell 4.7 at kvinner bytter lege i større grad enn menn. 12,6 prosent av kvinnene har byttet lege, fordelt med 3,7 prosent i 2001 (gjelder 7 måneder), 4,7 prosent i 2002 og 4,2 prosent i 2003. Tilsvarende har 9,8 prosent av mennene byttet lege, fordelt på 3,1 prosent i 2001, 3,6 prosent i 2002 og 3,2 prosent i 2003. Det er aldersgruppen 16-34 år som i størst grad bytter lege både når det gjelder kvinner og menn. Lavest byttefrekvens har det vært blant menn i aldersgruppen 55-74 år hvor 7,0 prosent har byttet lege siden 1. juli 2001.

Variasjon i bytte av lege bør ses i forhold til at det er ulikt forbruk av legetjenester i de forskjellige kjønns- og aldersgruppene. I følge data fra SSBs levekårspanel var gjennomsnittlig legef়orbruk blant menn i løpet av et år 3, mens kvinner gikk til lege gjennomsnittlig 4,7 ganger (Finnvold og Paulsen 2002). Et forhold som kan ha betydning for et høyt antall registrerte bytter i aldersgruppen 16-34 år både for kvinner og menn, er at denne aldersgruppen flytter forholdsvis mye i forbindelse med utdanning og jobb.

Byttefrekvensen varierer geografisk. Disse variasjonene ser ut til i stor grad å reflektere ulik byttemulighet. Oslo som har hatt høyest andel ledige lister med 73 prosent per 4. kvartal 2003, har også høyest andel legebytter etter innbyggerens eget ønske. Motsatt har Sør-Trøndelag med lavest andel ledige lister, 37 prosent per 4. kvartal, vært blant fylkene med lavest andel bytter.

Det er tidligere vist at den vanligste årsaken til manglende kontinuitet i lege-pasientforhold er diskontinuitet i legetjenesten selv. Dette problemet er størst i mindre og usentrale kommuner, og kan skyldes både rekrutteringsproblemer og bestemte måter å organisere legetjenesten på. Utskiftinger i fastlegeavtalene medfører at innbyggere mister mulighet til kontinuitet over tid. Et visst omfang av utskiftinger vil være naturlig ut fra mobilitet i arbeidsmarkedet, men omfanget av utskifting og hvilken konsekvens dette får for omfang av legebytter bør følges over tid (Finnvold og Paulsen 2002).

4.3.2 Ufrivillige legebytter

Blant de 556 017 såkalt ufrivillige legebytter foretatt i perioden fra 1. juli 2001 til 31. desember 2003 var 497 638 bytter forårsaket av at fastlegen avsluttet sin praksis, mens 58 379 (50 496)⁵⁰ skyldtes at fastlegen reduserte sin liste.

547 fastleger avsluttet sin praksis i perioden, 181 (33,1 prosent) kvinner og 366 (66,9 prosent) menn. Når en fastlege avslutter eller flytter praksis, vil en ny lege vanligvis overta praksisen og innbyggerne på listen til vedkommende lege. Men innbyggerne vil antakelig også vurdere muligheten for å velge annen lege i den grad det er ledig plass på andre legers liste.

232 fastleger reduserte i samme periode listen sin. 28,9 prosent av disse legene var kvinner (mot totalt 29,4 prosent). Andelen leger under 40 år som har redusert listen er 27,2, mens 18,1 prosent er 55 år og eldre. Listereduksjon har medført at 50 496

⁵⁰ RTV har inkludert lister uten lege i beregningen av totaltallene (tabell 9 i følgerapport 4/03), mens spesifisert informasjon om listereduksjon ikke omfatter lister uten lege (tabell 10, samme sted).

innbyggere har måttet bytte lege siden fastlegeordningen ble innført. Andelen kvinner som har måttet bytte lege på grunn av listereduksjon i perioden utgjør 51,4 prosent.⁵¹

Både frivillige og ufrivillige bytter varierer fra kvartal til kvartal med høyest antall i 1. og 3. kvartal.

4.3.3 Bruker innbyggeren sin fastlege?

Gjennom takstdata fra Rikstrygdeverket kan vi hente ut noe informasjon om innbyggeren bruker annen lege enn fastlegen, eller benytter muligheten til ny vurdering. Gjennom utviklingen i legevakttakster kan man også få en indikasjon på om innføringen av fastlegeordningen har endret innbyggernes bruk av legevakt. Når det gjelder legevakt vises det til omtale i 4.4.

Fra takstbruksundersøkelsen 2002/2003 er det beregnet at det i perioden fra juli 2002 til juni 2003 ble krevd refusjon for 343 000 konsultasjoner der fastlegen tok imot pasienter som ikke tilhører egen liste. Den aktuelle taksten gjelder ikke leger som er i kontorfellesskap med innbyggerens lege eller når legen er vikar/dekker fravær for innbyggerens lege. Taksten gjelder når innbyggere oppsøker lege i annen kommune, eller når innbyggeren ønsker å få konsultasjon hos annen lege i egen kommune. Taksten gjelder også for asylsøkere som ikke er tildelt fastlege og for borgere av EØS-land som ikke er medlem av folketrygden.

Totalt ble det beregnet at det i samme periode ble gjennomført omkring 11 millioner konsultasjoner. Det betyr at omkring 3 prosent av konsultasjonene hos fastlegene gjelder pasienter som ikke hører til egen liste.

Innbyggerne har rett til ny vurdering hos en annen fastlege enn sin egen, jf. kommunehelsetjenesteloven § 2-1 a og fastlegeforskriften § 6. I henhold til takstbruksundersøkelsen for 2002/2003 blir muligheten til ny vurdering i liten grad benyttet. Det er beregnet at det i løpet av perioden fra juli 2002 til juni 2003 ble gjennomført drøyt 8 000 konsultasjoner som gjaldt fornyet vurdering.

4.3.4 Årsaker til legebytte - hva betyr kontinuitet for innbyggerne?

Rundt 28 prosent av befolkningen hadde ikke fast allmennlege før innføringen av fastlegeordningen. Rundt 10 prosent hadde valgt dette selv; noe som var mest vanlig blant personer med høyere utdanning og god helse (Finnvold og Paulsen 2002).

En undersøkelse basert på SSBs levekårspanel utført året etter innføringen av fastlegeordningen stilte blant annet spørsmål knyttet til legevalget i 2001. Mer enn halvparten (53 prosent) av utvalget svarte at det viktigste for dem da de valgte lege var at de fikk beholde en lege de kjente fra før. Dette blir tolket som at kontinuitet i lege-pasientforholdet oppleves som viktig. Kontinuitet synes å være viktigere for eldre enn for yngre og viktigere for dem med dårlig egenvurdert helse enn for dem som vurderer sin helse som god (Finnvold, Lurås og Paulsen 2003).

⁵¹ Inklusive lister uten lege (30 020 av 58 379). Kilde: RTV styringsdata, vedleggstabell 20a f.o.m. 3/01 t.o.m. 1/03 og vedleggstabell 10a f.o.m. 2/03 t.o.m. 4/03.

En tidligere undersøkelse utført ved SSB peker på at det kan være forskjellige forhold som styrer folks legebruksmønster. Kvinner og menn bruker ofte helsetjenester på forskjellige måter. Ikke alle ønsker å knytte seg til en fast allmennlege. Typisk for personer med høy utdanning bosatt i sentrale strøk med et mangfold av helsetilbud, er at de bruker flere ulike leger, hvorav ofte privatpraktiserende spesialister (Finnvold 2000).⁵²

I en ny undersøkelse basert på levekårspanelet våren 2003 oppga i underkant av 5 prosent at de ikke hadde en fast lege, mot 28 prosent tidligere. Å være tilknyttet fellesliste, eller å stå på listen til en langtidsvikar regnes i denne sammenheng ikke som å ha fast lege (Finnvold og Svalund 2004).

Undersøkelsen viser at de som bor i kommuner der legetjenesten i stor grad er basert på turnusleger og kommunalt ansatte leger er overrepresentert i den gruppen som ikke hadde fast lege før reformen, men som oppga at de hadde det i 2003. Analysen viser også at unge mennesker med god helse, og særlig menn, er overrepresentert blant dem som etter innføringen av fastlegeordningen har fått fast lege (ibid.).

I følge rapporten har fastlegeordningen virket for kort tid til at det gir nevneverdig mening å trekke konklusjoner vedrørende endringer i varighet av lege-pasientforhold. Ettersom spørsmålet ble stilt den delen av levekårspanelet som våren 2003 hadde en fast lege, og denne andelen hadde økt betraktelig siden våren 2001, går gjennomsnittlig lengde på lege-pasientrelasjonen ned. Samtidig viser en annen større spørreundersøkelse at 9 prosent mistet en lege de tidligere hadde et stabilt forhold til i forbindelse med legevalgsprosessen våren 2001 (Lian 2003). Man kan derfor ikke samlet sett forvente økt varighet i lege-pasientforhold på kort sikt (Finnvold og Svalund op.cit.).

En komparativ spørreundersøkelse foretatt i 2000 og 2003 blant et tilfeldig utvalg av befolkningen i Nord-Norge og på Østlandet viser at 18 prosent hadde byttet fastlege etter at ordningen ble innført. Den vanligste grunnen til bytte var egen eller legens flytting (63 prosent). 31 prosent hadde byttet fordi de ikke var fornøyd med legen.⁵³ 17 prosent av respondentene oppga at de hadde ønsket å bytte fastlege, men ikke gjort det. De vanligste grunnene til dette var at de gikk så sjelden til lege at de ikke hadde tatt seg bryet, at de visste for lite om legene til å kunne velge, eller at den de ønsket seg ikke hadde ledig plass på listen (Lian 2003:30-34).

Et utvalg av levekårspanelet ble spurt både i 2001 og i 2003 om de hadde byttet fast lege i løpet av det siste året. 3 prosent av de spurte i 2001 hadde byttet, mens tilsvarende for de spurte i 2003 var 6 prosent. Den vanligste årsaken var at den tidligere legen hadde sluttet. Forskerne mener at denne økningen i ufrivillige legebytter ikke er uventet, ettersom bedringen i kontinuitet i form av det å ha en fast lege først og fremst er skjedd i regioner og grupper i befolkningen der stabilitet var mindre vanlig. Bytte har blitt mer vanlig blant bosatte i kommuner med en stor andel

⁵² Finnvold, Jon Erik (2000): "Bestemmer behovene bruken av legespesialistene?" Kapittel 4 i Statistiske analyser 56, Helse- og omsorgstjenester, Statistisk sentralbyrå (i Finnvold og Svalund 2004).

⁵³ Det opplyses om at respondentene kunne merke av inntil to svar (Lian 2003).

fastlønns- og turnusleger. En slik sammenheng ble ikke observert før innføringen av fastlegeordningen (Finnvold og Svalund op.cit.).

Lian fant at andelen personer som hadde vært hos samme lege tidligere økte med kommunistørrelse, spesielt i 2000. I 2000 hadde 69 prosent av respondentene i de største kommunene vært hos samme lege flere ganger tidligere, mens dette gjaldt 43 prosent i de minste kommunene. I 2003 var tilsvarende tall henholdsvis 70 og 63 prosent. Forskjellen mellom kommunegruppene ble altså redusert (Lian op.cit.).

Totalt sett synes kontinuiteten i lege-pasientrelasjonen å ha økt ved at det i 2000 var 58 prosent av respondentene som, på spørsmål relatert til sitt forrige legebesøk, hadde vært hos samme lege tidligere, mens dette i 2003 var tilfelle for 69 prosent av respondentene (ibid.).⁵⁴ Den samme tendensen gjenfinnes i en undersøkelse av brukertilfredshet basert på to nasjonale spørreundersøkelser de samme to årene. Denne viser at andelen av befolkningen som hadde benyttet mer enn én lege det siste året var gått ned fra 38 til 29 prosent (Grytten, Skau og Carlsen 2004).

Angående i hvilken grad de som har en fast allmennlege benytter denne legen, stilte Finnvold og Svalund i 2000 og 2003 spørsmål om dette til en undergruppe av levekårspanelet som hadde hatt to eller flere kontakter med allmennlege siste år på grunn av egen sykdom (eksklusive legevakt). Resultatene viser liten endring, i motsetning til Grytten m.fl. (ibid.) som fant at flere benyttet den samme legen etter innføringen av fastlegeordningen.

Pasienter med store legebehov

En kvalitativ studie av hvordan pasientgrupper med store behov for legetjenester har opplevd fastlegeordningen, ble utført i tiden etter innføringen sommeren 2001.⁵⁵ Undersøkelsen viser til at "pasienter som trenger å gå ofte til lege" er en uensartet gruppe. Behovene er både sammensatte og kompliserte, og de varierer over tid, med egen kunnskap, med legens kunnskap, med kjønn og klasse, sykdommens prestisje og organisasjonstilhørighet.

Et hovedfunn er at informantene er lite opptatt av fastlegeordningen. De få som var misfornøyde hadde mistet sin faste lege ved innføringen av ordningen. Størst oppmerksomhet er viet diskusjonen rundt kontinuitet som ideal, og betydningen av at det å bytte lege nå er blitt en formalisert rettighet for pasienten. Informantene var ikke spesielt opptatt av kontinuitet i lege-pasientrelasjonen. Noen skilte tydelig mellom det å trenge øyeblikkelig hjelp og det fastlegen kan tilby over tid. Flere var mer opptatt av å vurdere sin lege kritisk, og overveide legebytte fremfor å prioritere kontinuitet. De som var mest opptatt av kontinuitet i relasjonen til fastlegen var de med mest kompliserte sykdomshistorier og størst legebehov. Dette syntes å være mest utbredt blant eldre. For noen hadde kontinuitet vært en forutsetning for å bygge opp en stor kunnskapsbase om sin sykdom. En del informanter gikk til spesialist fremfor å gå til

⁵⁴ Dette gjaldt personer som hadde vært hos lege i løpet av siste år, N=860/904 i 2000/2003.

⁵⁵ 32 informanter, i hovedsak rekruttert gjennom kontakt med Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, Norges astma- og allergiforbund og Norges fibromyalgiforbund. Undersøkelsen er utført i Oslo som på mange måter skiller seg ut fra de fleste av landets kommuner. Blant annet gjelder dette bruk av spesialister/andre leger i tillegg til fastlege og tilgjengelighet til disse.

fastlegen, men dette var primært som resultat av en langvarig relasjon og ikke fordi det var nødvendig.

Funnene i undersøkelsen kan tyde på at terskelen for å bytte lege senkes etter at man først har byttet lege én gang. Forfatterne antyder også at det å bytte lege er i ferd med å bli mer legitimt enn før ved at legebytte, som tidligere måtte skje uformelt, nå er formalisert og lovfestet som en rettighet. Det kan imidlertid også tenkes at samfunnsutviklingen i seg selv gjør at kontinuitet etter hvert vil oppleves som mindre viktig: ”Beviste brukere blir som kunder i et marked og markedstankegangen er blitt en del av et moderne helsevesen. Også andre utviklingstrekk i et moderne samfunn oppmuntrer individer til slik atferd. ”Shopperne” opptrer tidsriktig, de er nomadiske subjekter som vil orientere seg i ulike retninger før de bestemmer seg for hvilken type relasjon til legen som best tjener deres behov her og nå. Kontinuitet som mål og verdi er på vikende front. En kan derfor tenke seg at ”shopperne” er de virkelige foregangspersonene, og at de representerer den gruppen som vil vokse mest i årene fremover” (Dahle og Skilbrei 2003).

Med fastlegeordningen ønsket departementet blant annet å redusere omfanget av doktor-shopping, spesielt blant dem som gikk fra lege til lege for å få tilgang til spesielle medikamenter. Begrepet doktor-shopping er imidlertid ikke entydig og kan også være et uttrykk for at folk stiller krav til legene og velger den de tror er best (Elstad 1992, i Finnvold og Svalund op.cit.). Dahle og Skilbreis studie understøtter en slik tolkning. Finnvold og Svalunds undersøkelse blant levekårspanelet viser at 1 prosent av dem som hadde hatt kontakt med flere leger hadde vært misfornøyd med den faste legen. De vanligste årsakene til at folk hadde hatt kontakt med flere leger var at den faste legen hadde sluttet, var på ferie, eller at de hadde fått en annen lege på legesenteret. Personer som oppfattet sin helse som relativt dårlig og personer bosatt i kommuner med en stor andel fastlønns- og turnusleger hadde oftest brukt andre leger enn sin faste. Dette var minst vanlig blant de eldste innbyggerne (ibid.).

4.3.5 Legenes forventninger og erfaringer

Fagutvalget i Alment praktiserende legers forening (ApLf) uttalte omtrent på innføringstidspunktet for fastlegeordningen: ”Det vi kan gjøre er å informere om hvem og hvor vi er, og å være tilgjengelige. Erfaringer har vist at den faste allmennlegen på denne måten blir tydelig – hun/han blir ”en adresse for ansvar” (). Folk må kunne velge å la være å kontakte legen sin selv om behovet oppstår, men terskelen skal være lav nok til at alle kan være i stand til å ta kontakt dersom de ønsker det.

At fastlegen etter hvert blir tydelig for stadig flere innen populasjonen, er en faktor som bidrar til at arbeidspresset øker i løpet av de første årene. Minst like viktig er det nok at legen blir ”en adresse for ansvar” også for andre instanser som har med pasientene å gjøre: sosialkontor, rusmiddelomsorg, somatiske sykehusavdelinger, psykiatriske institusjoner, barnevern, hjemmesykepleiere etc., alle vil få en økt forventning om å involvere pasientens faste lege i behandling og oppfølging” (Brekke m.fl. 2001).

Resultater fra en undersøkelse basert på fokusgruppeintervjuer med 81 fastleger et halvt til ett år etter innføringen av fastlegeordningen, viser at legene forsøker å yte bedre service til sine pasienter etter innføringen av reformen, og at større kontinuitet i lege-pasientrelasjonen gir legene en sterkere følelse av å være pasientens advokat/hjelper fremfor kontrollør i tilknytning til portvaktrollen . Legene oppgir også at de arbeider mer forebyggende og langsiktig (Carlsen 2002). Den samme undersøkelsen viste at 59 av informantene (73 prosent) evaluerte ordningen positivt,

10 (12 prosent) var nøytrale og 12 (15 prosent) var negative. Legene i studien vektlegger tre aspekter ved reformen: De føler de har bedre faglig kontroll/oversikt, ansvaret for egne pasienter er utvidet og de har bedre økonomiske vilkår. De kvinnelige legene er mer negative/mer skeptiske til det utvidede ansvaret for en bestemt populasjon enn de mannlige legene. Dette blir tolket ut fra at det kan være kjønns spesifikke måter å forholde seg til det utvidede ansvaret på. Flere av legene hadde et ambivalent forhold til det de opplevde som et større faglig ansvar i fastlegeordningen. Når legene oppsummerte erfaringene så det, i følge forskeren, ut til å være avgjørende om økt oversikt oppveide den belastningen noen leger opplevde ved at ansvaret økte (hvorav flest kvinner) (Carlsen 2003).

En spørreskjemaundersøkelse til 234 spesialister i allmennmedisin i 2001 og 2002, bekreftet forventninger om økt kontinuitet (66 prosent), økt ansvar (62 prosent) og økt arbeidsmengde (59 prosent). Oppslutningen om fastlegeordningen økte fra 58 til 64 prosent, men den generelle tilfredsheten avtok fra 70 til 65 prosent. Oppslutningen om portvaktfunksjonen avtok fra 77 til 72 prosent. Leger i forsøkskommunene var sterkere tilhengere av ordningen (82 mot 63 prosent) og mer tilfreds (80 mot 64 prosent) enn de andre legene (Sandvik 2003).

En større spørreskjemaundersøkelse blant fastlegene i 2002 viste at 59 prosent av legene var tilfredse med sin arbeidssituasjon, 25 prosent svarte nøytralt og 16 prosent var lite tilfredse. I forhold til før fastlegeordningen ble innført, var 35 prosent mer fornøyd med sin arbeidssituasjon, mens 44 prosent oppga at de ikke opplevde noen vesentlig endring. Tidligere fastlønnsleger og leger i de tidligere forsøkskommunene synes å være mest fornøyd. For tidligere fastlønnsleger knyttes dette til en antakelse om at de har fått en god inntektsøkning som resultat av nytt avlønningssystem. For legene i forsøkskommunene forklares den økte tilfredsheten med at de har fått redusert sin arbeidsbelastning gjennom kortere listelengde. I en studie fra forsøkskommunene i 1995 oppga 42 prosent av de mannlige og 53 prosent av de kvinnelige legene at arbeidsmengden var for stor. Gjennomsnittlig listelengde i forsøkskommunene var 1 680 i 1998 og 1 531 i 2002. Tilfredshet synes imidlertid i liten grad å være påvirket av faktisk listelengde (Grytten m.fl. 2003:24-26, 31, 53).

I den samme undersøkelsen ble legene spurt om fastlegeordningen hadde gitt dem bedre kjennskap til pasientene og om dette hadde gitt sikrere diagnoser og bedre behandlingstilbud. Når det gjelder ikke-kronisk syke listeinnbyggere mente 34 prosent av legene at listesystemet hadde gitt dem bedre innsikt i pasientenes medisinske behov og at den medisinske behandlingen var blitt mer effektiv. I forhold til kronisk syke listeinnbyggere gjaldt det samme 45 prosent av legene. Det er i denne sammenhengen interessant at det er betydelig forskjell mellom leger som før reformen hadde få av sine listeinnbyggere som faste pasienter og leger der listepopulasjonen i hovedsak består av tidligere faste pasienter. For kronisk syke pasienter oppgir 71 prosent av legene i praksiser der mindre enn 50 prosent av listepopulasjonen var fast før innføringen av fastlegeordningen at innsikten i pasientens medisinske behov og effektiviteten i behandlingen har blitt bedre, mens det samme gjelder 29 prosent av legene i praksiser der mer enn 90 prosent av listeinnbyggerne var faste pasienter fra før. Dette tolkes som at legene mener det er lettere å gjøre en god medisinsk jobb når praksisen har en høy andel faste pasienter, og at dette understreker betydningen av kontinuitet i lege-pasientrelasjonen (ibid.: 27-28).

4.4 Effektivitet

Overskriften henspiller på utnyttelse av landets samlede legeressurser, som omfatter både samhandling/samarbeid innen primærhelsetjenesten og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, legevaktorganisering, drift av legetjenesten og generelle økonomiske forhold.

4.4.1 Innledning

Fastlegeordningens formål er å bedre kvaliteten på allmennlegetjenesten blant annet gjennom å bidra til en mer rasjonell utnyttelse av landets samlede legeressurser. Til grunn for dette ligger prinsippet om at tjenester bør utføres på laveste effektive omsorgsnivå (Leon-prinsippet) og kunnskap om at spesialisthelsetjenester er mer kostbare enn primærhelsetjenester.⁵⁶ En god utnyttelse av legeressursene er blant annet avhengig av legedekningen og av arbeidsdelingen mellom legespesialister og allmennleger. Gjennom evalueringen er det ønskelig å få informasjon om i hvilken grad fastlegeordningen medfører en mer rasjonell bruk av legeressursene med spesielt fokus på allmennlegetjenesten. Inkludert i dette er også en oppfølging av hvordan utgiftene til legetjenesten utvikler seg for stat og kommune.

Det er forventet at den klargjøringen av ansvarsforhold som fastlegeordningen impliserer vil gi større mulighet for den enkelte allmennlege til å planlegge sin praksis og til å få en bedre utnyttelse av sin tid. Fastlegeordningen etablerer et forpliktende forhold mellom en fastlege og vedkommendes listepopulasjon. Gjennom dette legges det organisatorisk til rette for at den enkelte fastlege over tid kan få oversikt over og bli kjent med innbyggerne på sin liste. For samarbeidspartnere innen det kommunale tjenesteapparatet og i forhold til spesialisthelsetjenesten vil fastlegen, der det er hensiktsmessig, kunne være en koordinator og ”postkasse” for medisinske problemstillinger for innbyggerne på sin liste.

4.4.2 Kommunal organisering og styring av allmennlegetjenesten

Som beskrevet i kapittel 2.3 er kommunen etter kommunehelsetjenesteloven ansvarlig for å sikre innbyggere som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen nødvendige helsetjenester, og skal blant annet sørge for allmennlegetjeneste, herunder fastlegeordning. Dette innebærer å sikre tilstrekkelig legedekning, slik at tilgjengeligheten til fastlege og øyeblikkelig hjelp er tilfredsstillende for innbyggerne. Kommunen har også ansvar for å gi nødvendige legetjenester til innbyggere som ikke har fastlege i kommunen, enten fordi de har valgt å stå utenfor fastlegeordningen, eller fordi de oppholder seg midlertidig i kommunen. Kommunen har også ansvar for å organisere offentlig legearbeid og turnustjeneste og for å sikre at legetjenestetilbudet blir koordinert med annen kommunal helsetjeneste.

Det går fram av kommunehelsetjenesteloven at kommunen kan organisere tjenesten ved å ansette personell i kommunale stillinger, eller ved å inngå avtaler med personell om privat helsevirksomhet (§§ 1-3 og 4-1). Privat praksis og næringsdrivende leger er den dominerende driftsformen i fastlegeordningen. Overfor fastleger i privat praksis er de individuelle fastlegeavtalene det viktigste styringsredskapet for kommunene.

⁵⁶ Bl.a. Coulter (1998): “Managing Demand at the Interface between primary and secondary Care”, *British Medical Journal*, 316:1974-1976, i Norheim og Carlsen 2003:16).

Kommunenes styring av legetjenesten vil derfor i hovedsak skje gjennom inngåelse av individuelle avtaler med legene og oppfølging av disse. I henhold til rammeavtalen mellom Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen er det i tillegg forutsatt at det skal etableres et lokalt samarbeidsutvalg for legetjenesten bestående av representanter fra kommunen og fastlegene. Det lokale samarbeidsutvalget (LSU) skal legge til rette for at driften av allmennlegetjenesten skjer på en hensiktsmessig måte gjennom samarbeid mellom kommunene og allmennlegene. Utvalget gir råd til kommunen i saker som gjelder fastlegeordningen, bl.a. opprettelse av legehjemler, kollegial fraværdeknning og vikarordninger, fordeling og tilplikting av offentlige legeoppgaver. I de fleste kommuner har kommunelege I eller kommuneoverlegen en sentral rolle i dette arbeidet (se 4.1.3). Mekanismene i den lokale styring av fastlegeordningen er vesentlige for hvordan ordningen fungerer. Fastlegeordningen er på de fleste områder ment å skulle være selvregulerende i den forstand at de fleste utfordringer fortløpende vil måtte løses av partene lokalt (jf. kapittel 7).

Ved oppstart av den forskningsbaserte evalueringen var ikke kommunens styring og oppfølging av fastlegeavtalene inkludert i evalueringsoppdraget til Forskningsrådet. Dette ble først inkludert i retningslinjene for evalueringen for 2003. Det er nylig igangsatt et prosjekt ved Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) som vil søke å belyse de styringsmessige implikasjoner av fastlegeordningen for kommunene. Prosjektet vil blant annet fokusere på hvilke muligheter og begrensninger som ligger i kontraktstyringen/fastlegeavtalene, inklusive de lokale samarbeidsutvalg. Rapport forventes først sommeren 2005.

4.4.3 Organisering og drift av legepraksis/legenes tilpasning til FLO

Innledning

I behandlingen av Innst. S. nr. 215 (1996-97) vedtok Stortinget at legene normalt ikke skal ha flere enn 2 500 innbyggere på listen ved fulltids kurativ virksomhet, eller færre enn 500. Ved inngåelse av individuell fastlegeavtale kan kommunen stille vilkår om at fastlegen påtar seg listeansvar for inntil 1 500 innbyggere ved fulltids kurativ virksomhet (fastlegeforskriften §§ 12 a og 14). Innen disse rammer har legen rett til å fastsette maksimalt antall innbyggere på sin liste – og med det mulighet til å påvirke sin arbeidsmengde – gjennom forhandling og reforhandling av fastlegeavtalen med kommunen. Dette gjelder også krav/ønske om å redusere listelengden (forskriften § 16). Bestemmelser om listestørrelse er nærmere regulert i Rammeavtalen pkt. 10.7. Krav om listereduksjon og ønske om høyere listetak kan framsettes når som helst (Rammeavtalen pkt. 15).

I fastlegeforsøket (1993-96 og senere i disse kommunene) var det ikke angitt nærmere regler for listestørrelse og listeregulering. Primært av hensyn til kommunenes behov for estimering av behovet for leger, ble legene i forkant av implementeringen bedt om å framsette forslag om en øvre grense for listestørrelse. Det var stor usikkerhet knyttet til hva som ville være en passe stor liste å betjene. På grunn av dårlig legedekning i Trondheim og Tromsø kom listene der til å få en øvre grense på 2 500. Gjennomsnittlig listelengde i disse kommunene var 300 flere innbyggere per liste enn

i Lillehammer og Åsnes.⁵⁷ Dersom en lege ønsket å redusere sin kurative virksomhet, kunne vedkommende be om å få lukket listen (St.meld. nr. 23 (1996-97):23,32,54). Som nevnt i 4.3.5 foran opplevde en stor andel leger i forsøkskommunene at arbeidsmengden var for stor de første årene.

I forkant av innføringen av den landsdekkende fastlegeordningen var det fremdeles usikkerhet knyttet til hva som ville være en hensiktsmessig listelengde eller rimelig arbeidsmengde. Departementet ba høsten 2000 kommunene om å vurdere det samlede behovet for listekapasitet⁵⁸ sammen med legene i lokalt samarbeidsutvalg (LSU) før individuelle fastlegeavtaler ble inngått. Det ble også oppfordret til solidaritet legene imellom ved fastsettelse av listelengde, spesielt i kommuner med høy legedekning i forhold til pasientgrunnlaget.

Tilfredshet med listelengde og arbeidsmengde

Det har vist seg at en del leger foretok strategiske valg da listetak ble avtalt med kommunen. I en nasjonal spørreundersøkelse blant fastlegene i 2002 oppga 18 prosent at de i forkant av innføringen inngikk avtale om et listetak som var høyere enn det de egentlig ønsket (Grytten m.fl. 2003:30).

I den samme undersøkelsen ble fastlegene i 2002 spurt om de fikk omtrent det antallet innbyggere på listene de hadde ønsket ved oppstarten av fastlegeordningen i 2001, og om de var fornøyd med utfallet. 48 prosent av legene svarte at de hadde vært tilfredse med listelengden, mens 38 prosent hadde ønsket lengre liste og 15 prosent kortere liste ved oppstart (ibid.:21, tabell 3.6).

På spørsmål om hvordan de i dag vurderer sin listelengde oppga i 2002 60 prosent av legene at de hadde passe lang liste, 21 prosent ønsket lengre liste, mens 19 prosent ønsket kortere liste.⁵⁹ Det var en svak tendens til at mannlige og yngre fastleger ønsket noe lengre liste. Tidligere fastlønnsleger var mest tilfredse med listelengden, mens tidligere avtaleløse leger var minst tilfredse. Blant de sistnevnte opplevde 34 prosent at listen var for kort (ibid: 16-17). Forskerne peker på at det synes å ha funnet sted en omfordeling av innbyggere mellom fastlegenes lister etter at fastlegeordningen ble innført. Noen leger har tilpasset seg ordningen gjennom å endre sitt listetak (ibid.:29). En slik omfordeling av innbyggere på listene var forventet ut fra at innbyggernes legevalg/-bytter for en stor del vil styre listelengden innenfor de tak som er avtalt med kommunen.

I en intervjuundersøkelse blant 81 fastleger i Oslo og Hordaland rapporterte 50 av 74 leger (67,6 prosent) at listen var passe lang, mens 12 leger (16,2 prosent) syntes den var for kort og 12 leger syntes den var for lang (Carlsen 2003).

I en tredje undersøkelse, basert på tall fra trygdeetatens fastlegedatabase i januar 2002, blir det hevdet at 75 prosent av fastlegene opplevde ”pasientknapphet” et halvt år etter innføringen. Med dette menes at 75 prosent av legene hadde kortere liste enn de kunne ønske seg (Lurås og Iversen 2002). Det framgår, så vidt vi kan se, av

⁵⁷ Gjennomsnittlig listelengde i fastlegeforsøket var 1 628 i Tromsø, ca. 1 700 i Trondheim, ca. 1 400 i Lillehammer og ca. 1 350 i Åsnes.

⁵⁸ Dvs. samlet listelengde eller totalt antall plasser på listene eller kapasitet til kurativt legearbeid.

⁵⁹ 55 prosent av legene hadde på samme tidspunkt kortere liste enn avtalt listetak (ibid.:29).

undersøkelsen at dette tallet utgjør differansen mellom de listetak som er avtalt med kommunen og de faktiske listelengder. Man finner at 26 prosent av legene har en listelengde tilsvarende eller større enn maksimal/ønsket listelengde, det vil si listetaket.

En kvalitativ studie blant fastleger i seks kommuner i 2001/2002 viser at det for den enkelte lege ikke nødvendigvis er en entydig sammenheng mellom det å være fornøyd med listestørrelse og det å være fornøyd med arbeidsmengde. Intervjuene viser at i tillegg til vurderinger av arbeidsmessig og økonomisk karakter, er vurderinger av listestørrelse i en del sammenhenger også påvirket av hvordan den enkelte vurderer fordeler og ulemper ved å ha en åpen og en stengt liste og konsekvenser av en eventuell listereduksjon. Blant respondentene var det for eksempel flere leger med lange lister som lot være å redusere listen på grunn av risiko for brudd i langvarige lege-pasientrelasjoner (Heen 2004:7).

Utviklingen i antall konsultasjoner hos leger med ulike driftsformer – trendeffekt eller reformeffekt, seleksjons- eller incentiveffekt?

Legenes produksjon av tjenester kan betraktes som et kvantitativt mål på tilgjengelighet for befolkningen foruten å være en indikator på legenes effektivitet. Gitt uendret legedekning vil en økning i antallet konsultasjoner være et uttrykk for at flere innbyggere kommer til hos lege, eller at noen går oftere til lege. Et hovedtrekk i forhold til før og etter innføringen av fastlegeordningen er at antallet konsultasjoner per lege har økt. Den største økningen er å finne blant tidligere fastlønnsleger, der antallet konsultasjoner per år økte med 316 (13,5 prosent) fra 1998 til 2002 (fra 2 341 til 2 657). For tidligere driftsavtaleleger var økningen i underkant av 100 konsultasjoner per år, det vil si 2,5 prosent (fra 3 689 til 3 782). Kontrollert for forskjeller i utvalgene øker forskjellene mellom tidligere fastlønte leger og leger med kommunal driftsavtale med henholdsvis 505 og 308 flere konsultasjoner per år. Det er også registrert en økning i andre pasientkontakter (telefon- og fremmøtekontakter), men spesielt hos tidligere fastlønnsleger (Grytten m.fl. op.cit.:33-35, 40).

Når det gjelder den generelle økningen i antall konsultasjoner per lege, mener forskerne de ikke har belegg for å forklare eksakt hvor mye som skyldes en "trendeffekt" gjennom en generell trend i befolkningen i retning av større legesøkningsatferd over tid, og hvor mye som kan tilskrives fastlegeordningen/en "reformeffekt" gjennom at fastlegene føler større ansvar for innbyggerne på sine lister og initierer kontroller, og gjennom endringer i finansieringssystemet. Analyser foretatt med basis i Rikstrygdeverkets takstdata (legeregningsskontrollen) fra 1996 til 2001 tyder på at trendeffekten er sterkest (ibid.:35-36).

Når det gjelder å forklare forskjeller mellom leger med bakgrunn i forskjellige driftsformer, var det forventet en "incentiveffekt" hos tidligere fastlønnsleger ut fra at økt arbeidsinnsats i det nye systemet belønnes med økte inntekter. Det ble imidlertid ikke utelukket at en "seleksjonseffekt", for eksempel motivasjon for valg av tidligere driftsform og kommunestørrelse/pasientgrunnlag, kunne svekke incentiveffekten. Etter kontroll for karakteristika ved allmennlegene, praksisen og listepopulasjonen finner forskerne at privatpraktiserende leger med kommunal avtale i 1998 hadde 889

flere konsultasjoner enn fastlønnsleger (faktisk antall).⁶⁰ I 2002 var denne forskjellen redusert til 708 (kontrollert for de samme forhold). Forskjellen i tjenesteproduksjon for de to kategoriene leger i 2002, når disse står overfor de samme økonomiske incentivene, understreker at legene har forskjellige typer preferanser, og at ikke alle leger har like sterke preferanser for arbeid og inntekt (seleksjonseffekt). Differansen mellom forskjellene i tjenesteproduksjon i 1998 og 2002 – 889-708 = 181 konsultasjoner – representerer selve incentiveeffekten av fastlegereformen. Den er imidlertid liten sammenlignet med seleksjonseffekten på 708 konsultasjoner (ibid.:34, 46).

Utviklingen i kurativ arbeidstid for leger med ulike driftsformer

For tidligere driftsavtaleleger har det vært en nedgang i antall kurative arbeidstimer per år på gjennomsnittlig 149 timer. Det er ikke registrert noen tilsvarende endring for tidligere fastlønnsleger (ibid.:42). Dette innebærer at også forskjellen i kurativ arbeidstid mellom de to legekategoriene er blitt redusert. I 1998 var forskjellen 206 timer, og i 2002 107 timer. Sistnevnte representerer seleksjonseffekten av fastlegereformen – det at tidligere fastlønnsleger har sterkere preferanser for kortere arbeidstid enn de tidligere privatpraktiserende allmennlegene med kommunal avtale (ibid.:46-47). Antall pasientkontakter per time har økt for alle tidligere driftsformer, men mest for tidligere fastlønnsleger. Disse legene oppgir også at andelen konsultasjoner som varer mer enn 20 minutter er redusert fra 1998 til 2002 (ibid.:44, se også kapittel 4.2.3).

Undersøkelsen indikerer at privatpraktiserende leger med kommunal driftsavtale hadde lengre kurative arbeidsdager og utførte flere konsultasjoner enn fastlønnte leger i det gamle systemet. I fastlegeordningen ser man fremdeles de samme tendenser når man sammenligner fastleger som tidligere hadde driftsavtale med dem som tidligere var fastlønnet, men forskjellene er redusert gjennom at tidligere driftsavtaleleger arbeider relativt færre timer med kurativ virksomhet og økningen i antall konsultasjoner er relativt større blant tidligere fastlønnte leger enn blant tidligere driftsavtaleleger.

Forskerne konkluderer med at incentiveeffekten av fastlegereformen er svak. To år etter innføringen av fastlegeordningen er seleksjonseffekten dominerende, noe som svekker den potensielle effektivitetsgevinsten som ligger i endringen av finansieringssystemet. I den grad det samlede tilbudet av allmennlegetjenester har økt som et resultat av reformen, skyldes dette først og fremst økningen i antall legeårverk per innbygger (ibid.:50, 70).

Listelengde – betydning for tilgjengelighet og inntjening

Innenfor den forskningsbaserte evalueringen som koordineres av Norges forskningsråd har to forskjellige forskningsmiljøer undersøkt effekter av fastlegeordningen på legenes tjenesteproduksjon. Det ble antatt at leger med kortere lister enn ønsket/avtalt listetak (listetaksavvik)⁶¹ ville tilby flere konsultasjoner per

⁶⁰ Før korrigering var forskjellen 1 348 konsultasjoner. Det er korrigert for kjønn, alder, spesialist i allmennmedisin, antall år i nåværende praksis, solo-/gruppepraksis, omfang tlf.konsult. per dag, andel off. legearbeid, antall legevakter per mnd og legeårverk per 10 000 innbyggere (ibid.:47, tabell 4.6).

⁶¹ Begrepet "listetaksavvik" er konstruert av forskerne (Iversen/Lurås) og er det samme som differensen mellom det listetak som er foreslått av legen og/eller avtalt mellom legen og kommunen og

innbygger på listen (indusering av konsultasjoner) enn leger med listelengde mer i tråd med avtalt listetak, og at leger med lange lister ville tilby færre konsultasjoner per person på listen (rasjonering av konsultasjoner).⁶² Forskerne har benyttet forskjellig metodisk tilnærming og er så langt kommet fram til motsatte konklusjoner. Ett av prosjektene er avsluttet (Grytten m.fl. 2003). Det har vært forsinkelser i dataleveransen til det andre prosjektet i tillegg til at forskerne ønsker å vente med publisering til analysen også kan omfatte data fra året 2003. Fra sistnevnte prosjekt er det publisert delrapporter med resultater fra forsøkskommunene og diskusjon av konsekvenser av listetaksavvik på legenes tjenesteproduksjon (se for eksempel Lurås og Iversen 2002, Iversen 2003).

En undersøkelse foretatt i forsøkskommunene fra 1994-1998 viser at fastlegenes inntjening per innbygger på listen var 15 prosent høyere blant fastleger med kortere liste enn avtalt listetak (listetaksavvik) enn blant fastleger der listelengden var i tråd med det listetak legen selv hadde foreslått. Undersøkelsen er basert på Rikstrygdeverkets (RTV) takstdata, og takstdata koblet mot trygdeetatens fastlegedatabase som gir informasjon om egenskaper ved legene (kjønn, ønsket og faktisk listelengde) og innbyggerne på listene (kjønn, alder). Tjenesteintensiteten, eller inntjeningen per innbygger på listen, økte også med kommunens legedekning. Andelen innbyggere eldre > 70 år var noe høyere blant leger med kortere liste enn oppgitt listetak (rasjonerte leger) enn hos de øvrige (ikke-rasjonerte). Andelen kvinner på listene var noe høyere blant ikke-rasjonerte leger, antakelig på grunn av en høyere andel kvinner blant ikke-rasjonerte leger. Blant de ikke-rasjonerte legene var det også en høyere andel som var fastlønte før forsøket startet (Iversen 2004).

I den samme undersøkelsen ble det antatt at bedre tilgjengelighet til tjenesten hos leger med stor diskrepans mellom avtalt listetak og faktisk listelengde ville påvirke innbyggere til å bytte til en lege med kortere ventetid på time. Data på ventetid i én av de fire forsøkskommunene viste at gjennomsnittlig ventetid på ordinær time var 3,7 dager kortere (40 prosent) hos leger med kortere lister enn listetaket (rasjonerte leger) enn hos øvrige leger. En påvist reduksjon i ventetid hos rasjonerte leger som førte til flere innbyggere på listene med kort ventetid i perioden som fulgte, bekreftet denne antakelsen (Iversen og Lurås 2002:195, 199).

De samme forskerne har påbegynt en landsomfattende studie av refusjonsinntekter og takstbruk i forhold til avvik mellom ønsket/avtalt og faktisk listelengde (listetaksavvik). På basis av RTVs takstdata⁶³ fra 2000 til 2002 og kobling mot RTVs fastlegedatabase finner de at fastleger med et listetaksavvik på 100 innbyggere eller mer har ca. 10 prosent større inntjening per person på listen enn fastleger med listelengde mer i tråd med avtalt listetak (upublisert, Norges forskningsråd mai

det faktiske antall innbyggere på listen. Selve listesystemet er basert på at det skal være noe ledig kapasitet hos legene slik at innbyggerne har mulighet til å bytte lege med mer.

⁶² Begreper som tjenesteintensitet, indusering, rasjonering, rasjonerte og ikke-rasjonerte leger er hentet fra en økonomisk teoritradisjon og benyttes av begge de to forskningsmiljøene som omtales her, hhv. Senter for helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo (Iversen/Lurås) og Handelsehøyskolen BI (Sørensen/Grytten). Begrepene er forsøkt forklart i teksten første gang de benyttes.

⁶³ Dvs. refusjonsdata basert på takstbruk som er refusjonsberettiget ihh. Normaltariffen for leger.

2004).⁶⁴ Både denne studien og studien av forsøkskommunene vil bli videreført med data til og med 2003.

En undersøkelse utført ved Handelshøyskolen BI i samme tidsrom baserer seg på takstdata fra RTV i 2001 og en nasjonal spørreskjemaundersøkelse blant fastlegene i 2002 der legene blant annet ble bedt om å vurdere sin listelengde. Man fant ikke der støtte for hypotesen om at fastleger, avhengig av listelengden, rasjonerer eller induserer konsultasjoner. Antallet utførte konsultasjoner og andre kontakter synes derimot å være tilnærmet proporsjonalt med listestørrelsen. Videre synes omfang av refusjoner og prøvetaking per konsultasjon å være uavhengig av listelengde. I dette ligger blant annet at fastleger som har svart at listen deres er for kort, ikke kompenserer for dette gjennom flere gjeninnkallinger, flere behandlinger eller utvidet prøvetaking for å øke sin inntekt. For prøvetaking synes det faktisk å være omvendt, det vil si at leger som mener de har for korte lister tar relativt færre prøver. Det ble undersøkt spesifikt på bruk av tidstakst for konsultasjoner med varighet utover 20 minutter. Man fant at også tidstakstfrekvensen var uavhengig av legens listelengde. Forskerne vil imidlertid ikke utelukke at leger med lange lister bruker noe kortere tid per konsultasjon (Grytten m.fl.:55-62, Grytten m.fl.2004 b; se også kapittel 4.2.3 Legeperspektivet).⁶⁵ På bakgrunn av hovedfunnene konkluderes det med at den generelle tilgjengeligheten til fastlegene ikke avhenger av fastlegens listelengde.

En kvalitativ undersøkelse blant fastleger (primært) og hjelpepersonell foretatt høsten 2001 og våren 2002⁶⁶ finner at det ikke er noen entydig sammenheng mellom ventetid og listelengde. Ventetid synes snarere å fungere som en reguleringsmekanisme når det gjelder legenes arbeidsinnsats. Når ventetiden overskrider det som legen oppfatter som akseptabel ventetid, håndteres flere pasienthenvelser per dag. Dette skjer gjerne ved å korte ned på konsultasjonstiden slik at flere pasienter kan tas innimellom, eller ved å øke arbeidstiden i en periode før ventetiden igjen anses akseptabel. Det varierer mellom legekantor hva som anses som akseptabel ventetid. En slik mekanisme kan derfor forklare stabilitet, men ikke ulikhet, i ventetid. Ved for stor arbeidsmengde ville man forvente økende ventetid. Så lenge ventetiden er noenlunde stabil, kan derfor ikke arbeidsmengde eller listelengde forklare forskjeller i ventetid (Heen 2004:25-26).

Sistnevnte gjelder vel å merke i en fastlegeordning der legen gjennom listeansvaret har ansvar for en bestemt/avgrenset populasjon. Tidligere var det mulig å balansere

⁶⁴ Undersøkelsen vil først bli publisert når datagrunnlaget også omfatter 2003.

⁶⁵ Det er korrigert for usikkerhet knyttet til årsak - virkning retning mellom listelengde og tjenesteproduksjon (dvs. om antall konsultasjoner ut fra forventet sykkelighet kan tenkes å influere på listelengden) og for om fastlegene opplever at de har for korte, for lange eller passe lange lister. Det er benyttet totrinns regresjonsanalyse og instrumentvariablene kommunal inntekt per innbygger, antall innbyggere i kommunen, andel kvinner, innbyggere under 7 år og eldre enn 80 år i kommunen. Regresjon kjørt uten instrumentvariabler kan tyde på at leger med for korte lister induserer konsultasjoner: De utfører 6 prosent flere konsultasjoner enn leger med passe listelengde. Regresjonsanalyse kjørt med instrumentert listelengde som kontrollvariabel viser motsatt resultat; det er en svak tendens til at leger med for korte lister har færre konsultasjoner enn dem med samme antall innbyggere på listen, og en svak tendens til at leger som ønsker kortere liste har flere konsultasjoner (Grytten m.fl. 2003:53-57).

⁶⁶ Undersøkelsen er basert på semistrukturerte intervjuer (tlf. eller ansikt-til-ansikt) med tjue leger i seks kommuner høsten 2001 og heldagsbesøk på ett legesenter i hver av kommunene våren 2002 (observasjon pluss intervjuer av leger og hjelpepersonell).

balansen mellom etterspørsel etter tjenester og arbeidsmengde gjennom å regulere tilgjengelighet. Det kunne for eksempel gjøres ved å henvise til andre leger på grunn av lang ventetid, eller ved å bruke manglende telefontilgjengelighet som en indirekte avvisning. I fastlegeordningen er det ikke lenger legitimt for legen å avvise (egne) pasienter. Det går også fram av undersøkelsen at det er en klar målsetting blant fastlegene å kunne betjene innbyggerne på listen uten å måtte avvise pasienter på uakseptable måter. Fastlegeordningen har med andre ord medført at den organisatoriske fleksibiliteten til den enkelte lege er blitt mindre. Uavhengig av om etterspørselen til enhver tid er stor eller liten, er det fastlegen som skal dekke behovet. Dette reiser spørsmålet om legekantorenes fleksibilitet (ibid.:8-9). Én av flere måter å øke legekantorets fleksibilitet på ser ut til å være en timefordelingspraksis der noen typer timer, for eksempel kontrolltimer, ikke settes opp lang tid i forveien. En type timetildeling som binder opp en stor andel av timene lang tid i forveien minsker legekantorets fleksibilitet og derved dets evne til å håndtere plutselig pågang (ibid.:27).

Det vises til kapittel 4.2.3 for pasientenes opplevelse av tilgjengelighet.

4.4.4 Samarbeid og koordinering

Allmennlegetjenesten må ses i sammenheng med øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester og med spesialisthelsetjenesten. For dårlig kvalitet, eventuelt svikt, i tjenesten til brukerne kan ofte tilskrives mangelfull samhandling mellom ulike tjenesteytere.

Kommunen har et overordnet ansvar for å legge til rette for samarbeid og koordinering mellom legetjenesten og øvrige kommunale helse- og sosialtjenester og mellom kommunal helsetjeneste og spesialisthelsetjenesten. Den enkelte fastlege har et ansvar i henhold til fastlegeavtalen og fastlegeforskriften § 7 med merknader der det blant annet går fram at fastlegen har ansvar for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid og medisinsk behandling overfor innbyggerne på sin liste (se nærmere spesifisering i kapittel 2.3).

Det er ønskelig, gjennom den forskningsbaserte evalueringen, å følge med på om fastlegeordningen påvirker samarbeid i helsetjenesten og i hvilken grad fastlegen deltar i tverrfaglig samarbeid. Det foreligger foreløpig ikke resultater på dette området fra den evalueringen departementet har bestilt av Forskningsrådet. Tre relevante prosjekter undersøker henholdsvis styring og samarbeid innad i kommunen, samarbeid mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten og fastlegens samarbeid både med andre deler av den kommunale helse- og sosialtjenesten og med spesialisthelsetjenesten i forhold til pasienter med alvorlig psyksisk lidelse (Heen, Kværner, Ådnes – se referanser, prosjekter under Forskningsrådet).

Fastlegeordningen for innbyggere med psykiske lidelser (Henær)

En undersøkelse utført ved Senter for helsefremmende arbeid i nærmiljøet (Henær) har sett nærmere på hvordan fastlegeordningen fungerer overfor innbyggere med psykiske lidelser. Undersøkelsen har en kvalitativ tilnærming gjennom gruppeintervju gjennomført på konferanse i regi av fylkesmannen i Vestfold. 37 deltakere har hver for seg og sammen presisert hva de mener er kriterier for en god fastlegeordning og hvordan de mener ordningen fungerer i egen kommune på konferansetidspunktet.

Både ledere, koordinatore, leger og andre faggrupper som deltok mente at en forutsetning for en god fastlegeordning for mennesker med psykiske lidelser er at fastlegens arbeid er knyttet opp mot den øvrige behandlingsskjeden. Tilrettelegging for tverrfaglig samarbeid ble understreket. Også brukerrepresentantene var opptatt av betydningen av en helhetlig behandlingsskjede, og av å ha en kontaktperson i behandlingssystemet. Gjennomgående fremkom det som betydningsfullt at fastlegen deltar i arbeidet med individuelle planer og koordinering av behandling gjennom ansvarsgrupper.

Mulige tiltak ble av deltakerne oppgitt å være bevisstgjøring av fastlegene og utarbeiding av strategier for hvordan fastlegen kan bli en aktiv del av behandlingsskjeden. Dette vil samtidig gjøre fastlegen godt kjent med det arbeid som foregår lokalt/det lokale tilbudet. Brukergruppen var spesielt opptatt av fastlegens rolle i krisesituasjoner og ved øyeblikkelig hjelp som kriterium for en god fastlegeordning. Blant legene og andre faggrupper ble dette omtalt som én av de viktigste utfordringene fremover. Både kommunens håndtering av kriser og øyeblikkelig hjelp og fastlegens kompetanse varierer. Deltakerne mente det var behov for rutiner for innleggelse og henvisninger og for kontakt med pårørende.

Spesielt for brukerrepresentantene var kvalitet i møtet mellom pasient og lege et vesentlig kriterium for en god fastlegeordning. Dette knyttes til god tid i konsultasjonen, at pasienten tas på alvor, kort ventetid på time og til at fastlegen evner å løfte blikket utover den enkeltes diagnose. Når det gjelder vurdering av status for dette møtet, vurderte legene selv situasjonen som bedre enn de andre faggruppene. Blant mulige tiltak ble også nevnt brukermedvirkning i behandlingen og behov for kompetanse i psykiatri hos fastlegen.

Det ble konkludert med at det i materialet er mye som tyder på at utfordringene for at fastlegeordningen skal fungere som en god ordning for målgruppen, kan møtes gjennom bevisstgjøring, skolering og kompetansetiltak rettet mot både fastlegene og de øvrige lokale aktørene (Arntzen og Eide Rønningen 2003).

Henvisningspraksis

Når det gjelder samarbeidet mellom allmennlege- og spesialisthelsetjenesten viser en spørreskjemaundersøkelse til allmennlegene/fastlegene i 1998 og 2002 en meget svak økning i antall henvisninger fra allmennlege til privatpraktiserende spesialister og sykehus/poliklinikk. Omregnet til årsbasis er økningen kun 11 flere henvisninger for en tidligere fastlønnslege og 15 flere henvisninger for en lege som tidligere hadde avtale om kommunalt driftstilskudd. Det er uklart hva økningen skyldes. En mulig reformeffekt er at innføringen av fastlegeordningen har ført til at legene opplever større ansvar for pasientene og derfor henviser oftere (Grytten m.fl. 2003:10, 40). Sistnevnte støttes av en kvalitativ undersøkelse blant fastleger i Oslo og Hordaland utført ved Rokkansenteret i Bergen som finner at fastlegene, ut fra opplevelse av større ansvar for og konkurranse om pasientene, i større grad enn før opptrer som pasientens advokat/hjelper framfor å styres av samfunnsøkonomiske motiver (kontrollør) i tilknytning til portvaktrollen. Dette forklares med økt konkurranse legene i mellom og endrede holdninger/større forventninger hos pasientene. Knyttet til endring i maktbalansen i lege-pasientforholdet er det blitt mer problematisk for

legene å fungere som portvakt i forhold til å begrense unødvendig bruk av helsevesenets ressurser (Carlsen 2003, Norheim og Carlsen 2003).

Den forskningsbaserte evalueringen vil etter hvert gi mer kunnskap om legers henvisningspraksis som del av to større prosjekter (Iversen, Finnvold – se referanser, prosjekter under Forskningsrådet).

4.4.5 Generelle økonomiske forhold

Utgangspunktet for innføringen av fastlegeordningen var at de samlede offentlige utgiftene til allmennlegetjenesten ikke skulle øke som følge av selve reformen og at ordningen skulle innføres innenfor uendret inntektsramme for legene som gruppe. Det ble forutsatt at det skulle legges til grunn en fordeling mellom det kommunale basistilskuddet (per capitatilskudd) og honorartakster på henholdsvis gjennomsnittlig ca. 30 og gjennomsnittlig ca. 70 prosent. Samtidig ble det forutsatt at bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten og økning i antall konsultasjoner ville øke utgiftene over tid, jf. Ot.prp. nr. 99 (1998-99) kapittel 9.

Ved fremleggelsen av St.prp. nr. 65 (2000-2001) Om endringer i statsbudsjettet for 2001 som følge av fastlegereformen, går det fram at forhandlingene resulterte i en styrking av økonomien i legetjenesten på 100 millioner kroner. Den samlede økningen i utgifter som følge av den sentralt fremforhandlede avtalen om økonomien i fastlegeordningen høsten 2000 anslås til 295 millioner kroner på årsbasis. Utover den generelle styrkingen av økonomien ble det lagt inn økning knyttet til følgende: leger uten kommunal avtale ville få rett til fastlegeavtale, utjamningsordning i kommuner med mindre enn 5 000 innbyggere og omlegging fra et årlig fastlønnsstilskudd til kommunene for fastlønte leger til utbetaling av trygderefusjon per utførte konsultasjon.

Samtidig med at nytt avtaleverk for fastlegeordningen ble forhandlet, ble det også forhandlet om basistilskudd, driftstilskudd og takster for avtaleperioden 1. juni 2001 til 30. juni 2002 (en justering på 3,5 %). Samlet ble det lagt inn en økning i utgiftene til legetjenesten på 435 millioner kroner (295 + 40 (basistilskudd) + 100 (takster)).⁶⁷

Det ble anslått følgende utgiftsfordeling i fastlegeordningen (tall i 1000 kroner):⁶⁸

Kommunale utgifter	1360
Takster (refusjoner/egenandeler)	3120
I alt	4480

Utjamningsordningen i små kommuner kommer som en kommunal merutgift i tillegg til denne fordelingen. På dette grunnlag ble basistilskuddet fastsatt til 278 kroner per innbygger. Styrkingen av økonomien i legepraksis som følge av innføringen av fastlegeordningen utgjorde i gjennomsnitt omkring 30 000 kroner per kurativt årsverk. Det ble lagt til grunn at styrkingen skulle gi grunnlag for en kvalitetsheving i tjenesten gjennom ansettelse av mer hjelperpersonell og investering i utstyr i forbindelse med at

⁶⁷ St.prp. nr. 65 (2000-2001) pkt. 3.1, tabell 3.1 s. 6 (4. kolonne) og pkt. 3.7.

⁶⁸ St.prp. nr. 65 (2000-2001) pkt. 3.1, tabell 3.1 s. 6 (2. og 3. kolonne, utgifter og merutgifter).

fastlegeordningen stiller legen overfor større krav til tilgjengelighet for pasientene (St.prp. nr. 65 (2000-2001) pkt. 3.5).

4.4.6 Statens utgifter til allmennlegetjenesten

Helse- og omsorgsdepartementet følger utviklingen i utbetaling av trygderefusjoner til legetjenesten gjennom Rikstrygdeverkets månedlige regnskapsoversikter (rapport nr. 130).

Tabell 4.8 Utviklingen i trygdens refusjonsutgifter i fastlegeordningen 2000 – 2003, mill kroner

	2000	2001	2002	2003
Allmennleger med avtale	1 260,0	1 438,5	1 788,8	1 919,6
Refusjoner avtaleleger	1 152,2			
- Anslag L-takster	-97			
+ Fastlønnstilskudd	205,0			
Prosentvis årlig vekst		14,2	24,4	7,3
Prosentvis vekst 2000-2002			42,0	

Kilde: RTV regnskapsoversikter for desember/hele kalenderåret 2001, 2002 og 2003 og St.prp. nr. 1 (2003-2004) kap. 2755 post 70 s. 226.

Fra 2000 til 2002 økte trygdens utgifter til kontorpraksis av allmennleger med kommunalt ansettelses- eller avtaleforhold med 42,0 % fra 1 260 millioner kroner til 1 789 millioner kroner. Endringene i finansieringsordningene i forbindelse med fastlegereformen, samt takstoppgjørene og egenandelsjusteringene i 2001 og 2002, var forutsatt å gi en samlet økning i refusjonsutgiftene på knapt 30 prosent i perioden.⁶⁹ Antall årsverk av leger med drifts-/fastlegeavtale, fastlønnleger og turnusleger økte med 14,1 % fra 2000 til 2002 fra 3 323 til 3 790 årsverk (SSB 2003a). Sammenlagt skulle dette tilsi en utgiftsøkning på 48 %.⁷⁰ Utgiftene er altså blitt noe lavere enn forventet etter innføringen av fastlegereformen.⁷¹

Tabell 4.9 viser anslag over allmennlegenes samlede inntekter i kontorpraksis i avtaleårene 2001/2002, 2002/2003 og 2003/2004. Det er benyttet regnskapstall for refusjonene, mens egenbetalingen er beregnet på grunnlag av takstbruksundersøkelsene i perioden.⁷² Departementet har beregnet

⁶⁹ Forutsatt utgiftsøkning utenom volumendring (forenklet: refusjoner/egenandeler 50/50):

Takstoppgjør 1.7.00	4,3 % halvårsvirkning 2001 på refusjonene
Fastlegeoppgjør 1.6.01	24,4 % jf. St.prp. nr. 65 (2000-2001), inkl. endr. i finansieringsordningene
Egenandelsjustering 1.6.01	-4,5 %
Takstoppgjør 1.7.02	6,4 % halvårsvirkning 2002 på refusjonene
Egenandelsjustering 1.7.02	-1,8 % halvårsvirkning 2002
I alt	29,5 %

⁷⁰ Forventet utgiftsøkning $(1,14 \times 1,295) = 47,8 \%$.

⁷¹ I tillegg kommer at inntekstoppgjøret for privatpraktiserende fastleger i 2002 skulle kompensere for legenes merutgifter knyttet til merverdiavgiftsreformen året før.

⁷² Rikstrygdeverket gjennomfører årlig en takstbruksundersøkelse for departementet basert på takstoppgjørene med legene for november og desember. Undersøkelsen beregner bruksfrekvens av de

kostnadsutviklingen fra avtaleperioden 2001/2002 til avtaleperioden 2003/2004 på basis av regnskapstall for refusjoner og takstbruksundersøkelsene for denne perioden.

Tallene for egenbetaling er korrigert for en viss underrapportering i samsvar med det som ble lagt til grunn ved takstoppgjørene.

Tabell 4.9 Anslag over allmennlegenes samlede inntekter i kontorpraksis. Etter avtaleår. Tall i 1000 kroner

	2001/2002	2002/2003	2003/2004	Endring 01/02 – 03/04
Refusjon fra folketrygden	1 665	1 865	1 763	+5,9 %
Egenandeler (pasienten og folketrygden gjennom frikort-ordningen)	1 334	1 393	1 659	+24,3 %
Samlede honorarer	2 999	3 258	3 422	+14,1 %
Teoretisk basistilskudd fra kommunen (per capita)	1 254 (278)	1 344 (296)	1 366 (299)	
I alt	4 253	4 602	4 788	+12,6 %

Teoretisk basistilskudd er beregnet ut fra antall deltakere i fastlegeordningen og ut fra gjeldende satser for basistilskuddet, henholdsvis kroner 278 i 2001/2002, kroner 296 i 2002/2003 og kroner 299 i 2003/2004. Det er ikke tatt hensyn til utjamningsordningen og at ansatte leger ikke mottar basistilskudd.

Egenbetaling

Egenandelen for vanlig konsultasjon ble holdt uendret ved innføringen av fastlegeordningen (110 kroner for takst 2ad). Det ble imidlertid foretatt en økning i egenbetalingen på 3,5 prosent fra juli 2002 og på 10 prosent fra 1. juli 2003, mot tilsvarende reduksjon i trygdrefusjoner.

En spørreskjemaundersøkelse til pasienter i fire fylker i januar/februar 2002, med spørsmål om hva de betalte i egenandel hos allmennlege, konkluderer med at minst 18 prosent av pasientene betalte høyere egenandel enn det regelverket/normaltariffen skulle tilsi (Hem 2002:7-8).⁷³ Det er imidlertid en del usikkerhet knyttet til tallene i undersøkelsen: 126 av 270 pasienter som hadde betalt mer enn vanlig konsultasjonstakst (2ad) oppga at de ikke fikk noen begrunnelse for dette, eller oppga andre årsaker enn svaralternativene som var angitt i spørreskjemaet. I undersøkelsen er det anslått at 50 prosent av disse har betalt urettmessig forhøyet egenandel.

ulike takstene per avtaleår (1. juli til 30. juni), og benyttes som grunnlag for forhandlingene om økonomien i legetjenesten.

⁷³ Undersøkelsen er utført av SINTEF Unimed på oppdrag fra Rikstrygdeverket (RTV). Den er foretatt på bakgrunn av oppgjørdata fra RTV (hovedsakelig) fra desember 2001. Utvalget er trukket blant pasienter der det ikke er oppgitt andre egenandelstakster enn konsultasjonstakst (2ad hos allmennlege og 3ad hos spesialist). Resultatene er basert på svar fra 797 pasienter som hadde oppgitt egenbetalingsbeløp.

Undersøkelsen følges opp av Rikstrygdeverket som oppdragsgiver gjennom et prosjekt der målet er å redusere omfanget av feilaktig innkreving av egenbetaling. For øvrig ble det ved takstoppgjøret i 2002 foretatt en forenkling av normaltariffen for å gjøre det klarere både for leger og pasienter hvilke beløp legen kan kreve inn utover ordinær konsultasjonstakst. Dette gjelder bl.a. betaling for forskjellig type forbruksmateriell.

4.4.7 Kommunenes utgifter til allmennlegetjenesten

Fastlegeforsøket

Evaluerer av økonomien i forsøkskommunene viste at kommunenes nettoutgifter (bruttoutgifter minus inntekter) til den kurative allmennlegetjenesten økte fra 1992 til 1995 i alle fire kommunene, mens den statlige utgiftskomponenten ble redusert. De totale offentlige utgiftene (kommunale nettoutgifter pluss statlige utgifter) ble redusert med 8 prosent i Åsnes, mens de økte med 14 prosent i Lillehammer og Trondheim og 25 prosent i Tromsø. Mens statens utgifter ble gradvis redusert, økte kommunenes nettoutgifter relativt kraftig i første del av perioden for deretter å stabilisere seg. Økningen i kommunenes nettoutgifter varierte mellom de fire forsøkskommunene. Funnene knyttes primært til forskjeller i legedekning og fordeling mellom ulike driftsformer før oppstart av forsøket, i kombinasjon med overgangen fra driftstilskudd til per capita finansiering. I tillegg kommer at per capita komponenten var 50 prosent i forsøket, mens det tidligere driftstilskuddet utgjorde ca. 37 prosent av driftlegenes inntekter (Iversen og Lurås 1996:39-65).

Når det gjelder forebyggende legearbeid (både samfunnsmedisinsk og allmennmedisinsk offentlig legearbeid) viser undersøkelsen at årsverksinnsatsen har vært stabil i perioden. I Åsnes og Trondheim var det ingen endring i kostnadene, mens kostnadene i Tromsø økte fra 1,14 millioner kroner i 1992 til 2,17 millioner i 1995. Ca. 60 prosent av utgiftsveksten skyldtes praksiskompensasjon til selvstendig næringsdrivende leger i kommunal bistilling etter at en stor andel av legene i Tromsø gikk over fra fastlønn til selvstendig næringsdrift ved oppstarten av forsøket (Lillehammer oppga ikke regnskapstall) (ibid.: 66-69).

Kommunenes utgifter i fastlegeordningen

En undersøkelse utført av Statistisk sentralbyrå på oppdrag fra Helsedepartementet viser utviklingen i kommunenes utgifter til primærlegetjenesten fra 1999 til 2002. 2002 var første hele regnskapsår for fastlegeordningen (Kjelvik 2004).

Kommunenes utgifter til legetjenesten er knyttet til basistilskudd m.m. til privatpraktiserende leger (inkludert eventuelt utjamningstilskudd til leger i kommuner med mindre enn 5 000 innbyggere, ev. praksiskompensasjon, ev. kompensasjon for driftsutgifter til turnusleger), lønnsutgifter til fastlønte leger og turnusleger, driftsutgifter til legesentra m.m. og driftsutgifter til legevakt m.m. Kommunenes utgifter til offentlig legearbeid (samfunnsmedisinsk og allmennmedisinsk) går ikke eksplisitt fram av ovennevnte rapport, men det forutsettes at dette dels inngår i posten for avlønning av fastlønte leger og dels i posten basistilskudd m.m. til privatpraktiserende leger (ibid.: 13).

Basistilskuddet til næringsdrivende leger er i utgangspunktet en konstant størrelse beregnet ut fra antall innbyggere i kommunen som er tilknyttet en fastleges liste eller

en fellesliste. Kommunenes utgifter til legetjenesten er imidlertid sammensatte og inkluderer utgifter til offentlig legearbeid og legevakt. Samtidig har legene forskjellig tilknytning til kommunen. 10 prosent av legene er i et ansettelsesforhold; noen steder er det kommunal drift av legekontor og gjennom dette ofte også en indirekte subsidiering av legepraksiser.⁷⁴ Kommunen kan for eksempel avtale med næringsdrivende lege at i stedet for utbetaling av basistilskudd skal deler av tilskuddet subsidiere legens driftsutgifter, for eksempel ved at kommunen tar ansvar for lokaler, personell og/eller utstyr i praksisen i stedet for at legen finansierer dette direkte.⁷⁵

Kommuner som har ansatte fastleger betaler lønn til legen og dekker driftsutgiftene i praksisen. Refusjonsinntekter og egenandeler som legen tjener inn skal normalt tilfalle kommunen. Ansatte leger har, på linje med privatpraktiserende leger, fått del i den generelle lønnsøkningen som har skjedd siden innføringen av fastlegeordningen gjennom Særavtalen mellom KS og Legeforeningen og lokale oppgjør.

Kommunenes inntekter fra allmennlegetjenesten omfatter egenandeler fra pasienter og refusjoner fra folketrygden (gjennom fastlønnsleger), husleieinntekter, turnustilskudd fra staten, tilskudd fra staten til fengselshelsetjenesten, legevaktsamarbeid og annet. Egenandeler/refusjoner og husleieinntekter utgjør nærmere 70 prosent av inntektene. Kommuner med mindre enn 2 000 innbyggere, der andelen fastlønnsleger er størst, har vesentlig høyere inntekter fra egenandeler og trygderefusjoner per innbygger enn større kommuner (ibid.: 18). Tabell 4.10 viser utviklingen i kommunenes brutto- og nettoutgifter til primærlegetjenesten per innbygger.

Tabell 4.10 Kommunenes bruttoutgifter, inntekter og nettoutgifter per innbygger til allmennlegetjenesten etter kommunestørrelse 1999 og 2002, kroner. N= 116/145 i 2002/1999

	Brutto utgifter	Brutto utgifter	Brutto utgifter	Inntekter	Inntekter	Netto utgifter	Netto utgifter	Netto utgifter
	Løpende kroner 2002	Faste kroner 2002	Faste kroner 1999	2002	1999	Løpende kroner 2002	Faste kroner 2002	Faste kroner 1999
Totalt	738	616	567	126	109	610	509	458
0-1 999	2 337	1 950	1 797	660	567	1 677	1 399	1 229
2 000-4 999	1 422	1 186	950	324	243	1 099	917	706
5 000-9 999	867	723	673	163	123	704	587	550
10 000-19 999	638	532	474	100	46	538	449	428
20 000-29 999	549	458	432	76	43	455	380	390
30 000-49 999	478	399	415	54	34	424	354	381
50 000 +	531	443	418	57	80	473	395	338

Kilde: Kjølvik 2004, tabell 1-4 s. 9, 1-18 s. 18 og 1-8 s.12.

⁷⁴ Andelen fastlønte leger varierer med kommunestørrelse. I kommuner med mindre enn 2 000 innbyggere utgjør denne andelen ca. ti årsverk per 10 000 innbyggere, mens den er mindre enn ett årsverk i kommuner med mer enn 10 000 innbyggere (Kjølvik 2004:8). Se for øvrig kapittel 4.1.2.

⁷⁵ Jf. Rammavtalen (ASA 4310) § 8.2 Avtale om at kommunen stiller med kontor, utstyr, hjelpepersonell mv., også jf. Særavtalen (SFS 2305) pkt. 5 om vilkår for praksiskompensasjon.

Kommunenes samlede utgifter til primærlegetjenesten økte med 9 prosent fra 1999 til 2002 målt i faste kroner (en økning fra 567 til 616 kroner per innbygger).

Bruttoutgiftene per innbygger økte fra 567 til 738 kroner (30 prosent). Kommunenes nettoutgifter, korrigert for prisstigning, økte med 11 prosent, fra 458 kroner i 1999 til 509 kroner i 2002 (målt i løpende kroner er økningen på 33 prosent – fra 458 til 610 kroner per innbygger) (ibid.: 9, 11).

Små kommuner har gjennomgående høyere utgifter (både brutto og netto) per innbygger enn store kommuner både i 1999 og 2002. Eksempelvis hadde kommuner med mindre enn 2 000 innbyggere 2 337 kroner i utgifter per innbygger i 2002, mot 478 kroner i kommuner med mellom 30 000 og 50 000 innbyggere der kostnadene er lavest.

Bruttoutgifter per legeårsverk varierer også med kommunestørrelse og er størst i de minste kommunene, jf. tabell 4.11. De minste kommunene hadde nærmere 1,5 millioner kroner i utgifter per legeårsverk i 2002, mens kommuner med mer enn 10 000 innbyggere hadde fra ca. 650 000 til ca. 750 000 kroner i utgifter. Den prosentvise økningen i utgifter per årsverk fra 1999 til 2002 har vært størst i kommuner med færre enn 10 000 innbyggere (ibid.:10).

Tabell 4.11 Bruttoutgifter per legeårsverk etter kommunestørrelse 1999 og 2002, eksklusive leger uten avtale, 1000 kroner

	2002	1999
Totalt	814	702
0-1 999	1 476	1 162
2 000-4 999	1 321	942
5 000-9 999	943	765
10 000-19 999	753	661
20 000-29 999	692	590
30 000-49 999	711	640
50 000 +	647	624

Kilde: Kjølvik 2004, tabell 1-7 s. 11

I kommuner med færre enn 2 000 innbyggere utgjorde 80 prosent av utgiftene i 2002 lønnskostnader til fastlønnet lege og turnuslege og driftsutgifter til legesenter. I kommuner mellom 10 000 og 50 000 innbyggere utgjør basistilskudd, praksistilskudd og kompensasjon for driftsutgifter til turnuslege den største utgiftsposten. Dette er også den største utgiftsposten på landsbasis (ibid.).

Utgiftsveksten fra 1999 til 2002, i løpende kroner, fordeler seg ulikt mellom kommunegruppene. Det er en tendens til større relativ vekst i utgiftene i små kommuner enn i kommuner med høyere folketall. I kommuner med mindre enn 5 000 innbyggere har veksten i utgiftene vært større enn gjennomsnittet, mens den har vært lavere enn gjennomsnittet i kommuner med mellom 5 000 og 50 000 innbyggere (ibid.:11).

Statens utgifter til allmennlegetjenesten omfatter i hovedsak refusjon fra folketrygden knyttet til utførte konsultasjoner i kontorpraksis og til legevakt.⁷⁶ Før 1.6. 2001 betalte staten et fastlønnstilskudd (etter forskjellige klasser) til kommuner med fastlønnsleger. Dette tilskuddet falt bort ved innføringen av fastlegeordningen. Kommuner med fastlønte leger får nå utbetalt refusjon fra folketrygden for de konsultasjonene de fastlønte legene utfører. For å kompensere for merutgifter knyttet til turnusleger, gir staten et tilskudd på vel 100 000 kroner per halvår til kommuner som mottar turnuslege.

Totale offentlige utgifter består av statens utgifter inklusive folketrygden og kommunenes nettoutgifter (se tabell 4.12). Fra 1999 til 2002 økte de totale offentlige utgiftene til allmennlegetjenesten med 27,7 prosent målt i løpende kroner (1050 minus 822 kroner per innbygger). Korrigert for prisstigning utgjør kostnadene per innbygger i 2002 kroner 876, hvilket tilsvarer en økning i de totale offentlige utgiftene på 7 prosent per innbygger.

I følge SSBs undersøkelse har både kommunenes og folketrygdens utgifter økt. Grovt sett fordeler de totale utgiftene seg med 60 prosent på kommunene og 40 prosent på folketrygden. Kommunenes andel av utgiftene er betydelig større i små enn i store kommuner. I kommuner med mindre enn 2 000 innbyggere utgjør kommunenes andel 83 prosent, mens den utgjør ca. 50 prosent i kommuner med mer enn 20 000 innbyggere (ibid.: 20-21).

Samlet sett forventes en lavere kostnadsvekst i årene som kommer. Med innføringen av fastlegeordningen økte andelen leger som inngikk avtale med kommunen slik at utgiftene til basistilskudd økte. I kommuner som baserer store deler av allmennlegetjenesten på næringsdrivende fastleger vil utgiftene framover være relativt forutsigbare ved at per capitatilskuddet i fastlegeordningen er knyttet til antallet av kommunens innbyggere som står på fastlegenes lister (kr 299 per innbygger i avtaleåret 2003/2004, kroner 311 per innbygger 2004/2005).

De høyere kostnadene til legetjenesten per innbygger i de minste kommunene skyldes i hovedsak behovet for bedre legedekning i forhold til innbyggertallet i disse kommunene for å kunne ivareta nødvendig vaktberedskap. I tillegg kommer rekrutteringsvansker i noen områder og merutgifter for kommunene for eksempel i form av hel eller delvis subsidiering av legens driftsutgifter, eller kostnader ved vikarordning.⁷⁷ Som nevnt er andelen leger i ansettelsesforhold høy i disse kommunene. I mange tilfeller har kommunen fulle lønnsutgifter for legen, men på grunn av korte lister/høy legedekning kompenseres ikke disse utgiftene gjennom de trygdefusjonene kommunen mottar for legens arbeid i kontorpraksis. I tilfeller der leger i kommuner med < 5 000 innbyggere utøver selvstendig næringsvirksomhet, innebærer dette ofte økte kostnader for kommunene i form av utbetaling av utjevningstilskudd.

⁷⁶ Retten til refusjon er knyttet til driftsavtale med kommunen. Før 1.6. 2001 ble det også gitt refusjon til allmennleger uten avtale som hadde praktisert siden før 10.10.92.

⁷⁷ Jf. Rammeavtalen (ASA 4310) § 8.2 Avtale om at kommunen stiller med kontor, utstyr, hjelpepersonell mv., også jf. Særavtalen (SFS 2305) pkt. 5 om vilkår for praksiskompensasjon (se også foran).

Tabell 4.12 Totale offentlige utgifter til allmennlegetjenesten per innbygger 1999 og 2002, kroner

	Totale offentlige utgifter 1999	Kommunenes andel	Statens andel	Totale offentlige utgifter 2002	Kommunenes andel	Statens andel
Totalt	822	56 %	44 %	1 050	58 %	42 %
0-1 999	1 870	66 %	34 %	2 031	83 %	17 %
2 000-4 999	1 109	64 %	36 %	1 521	72 %	28 %
5 000-9 999	956	58 %	43 %	1 157	61 %	39 %
10 000-19 999	747	57 %	43 %	969	56 %	44 %
20 000-29 999	707	55 %	45 %	884	51 %	49 %
30 000-49 999	693	55 %	45 %	835	51 %	49 %
50 000 +	684	49 %	50 %	936	50 %	50 %

Kilde: Kjelvik 2004, tabell 1-21 og 1-22 s. 21.

Folketrygdens utgifter inkluderer ikke refusjon av egenandeler pga. frikort da dette ikke er inkludert i tallene fra 1999.

Statens andel av utgiftene i 1999 omfatter folketrygdens utgifter og fastlønnstilskudd, mens statens utgifter i 2002 omfatter folketrygd og turnustilskudd.

HODs uthevinger.

I utgangspunktet skal små-/utkantkommuners merutgifter til legetjenesten dekkes gjennom rammetilskuddet fra staten som vektas blant annet etter geografiske og demografiske forhold.

4.4.8 Legevakt utenom legekantorenes åpningstid

Innledning

I Ot.prp. nr. 99 (1998-99) (om fastlegeordningen) står det: "Legevakten i kommunene er som regel en integrert del av allmennlegetjenesten. Belastningen ved legevaktarbeid, spesielt i distrikter med dårlig legedekning, høy vakthypighet og lange reiseavstander, er en viktig årsak til problemer med rekruttering og stabilitet i primærlegetjenesten i mange kommuner. Organiseringen av legevakten vil ofte ha ringvirkninger til den daglige virksomheten på allmennlegekontorene, og omvendt. Derfor er det viktig å se nærmere på legevakten ved innføringen av en fastlegeordning" (Ot.prp. nr. 99 (1998-99):110).

Sammen med medisinsk nødmeldetjeneste, ambulansetjenesten og sykehusene utgjør de kommunale legevaktordningene den akuttmedisinske kjeden som skal ivareta behovet for å yte nødvendig medisinsk hjelp ved akutt behandlingstrengende sykdom eller skade (ibid.). Det vises til departementets pågående arbeid med utarbeiding av forskrift for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, jf. kapittel 6.2.5.

Vissheten om at man til enhver tid kan få nødvendig legehjelp er av avgjørende betydning for befolkningens opplevelse av trygghet. Kommunens ansvar for organisering og tilrettelegging av øyeblikkelig hjelptjeneste inklusive legevakt og medisinsk nødmeldetjeneste går fram av kommunehelsetjenesteloven §§ 1-3 og 1-3 a.

Det vises til kapittel 4.2.3, 4.2.5 og 5.4.3 for en nærmere beskrivelse av kommunens og fastlegens ansvar for øyeblikkelig hjelp på dagtid. Dette kapitlet omhandler legevakt i betydningen beredskap for øyeblikkelig hjelp utenom fastlegenes ordinære kontortid, dvs. mellom kl. 16.00 og 08.00 på hverdager samt helge- og høytidsdager. Interkommunale legevaktordninger omtales i påfølgende kapittel.

I følge forarbeidene til fastlegeordningen har legevakt på kveld og natt i mange tilfeller fungert som ordinær allmennlegetjeneste. Én av årsakene til dette antas å være mangelfull tilgjengelighet til allmennlege på dagtid. Ettersom dette er en kostbar og lite hensiktsmessig utnyttelse av de totale legeressursene, er det et mål at tilstander som ikke er akutte, skal behandles av allmennlegene på dagtid (Ot.prp. nr. 99 (1998-99):110-115, jf. også NOU 1998:9 Hvis det haster..). Det framgår videre at i en fastlegeordning bør legevakt utenom legekontorenes åpningstid i utgangspunktet ivaretas av fastlegene. Kommunen har mulighet til å sikre fastlegenes deltakelse i legevakt gjennom de individuelle fastlegeavtalene.

Det har vært ønsket og forventet at et fastlegesystem med bedre tilgjengelighet til lege på dagtid, skal føre til reduksjon i antall unødvendige henvendelser til legevakt, det vil si henvendelser som ikke skyldes akutte behov for hjelp. I tillegg til bedre utnyttelse av de totale legeressursene, er det et mål å bedre kontinuiteten i allmennlegetjenesten ved at pasienten oftere treffer den legen som kjenner vedkommende best. For å styrke kommunikasjonen mellom legevaktlege og fastlege, ble det samtidig foreslått å innføre rutiner for oversendelse av journalnotat fra legevaktlege til fastlege der pasienten ikke motsetter seg dette (ibid.).

I evalueringssoppgaven til Forskningsrådet har departementet bedt om kunnskap om hvorvidt befolkningens forbruk av legevakt endrer seg med innføringen av fastlegeordningen, eventuelt om det er sammenheng mellom legedekning og legevaktforbruk, og om terskelen for bruk av legevakt endres for dem som har en fastlege (se under: Hva vet vi om deltakelse i og utviklingen i bruk av legevakt?).

Økonomiske forhold

Legenes inntjening under legevakt finansieres gjennom tre kilder: beredskapsgodtgjørelse fra kommunen, egenandeler fra pasientene og refusjoner fra folketrygden. Beredskapsgodtgjørelsen er en godtgjørelse per time og kan ses som en type garantiinntekt for legene; den er klasseinndelt og øker når den aktivitetsbaserte inntekten reduseres.⁷⁸

I folketrygdens utbetaling av refusjon til legevakt har det siden midten av 1990-tallet vært en utvikling i retning reduserte utbetalinger.⁷⁹ Legens inntekter fra legevakt er imidlertid ikke tilsvarende redusert fordi pasientenes egenbetaling har økt i samme periode. Redusert utbetaling av refusjoner henger sammen med endring i organisering av legevaktstjenesten i retning flere konsultasjoner på legevaktkontor og færre sykebesøk. Redusert bruk av legevakt og reduserte refusjonsutbetalinger til legevakt de siste årene kan også i noen grad ha sammenheng med samordning av legevaktstjenesten i form av interkommunale legevaktsentraler (jf. eget pkt.).

⁷⁸ Jf. Særavtalen § 7.

⁷⁹ Rikstrygdeverket, månedlige regnskapsoversikter, rapport 130 trygdeetatens andel av stats- og folketrygd budsjettet.

Kommunenes lønns- og driftsutgifter til legevakt omfatter lønn til fast ansatte leger, lønn til hjelpepersonell, beredskapsgodtgjørelse og trygghetstillegg når turnuslegene har vakt. I tillegg kommer eventuell betaling for deltakelse i legevaktssamarbeid. En undersøkelse utført av SSB på oppdrag fra departementet viser at drift av legevakt m.m. i 2002 utgjorde gjennomsnittlig ca. 16 prosent av kommunenes bruttoutgifter til allmennlegetjenesten per innbygger (116 av 738 kroner), og i 1999 ca. 15 prosent (83 av 567 kroner) (Kjelvik 2004:10).

I 1999 utgjorde beredskapsgodtgjørelse til legene ca. halvparten av driftsutgiftene til legevakt i kommuner med mindre enn 2 000 innbyggere. Denne andelen er antakelig økt i 2002; det er noe usikkerhet i tallene, men funnene tyder på at kommuner under 5 000 innbyggere har utgifter til beredskapsgodtgjørelse som ligger langt over gjennomsnittet (ibid.:16). Undersøkelsen antyder, også dette med en viss usikkerhet i tallene, at kommuner med mindre enn 2 000 innbyggere har omtrent dobbelt så store lønns- og driftsutgifter til legevakt som kommuner med mellom 2 000 og 5 000 innbyggere; henholdsvis 423 og 203 kroner per innbygger (ibid.:15). Dette kan forklares med at utgiftene per lege på vakt er de samme for de to kommunegruppene, mens utgifter per innbygger øker dess færre innbyggere i kommunen.

Bruk av legevakt i fastlegeforsøket (frekvenser og refusjonsutgifter)

I forsøkskommunene ble henvendelsene til legevakt registrert på litt forskjellige tidspunkter i forsøksperioden. I Tromsø sank andelen henvendelser med ca. 10 prosent fra 1993 til 1995 på tross av en årlig befolkningsvekst på ca. 1 000 personer i perioden. I Trondheim sank legevaktforbruket med ca. 15 prosent fra 1993 til 1994. Refusjonsutgiftene ble redusert med henholdsvis 2 og 3 prosent. Den viktigste forklaringen på at nedgangen i refusjonsutgiftene ikke tilsvarer nedgangen i antallet henvendelser antydes å være at trygdekontorenes kontoføring ikke er konsistent fra år til år (Iversen og Lurås 1996: 71-73). I Lillehammer ble det registrert en svak nedgang i antall henvendelser til legevakten fra 1994 til 1995 (fra 11 800 til 11 300). Samtidig økte refusjonsutgiftene med 12 prosent fra 1993 til 1995. Økningen i refusjonsutgifter ble for en stor del tilskrevet OL i 1994 og økende turisme i kjølvannet av denne, men det var ikke mulig å gi svar på om endringen i refusjonsutbetalinger var konsistent med stabiliteten i antall registrerte konsultasjoner (ibid.). Det er senere blitt registrert en reduksjon i antall henvendelser til legevakten i Lillehammer på nærmere 40 prosent i løpet av få år.⁸⁰ I Åsnes var utbetalingen av legevaktrefusjoner i forsøksperioden stabil med 1 prosent økning fra 1993 til 1995 mot 2 prosent i landet som helhet (ibid.).

Hva vet vi om deltakelse i og utviklingen i bruk av legevakt?

Når det gjelder data på fastlegenes deltakelse i legevakt, inngår dette i departementets oppdrag til RTV, jf. kapittel 3.2. Mye tyder imidlertid på en overrapportering av deltakelse i legevakt i disse dataene. Trolig skyldes dette at informasjonen i fastlegeavtalene ikke ajourføres i kommunene og/eller at en del fastleger har satt bort vaktene sine uten å informere kommunen. Informasjonen i fastlegeavtalene ligger til grunn for RTVs fastlegedatabase. Departementet har følgelig p.t. ikke pålitelige data på deltakelse i legevakt. Dette har imidlertid ingen konsekvenser for kommunenes faktiske organisering av legevakt (se ev. 5.4.3 og 6.3.3).

⁸⁰ Meddelelse fra Frode Veian, kommunelege I og leder for fastlegeforsøket i Lillehammer, seminar om fastlegeordningen i Lillehammer november 1999.

Når det gjelder befolkningens bruk av legevakt, er det ingen av de større evalueringsprosjektene under Norges forskningsråd som har dette som hovedfokus. Imidlertid inngår noen sentrale problemstillinger knyttet til frekvens i bruk av legevakt i forhold til tilgjengelighet til og tilfredshet med egen fastlege, i ett av de større prosjektene (Paulsen og Finnvoll – se referanser, prosjekter under Forskningsrådet).

Prosjektet nevnt over benytter data fra Statistisk sentralbyrås levekårspanel fra 2000 og 2003. I en delrapport fra prosjektet går det fram at reduksjonen i bruk av legevakt etter innføringen av fastlegeordningen er relativt liten. En mulig tolkning, i følge forfatterne, er at mange av dem som ikke tidligere hadde en fast lege som nå har fått dette, er grupper med ”små” legebehov (Finnvoll og Svalund 2004, jf. også kapittel 4.3.4 om betydningen av varighet i lege-pasientforhold).⁸¹

Det er gjort flere mindre undersøkelser av hvordan legevaktordninger fungerer både før og under fastlegeordningen; ikke alle med like stor relevans i forhold til ordningen. De fleste av disse tilhører de såkalte ”småskalaprojektene” under fastlegeevalueringen som blir koordinert av Forskningsrådet. Noen av dem sammenligner forholdene før og etter fastlegeordningen. Undersøkelsene er publisert i Tidsskrift for Den norske lægeforening. Under gis korte sammendrag. For øvrig vises det til de respektive artikler.

Undersøkelser foretatt før innføringen av fastlegeordningen

Radøy

Som del av en større undersøkelse (jf. referanser, prosjekter under Forskningsrådet) ble det foretatt en registrering av henvendelser til legevakt i Radøy kommune i Nordhordland (på kveld, natt, i helger og på høytidsdager) gjennom en periode på seks uker i 1999, for å få et inntrykk av legesøkningsmønsteret i kommunen før innføringen av fastlegeordningen. Undersøkelsen ble gjennomført blant kommunens faste leger og utenom høysesong for enkelte sykdommer. Resultatene viser at legene i kommunen i stor grad driver ordinær allmenntillegningsvirksomhet under legevakt. Kun to av 450 henvendelser førte til at ambulanse måtte rykke ut og 18 prosent resulterte i sykebesøk. 33 prosent av henvendelsene ble håndtert per telefon, mens 48 prosent ble løst i konsultasjon.

Undersøkelsen viser til normtall fra Alment praktiserende legers forening (Aplf) som tilsier at samlet rate for konsultasjoner og sykebesøk bør være mindre enn 250/1 000, det vil si at ca. hver fjerde innbygger forventes å ha behov for legehjelp utenom ordinær arbeidstid hvert år. Omregnet fra registrert forbruk i undersøkelsen til årlig forbruk gir dette en rate på 570/1 000 i Radøy kommune, altså mer enn to ganger

⁸¹ Dette forklares ikke nærmere i rapporten, men det går fram følgende: Menn i de yngste aldersgruppene er overrepresentert blant dem som ikke tidligere hadde en fast lege og blant dem som ikke deltok aktivt i legevalget. Forfatterne antar at disse innbyggerne har bedre helse enn gjennomsnittsbefolkningen og går sjeldnere til lege, og at det å ha en fast lege derfor ikke betyr så mye for dem. Det går også fram at innbyggere som oppfatter sin helse som relativt dårlig, oftere enn andre har hatt kontakt med flere ulike leger. Legevakt er ikke medregnet her. Vi må imidlertid kunne anta at forfatternes tolkning over bygger på at personer med dårlig egenvurdert helse har større legebehov og at dette også gjelder legevakt. Den forventede gevinst ved at flere faste lege-pasientforhold reduserer behovet for legevakt, slår dermed ikke så sterkt ut.

normtallet fra Aplf. Forfatterne konkluderer med at Aplfs normtall bør endres (Brügger og Jøsendal 2001).

Tromsø og Fredrikstad

I løpet av november 2000 og januar til mars 2001 ble det gjennomført en komparativ undersøkelse basert på spørreskjema til pasienter ved Tromsø og Fredrikstad legevakt. Skjemaene ble delt ut fra mandag til og med torsdag mellom kl. 16.00 og kl. 22.00.⁸² I forsøkskommunen Tromsø var det 1 400 innbyggere per legestilling, mens det i Fredrikstad, som ikke hadde fastlegeordning, var 1 200 innbyggere per lege. Befolkningen som sognet til legevakten var like stor i begge kommuner.

Resultatene viste at legevakten i Tromsø hadde 35-50 prosent flere konsultasjoner enn legevakten i Fredrikstad.⁸³ 43 prosent av pasientene i Fredrikstad og 47 prosent av pasientene i Tromsø hadde forsøkt å kontakte lege på dagtid samme dag. Av disse hadde 46 prosent i Fredrikstad og 55 prosent i Tromsø oppnådd telefonkontakt, men ikke fått time samme dag. Blant de ca. halvparten i begge byer som ikke hadde forsøkt å kontakte lege på dagtid, oppga 34 prosent i Tromsø og 50 prosent i Fredrikstad at årsaken var at de var blitt syke etter legekantorenes stengt tid. 13 prosent av pasientene i Tromsø og 3 prosent av pasientene i Fredrikstad anga egen arbeidstid som årsak til at de benyttet legevakten (Tollefsen, Amundsen og Kolstrup 2003).

Legedekningen i Tromsø ble betydelig bedret i forbindelse med oppstarten av fastlegeforsøket, men den var likevel lavere enn i Fredrikstad. På tross av dette opplevde flere pasienter i Tromsø enn i Fredrikstad at tilgjengeligheten til lege var meget bra. Flere pasienter i Tromsø enn i Fredrikstad oppsøkte legevakten på grunn av mindre alvorlige tilstander. Den høye andelen besøk ved legevakten i Tromsø forklares delvis med et innarbeidet forbruk av legevakt for mindre akutte tilstander fra perioden med lavere legedekning (ibid.).

Når det gjelder telefontilgjengelighet, var det 14 prosent i Fredrikstad og 7 prosent i Tromsø som ikke hadde kommet gjennom på telefon. Én av undersøkelsesperiodene var vinterferieuka. Funnene forklares dels med at Tromsø ikke har solopraksiser (dvs. legepraksis med bare én lege), og dels med at i fastlegeordningen er legen ansvarlig for å skaffe vikar når han/hun tar ferie (ibid.).

Den høye andelen pasienter som hadde oppsøkt legevakt fordi de ikke fikk time samme dag, tolkes som et uttrykk for at tilgjengeligheten til øyeblikkelig hjelptjenester ved legekantorene er for dårlig i forhold til innbyggernes forventninger om hurtig legehjelp (ibid.)

⁸² Disse ukedagene ble valgt fordi det var ønskelig at alle pasientene i undersøkelsen skulle ha mulighet til å kontakte lege dagen etterpå på dagtid. Hvis det var barn som var syke, fylte pårørende som var med barnet på legevakten ut spørreskjemaet.

⁸³ Vi mangler sammenlignbare tall for antallet henvendelser til legevakten i Tromsø i 1993-95 og 2000-2001, jf. evalueringen av fastlegeforsøket over. Vi kjenner derfor ikke utviklingen i forbruk av legevakt i Tromsø etter 1996.

Bruk av legevakt i fastlegeordningen

Bergen

En undersøkelse foretatt i legevaktsystemet i Bergen i januar 2003⁸⁴ viste at 74 prosent av pasientene ikke hadde forsøkt å kontakte sin fastlege på forhånd. 84 prosent kjente sin fastleges navn. Spesielt menn fra 15 til 44 år manglet ofte kjennskap til fastlegen sin. De cirka halvparten som hadde en mening om fastlegens tilgjengelighet vurderte denne som rimelig god. Cirka halvparten av informantene opplyste om at de var villige til å vente med legebesøket til neste dag dersom de var sikret time hos sin fastlege. Dette tolkes som at det foreligger et betydelig potensiale for forandring av legesøkningsatferd ved akuttmedisinske tilstander (Steen og Hunskår 2004).

Oslo

I Oslo kommune ble det foretatt en sentralisering av legevakttilbudet i bydelene parallelt med at fastlegeordningen ble innført. En omdiskutert side var organiseringen av sykebesøk på dagtid der det forelå uenighet mellom kommunen og Legeforeningen (se 6.3.3). For å beskrive hvordan sykebesøkstjenesten på dagtid fungerer, ble det foretatt en kartlegging ved Oslo legevakt i perioden 1. november 2001 til 21. januar 2002. Det ble utført 337 sykebesøk i perioden. Resultatene viste godt samsvar mellom vurderingene gjort av personalet ved akuttmedisinsk kommunikasjonsentral og de vurderinger som ble gjort av legene som reiste i sykebesøk. Legene rapporterte 77 prosent helt og 20 prosent delvis samsvar mellom meldt og funnet problemstilling.

39 prosent av pasientene ble innlagt i sykehus og 34 prosent hadde behov for transport med ambulanse. Dette ble tolket slik at sykebesøk på dagtid i dag stort sett gjelder alvorlig syke, og at dette derfor er et nødvendig og hensiktsmessig helsetilbud i en storby (Iveland og Straand 2004).

Det ble ikke samlet inn data om fastlegens rolle i forbindelse med sykebesøkene.

Skien og Siljan

En undersøkelse foretatt ved Skien og Siljan legevakt registrerte henvendelser på hverdagskvelder over ett år fra oktober 2001 til september 2002 i forhold til fastlegetilknytning. Resultatene viste stor spredning i søkning til legevakt fra de ulike legenes listepopulasjon. Spredningen var signifikant assosiert med kontortilhørighet, men ikke med listelengde eller andel av barn, kvinner og eldre på listene.⁸⁵ Faktorer som blant annet telefontilgjengelighet, ventetid på ordinær time og medarbeidernes serviceinnstilling ble ikke undersøkt. Kvartalsvis tilbakemelding til legene om "lekkasjen" til legevakt fra forskjellige leger førte ikke til vesentlig endring i legevaktsøkningen (Nyen og Lindbæk 2004). Totalt antall kontakter ved legevakten har så å si vært uforandret siden 1997.

4.4.9 Økonomien i interkommunal legevakt med legevaktsentral

Interkommunal legevakt med legevaktsentral (IKL) er i prinsippet ikke en del av fastlegeordningen, men avtalesystemet for IKL ble forhandlet fram samtidig med

⁸⁴ Over en 12-dagersperiode på dag- og kveldstid, 1 504 informanter, svarprosent 72.

⁸⁵ Det går ikke fram hvorvidt det er korrigert for antall kurative arbeidsdager i forhold til legens listelengde.

forhandlingene om fastlegeordningen i 2000. Det ble forhandlet fram avtaler for interkommunalt legevaktsamarbeid organisert i en stasjonær legevaktsentral i tiden 23.00 til 8.00 på hverdager og i helger/på høytidsdager.

Hensikten med interkommunalt legevaktsamarbeid er å bidra til rekruttering til og stabilitet i legetjenesten i utkantkommuner gjennom å redusere vaktbelastningen på den enkelte lege.⁸⁶ Det har i perioden 1998–1993 blitt gitt tilskudd til etablering av interkommunale legevaktordninger som del av de statlige stimuleringsiltak for å øke rekruttering til og stabilitet i legestillinger i utkantkommuner (jf. kapittel 6.4.1).

Nyutdannede leger, hvorav ca. 59 prosent kvinner, ser antakelig for seg et mindre omfang av legevaktarbeid enn det (mannlige) leger tidligere har hatt i distriktene. Samtidig er mange av de stabile legene 55 år eller mer, og har i følge særavtalen mellom KS og Legeforeningen pkt. 7.5 mulighet for å få fritak fra deltakelse i legevakt.

Legevaktsentralene i IKL er betjent av lege og sykepleier (de fleste). I store legevaktdistrikter er det i tillegg behov for bakvakt. Legens inntjening er basert på timehonorar i henhold til befolkningsgrunnlag, jf. Særavtalen § 8. Eventuell bakvakt godtgjøres etter avtalen pkt. 7.8, beredskapsgodtgjørelse, vaktklasse 1. Drift av legevaktsentral med lønn til sykepleier og lege finansieres av de samarbeidende kommunene. De egenandeler og refusjoner legen tjener inn, tilfaller de samarbeidende kommunene.

Kommuner som deltar i IKL hevder at de får netto merkostnader ved slik organisering.

I en undersøkelse utført av Statistisk sentralbyrå oppgir 38 prosent av 151 kommuner med legevaktsamarbeid med andre kommuner (hvorav 115 knyttet til en fast legevaktsentral) at de hadde utfordringer knyttet til lang reiseavstand for pasientene. 32 prosent peker på økonomiske begrensninger i egen eller samarbeidende kommune, mens 27 prosent oppgir problemer med rekruttering av leger til vaktene (Kjelvik 2004:25).⁸⁷ Av 70 kommuner i undersøkelsen som ikke deltok i samarbeid om legevakt, oppga 33 prosent som viktigste årsak til dette at samarbeid ville medføre økte kostnader for kommunen. Den viktigste årsaken var imidlertid at slikt samarbeid ville medføre for lang reiseavstand for pasientene (46 prosent) (ibid.:26).

Ved forhandlingene mellom staten/KS og Legeforeningen i 2000 ble det forutsatt at legenes avlønning i IKL skulle være i form av timelønn, til forskjell fra avlønningen i ordinær legevakt som består av beredskapsgodtgjørelse, trygderefusjoner og egenandeler (som tilfaller legene). Spørsmålet om avlønningsnivå ville derfor i første rekke ha økonomisk betydning for kommunene. Med bakgrunn i erfaringer fra forsøk med legevaktsamarbeid i Namdalen la staten/KS til grunn det de mente var en rimelig timeavlønning for legene, samtidig som kommunene samlet sett ikke skulle få høyere utgifter til IKL enn de ellers ville hatt til ordinær legevakt. Det ble også forutsatt at

⁸⁶ NOU 1998:9 Hvis det haster.... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap, kapittel 5.2.1, St.meld. nr. 23 (1996-97) Trygghet og ansvarlighet. Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen, kapittel 4.3 og 4.6, Ot.prp. nr. 99 (1998-99) kapittel 8.3.6.

⁸⁷ Totalt 142 prosent. Det var mulig å krysse av for flere svaralternativer.

IKL ikke ville medføre større driftsutgifter til lokaler, utstyr og hjelpepersonell (ekstra tilsatt sykepleier).

Stortinget har de senere årene tatt opp utgiftsfordelingen mellom stat/folketrygd og kommuner i forhold til IKL, blant annet i budsjettinnstilling Innst. S. nr. 11 (2003-2004). Et flertall i sosialkomiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig folkeparti, uttalte at "Erfaringene viser reduserte kostnader for folketrygden, men økte kostnader for de deltakende kommuner" og at "resultatene fra dette legevaktsamarbeidet er så positive for helsepersonell og pasienter at dette må fortsette" (:105). Komiteens flertall (de nevnte partier pluss Senterpartiet) ba Helsedepartementet "foreta en vurdering av hvordan en kan få til ei bedre kostnadsfordeling mellom folketrygd og kommune slik at kommunene ikke taper på å legge til rette for ei ordning som totalt sparer samfunnet for utgifter, som gir befolkningen et bedre helsetilbud, og som i tillegg er god personalpolitikk" (:ibid.).

I ett av prosjektene knyttet til fastlegeevalueringen ble det i fire perioder foretatt en seksukers registrering av alle henvendelser til legevaktsystemet utenom ordinær arbeidstid (inkludert helger/høytidsdager) fra pasienter hjemmehørende i Radøy kommune (ca. 4 500 innbyggere). Det ble også registrert hvilken type aktivitet legevaktlegene utførte på bakgrunn av henvendelsene. De fire periodene (inkludert alle hverdager og helger):

- 1) oktober/november 1999 (med lokal legevakt), 450 henvendelser.
- 2) mars/april 2001 (etter innføring av IKL – samarbeid mellom 7 kommuner), 439 henvendelser
- 3) oktober/desember 2001 (med IKL og etter innføring av fastlegeordningen (FLO), 308 henvendelser.
- 4) oktober/desember 2002 (med IKL og FLO), 309 henvendelser.

Resultatene viser blant annet at den største endringen etter etablering av interkommunalt legevaktsamarbeid var at antall sykebesøk ble redusert fra 83 til 1 per 6-ukersperiode. Etter innføringen av fastlegeordningen gikk antallet henvendelser ned med 131 (30 prosent) der de holdt seg også i den siste registreringsperioden (Jøsendal og Aase 2004). Resultatene fra den første registreringsperioden i 1999 viste at legene i kommunen i stor grad driver ordinær allmenntilleggs virksomhet under legevakt, og i liten grad har konsultasjoner og sykebesøk knyttet til ulike grader av behov for øyeblikkelig hjelp. Bare 2 av de 450 henvendelsene ble karakterisert som å falle inn under definisjonen av akuttmedisinske problemstillinger (Brügger og Jøsendal 2001, jf. kapittel 4.4.8)

I kommuneøkonomiproposisjonen våren 2004 (St.prp. nr. 64 (2003-2004):82) redegjør Helsedepartementet for foreliggende undersøkelser om kommunenes utgifter til IKL, organisering/registrering av legevaktaktivitet og trygdeetatens utbetaling av refusjoner. Materialet bekrefter en økning i kommunenes utgifter som følge av interkommunalt legevaktsamarbeid. Undersøkelsene gir imidlertid begrenset informasjon om de økte kommunale utgiftene, og/eller gir ikke grunnlag for generalisering. Materialet viser videre at trygderefusjonene i forbindelse med legevaktarbeid på kveld og natt reduseres, spesielt sykebesøk (Hem 2004, RTVs regnskapsdata og takstbruksundersøkelser).

Hovedforklaringene på de økte kommunale utgiftene er knyttet til lønn til ekstra sykepleier på natt i tillegg til lege, behov for bakvakter i store distrikter og lavere inntekt fra egenandeler og refusjoner enn forventet fordi bruken av legevakt er redusert etter innføringen av IKL.

Hovedforklaringen på reduserte trygdeutgifter på kveld og natt kan være at legekonsultasjoner og sykebesøk i tidligere legevaktorganisering i stor grad bestod av allmennmedisin, det vil si pasienttilfeller som ikke var akutt eller øyeblikkelig hjelptilfeller (Brügger og Jøsendal 2001, jf. foran). En omlegging til IKL-samarbeid med legevaktsentral innebærer at den geografiske avstanden til vakthavende lege blir lengre for en større del av befolkningen. Sammen med bedre tilgjengelighet til allmennlege på dagtid i fastlegeordningen hever dette antakelig terskelen for å søke legevakt, i hvert fall på kveld. Det er også en forutsetning at kun øyeblikkelig hjelptilfeller skal ivaretas ved legevaktsentralen, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-1 og Ot.prp. nr. 99 (1998-99) kapittel 8.3.6.

Oppsummeringsvis innebærer dette at den medisinske virksomhet som ordinær legevakt tidligere utførte på kveld og natt for en stor del er overført til fastlegene på dagtid; hvilket også gjenspeiles i økning i trygdefusjonene på dagtid. Konsekvensen er at kommunenes inntekt gjennom egenandeler og refusjoner som legevaktlegene tjener inn, er av mindre omfang enn det som var forventet da avtale om oppgjørsform og -størrelse ble inngått.

Mens refusjonsutgiftene til legevakt på kveld/natt ble redusert med ca. 65 millioner kroner fra 1997-2003 (i hovedsak fra -97 til -99, Hem 2004), økte refusjonsutgiftene til allmennleger i kontorpraksis på dagtid med ca. 693 millioner kroner fra 1998/1999 til 2002/2003 (RTVs takstbruksundersøkelser). Trygdens utgifter ser dessuten ut til å være like store i kommuner med og uten IKL (Hem, op.cit.). Departementet har dermed ikke hatt regnskapsmessig grunnlag for å foreslå overføring av midler fra folketrygden til kommuner med interkommunalt legevaktsamarbeid ut fra innsparinger i folketrygden.

Departementet ser imidlertid at det av hensyn til rekruttering og stabilitet i legetjenesten i små kommuner kan være aktuelt å vurdere andre typer kompensatoriske tiltak. Små kommuner, spesielt kommuner med mindre enn 2 000 innbyggere, har generelt sett de høyeste utgiftene til allmennlegetjenesten per innbygger (jf. 4.4.7), samtidig som stor vaktbelastning anses som en av de viktigste årsakene til problemer med rekruttering av leger til mange av disse kommunene (Ot.prp. nr. 99 (1998-99) kapittel 3.3, 8.1.1, 8.3.1). En undersøkelse utført av SSB oppgir at kommunenes betaling for deltakelse i interkommunalt legevaktsamarbeid (74 av 191 kommuner) varierer fra 34 kroner per innbygger i kommuner mellom 20 000 og 50 000 innbyggere til 150 kroner per innbygger i kommuner med mindre enn 2 000 innbyggere (Kjelvik op.cit.:15).

I Innst. S. nr. 255 (2003-2004) mener kommunalkomiteens flertall at ”Helsedepartementet må gjennomføre tiltak som muliggjør etablering av hensiktsmessige interkommunale legevaktordninger, også gjennom kompensasjon til kommunene for merutgiftene knyttet til interkommunalt legevaktsamarbeid.” (:51).

Departementet har høsten 2004 igangsatt et samarbeid med KS og Legeforeningen for å få fram reelle kostnadsberegninger, jf. St.prp. nr. 64 (2003-2004) og protokolltilførsel til Statsavtalen/ASA 4301 våren 2003.

5 Problemstillinger og ankepunkter som er fremkommet

5.1 Innledning

I forbindelse med utarbeiding av statusrapporten ba departementet noen sentrale instanser om å spille inn sine erfaringer med ordningen så langt. Departementet mottok sommeren 2003 innspill fra Statens helsetilsyn, Rikstrygdeverket (RTV), Sosial- og helsedirektoratet (SHDIR)⁸⁸, Den norske lægeforening (Dnlf), Kommunenes Sentralforbund (KS), Oslo kommune, Helsetjenesten ved Universitetet i Oslo, to av fire forsøkskommuner – Lillehammer og Tromsø, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) og Norsk selskap for allmenmedisin (NSAM).

For øvrig har departementet løpende, etter innføring av reformen, mottatt innspill fra fylkesmenn, kommuner, leger og publikum i form av brev, telefoner og e-post – og gjennom media.

Den følgende fremstilling følger i hovedsak strukturen i kapittel 4, slik at de forskjellige problemstillinger som er spilt inn er omtalt under overskrifter tilsvarende de fire områdene for den forskningsbaserte evalueringen av fastlegeordningen: legedekning, tilgjengelighet, kontinuitet og effektivitet.

Presentasjonen er av refererende karakter og innholdet må stå for bidragsytternes egen regning. Utvalget av problemstillinger er departementets ansvar. Forhold som ble spilt inn til departementet sommeren 2003, men som i dag har funnet sin løsning, vil bli presentert i kapittel 6. Forhold som krever videre oppfølging vil bli nærmere omtalt i kapittel 7.

5.2 Et positivt hovedinntrykk

De generelle inntrykkene fra etableringen og driften av fastlegeordningen er overveiende positive. Sosial- og helsedirektoratet og Den norske lægeforening mener ordningen så langt er henholdsvis ”i hovedsak svært vellykket” og ”en suksess”. Oslo kommune har samlet sett positive erfaringer, spesielt ved at man nå har fått et enhetlig system der de fleste innbyggerne har en lege med et personlig ansvar. Statens helsetilsyns generelle inntrykk er at fastlegeordningen har ”begynt å gå seg til” og at antall henvendelser har avtatt. Kommunenes Sentralforbund mener innføringen har gått etter forutsetningene. De bygger sine uttalelser på sine erfaringer med kommunenes praktisering av avtaleverket og presiserer at det ligger i sakens natur at henvendelser til KS særlig kommer fra kommuner som ikke synes de lykkes med alle forhold.

For øvrig mener flere av instansene som har spilt inn til statusrapporten at fastlegeordningen gir et godt utgangspunkt for videreutvikling av innholdet i allmenmedisinen.

⁸⁸ Sdhir v/Avdeling for kommunale tjenester og v/ Avdeling for personell og Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling (NR) har gitt separate bidrag.

Det er imidlertid ”påfallende”, som Lillehammer kommune sier innledningsvis i sitt innspill, ”at alle svakheter ved allmennlegetjenesten tillegges fastlegeordningen, selv om vi vet at de var til stede før ordningen ble innført, og i mange tilfeller i vesentlig større grad.”

I forsøkskommunen Tromsø er erfaringene med en fastlegeordning overveiende positive etter ti års drift. Kontinuiteten i lege-pasientforhold er bedret, likedan tilgjengeligheten ved redusert ventetid på time, bedret telefontilgjengelighet og stort sett god tilgang på øyeblikkelig hjelptimer. Bruk av legevakt er redusert med 15 prosent samtidig med at innbyggertallet har økt med 7 500.

I forberedelsene til fastlegeordningen ble det arbeidet spesielt med å innpasse tilbudet ved Helsetjenesten ved Universitetet i Oslo i fastlegeordningen (se fastlegeforskriften § 3 a). Per 30. juni 2003 hadde ca. 13 500 av ca. 32 000 studenter fastlege ved Helsetjenesten. En brukerundersøkelse foretatt i 2002 viser at studentene er godt fornøyd med tilbudet (se for øvrig pkt. 5.4.1).

5.3 Legedekning

Indikatorer: Fordeling, stabilitet, rekruttering

5.3.1 Kvinnelige leger i allmennmedisin

I sitt innspill til statusrapporten opplyser forsøkskommunen Tromsø om at andelen kvinnelige fastleger ble redusert fra 53 prosent til 29 prosent fra 1993 til 2003. Tilsvarende har ikke skjedd i de øvrige tre forsøkskommunene. Den ”store kvinneflukten fra fastlegepraksisene i Tromsø” forklares først og fremst med at de fleste kvinnelige legene i Tromsø var kommunalt ansatte i 1993. I de øvrige forsøkskommunene var mange kvinner allerede privatpraktiserende da forsøksordningen startet. Selv om den landsomfattende fastlegeordningen i prinsippet åpner for at legene kan velge kommunal ansettelse, mener Tromsø kommune at det gis sterke føringer om at legene skal drive privat. Dette har ikke vært ønskelig for en del av de kvinnelige legene i Tromsø. ”Det er et tankekors at overgangen til privat praksis bidrar til at kvinnelige leger velger annet arbeid” (Tromsø kommune 2003).⁸⁹

På landsbasis er 29,4 prosent av fastlegene kvinner, jf. kapittel 4.1.1.

5.3.2 Overdragelse av praksis og etablering av ny liste

Høsten 2001 var det i en periode stort fokus i media på at fastleger i sentrale strøk med lange lister solgte sin praksis til det som ble hevdet å være urimelig høy pris. En del leger mente at dette favoriserte veletablerte/kjøpesterke leger på bekostning av nyrekruttering til allmennpraksis.⁹⁰

⁸⁹ Det vises for øvrig til 4.1.1. under overskriften Etablering og avslutning av praksis og til 4.2.4 Tilgjengelighet til kvinnelig fastlege.

⁹⁰ Jf. bla. uttalelser i Bergens Tidende 30.11.01 av leder i Yngre legers forening, Bente Kristin Johansen, og professor Steinar Westin v/NTNU. Temaet ble også debattert på Eyr, allmennpraktikernes diskusjonsforum på Internet i november-desember 2001.

Både Sosial- og helsedirektoratet, NTNU og kommunene Lillehammer, Tromsø og Oslo berører dette i sine innspill til statusrapporten. Tromsø tar opp kjønnsaspekter ved utvelgingen av nye leger (regulering framgår av neste avsnitt).

Kjøp og salg av praksis er regulert i kommunehelsetjenesteloven § 4-2 og rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen pkt. 5.5 og 5.6. Regelverket ble innført samtidig med driftsavtalesystemet med lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene, gjeldende fra 1984. Reguleringen av kjøp og salg av praksis ble ikke vesentlig endret ved innføringen av fastlegeordningen. Kommunen tildeler avtalehjemmel etter nærmere bestemte regler. Overdragsbetingelser avtales mellom overdragende og overtakende lege.⁹¹

Lillehammer kommune, som har mange års erfaring med fastlegeordning, mener at den største utfordringen knyttet til nyetablering ikke er prisen ved salg av eksisterende legepraksis, men etablering av en ny liste eller legepraksis i et allerede etablert fastlegesystem. Deres erfaring er at fastlegene i liten grad ønsker å redusere sine lister, noe som gjør det vanskelig for nye leger å etablere seg.

5.3.3 Allmenntmedisinsk offentlig legearbeid

Allmenntmedisinske offentlige legeoppgaver er legearbeid blant annet i helsestasjons- og skolehelsetjeneste, sykehjem og fengsler. Kommunen kan også velge å organisere annen type allmenntmedisinsk offentlig legearbeid. Kommunens ansvar og fastlegens eventuelle plikter er regulert i kommunehelsetjenesteloven § 1-3, fastlegeforskriften § 12 b, rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen punkt 12 samt eventuelt i den individuelle fastlegeavtalen (se eventuelt 4.1.3).

Rekruttering

Allerede før innføring av fastlegeordningen hadde mange kommuner vanskeligheter med å rekruttere leger både til samfunnsmedisinsk og allmenntmedisinsk offentlig legearbeid (Ot.prp. nr. 99 (1998-99) kapittel 8.2).

Statens helsetilsyn opplyser om at et gjennomgående tema i tilbakemeldinger fra helsetilsynene i fylkene er at det offentlige legearbeidet ikke har kommet styrket ut etter innføringen av fastlegeordningen. Enkelte melder om at situasjonen er uendret, mens andre opplyser om at det offentlige legearbeidet er svekket. Situasjonen er spesielt vanskelig i sykehjemmene. Helsetilsynet i Akershus har fått tilbakemeldinger om at kommunene opplever det vanskelig å rekruttere leger til skolehelsetjenesten. I Hordaland har rekruttering av lege til fengselshelsetjenesten vært problematisk (Statens helsetilsyn 2003:21-22).

Oslo kommune peker på at fastlegeordningen har ført til at disse legeoppgavene splittes opp eller deles på flere leger. Denne tendensen er spesielt sterk i sykehjemmene, jf. også Helsetilsynet, og oppleves der som problematisk, mens den er mindre betydelig innenfor helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

⁹¹ Legeforeningen opplyser om at de aller fleste overdragelser av praksis mellom uttredende og inntredende lege har skjedd uten problemer.

Sosial- og helsedirektoratet har mottatt signaler om problemer knyttet til legedekning i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og i fengsler (SHDIR 2003:29-30, 32).⁹²

Bruk av fastlegeavtalen

Fastlegeavtalen er kommunens viktigste styringsverktøy når det gjelder å sikre tilstrekkelige legeressurser til lovpålagte oppgaver i helsestasjon, skole, fengsel, sykehjem mm.

I sitt innspill peker Tromsø kommune på at legene i kommunen gjennomsnittlig arbeider 3,7 timer med offentlig legearbeid per uke, mens kommunen har anledning til å pålegge inntil 7,5 timer per uke ved full arbeidstid.

Flere av helsetilsynene i fylkene uttrykker skuffelse over at kommunene ikke har brukt muligheten som ligger i fastlegeavtalene til å styrke det offentlige legearbeidet (Statens helsetilsyn op.cit.:21).

Økonomiske forhold

Vanskeligheter med rekruttering av leger til allmenntilleggs offentlig legearbeid er fra kommunalt hold tidligere blitt forklart med manglende prioritering fra legenes side, dels ut fra manglende interesse for slikt arbeid og dels på grunn av lavere avlønning av slikt arbeid i forhold til kurativt/behandlende arbeid.

Sosial- og helsedirektoratet har mottatt signaler om at kommunene nå, begrunnet i økonomiske forhold, unnlater å inngå nye arbeidsavtaler med leger blant annet om helsestasjonstjeneste. "Før fastlegeordningen ble innført kom denne type signaler kun fra kommuner med svært dårlig legedekning der mye av den kurative virksomheten var basert på kostbare vikarer og kommunene unnlot å prioritere offentlig legearbeid for å spare utgifter" (SHDIR 2003:29-30).

Helsetjenesten i fengsler finansieres gjennom øremerkede tilskudd fra staten til kommunene. SHDIR opplyser om at kommunene melder om at midlene er knappe, og at kostnadene til legetjenesten er økende blant annet på grunn av den vanskelige rekrutteringen (ibid.:32).

Våren 2002 åpnet KS og Legeforeningen gjennom sentralt avtaleverk for alternativ godtgjøring av allmenntilleggs offentlig legearbeid (jf. kapittel 6.3). Ut fra tilbakemeldinger til Sosial- og helsedirektoratet til og med september 2003 var direktoratets inntrykk at disse justeringene så langt ikke har bedret rekrutteringen (ibid.:58).

Sosial- og helsedirektoratet peker også på at omleggingen, ved innføringen av fastlegeordningen, fra årlig fastlønnstilskudd til trygderefusjon til kommunen for pasientkonsultasjoner utført av fastlønnslege, innebærer at det blir mer lønnsomt for kommunen jo mer av sin tid den fastlønnede legen bruker på kurativ virksomhet. SHDIR har mottatt signaler fra noen kommuner om at fastlønnsleger opplever at de blir presset i retning av mer kurativ praksis. Direktoratet frykter at dette på sikt kan gå på bekostning av offentlig legearbeid (ibid.:30-31).

⁹² I førstnevnte fra kommuner, og n.d.gj. fengsler, henvendelser fra helsetjenesten i fengslene og årlige rapporter fra fengslene.

Tromsø kommune mener at dagens system for finansiering av offentlig legearbeid kan være tapsbringende for både leger og kommuner: ”Finansieringen i fastlegeordningen gjør det faktisk dyrere for kommunene å ha god legedekning for de syke enn for de friske. En dag på sykehjemmet lønner seg ikke. Legen taper penger på det, det er mer lønnsomt å arbeide i fastlegepraksisen. Kommunen taper penger på det, for sykehjemslegen skal ha lønn i motsetning til fastlegen.”

KS påpeker i sitt bidrag til statusrapporten at det offentlige legearbeidet er blitt dyrere for kommunene enn før. Det at stadig flere kommuner finner det nødvendig å foreta harde økonomiske avveininger, gjør at problemstillinger av økonomisk karakter fremheves stadig oftere. En rekke småkommuner har, i følge KS, måttet avkorte det tilbudet som omfattes av offentlig legearbeid for å kompensere for det KS karakteriserer som en radikal bedring av legenes økonomiske vilkår. ”Det mest aktuelle eksempelet er legers private praksis i kommunale fasiliteter, dvs. at kommunen stiller til rådighet lokaler, hjelpepersonell, utstyr og medisinske forbruksvarer for den privatpraktiserende legen” (jf. 4.4.7). I følge KS melder kommunene om ”store problemer med å få legene til å betale kommunen hva deres private virksomhet faktisk koster () kommunenes subsidiering av legepraksisene blir *for stor*.” I følge KS betyr ikke dette at kommunene har mindre forståelse for denne type arbeid enn før.⁹³

For status for offentlig legearbeid vises det til kapittel 4.1.3.

5.3.4 Samfunnsmedisinsk arbeid

I flere av innspillene uttrykkes det bekymring for ivaretagelsen og utviklingen av den samfunnsrettede delen av det offentlige legearbeidet. Fastlegene kan ikke tilpliktes samfunnsmedisinsk arbeid som vilkår for inngåelse av fastlegeavtale, men slikt arbeid kan avtales frivillig som del av fastlegeavtalen – fra 1. juli 2003 med godtgjørelse som for allmenntilleggsrettet offentlig legearbeid (jf. kapittel 6.3).

KS mener at ”Fastlegereformen innebar en forverring for kommunene når det gjelder offentlig legearbeid, ved det at kommunen ikke lenger kan pålegge den privatpraktiserende legen oppgaver (deltidsstilling) i *samfunnsmedisin*, verken ved utlysning av fastlegehjemmel eller senere.” KS påpeker at denne retten har ligget i avtaleverket mellom KS og Legeforeningen siden 1984, men at den ikke ble videreført da fastlegeforskriften (§ 12) ble utformet.⁹⁴

NSAM stiller spørsmål ved om innføringen av fastlegeordningen har hatt konsekvenser for samfunnsmedisinerens ansvar og oppgaver i kommunene. De etterlyser samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunal forvaltning, både når det gjelder kommunens samarbeid med fastlegene, utvikling og drift av kommunens tjenesteapparat og når det gjelder samarbeid med helseforetakene.

Helsetilsynet i fylkene er gjennomgående bekymret for ivaretagelsen av samfunnsmedisinske oppgaver i kommunene. Fra tilsynsmyndighetenes ståsted er kommunelege 1 funksjonen viktig, herunder for å ivareta medisinsk faglig rådgivning

⁹³ KS 2003, inklusive e-post 20.10.03/innspill til et tidlig utkast til statusrapport, samt skriftlig innspill fra KS 07.09.04 til utkast til rapport per 16.07.04.

⁹⁴ Skriftlig innspill fra KS 07.09.04 til utkast til rapport per 16.07.04.

og smittevernlegefunksjon. Det vises til at kommunenes oppfølging av fastlegeavtalene og det offentlige legearbeidet kan bedres gjennom styrking av kommunelegefunksjonen (Statens helsetilsyn 2003:23-24).

Både NTNU og Legeforeningen er opptatt av ivaretagelse/styrking av det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunene. Legeforeningen mener også at samfunnsmedisin som akademisk fagfelt og forskningsområde må styrkes.

5.4 Tilgjengelighet

Indikatorer: Ventetid, relasjon, lokaler

5.4.1 Tilgjengelighet til annen fastlege enn ens egen (inklusive studenter og andre)

Som beskrevet foran i kapittel 2.3 skal kommunen tilrettelegge fastlegeordningen, herunder inngå avtaler med et tilstrekkelig antall leger slik at de som ønsker det, kan bli tilknyttet en fastleges liste, få reell mulighet for å bytte fastlege og mulighet til ny vurdering hos en annen fastlege (jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3 a, fastlegeforskriften § 11 med merknader, jf. tilsvarende bestemmelser om pasientrettigheter i khl § 2-1 a og forskriften §§ 3-6). Kommunen skal videre sikre kapasitet hos fastlegene samlet sett slik at tilreisende, studenter, turister og andre som midlertidig oppholder seg i kommunen, samt innbyggere som ikke er med i fastlegeordningen, har tilgang til allmennlegehjelp ved behov. Dette følger av kommunehelsetjenesteloven §§ 1-1 og 1-3. Øyeblikkelig hjelp på dagtid er nærmere regulert av KS og Legeforeningen gjennom særavtalen § 6. Det framgår av pkt. 6.2 at ”Kommunens befolkningsansvar innebærer at legetjenesten i kommunen må være tilstrekkelig til også å dekke tilreisende samt innbyggere utenfor fastlegeordningen.” I tillegg omtales legehjelp til innbyggere som står utenfor fastlegeordningen, eller ikke har fastlege i kommunen, nærmere i Ot.prp. nr. 99 (1998-99) kapittel 5.11.

Før fastlegeordningen ble innført ble det antatt at det ville bli mer synlig i en fastlegeordning dersom folk ikke slapp til hos en allmennlege – tidligere hadde mange måttet ringe rundt til flere legesentre for å få time. Det var heller ikke gitt at det legesenter man fikk time på var innstilt på å sørge for aktuell medisinsk oppfølging. Med innføringen av fastlegeordningen har man fått en adresse for ansvar. Samtidig skal det være mulig for innbyggere å oppsøke andre enn sin fastlege ved behov, for eksempel ved midlertidig opphold i en annen kommune.

Sosial- og helsedirektoratet opplyser om at de har fått flere henvendelser der folk forteller at ventetid hos egen fastlege er flere uker og andre fastleger nekter å ta imot dem. For mange synes det nærmest umulig å komme til på et annet legesenter enn der man har fastlegen sin (SHDIR 2003:18).

Tilbakemeldinger fra helsetilsynene i fylkene peker på at dette ofte dreier seg om situasjoner som av pasienten blir oppfattet som så akutt og alvorlig at det skulle tilsi øyeblikkelig hjelp, og slik sett bli behandlet av nærmeste lege uten at pasienten må vente på time hos egen fastlege. Pasientene opplever dette som en urimelig avvisning. Forhold som dette bør kunne løses gjennom god kommunikasjon mellom personell og pasient, og ved at legekantorene organiserer seg slik at de har klare retningslinjer for

håndtering av situasjoner som pasienter opplever som øyeblikkelig hjelp (Statens helsetilsyn 2003:17).

De omtalte problemstillingene ligger i skjæringspunktet mellom ventetid på time og håndtering av øyeblikkelig hjelp på dagtid (jf. under). SHDIR peker på at dette kan være en utilsiktet konsekvens av bestemmelsene i forskrifts- og avtaleverk om at fastlegen skal prioritere sine listeinnbyggere foran andre, og dernest nyvurderinger og andre innbyggere i fastlegeordningen. Det kan imidlertid også tilskrives forskjeller i kontorpersonalets og brukernes forståelse av hastegrad. Spørsmålet er om kvaliteten på tjenesten er god nok dersom innbyggerne/pasientene opplever utrygghet ved å måtte vente for lenge (SHDIR op.cit.).

Allmennlegetjenester til studenter, pendlere og andre med midlertidig opphold utenfor hjemstedskommunen ble tatt opp spesielt under forberedelsene til fastlegeordningen. Disse innbyggerne har i tråd med den øvrige befolkningen lov- og forskriftsmessig rett til å velge fastlege ett sted. I lovforarbeidene, det vil si Ot.prp. nr. 99 (1998-99) er det lagt opp til at disse skal kunne slippe til uten problemer hos en fastlege også på det stedet der de ikke har sin valgte fastlege – det er imidlertid ikke særskilt regulert.

Både departementet og Sosial- og helsedirektoratet har mottatt henvendelser fra studenter og andre som har hatt problemer med å få tilgang til legehjelp i kommune hvor de midlertidig oppholder seg men ikke står på liste hos fastlege. Noen ganger dreier dette seg om akutte forhold, og andre ganger om personer med kroniske lidelser som trenger oppfølging på begge de steder de oppholder seg over lengre tid.

Lillehammer kommune peker på at fastlegeordningen ikke synes å fungere tilfredsstillende for studenter, pendlere og andre med midlertidig opphold utenfor hjemstedskommunen. Slik de ser det vil disse personene møte problemer uansett om de har valgt lege i hjemsteds- eller den andre kommunen. ”Når de blir mindre alvorlig syke vil de bruke lege på oppholdsstedet, ved alvorligere sykdom, mer langvarige sykdommer, lengre sykemeldinger m.v. vil de aller fleste reise hjem og ha behov for oppfølging på hjemstedet. Det er helt urimelig at man skal behøve å reise til lege på det ene av stedene for behandling og oppfølging.” I følge Lillehammer var studenter bedre ivaretatt i forsøksperioden ved at de fikk fastlege på studiestedet uten å miste legen på hjemstedet. Kommunen foreslår at ” Disse gruppene burde ha rett til å velge 2 fastleger, en på hjemstedet og en på oppholdsstedet. I slike situasjoner må basistilskuddet deles likt på de to legene. Trykdeatens teknologi må kunne håndtere slik deling!”

Helsetjenesten ved Universitetet i Oslo⁹⁵, som i hovedsak er et tilbud for studenter, forteller derimot om positive erfaringer. De opplyser om at de også yter helsetjenester til studenter som har fastlege i en annen kommune. Deres inntrykk er at samarbeidet med andre legekontor/pasientens fastlege fungerer godt. De får oversendt epikriser, journaler og legevaktsnotater med mer fra andre fastleger. ”Dette sikrer bedre

⁹⁵ Tilbudet ved Helsetjenesten kan benyttes av studentene i Oslo og ved de vitenskapelige høgskolene og av ansatte ved Universitetet i Oslo og Studentsamskipnaden i Oslo (SiO) (jf. fastlegeforskriften § 3 a). Det er snakk om et integrert lavterskeltilbud bygget opp rundt en allmenntilleggs seksjon, en psykiatrisk/psykologisk seksjon og en fysioterapitjeneste. Virksomheten er formalisert gjennom avtale mellom SiO og Oslo kommune, et samarbeid som i følge begge parter fungerer svært godt. Legene er fastlønnede og har fellesliste.

oppfølging av en populasjon som geografisk er mobil”. Det opplyses dessuten om at det synes klart at de som har økt behov for legetjenester, for eksempel pasienter med kroniske sykdommer og funksjonshemninger, i stor utstrekning bruker Helsetjenesten. Det samme gjelder de internasjonale studentene som kan ha vansker med å orientere seg i det ordinære helsetilbudet (Helsetjenesten v/UiO 2003) (jf. også 5.2).

5.4.2 Tilgjengelighet til kvinnelig fastlege

Både Tromsø kommune og Statens helsetilsyn peker på at mulighet til å velge kvinnelig lege også har betydning for innbyggernes opplevelse av å ha valgmulighet.

Tromsø kommune opplyser om at andelen kvinnelige fastleger er redusert fra 53 prosent ved oppstarten av fastlegeforsøket i 1993 til 29 prosent i 2003. De mener dermed at den delen av befolkningen som ønsker kvinnelig lege i dag har liten valgmulighet. De peker på at for de fleste spiller ikke legens kjønn noen rolle, men for noen få er det avgjørende. For disse er mangel på kvinnelige leger det samme som en legetjeneste som ikke blir brukt. Disse brukerne ”er blant de stille i landet”, for eksempel noen unge jenter som skal til sin første samtale om prevensjon eller personer som har vært utsatt for seksuelt misbruk. Det uttales: ”Næringsministeren er opptatt av at begge kjønn skal være representert i styrerommene, men helsemyndighetene har ikke lagt noen føringer for at begge kjønn skal være representert blant allmennlegene.”

Det vises for øvrig til kapittel 4.2.4 Tilgjengelighet til kvinnelig fastlege og til drøfting under 7.3.3.

5.4.3 Øyeblikkelig hjelp på dagtid/avgrensning av listeansvaret⁹⁶

Staten og kommunene har ansvar for at hele befolkningen har tilgang på øyeblikkelig hjelptjeneste, jf. den akuttmedisinske kjede som omfatter både primærhelsetjeneste, ambulansetjeneste og spesialisthelsetjeneste med landsdekkende nødnett. Kommunen skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg der. Dette omfatter allmennlegetjeneste, herunder fastlegeordning, legevaktordning og medisinsk nødmeldetjeneste. Kommunen skal videre legge til rette for at helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.

Den enkelte lege skal, i følge rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen pkt. 10.1 ”sørge for at innbyggerne på vedkommendes liste får tilgang til allmennmedisinske legetjenester, herunder konsultasjoner, sykebesøk og øyeblikkelig hjelp.” Denne plikten gjelder innenfor den åpningstid som er avtalt mellom legen og kommunen, jf. kommentarutgaven pkt. 12.1. Videre skal legen delta i kollegiale ordninger/vikarordninger for dekning av ordinært fravær hos andre fastleger i kommunen etter oppsett som er utarbeidet av allmennlegeutvalget. I følge avtalen pkt.

⁹⁶ Fastlegens ansvar for å yte øyeblikkelig hjelp til innbyggere på sin liste innenfor avtalt åpningstid er nærmere omtalt i kapittel 4.2.3 Ventetid, telefonilgjengelighet og aspekter ved konsultasjonene, mens kommunens ansvar og ansvarsforholdet mellom kommunen og fastlegen er nærmere omtalt i 4.2.5 Øyeblikkelig hjelp på dagtid.

Øyeblikkelig hjelp på dagtid er regulert i kommunehelsetjenesteloven §§ 1-1, 1-3 og 1-3 a, fastlegeforskriften §§ 7 og 12 c, særavtalen mellom KS og Legeforeningen § 6 og rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen pkt. 10.1 og 10.4.

10.4 skal legen innrette sin praksis slik at pasienter som må ha øyeblikkelig hjelp kan mottas og vurderes. Det enkelte helsepersonell er også pliktig etter helsepersonelloven § 7 til straks å gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig.

I kapittel 4 ble det redegjort for en kartlegging utført av Norsk Gallup etter oppdrag fra Statens helsetilsyn, "Når hjelpen kan vente litt". Kartleggingen ga indikasjon på at mer enn halvparten av landets kommuner mangler system for å oppnå kontakt med vakthavende lege på dagtid. Problemet med å komme fram til legekontorer med beredskap for øyeblikkelig hjelp var størst i sentrale kommuner, hvilket trolig kan forklares med at organiseringen omkring øyeblikkelig hjelp blir mer oversiktlig i små kommuner med få legekontorer.

Noe av foranledningen til undersøkelsen var at innføringen av fastlegeordningen avdekket uklarheter i ansvarsforhold mellom kommunen og fastlegene når det gjelder øyeblikkelig hjelp, spesielt på dagtid.⁹⁷

Sosial- og helsedirektoratet (SHDIR) mottok flere henvendelser, spesielt fra kommuner, som involverte følgende problemstillinger: Hvordan er ansvarsdelingen mellom kommunen og fastlegene når det gjelder organisering av øyeblikkelig hjelp på dagtid? Hvilke krav kan kommunen stille til fastlegen? Kan fastleger nekte å delta i akuttutrykninger på dagtid og legevakt utenom ordinær arbeidstid, eller kan kommunen si opp avtaler med fastleger på slikt grunnlag? Hvilke grunner er gyldige med hensyn til fritak fra vaktberedskap? Hvilke muligheter har kommunen til å oppfylle sine forpliktelser i henhold til lov og forskrift når fastleger påfører kollegaer unødig høy vaktbyrde og samtidig benytter sin rett til å kreve maksimalt listetak slik at pasientgrunnet for nye leger reduseres?

Departementet har selv mottatt lignende henvendelser, blant annet vedrørende ansvarsdelingen mellom kommunen og fastlegene når det gjelder organisering av øyeblikkelig hjelp på dagtid. Avhengig av problemstilling har både departementet og direktoratet i en del av tilfellene tatt kontakt med partene sentralt og/eller henvist videre til disse. I noen forhold er kommuner blitt rådet til å løse problemene lokalt gjennom Allmennelegeutvalget og Lokalt samarbeidsutvalg (LSU).

Statens helsetilsyn rapporterer tilsvarende om uklarhet i ansvarsforhold: "Det kom blant annet fram eksempler på at pasienter som søkte øyeblikkelig hjelp ble avvist og henvist til egen fastlege. Eksempelene avdekket at kommuner sviktet sitt ansvar for å organisere øyeblikkelig hjelp tilbud på dagtid og at fastlegen ikke fulgte opp sitt ansvar overfor innbyggere med hensyn til tilgjengelighet. Spørsmål om fastlegeordningen og legevaktorganisering ble også tatt opp i Stortinget av John I. Alvheim i interpellasjonsdebatt 22. november 2001. I noen grad kan problemene tilskrives oppstartsproblem som følge av manglende avklaringer lokalt, men samtidig synliggjorde dette behov for avklaringer og oppfølging fra sentralt hold herunder fra tilsynsmyndighetene" (Statens helsetilsyn 2003:18).

Kommunenes Sentralforbund (KS) peker på sammenhengen mellom øyeblikkelig hjelp på dagtid og kollegial fraværdekning legene imellom. Fastlegene har plikt til å sørge for stedfortreder ved kortere fravær inntil åtte uker per år. Utover dette er det

⁹⁷ Situasjonen i Oslo kommune rett etter innføringen omtales i kapittel 6.3.

kommunens ansvar å sørge for vikar. Slik KS ser det, dreier mye av problematikken seg om å avgrense innholdet i fastlegenes listeansvar. De uttaler: ”Fra starten av reformen ble det fra legehold reist spørsmål som

- hvem har ansvaret for mine innbyggere i mitt fravær?
- hvilket ansvar har jeg for innbyggere som ikke står på min liste?”

Videre:

”De sentrale parters håp/forventning om at legene skulle ta ansvar for øyeblikkelig hjelp på dagtid, se punkt 8.5.3.2. i Ot prp 99 (1998-99), har dessverre ikke på langt nær latt seg innfri slik man hadde tenkt. Det presses nå på i en rekke kommuner for å etablere dagordninger som det tidligere ikke var uttrykt behov for og som faglig sett er tvilsomme. I det kommunale avtaleverket (SFS 2305) har vi måttet lage avtalebestemmelser som gir kommunale merutgifter og som det ikke gis noe statlig støtte for.⁹⁸ Systemtankegangen i fastlegeordningen har dessverre vært en viktig bidragende faktor i denne utviklingen”.

Legeforeningens inntrykk er at øyeblikkelig hjelptilbudet på dagtid nå fungerer godt etter at partene endret regelverket våren 2002: ”Fastlegeordningen ble i startfasen kritisert for uklare ansvarsforhold ved øyeblikkelig hjelp på dagtid. Det er positivt at partene allerede ved første avtalerevisjon etter ett år klarte å rydde opp i disse forholdene, først og fremst i Oslo kommune.”

Oslo kommune og Lillehammer kommune mener åpningstiden burde ha vært regulert annerledes:

”Oslo kommune vil påpeke at legenes rett til å få fastlegeavtale med samme omfang av praksis som ved innføringstidspunktet, kombinert med det at legenes ”sørge for” ansvar er blitt begrenset til å gjelde innen fastsatt åpningstid har medført at listepasientene hos enkelte fastleger har et allmennlegetilbud med begrenset tilgjengelighet.”

”Legedekningen i Oslo er bra, vi opplever god stabilitet og ingen rekrutteringsproblemer. Det er imidlertid fremdeles en god del solopraksiser. Vi ønsker en utvikling mot flere gruppepraksiser, eventuelt felleslister, der det blir lettere å gi pasientene god tilgjengelighet til lege. Det er også flere deltidspaksiser enn det vi opplever som ønskelig. Vi vil i den sammenheng påpeke at begrensningen av legens ”sørge for” ansvar til egen åpningstid gjør at deltidspaksiser i utgangspunktet ikke gir en tilfredsstillende løsning.”

Lillehammer kommune opplyser om at ”Retten til å begrense åpningstiden til 28 timer pr. uke har hos oss ført til at dette automatisk oppfattes som maksimum åpningstid. Når legene i tillegg setter på telefonsvarer i lunsjpause og hevder at de har åpent da fordi de oppgir kontorets øyeblikkelig hjelp nummer, er telefontilgjengeligheten redusert vesentlig fra forsøksperioden. Reduksjonen i åpningstiden på telefonen er på vel 20 % i forhold til i forsøket. Dette er spesielt merkbart siden vi fortsatt har et flertall av legene i solopraksiser.” ”Ansvarsbegrensningen har vært konfliktskapende, både mellom legene og kommunen og leger i mellom. Man har etterlatt et ansvarsvakuum. Det er ikke nok å henvise til alle legers øyeblikkelig hjelp plikt etter helsepersonelloven, sikkerheten ved den er altfor svak.”

For å få legene til å samarbeide foreslår Lillehammer kommune at det utvikles en ordning med ”ansvarskontrakter” der aktuelle mål beskrives. For kommunen er ikke åpningstidens lengde eller omfanget av legenes fravær det vesentlige, men om legene klarer å etablere et kollegialt samarbeid som sikrer innbyggerne allmennlegetjenester innenfor nærmere definerte kvalitetsmål.

⁹⁸ Jf. kapittel 6.3 endringer i Særavtalen § 6 våren 2002.

5.4.4 Legetjenester til såkalt ”utsatte grupper”

Ett av formålene med fastlegeordningen er å bidra til kontinuitet i lege-pasientforhold, noe som anses særlig viktig for personer med kroniske sykdommer og psykiske lidelser, samt for funksjonshemmede og pasienter under rehabilitering.

Pasientrettighetene i fastlegeordningen er regulert i kommunehelsetjenesteloven §§ 2-1 og 2-1 a og fastlegeforskriften §§ 3 - 6. Det er ikke lagt opp til noen særskilt tilpasning overfor spesielle målgrupper⁹⁹, med Helsetjenesten ved Universitetet i Oslo som et mulig unntak (jf. 5.4.1).

Sosial- og helsedirektoratet uttaler: ”Det overordnede formålet med fastlegereformen har vært å bedre kvaliteten på allmennlegetjenesten. Områdene for den forskningsbaserte evalueringen – legedekning, tilgjengelighet, kontinuitet, effektivitet/utnyttelse av legeressurser – kan slik karakteriseres som kvalitetsindikatorer. Et aktuelt spørsmål er om den oppmerksomheten som rettes mot disse aspektene ved fastlegeordningen 1) gjennom evalueringen og 2) gjennom tiltak på mer generell basis for eksempel når det gjelder tilgangen til øyeblikkelig hjelp, er tilstrekkelig i forhold til å utvikle en god allmennlegetjeneste for hele befolkningen, eller om det også bør igangsettes tiltak rettet mot spesifikke grupper? (SHDIR 2003:39).

SHDIR peker på at det finnes grupper av brukere som ikke evner å nyttiggjøre seg allmennlegetjenesten på linje med befolkningen for øvrig. Felles for disse brukerne er at de ofte trenger mye tid hos legen, har stort behov for koordinering av tjenester og ofte ikke selv er i stand til å oppsøke tjenesteapparatet.

Direktoratet viser til at Stortinget våren 2003 i revidert nasjonalbudsjett vedtok å øke egenandelene for blant annet legehjelp med ca. 10 prosent fra 1. juli.¹⁰⁰ Som en konsekvens av dette ble blant annet tidstaksten redusert fra 103 til 98 kroner gjennom takstforhandlingene samme vår. SHDIR viser til at tidstaksten er ment å stimulere legene til å bruke mer tid på pasienter som trenger det. De mener derfor at det ligger en uheldig signaleffekt i reduksjonen av tidstaksten i forhold til ivaretagelse av legetjenester til de gruppene som trenger det best. SHDIR viser her til forarbeidene til fastlegeordningen der det går fram at én intensjon bak reduksjonen i det kommunale basistilskuddet fra ca. 37 prosent til ca. 30 prosent av legenes inntekt, var å kunne gi rom for endringer i takstsystemet, for eksempel ved å øke tids- og tolketakster¹⁰¹ (ibid.:39).

Statens helsetilsyn og Oslo kommune stiller spørsmål ved om fastlegeordningen som en generell ordning fungerer godt nok for grupper av befolkningen med ulike sammensatte og/eller spesielle behov; Oslo kommune også ved om det kan være behov for særtjenester til noen få grupper.

NTNU og NSAM peker på viktigheten av oppfølging av kronisk syke/videreutvikling og styring av primærmedisinsk innsats mot de pasienter og pasientgrupper som trenger det mest.

⁹⁹ Ot.prp. nr. 99 (1998-99) side 107/kapittel 8.2.

¹⁰⁰ St.prp. nr. 65 (2002-2003) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2003: Innledning Programområde 30, kap. 2755 post 70.

¹⁰¹ Ot.prp. nr. 99 (1998-99) pkt. 8.5.6 Demografi og listetyngde. Dette ble spesielt diskutert i forhold til storbyforhold.

Oslo kommune og Legeforeningen mener at fastlegeordningen legger til rette for/har ført til bedre tilgjengelighet og kontinuitet for pasienter med omfattende og sammensatte behov.

Legeforeningen og NSAM påpeker at det gjenstår å få svar på i hvilken grad fastlegeordningen har vært en suksess når det gjelder å tilby og koordinere helsetjenester for pasientgrupper med ”særlige omfattende behov”

5.4.5 Klager på allmennlegetjenesten/fastlegeordningen og fastlegene

Statens helsetilsyn opplyser om at det i 2001 ble behandlet tre saker og i 2002 to saker som gjaldt klager etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1 a Pasientrettigheter i fastlegeordningen, jf. loven § 4-2. De viser for øvrig til at Helsetilsynet i Hedmark har hatt noen tilsynssaker knyttet til leger som ikke etterlever forpliktelsene i sin fastlegekontrakt, men påpeker samtidig at kommunen som kontraktspart selv har et ansvar for å vurdere de sidene som angår plikter etter fastlegekontrakten, inklusive deltakelse i legevakt (Statens helsetilsyn 2003:15-16).

5.5 Kontinuitet

Indikatorer: Varighet, omfang, innhold

Det er ikke kommet innspill som naturlig hører hjemme her.

5.6 Effektivitet

Indikatorer: Organisering, koordinering, samarbeid

Overskriften henspiller på utnyttelse av landets samlede legeressurser, som omfatter både samhandling/samarbeid innen primærhelsetjenesten og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, legevaktorganisering, drift av legetjenesten og generelle økonomiske forhold.

5.6.1 Samarbeid mellom partene sentralt og lokalt

Det løpende samarbeidet mellom partene i avtaleverket – staten, KS, Oslo kommune og Legeforeningen – jf. Stortingets forutsetninger (se kapittel 1) har vært avgjørende for en vellykket innføring av reformen, både i forberedelses-, etablerings- og driftsfasen av fastlegeordningen. I den sammenheng har det sentrale samarbeidsutvalg mellom partene (SSU) vært viktig. Lokalt er det partssammensatte utvalget med representanter for kommunen og fastlegene (LSU) en viktig aktør.

”Legeforeningen opplevde at det oppsto få problemer i forbindelse med implementeringen av ordningen. Samhandlingen og samarbeidet mellom sentrale avtaleparter om implementeringen og driften av fastlegeordningen er også opplevd som konstruktiv. Vi tror det var av stor betydning at det i forkant ble etablert arenaer der sentrale parter kunne møtes og finne løsninger på de problemene som oppsto. Både det sentrale samarbeidsutvalg og andre møter mellom sentrale parter har motvirket sentrale og lokale tvister om rettigheter og plikter i ordningen.” ”I løpet av det første halvåret var det tilløp til en del tvister om tolkning

av forskrift og avtaler mellom kommuner og leger, og leger i mellom. Disse forholdene er i all hovedsak løst med bistand fra sentrale parter” (Dnlf 2003).

KS uttaler at de får få tilbakemeldinger fra kommuner om virksomheten i de lokale samarbeidsutvalgene, men de peker på det sentrale samarbeidsutvalgets (SSU) viktige betydning. De påpeker at ”Mye av dette må bare ”gå seg til” mens de sentrale parter fortsetter den løpende diskusjonen.”

Oslo kommune har samlet sett inntrykk av at utvalgsorganiseringen har forenklet samarbeidet, men opplyser om at erfaringene varierer mellom bydelene og er best der samarbeidet fungerte godt før innføringen av fastlegeordningen. Kommunen mener imidlertid at hovedavlønningsmodellen i ordningen med fordeling mellom per capita- og stykkprisfinansiering har svekket bydelenes mulighet til å foreta økonomiske prioriteringer, og dermed styringsmuligheter, i fastlegeordningen. Samarbeidsutvalgene kompenserer kun i begrenset grad for dette, ”og fastlegeordningen oppleves til tider som en tjeneste som ”lever sitt eget liv” ved siden av de øvrige kommunale tjenester.” I tråd med dette mener Oslo kommune at hovedutfordringene fremover er knyttet til styringen av ordningen.

Når det gjelder kommunenes styringsmuligheter mener KS at en del kommuner har hatt begrenset forhandlingsmakt. De uttaler: ”Innføring av fastlegeordningen ga legene en unik mulighet til å reforhandle lønns- og arbeidsvilkår. I den forbindelse har utkantkommuner blitt presset til å reforhandle lønns- og arbeidsvilkår som det på ingen måte er lagt inn penger til fra sentralt hold. Det er ingen sjeldenhet at legene i kommuner som har valgt fastlønn har årslønner på rundt en million noe som vel tilsvarer en dobling fra tidligere. Videre er privat praksis som skulle være hovedmodellen i fastlegeordningen, ofte innført på den måten at legen er privat næringsdrivende i kommunens lokaler, og der legen betaler langt fra de reelle kostnader for personell, lokaler og utstyr” (KS 2003).

Statens helsetilsyn peker på at legetjenesten og fastlegeordningen i stor utstrekning blir ivaretatt gjennom privatpraktiserende leger, og at dette gir svakere styringsmulighet enn om legen hadde vært ansatt i kommunen. Helsetilsynet understreker at fastlegeavtalen er kommunens styringsverktøy overfor privatpraktiserende leger og det redskapet kommunen har for å sikre en forsvarlig legetjeneste. Det vises til uttalelse fra Helsetilsynet i Sogn og Fjordane som stiller spørsmål ved om kommunene hadde skaffet seg tilstrekkelig bestillerkompetanse da de inngikk fastlegeavtalene. De viser her til at fastlegene i økende grad er fraværende på møter, konferanser og andre arenaer for samhandling knyttet til planlegging, utvikling og forbygging (Statens helsetilsyn 2003:14-16).

Legeforeningen gir uttrykk for at redusert styringsmulighet for kommunene har hatt positiv virkning på legetjenesten: ”Legeforeningen mener at fastlegeordningen har medført at befolkningen i sin alminnelighet har fått bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenester. Den har medført flere leger innenfor dette tjenestenivået, og bidratt til at det er befolkningens behov for tjenester som er det avgjørende og ikke den enkelte kommunes økonomiske prioriteringer. Kommunen kan ikke lenger opprettholde vakante legehjemler av innsparingshensyn, dersom legene i kommunen har lukkede lister. At innbyggerne i større grad får sine behov dekket av fastlegene vises også gjennom redusert søking til legevakt.”

5.6.2 Henvisningsordningen

Det vises til redegjørelse i kapittel 6.2 om justeringer som er foretatt i henvisningsordningen med virkning fra 1.1.2002. Ordningen er regulert i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege med vedlegg Normaltariffen for leger, jf. folketrygdloven § 5-4.

Sosial- og helsedirektoratet opplyser om at det etter 1.1. 2002 har kommet en del henvendelser fra enkeltpersoner vedrørende henvisningsordningen. Disse har som oftest vært knyttet til spørsmål om spesialisten kan kreve henvisning fra fastlege, og tyder på at mange leger, både spesialister og fastleger, ikke er oppdatert på aktuelt regelverk (SHDIR 2003:18).

Et annet aspekt ved henvisning er den retten alle autoriserte leger har til å henvise og forventninger rettet mot legenes forvaltning av en såkalte gatekeeperrollen, jf. under.

I innspillene til statusrapporten tar både Legeforeningen og NSAM opp dette dilemmaet mellom på den ene siden å skulle forvalte samfunnets ressurser og på den andre være pasientens hjelper – som veileder, behandler, henviser, koordinator mm. Fastlegeordningen fremheves som et hittil uovertruffent verktøy i pasientens første møte med helsetjenesten i et stadig mer komplisert og uoversiktlig helsevesen. ”Utfordringen vil være å utvikle og tilpasse ordningen slik at den både aksepteres og anerkjennes av aktører og brukere, og at den på best mulig måte kan utøve sin funksjon i samspill med øvrige helsetjenester og samfunnet omkring” (Dnlf 2003).

NSAM setter også dette inn i en bredere sammenheng der det sentrale er utviklingen av det faglige innholdet i fastlegeordningen og i allmennmedisinen som sådan (jf. kapittel 5.7.1 og 7.3.3). Vedrørende henvisning/bruk av spesialisthelsetjenester stiller de blant annet følgende spørsmål: ”I hvilken grad er FLO et bidragsytende verktøy når det gjelder å styre og prioritere bruk av spesialisthelsetjenester – spesielt i strøk av landet der tilgjengeligheten til slike tjenester er stor, nær og raus? I hvilken grad forstyrres faglige motiver for henvisninger av konkurransesituasjonen i spesialisthelsetjenesten?” ”I hvilken grad kan pasientrettigheter og brukermedvirkning inkluderes i utviklingen av et mest mulig hensiktsmessig og rasjonelt samarbeid nivåene imellom?” De stiller også spørsmål ved om tilbud, innhold og prioritering påvirkes av en reell konkurransesituasjon om pasienter eller om man ser tilløp til konkurranse om de samme pasientgrupper/helseproblemer mellom fastleger og spesialister.

Det vises for øvrig til omtale under kapittel 4.4.4.

5.6.3 Forholdet mellom allmennmedisinsk offentlig legearbeid og listansvar

Selv om fastlegeordningen først og fremst berører den kurative delen av allmennlegetjenesten, ble det i utformingen av reformen gitt føringer fra Stortinget om å se de ulike delene av allmennlegetjenesten i sammenheng. I lovforarbeidene til fastlegeordningen ble det gjort utredninger både i forhold til allmennmedisinsk offentlig legearbeid, for eksempel i helsestasjon, fengsler, skoler og sykehjem, og samfunnsmedisinsk arbeid.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Det ble blant annet slått fast at fastlegeordningen ikke var ment å endre organiseringen av det helsefremmende og forebyggende arbeidet i skolehelsetjeneste og helsestasjon.¹⁰² Det ble også slått fast av daværende Helseminister Dagfinn Høybråten i hans tale på Primærmedisinsk uke høsten 2002 at det er ønskelig å opprettholde dagens organisering av kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon. Det har inntil nylig vært en forutsetning at det er lege ansatt ved helsestasjonen (se forklaring i fotnote).¹⁰³

Forskrift 3. april 2003 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og forskrift 16. april 2004 om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp stiller ikke krav til hvor personellet skal utføre sitt arbeid og/eller spesifiserer krav til samlokalisering av ulike yrkesgrupper og/eller samarbeidende personell. Kommunen kan velge om den vil organisere helsetjenestene ved å ansette personell i kommunal stilling eller inngå avtale med personell om privat helsevirksomhet, jf. kommunehelsetjenesteloven § 4-1.

Sosial- og helsedirektoratet påpeker at denne type endringer i regelverket åpner for et tettere samarbeid enn før mellom helsestasjonen og leger utenfor helsestasjonen. SHDIR peker samtidig på at det i forkant av og etter innføringen av fastlegeordningen er fremmet ønsker fra allmennleger om at mer av det forebyggende arbeidet foregår på fastlegens kontor. Det refereres blant annet til følgende uttalelse fra lederen i Alment praktiserende lægers forening (Aplf):

”det er kunstig å skille forebyggende og kurativt allmennlegearbeid der dette ikke er tvingende nødvendig”, og ”det er langt bedre at helsesøstre og jordmødre i større grad kommer til fastlegekontorene og løser oppgavene sammen med fastlegen på legens kontor, fremfor at fastlegene skal arbeide med pasienter på andres lister på en helsestasjon”.¹⁰⁴

Sosial- og helsedirektoratet gjør oppmerksom på at dersom kommuner i stor utstrekning inngår avtaler med fastleger om deltakelse i forebyggende arbeid som del av den kurative virksomheten på legekantoret, i stedet for å knytte leger til helsestasjonen gjennom avtale om allmennmedisinsk offentlig legearbeid, vil dette kunne føre til en fragmentering av helsestasjonstjenesten. Dette er i strid med rådende helsepolitiske mål om helsestasjonen som et viktig sentrum i den helsefremmende og forebyggende virksomheten overfor befolkningen.¹⁰⁵ (SHDIR 2003:10-11, 32).

Statens helsetilsyn opplyser om at Helsetilsynet i Oppland per 31. mai 2002 rapporterte om ny lege på helsestasjonen i Lillehammer hver uke, samtidig som de bemerket at de ikke anså dette som en optimal løsning med hensyn til forsvarlighet.

¹⁰² Ot.prp. nr. 99 (1998-99) om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen), kapittel 8.2

¹⁰³ Forskrift 23. november 1983 nr. 1778 om helsestasjonsvirksomhet ble opphevet ved fastsettelse av forskrift 3. april 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Av den tidligere helsestasjonsforskriften § 3 tredje ledd gikk det fram at det medisinsk-faglige ansvaret ved helsestasjonen skulle ligge hos lege. Den nye forskriften stiller ikke spesifikke krav til hvor personellet skal utføre sitt arbeid, jf. § 2-1 m/merknad.

¹⁰⁴ Intervju med leder i Aplf, Kjell Maartmann-Moe, i Dagens Medisin 10.10.02.

¹⁰⁵ St.meld. nr. 36 (1989-90) Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane, NOU 1984:17 Perinatal omsorg i Norge, St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge.

Helsetilsynet i Hordaland mener det er uklart hvilken rolle fastlegen skal ha i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Statens helsetilsyn 2003:21).

Legetjenester i sykehjem

Når det gjelder sykehjemstjenesten, ble det i forberedelsene til fastlegeordningen vurdert som mest tjenlig at legetjenester i sykehjemmene fortsatt ble dekket gjennom en tilsynslegeordning. Argumentasjonen omfattet både faglige, kvalitetsmessige og ressursmessige hensyn. Det ble blant annet pekt på at dersom fastlegeordningen skulle omfatte sykehjemmene, ville mange sykehjem måtte forholde seg til en rekke forskjellige fastleger. Det ble også pekt på at sykehjemsarbeid krever spesiell kompetanse.

Statens helsetilsyn opplyser om at det er rapportert både fra Oslo og Nord-Trøndelag at tilsynslegeoppgaver i sykehjem er fordelt på flere leger enn før uten at antall timer benyttet har økt tilsvarende. Helsetilsynet i Oslo uttaler at når et sykehjem betjenes av mange leger med et lite uketimetall hver for seg, får tjenesten et fragmentarisk preg med pulverisering av hvem som har det medisinsk-faglige ansvaret for institusjonen (ibid.).

SHDIR uttaler: ”I motsetning til oppgaver ved for eksempel helsestasjon, vil mange av legeoppgavene i sykehjem være av behandlende karakter ettersom beboere i sykehjem i dag jevnt over er svært syke. Fastlegen kan vanskelig betjene disse pasientene og må i tilfelle oppsøke den enkelte på sykehjemmet. Det er også bred enighet om at legetjenesten i sykehjem er krevende, og det bør stimuleres til økt kompetanse” (SHDIR 2003:32).

5.6.4 Fastlegens rolle som koordinator og samarbeid med øvrige tjenester

Fastlegens koordinerende ansvar er regulert i fastlegeforskriften §§ 7 og 8 med merknader og er nærmere beskrevet i kapittel 2 og 6.

Det generelle inntrykket Statens helsetilsyn har gjennom tilbakemeldinger fra helsetilsynene i fylkene er at det tverrfaglige samarbeidet innad i kommunen ikke har fått noe løft med innføringen av fastlegeordningen. Helsetilsynene i flere av fylkene melder om at det er vanskelig å få fastlegen med i tverrfaglig samarbeid.

Helsetilsynet henviser blant annet til landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer som ble utført i 2002. Det ble gjennomført tilsyn med kommunehelsetjenesten, i hovedsak helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker innenfor spesialisthelsetjenesten. Det går fram av tilsynsrapporten at det synes å mangle rutiner for samarbeid med fastlegene. Imidlertid var ikke fastlegene selv trukket inn i tilsynet. Problemet ser ut til å være tosidig ved at, på den ene siden, andre deler av helsetjenesten i for liten grad anerkjenner og stiller krav til fastlegens koordinerende rolle, og på den andre siden at fastlegene i liten grad prioriterer tverrfaglig samarbeid rundt pasienter med sammensatte behov. Fastlegens rolle i det kommunale samarbeidet rundt oppfølgingen av barn og unge med psykiske problemer synes uavklart. Det pekes også på at ivaretagelse av tverrfaglig samarbeid ikke er beskrevet i verken lov/forskrift eller sentralt avtaleverk mellom KS og Legeforeningen (Statens helsetilsyn 2003:14-15).

Helsetilsynet ser ut fra dette behov for å tydeliggjøre krav til fastlegen, og mener det bør vurderes om det er behov for formalisering av krav til fastlegen når det gjelder oppfølging av personer med sammensatte behov. De ber departementet vurdere tiltak med sikte på å styrke fastlegens rolle som koordinerende instans (ibid.:16, 25-26).

Sosial- og helsedirektoratet opplyser om at de har fått henvendelser fra kommuner om at det er vanskelig å få fastlegen med i tverrfaglige møter, ansvarsgrupper o.l., noe de mener kan tyde på behov for mer tid fra fastlegenes side enn det som ofte er tilfelle. SHDIR uttaler at: ”På legenes samarbeidspartnere i kommunene kan man av og til få inntrykk av at legene foretrekker å sette opp flere konsultasjoner fremfor å bruke både samarbeids- og tidstakstene” (SHDIR 2003:40). Diskusjoner internt i SHDIR knyttet til 1) klargjøring av regelverket for fastlegeordningen i forhold til blant annet Opptrappingsplanen i psykiatri og lovendringer knyttet til forebygging av omskjæring av kvinner og 2) kartlegging av særskilte behov knyttet til allmennlegetjenesten for ulike grupper med sammensatte behov, har blant annet avdekket behov for klargjøring av hvilke krav som bør kunne stilles til fastlegen og dennes koordinerende rolle (ibid.:13-14).

Legeforeningen mener at fastlegene bør ha en mer fremtredende koordinatrorolle enn de har i dag. De uttaler seg primært i forhold til behov for koordinering mellom ulike tjenestenivåer: ”Med fastlegeordningen er fastlegen tillagt koordinatrorfunksjonen, noe som forutsetter at dette innarbeides i forhold til alle tjenestefunksjonene.” De mener det finnes et betydelig potensial når det gjelder fordeling av oppgaver og informasjonsutveksling mellom tjenesteytere og tjenestenivåer og når det gjelder iverksettelse av planmessig oppfølging av den enkelte pasient. Som eksempel på et mulig tiltak nevnes ”å utvikle ordningen med praksiskonsulenter på alle kliniske avdelinger (inkl. psykiatri), der praksiskonsulenten er en deltidsansatt allmennlege i sykehus med oppgave å tilrettelegge for best mulig samarbeide om pasientbehandlingen mellom første og andrelinjen.”

5.6.5 Fastlegens rolle i legemiddelassistert rehabilitering

Både Sosial- og helsedirektoratet og Statens helsetilsyn har tatt opp spørsmål knyttet til fastlegens rolle i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) når pasienten eller klienten er overført til lokal oppfølging. Helsetilsynet viser til problemstillinger presentert gjennom rapporter/Medisinalmeldinger fra helsetilsynene i Buskerud, Hordaland og Vestfold (Statens helsetilsyn 2003:13-14), mens SHDIR opplyser om at de har fått flere henvendelser fra kommuner og fylkesmenn (blant annet Oslo, Rogaland og Sør-Trøndelag).

Mange fastleger synes å vegre seg mot å påta seg ansvar for oppfølging av pasienter under LAR. De vanligste begrunnelsene er at de ikke har den nødvendige kompetanse og derfor ikke vil kunne oppfylle lovens krav til forsvarlighet, at arbeidet ofte er svært tid-/ressurskrevende og fordrer spesifikk praktisk tilrettelegging.¹⁰⁶

¹⁰⁶ Se for eksempel:

Rundskriv I-33/2001 Legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere

”Allmennlegens rolle i behandlingen av narkomane – legemiddelassistert rehabilitering”, et hefte utarbeidet av fagutvalget i Apf i august 2002.

Problemstillingene har også vært tatt opp som del av en større helhet i møte mellom Legeforeningen og SHDIR 20.08.03 (referat foreligger).

Problemstillinger som er reist i henvendelsene til SHDIR omfatter hvilke plikter fastlegen har overfor denne pasientgruppen når de står på vedkommendes liste, hvilke muligheter kommunen har til å pålegge legene oppfølgingsansvar for disse pasientene og hvilke virkemidler kommunen har dersom fastlegene nekter å påta seg slikt ansvar. Mye tyder på at fordelingen av LAR-pasienter blant fastlegene er skjev, antakelig som en konsekvens av at mange fastleger nøler med å påta seg ansvar for disse (SHDIR 2003:15-16, 33-34).

Det fremgår av rundskriv I-33/2001 at det forutsettes at medisinsk bistand ved oppfølging av LAR-pasienter i kommunehelsetjenesten ivaretas som en del av fastlegens ansvar for dem som står på listen. Videre at kommunen kan bruke fastlegeavtalen til å løse denne type oppgaver som allmennmedisinsk offentlig legearbeid (jf. fastlegeforskriften §§ 7 og 12 b).¹⁰⁷

I påvente av sentrale beslutninger knyttet til ny organisering og regulering av rusmiddelfeltet har SHDIR oppfordret partene lokalt til å finne midlertidige løsninger, for eksempel ved å bruke det lokale samarbeidsutvalg (LSU), for å komme fram til en rettferdig fordeling av disse pasientene blant fastlegene (SHDIR op.cit.)

Rusomsorgen er i sin helhet under omorganisering, jf. Stortingets behandling av Ot.prp. nr. 54 (2002-2003) (Rusreform II) 11. november 2003. Reformen innebærer at spesialiserte og likeartede behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere, herunder de spesialiserte LAR-tiltakene, ble samlet på statlig nivå fra 1. januar 2004.¹⁰⁸ Helsemyndighetene i samarbeid med Legeforeningen arbeider per i dag med å finne gode løsninger blant annet for oppfølging av LAR-pasienter, og det er foreløpig ikke avklart hva slags rolle fastlegene skal ha i dette arbeidet.

5.6.6 Turnustjenesten

Fastlegeforsøket ga minimal erfaring med innpassing av turnustjeneste i et listesystem. Det var kun Tromsø som hadde turnuslege, og der var det kun én turnuslege per halvår. Innpassing av turnustjenesten i fastlegeordningen skjedde samtidig med en betydelig vekst i antall medisinske kandidater slik at det i løpet av få år var behov for en stor økning i antall turnusplasser.

Kommunen mottar fra 1. juli 2001 et økonomisk tilskudd (turnustilskudd) til dekning av kommunenes økonomiske forpliktelser knyttet til turnusleger.¹⁰⁹ I tillegg mottar kommunen turnuslegens inntjente refusjoner og egenandeler. Det er forutsatt at det i gjennomsnitt skal kunne være balanse mellom kommunens utgifter og inntekter i forbindelse med turnustjenesten (med unntak for utgifter knyttet til offentlig legearbeid).

¹⁰⁷ Rundskriv I-33/2001 Legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere, Forskrift 14. april 2000 nr. 328 om fastlegeordning i kommunene, §§ 7 og 12 b.

¹⁰⁸ [Ot.prp. nr. 54 \(2002-2003\)](#) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan).

¹⁰⁹ Forskrift 20. desember 2001 om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som lege § 17, rundskriv I-47/2001 om turnustjeneste for leger i kommunehelsetjenesten. Turnustjenesten er for øvrig regulert i fastlegeforskriften § 12 d, rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen kapittel 11 og den individuelle fastlegeavtalen.

Departementet har mottatt henvendelser fra kommuner som hevder at turnustilskuddet ikke dekker utgiftene kommunen har til turnusleger. Det har også vært oppslag i media der det hevdes at fastlegeordningen har gjort det dyrere for kommunene å ha turnusleger fordi flere av legene er selvstendig næringsdrivende.

Kommunenes Sentralforbund uttaler: ”Innpassing av turnuslege i privat praksis har i en god del tilfeller blitt svært kostbart for kommunene. Kommunene er i en vanskelig forhandlingsposisjon når innpassing i privat praksis er eneste alternativ. For veilederlegene kan det bli problematisk dersom deres lister er for korte. Når lista er så liten som 800 – 1000 innbyggere blir det økonomisk lite regningssvarende for legen.” Kommunens dilemma oppstår i følge KS fordi fylkeslegen kan pålegge kommunen å motta turnuslege, mens kommunen ikke kan gi et tilsvarende pålegg til sine privatpraktiserende leger om å motta og veilede turnuslege.¹¹⁰

Oslo kommune opplever også problemer når det gjelder turnuslegeordningen: ”Ujevn pågang, pålegg fra fylkeslegen om mottak av flere turnusleger enn det som vi har avtale om plasser til, og utilstrekkelig økonomisk dekning for mottak av turnusleger gjør at vi ser et behov for en prinsipiell revurdering av hvordan ordningen skal organiseres og finansieres.”

Statens helsetilsyn viser til at flere helsetilsyn i fylkene gir uttrykk for at den ujevne tilstrømmingen av turnusleger fra halvår til halvår skaper store problemer for turnusordningen. I oppsummeringen av Helsetilsynets vurderinger understrekes betydningen av turnuslegen som en viktig ressurs i utkantkommuner og at disse kommunene må sikres forutsigbarhet i tildeling av turnusplasser (Statens helsetilsyn 2003:22, 24).

Sosial- og helsedirektoratet/Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling mener at tilrettelegging for økt mottak av turnusleger i kommunene og et økt behov for veiledning av turnusleger er utfordringer for legetjenesten i kommunene.

5.6.7 Økonomien i interkommunal legevakt

Det vises til kapittel 4.4.9.

Legeforeningen påpeker at de har vært pådrivere for videreutvikling av legevaksorganiserings/interkommunale legevaktordninger. De viser til at ordningene fungerer etter intensjonene, men at etableringen har stagnert og at antallet som deltar i slikt samarbeid er gått tilbake. De viser til at det er et ensidig signal fra kommunene at økonomi er et vesentlig hinder for etablering av interkommunale vaktordninger.

KS påpeker at det er etablert flere interkommunale legevaktordninger på grunn av ny betalingsordning, men at det gjenstår arbeid i forhold til å sikre videre finansiering.

¹¹⁰ Innspill 07.09.04 fra KS til utkast til rapport per 16.07.04.

5.7 Andre forhold

5.7.1 Behov for diskusjon av faget/innholdet i allmennlegevirksomheten

Allmennlegens ansvarsområde, og dermed rolle i forhold til annet helsepersonell, ble ikke nevneverdig berørt i arbeidet med utviklingen av fastlegeordningen. Mange av innspillene departementet har mottatt reiser på forskjellige måter spørsmål som berører fastlegens og/eller allmennlegens rolle (jf. også temaer under 5.6).

Sosial- og helsedirektoratet uttaler: ”Generelt vil det være slik at det er noen oppgaver det er viktig for en yrkesgruppe å beholde mens andre er å regne som mindre attraktive – for eksempel fordi de er mindre meningsfylte, mer arbeidskrevende eller mindre lukrative.

Signalene fra legene varierer. På den ene siden opplever mange allmennleger at de stadig blir pådyttet flere oppgaver, ofte av administrativ karakter slik at det blir mindre tid til pasienter. Blant allmennlegene har begrepet ”den fulle allmenmedisinske bøtten” dukket opp i forskjellige diskusjonsfora som avisa Utposten og NSAMs nettsted Eyr. Begrepet ble første gang brukt i en leder i Tidsskrift for Den norske lægeforening, og henspiller på at stadig nye oppgaver pålegges allmennlegen uten at noen eksisterende oppgaver nedprioriteres. Dette er blant annet en konsekvens av den økende medikaliseringen av samfunnet som blant annet innebærer at helsevesenet leter etter markører for fremtidig sykdom hos subjektivt friske¹¹¹ (SHDIR op.cit.:35-36).

SHDIR viser til at på den andre siden møter man oppslag der allmennleger opplever at andre yrkesgrupper ønsker seg biter av det legene mener tilhører allmenmedisinen: ”Jordmødre vil ha større ansvar for svangerskapsomsorgen, mens kiropraktorer og manuellterapeuter ønsker seg funksjon som primærbehandler med sykmeldings- og røntgenrekvisisjonsrett gjennom henvisningsprosjektet. Helsesøstre vil ha ansvar for prevensjonsveiledning og har fått forskrivningsrett for p-piller, og psykologer ønsker forskrivningsrett for psykofarmaka”¹¹² (ibid.).

SHDIR mener at disse signalene, som dels er basert på forskning og dels er av meningsytrende karakter og som også berører spørsmål om prioritering, aktualiserer en bredere diskusjon om det fremtidige innholdet i allmenmedisinen. SHDIR mener i tillegg det kan være fruktbart å utrede nærmere fastlegens rolle i forhold til allmenmedisinsk offentlig legearbeid og når det gjelder hvor langt fastlegens populasjonsansvar skal gå i forhold til grupper med spesielle oppfølgingsbehov (ibid.:14, 35).

Norsk selskap for allmenmedisins (NSAM) innspill sett under ett er sentrert rundt utfordringer knyttet til utviklingen av faget og kvaliteten i allmenmedisinen. NSAM stiller en rekke spørsmål med utgangspunkt i ”Plakaten – 7 teser for allmenmedisin”. De mener den største utfordringen er å gi klarere mål for prioritering. De ønsker blant annet ”å videreutvikle og styre primærmedisinsk innsats mot de pasienter og pasientgrupper som trenger det mest”.

¹¹¹ Irene Hetlevik, Tidsskrift for Den norske lægeforening 1999; 119: 3547, ”Den fulle allmenmedisinske bøtten”. Hetlevik disputerte for den medisinske doktorgrad i1999 med en avhandling om allmennlegens rolle i behandling av risikotilstander hos friske.

¹¹² Tine Dommerud, Dagens Medisin 6/03 ”Frykter at allmenmedisinen smuldrer bort”, intervju med allmennlege Erik Werner.

NSAM uttaler videre:

”En form for listeansvar kan være et fristende instrument å ta i bruk både av faglige og helsepolitiske så vel som av helseøkonomiske grunner. Hos oss er innføringen av FLO først og fremst en administrativ reform. Det faglige innholdet i allmennmedisin er nærmest upåvirket av ordningen.” ”Ordningsen må ikke oppfattes som statisk og ”ferdig”. NSAM ser på FLO først og fremst som et godt *utgangspunkt* og *grunnlag* for utvikling av gode allmennlegetjenester som en naturlig basis og knutepunkt i et mer og mer oppsplittet, spesialisert og komplisert helsevesen. Målsetting og oppdrag må utformes og stadig utfordres i et samarbeid mellom fag, fagforening og myndigheter. Det faglige innholdet og verktøyet må utvikles og utarbeides først og fremst av faget selv.” Ett av flere aspekter ved fagutøvelsen NSAM mener bør drøftes nærmere er forvaltningen av forskrivningsretten. De spør: ”Hvordan utføres og prioriteres forskrivning av legemidler?”

NSAM stiller også spørsmål ved i hvilken grad fastlegeordningen bidrar til koordinering og ledelse i helsetjenesten. ”For å kunne ivareta og utføre det oppdraget FLO er gitt så langt, slik vi oppfatter det, er det vår oppfatning at fastlegen i større grad enn hva tilfellet synes å være i dag, må inneha en reell *lederrolle* knyttet til den virksomhet som hun er helt sentral i og til dels ansvarlig for. Konsulentrollen som fastlegen i økende grad har havnet i, både i forhold til listerelatert arbeid, og i forhold til de allmennmedisinske offentlige oppgaver, *kan* friste til ansvarsfraskrivelse og/eller tilsidesettelse når viktige og vanskelige diskusjoner pågår og viktige beslutninger skal tas. En fastlegeordning på sidelinjen er vi ikke tjent med.”

NSAM tar ikke direkte opp hvordan en eventuell lederrolle skal kunne utøves, men spørsmålene de stiller i tilknytning til en slik rolle indikerer til en viss grad hva de har i tankene:

”I hvilken grad bidrar FLO med epidemiologisk innsikt og innspill og vurderinger til kommunenes planlegging og drift av sine tjenester? I hvilken grad tar fastlegen initiativ når det gjelder tiltak for spesielle grupper eller enkeltpasienter? Hvilken rolle har og tar FLO i utvikling av tverrfaglige og tverrsektorielle tiltak? Er fastlegen hensiktsmessig basert (plassert?) på sitt allmennlegekontor med sin minimale bemanning av ”hjelpespersonell”? Hvilke muligheter og status har fastlegen som selvstendig næringsdrivende med sterk statlig forankring og stor grad av frihet i samspillet og samarbeidet omkring pasientgrupper og enkeltpasienter? I hvilken grad oppfatter og tar fastlegen sitt samfunnsmedisinske ansvar? I hvilken grad tillater og bidrar FLO til at fastlegen blir konsulent sånn litt på sidelinjen?”

NTNU mener også at man nå bør se nærmere på det faglige innholdet i legetjenesten. De spør om den voksende primærlegetjenesten betjener syke mennesker, eller i stadig større grad friske mennesker med antatte helserisikoer? Ved fokus på det faglige innholdet er det naturlig å inkludere oppfølging av kronisk syke, personer med psykiske problemer og personer med rusproblemer.

Lillehammer kommunes tenkning omkring ansvarskontrakter med definerte kvalitetsmål kan også være en måte å utvikle faget på (jf. tilgjengelighet til øyeblikkelig hjelp).

Tromsø kommune mener at fastlegeordningen fortsatt har et utviklingspotensial (etter ti år), men at ordningen ikke er selvregulerende og derfor må styres – av brukerne, legene og kommunen. De vurderer å realisere et tidligere forslag om etablering av et kvalitetsutvalg for allmennlegetjenesten.

6 Justeringer/initiativ og fortolkninger foretatt etter innføringen

6.1 Innledning

Fastlegeordningen er regulert gjennom fire nivåer: lov, forskrift, sentrale avtaler mellom Dnlf, KS/Oslo kommune og staten (noen avtaler) og lokal individuell avtale mellom kommunen og den enkelte lege (fastlegeavtalen). Endringer i ordningens rammeverk kan følgelig skje gjennom endring i lov-, forskrifts- og avtaleverk. Utviklingen av ordningen vil i tillegg kunne påvirkes av tilpasninger/løsninger på den lokale arena og oppfordringer/klargjøringer fra sentralt hold, for eksempel gjennom rundskriv.

I det følgende vil det bli redegjort for en del av de forhold som har vært gjenstand for spesiell oppmerksomhet og/eller er blitt justert etter innføringen av fastlegeordningen. Dette er samtidig forhold som helsemyndighetene følger spesielt, jf. omtale av noen av dem andre steder i rapporten.

6.2 Justeringer/initiativ foretatt på statlig nivå

6.2.1 Legetjenester til asylsøkere og flyktninger

6.2.1.1 Presisering av prosedyrer for registrering i fastlegeordningen

Det følger av § 2a i kommunehelsetjenesteloven og § 3 i fastlegeforskriften at enhver som er bosatt i en norsk kommune har rett til å stå på liste hos en fastlege. Dette gjelder også asylsøkere og deres familie når de er medlem av folketrygden.

For at trygdeetatens datasystem skal kunne registrere asylsøkere i fastlegeordningen, er det nødvendig med et såkalt "D-nummer" (11 siffer). Dette registreres på legevalgskjemaet i feltet for fødselsnummer. D-nummer rekvireres hos Sentralkontoret for folkeregistrering. Trygdeetaten kan rekvirere dette for asylsøkeren samtidig med behandlingen av legevalgskjemaet. Det ble redegjort for nødvendige prosedyrer i forkant av innføringen av fastlegeordningen gjennom rundskriv.¹¹³

Det første året etter innføringen av fastlegeordningen omhandlet mange av henvendelsene til departementet og Sosial- og helsedirektoratet behov for presisering av prosedyrer for søknad og tildeling av D-nummer og spørsmål knyttet til egenbetaling for asylsøkere i ventetiden på tildeling av fastlege. Sistnevnte gjaldt spørsmål om asylsøkeren skulle betale dobbel egenandel slik fastlegen vanligvis kan kreve når pasienten har valgt å stå utenfor fastlegeordningen (tilleggstakst 2bd). I forarbeidene til lov- og forskriftsverk om fastlegeordningen ønsket man nettopp å gi asylsøkere de samme rettigheter som den øvrige befolkning. Helsedepartementet

¹¹³ Prosedyrer for valg av fastlege for asylsøkere – presisering av Rundskriv I-52/2000, 06.02.01.

presiserte derfor gjennom nytt rundskriv at asylsøkere som har bedt om å få fastlege kun skal avkreves ordinær egenandel (takst 2ad) inntil registreringen er i orden. Legen kan sende krav til trygden om takst 2hd – tillegg for pasient som er tilmeldt annen fastlege – som kompensasjon for manglende basistilskudd.¹¹⁴ Dette ble fulgt opp i de sentrale forhandlinger gjennom presisering i normaltariiffen for leger våren 2002.

6.2.1.2 Når er det hensiktsmessig å bli tilknyttet en fastleges liste?

Sosial- og helsedirektoratet har opplyst om at henvendelser i 2002 og første del av 2003 vedrørende fastlegeordningen og asylsøkere/flyktninger for en stor del har vært knyttet til hvordan ordningen er tenkt å fungere for disse gruppene. I kommunene har det vært usikkerhet knyttet til hvilke legeoppgaver som skal høre med til førstegangs helseundersøkelse i transitt-/ordinært mottak, senere behov for allmennlegetjenester og øyeblikkelig hjelp. Det er samtidig kommet signaler om at det kan være vanskelig å få leger til å påta seg særskilt medisinsk ansvar for flyktninger i mottak. Sistnevnte gjelder spesielt kommuner der det enten ikke har vært tilsynslege ved mottaket, eller det ikke har vært tilstrekkelig kapasitet på fastlegenes lister til at asylsøkere som ønsker det kan få mulighet til å bli tilknyttet en fastleges liste (SHDIR 2003:34-35).

Omtrent på samme tid (mars 2003) meddelte Rikstrygdeverket at ventetiden ved Sentralkontoret for folkeregistrering på å få tildelt D-nummer til asylsøkere i forbindelse med registrering i fastlegeordningen, var bemerkelsesverdig lang tatt i betraktning at fastlegeordningen nå hadde vært i drift en stund. I trygdeetaten antok man at de viktigste årsakene til dette var at for mange asylsøkere søkte om fastlege på et for tidlig tidspunkt i forhold til at de ofte flytter mellom mottak/kommuner den første tiden de er i landet. Videre at mottakene ikke sjekker om asylsøkeren har D-nummer fra før – noe mange har fordi bankene krever det.

Helsemyndighetene besluttet at for å unngå unødvendige registreringer og fastlegebytter, ville det være nødvendig å informere asylmottakene om når i ”flyktningekarrieren” det er hensiktsmessig at asylsøkeren søker om å stå på liste hos fastlege. Dette ble gjort i Sosial- og helsedirektoratets veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere og flyktninger sommeren 2003 som også redegjorde for det øvrige helsetjenestetilbudet til disse gruppene.¹¹⁵

Det vil først være aktuelt for en asylsøker å bli registrert på en fastleges liste når han/hun kommer til et ordinært mottak (etter transittfasen). Dersom asylsøkeren har fått innvilget opphold og er registrert bosatt i en kommune på bakgrunn av fødselsnummer, men ikke har rukket å flytte (fra ordinært mottak), kan/bør de ansatte ved mottaket hjelpe vedkommende med å søke fastlege i den kommunen han/hun skal flytte til. På denne måten unngås unødvendige legebytter.

6.2.1.3 Arbeid med forenkling av registreringsrutiner i RTV

I sitt innspill til statusrapporten har Rikstrygdeverket (RTV) gitt uttrykk for at det er arbeidskrevende å registrere asylsøkere i fastlegerutinen (jf. 6.2.1.1 og 6.2.1.2). I tillegg kommer at fastlegekontorene ikke alltid får beskjed når en asylsøker reiser ut

¹¹⁴ Rundskriv I-4/2002 Fastlegeordningen og asylsøkere – presisering av prosedyre for valg av fastlege m.m.

¹¹⁵ Veileder IS-1022 Helsetjenestetilbud til asylsøkere og flyktninger (Sosial- og helsedirektoratet).

av landet eller flytter. Dette medfører at personer ofte registreres i mer enn én kommune og at fastleger mottar for høyt basistilskudd. RTV arbeider med å finne bedre løsninger.

6.2.2 Klargjøring av bestemmelser i fastlegeforskriften – fastlege for beboere i sykehjem

Etter innføringen av fastlegeordningen har helsemyndighetene mottatt en rekke henvendelser blant annet fra Stortinget, fylkesmenn, kommuner og privatpersoner som innebærer tolkning av lov og forskriftsverk. Det har vært flere spørsmål knyttet til kommunens og den enkelte fastleges plikter. De fleste av disse har vært enklere saker. I tilfeller der det har vært behov for tolkning av både forskrifts- og avtaleverk har dette skjedd i samarbeid med partene sentralt.

I det følgende vil det bli redegjort for de tolkninger av bestemmelser i fastlegeforskriften departementet har gjort når det gjelder fastlegeordningen og beboere i sykehjem og fastlegens ansvar for koordinering av tjenester for innbyggere på sin liste (pkt. 6.2.3 under).

6.2.2.1 Arbeidsdelingen mellom sykehjemslege og fastlege

Det går fram av fastlegeforskriften § 8 at når en person som står på en fastleges liste blir inntatt i helseinstitusjon eller annen institusjon med organisert legetjeneste, blir fastlegens ansvar etter § 7 overført til institusjonens lege så lenge personen oppholder seg i institusjon. Han/hun blir stående på fastlegens liste, ettersom han/hun ikke har mistet retten til å ha fastlege. Det går fram av merknadene til forskriften at bestemmelsen ikke er til hinder for samarbeid mellom fastlegen og institusjonens lege når det er behov for det.

Spørsmål vedrørende ansvarsfordelingen mellom sykehjemslege og fastlege er blant annet blitt tatt opp i Stortingets spørretime. Statsråden har presisert at sykehjemsbeboeren har rett til å benytte sin fastlege selv om sykehjems- eller tilsynslegen er den formelle medisinske ansvarlige mens pasienten oppholder seg i institusjon.

6.2.2.2 Pasientens rett til selv å velge fastlege

Sosial- og helsedirektoratet har mottatt henvendelser fra kommuner med spørsmål om personellet ved sykehjemmet kan bytte fastlege på vegne av beboere slik at disse blir tilknyttet listen til den fastlegen/én av de fastlegene som også er tilsynslege ved sykehjemmet. Det er gitt som svar at slikt initiativ må komme fra beboeren selv, eventuelt pårørende, jf. fastlegeforskriften § 3.

6.2.2.3 Finansiering av legetjenesten i kommunene

Når det gjelder finansiering, mottok departementet i tiden etter innføringen en del henvendelser fra kommuner som mente at de betalte dobbelt tilskudd for beboere i sykehjem – gjennom utbetaling av per capitatilskudd til beboerens fastlege, og gjennom finansiering av legetjenesten ved sykehjemmet. Departementet har redegjort for at det gjennom de sentrale forhandlingene/fastlegeforhandlingene sommeren 2000 ble tatt høyde for fratrukk i per capitatilskudd for personer inntatt i institusjon i den totale beregningen av per capitatilskudd til fastlegene. For å unngå administrative kostnader knyttet til variasjon i beregning av per capitatilskudd i forhold til antall listeinnbyggere i institusjon, ble staten, KS/Oslo kommune og Legeforeningen enige

om en slik utjevning mellom fastlegene fremfor å heve per capitatilskuddet (tilskuddet for den enkelte innbygger på fastlegens liste).

6.2.3 Fastlegens ansvar for koordinering av tjenester

Når det gjelder samarbeid/koordinering er det blitt tatt opp behov for å klargjøre fastlegens rolle (jf. kapittel 5). Dette gjelder blant annet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten vedrørende forholdet til samarbeidspartnere både innen somatisk helsetjeneste og psykisk helsevern. De uttalelser departementet og direktoratet har gitt kan sammenfattes på følgende måte:

Fastlegens ansvar for innbyggerne på sin liste følger av fastlegeforskriften § 7. Departementet legger til grunn at utgangspunktet for fastlegens planleggings- og koordineringsansvar etter denne bestemmelsen vil være at det forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling er knyttet til det medisinske hjelpebehov pasienten har, jf. merknaden til § 7. Fastlegens undersøkelse, diagnose og eventuelle behandling kan avdekke et behov for at legen initierer kontakt, ev. gjennom henvisning, til andre tjenester, enten innen kommunen eller i spesialisthelsetjenesten. Koordineringsansvaret omfatter for eksempel vurdering av behov for henvisning til psykolog, fysioterapeut eller til psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, og nødvendig medisinsk oppfølging av pasienten etter aktuelt opphold for eksempel i sykehjem, eller etter behandling i spesialisthelsetjenesten.

Fastlegens ansvar for medisinsk oppfølging etter utskrivning fra institusjon for innbyggere som står på vedkommendes liste går nærmere fram av fastlegeforskriften § 8. Der det er behov for slik tilrettelegging, plikter institusjonen å kontakte fastlegen på forhånd. Epikrise og andre nødvendige opplysninger sendes fastlegen dersom pasienten gir sitt samtykke til det.

Det vil variere med situasjon hvilken instans i kommunen som er den rette til å koordinere ved behov for koordinering av tjenester. Gjennom tilsynsmyndighetenes landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002 ble det for eksempel uttrykt behov for klargjøring av fastlegens rolle ved behov for utarbeiding av individuell plan. I forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, merknaden til § 2-3 annet ledd, står det følgende: ”Ansvaret for å ta initiativ til å utarbeide individuell plan, påhviler den instans i kommunehelsetjenesten som personen eller dennes foresatte først henvender seg til.”

Fastlegeordningen er i hovedsak basert på at pasienten selv eller pårørende henvender seg til fastlegen. Fastlegen har plikt til å initiere at koordinering blir ivaretatt når han eller hun er blitt oppsøkt. Dette gjelder for eksempel initiativ til å utarbeide individuell plan der vilkår for slik plan foreligger.

6.2.4 Grupper som ikke omfattes av fastlegeforskriften § 3

I følge kommunehelsetjenesteloven § 2-1 a og fastlegeforskriften § 3 har enhver som er registrert bosatt i en norsk kommune, samt asylsøkere og deres familiemedlemmer, rett til å stå på liste hos fastlege. Utover dette skal kommunen sørge for nødvendig helsehjelp for enhver som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen, jf.

kommunehelsetjenesteloven § 1-1. Dette innebærer, i tillegg til organisert øyeblikkelig hjelptjeneste og legevakt, å legge til rette for at fastlegene samlet sett har kapasitet til å ta imot tilreisende, studenter, turister m.fl. som midlertidig oppholder seg i kommunen og innbyggere som ikke er tilknyttet fastlegeordningen.

Departementet og Sosial- og helsedirektoratet har fått henvendelser fra forskjellig hold angående rettigheter i fastlegeordningen. I det følgende redegjøres det for de avklaringer og fortolkninger departementet og direktoratet har gjort når det gjelder de respektive gruppernes rettigheter, samt for hvordan disse er regulert.

6.2.4.1 NATO-ansatte stasjonert i Norge

NATO-ansatte stasjonert i Norge og deres familiemedlemmer har rett til å stå på liste på like vilkår som innbyggere som omfattes av fastlegeforskriften § 3, jf. NATO SOFA-avtalen art. IX pkt. 5. Som for asylsøkere må det søkes Sentralkontoret for folkeregistrering om et såkalt D-nummer som fylles ut på legevalgskjemaet i rubrikken for fødselsnummer.

6.2.4.2 EØS-borgere som arbeider i Norge men er bosatt i et annet EØS-land

EØS-borgere som arbeider i Norge men er bosatt i et annet EØS-land har rett til å oppsøke fastlege mot vanlig egenandel, jf. EØS-avtalen og norske trygderettigheter knyttet til å være arbeidstaker. Disse borgerne oppfyller imidlertid ikke kravet til å være bosatt i en norsk kommune og har derfor ikke rett til å stå på liste, jf. kommunehelsetjenesteloven § 2-1 a og fastlegeforskriften § 3.

6.2.4.3 EØS-borgere som bor og arbeider midlertidig i Norge

Det er reist spørsmål fra den franske ambassaden om franske statsborgeres adgang til allmennelegetjenester i Norge og eventuelle konsekvenser av manglende personnummer. Det forelå ikke opplysninger om hvorfor de omtalte franske borgere oppholdt seg i den aktuelle kommunen.

Generelt vil disse som EØS-borgere ha rett til helsetjenester på like vilkår som befolkningen i Norge, men stønad til helsetjenester vil avhenge av årsaken til oppholdet, oppholdets forventede varighet og at prosedyrer knyttet til trygdetilhørighet er fulgt. For å få rett til å stå på en fastleges liste må man være registrert bosatt i en norsk kommune.

Rettigheter knyttet til aktuelle situasjoner er regulert i EØS-regelverket, norsk trygdelovgivning, Folkeregistreringsloven, forskrift 4. mars 1994 nr. 161 om folkeregistrering § 1-1 og eventuelt fastlegeforskriften § 3.

6.2.4.4 Pensjonister som har meldt flytting til et annet EØS-land

Det er også stilt spørsmål om hvilke rettigheter pensjonister som har meldt flytting til et annet EØS-land har i forhold til allmennelegetjenesten/fastlegeordningen, og hvilke regler som gjelder for egenbetaling.

Pensjonister som har meldt flytting til et annet EØS-land kan ikke lenger anses som (fast) bosatt i en norsk kommune (selv om de er norske statsborgere), og har derfor ikke rett til å stå på en fastleges liste, jf. forskriften § 3. Ved behov for nødvendig helsehjelp kan de oppsøke fastlege som har kapasitet til å ta imot dem, eller legevakt ved behov for øyeblikkelig hjelp. En del av disse pensjonistene oppholder seg i Norge

i flere måneder hvert år, og noen av dem har kroniske lidelser som gjør at de har behov for kontinuitet i medisinsk oppfølging. Det vil være opp til den enkelte fastlege å ta imot og følge opp disse når de ikke er tilknyttet vedkommendes liste. For øvrig framgår det av særavtalen mellom KS og Legeforeningen pkt. 6.2 at "Kommunens befolkningsansvar innebærer at legetjenesten i kommunen må være tilstrekkelig til også å dekke tilreisende samt innbyggere utenfor fastlegeordningen."

Disse borgerne har etter EØS-avtalen trygderettigheter i et annet land, og må medbringe en blankett, E 111, når de kommer til Norge. Denne gir rett til stønad til helsetjenester i andre EØS-land dersom man trenger behandling. Den dekker ikke planlagte inngrep eller årlige kontroller for å følge opp annen sykdom. I de fleste land vil den i praksis kun dekke øyeblikkelig hjelp hos lege og på sykehus. E 111 gir rett/plikt til betaling av egenandeler som i landet for øvrig. I Norge innebærer dette at de aktuelle borgerne kan avkreves egenandel tilsvarende den for bosatte som er med i fastlegeordningen.

6.2.5 Tydeliggjøring av ansvarsforhold vedrørende akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

For å få et nærmere innblikk i kommunenes ivaretagelse av øyeblikkelig hjelp på dagtid ga Statens helsetilsyn Norsk Gallup i oppdrag å gjennomføre en kartlegging i alle landets kommuner i november og desember 2002 (jf. 4.2.5). Hensikten var å undersøke om de enkelte kommuner hadde et system med egen vaktordning med lege på dagtid. Kartleggingen tok for seg situasjoner når "hjelpen kan vente litt", det vil si ikke akuttmedisinske tilstander, men der legehjelp kan vente i noen timer, men ikke dager. Det ble tatt utgangspunkt i telefonnummeret som står på side to i telefonkatalogen.

Resultatene viste at ønsket kontakt med tjenesten kun ble oppnådd i ca. 40 prosent av kommunene (184 av 432). Rapporten ble oversendt Helsedepartementet og Sosial- og helsedirektoratet (SHDIR) fra Statens helsetilsyn i februar 2003. Helsetilsynet anbefalte at resultatene av kartleggingen ble tatt med i utformingen av den nye forskriften om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus som er under arbeid. Dette ble fulgt opp av SHDIR og senere av departementet (HD og HOD). Forskriften, som er på ekstern høring med frist for uttalelse medio august, tilstreber å tydeliggjøre ansvarsforholdene mellom alle ledd i den akuttmedisinske kjede og stiller krav til samhandling mellom de enkelte akuttmedisinske tjenestene. Kommunens mulighet til å stille krav til fastlegen gjennom den individuelle fastlegeavtalen er spesifisert i utkastet til forskrift, i tråd med fastlegeforskriften § 12 c.

6.2.6 Alternative måter å redusere fastlegers lister på

I følge fastlegeforskriften § 16 har en fastlege med flere personer på sin liste enn det tak vedkommende kan sette i henhold til forskrift og sentrale avtaler, rett til å få nedjustert listelengden til dette taket. Krav om nedjustering skal meldes til kommunen med 6 måneders frist. Reduksjon av listen foretas av trygdeetaten og skjer ved tilfeldig utvelgelse blant dem som står på listen.

Rett etter innføringen av fastlegeordningen gjorde departementet en fortolkning av merknadene til fastlegeforskriften § 16 som presiserte de muligheter man står overfor

ved reduksjon av lister. Det ble blant annet presisert at bestemmelsen ikke er ment å avgrense listereduksjon over et lengre tidsperspektiv enn seks måneder, noe som innebærer at kommunen og legen kan avtale å redusere listetaket gradvis ved naturlig frafall ned til nytt avtalt listetak.¹¹⁶

Både departementet, trygdeetaten og Sosial- og helsedirektoratet har fra innføringen av fastlegeordningen fått henvendelser fra personer som har mistet sin fastlege på grunn av listereduksjon. Det ble av de fleste oppfattet som svært urettferdig at ikke ansiennitet skulle tas hensyn til. Det var også særlige tilfeller der listereduksjon rammet for eksempel personer med stor angst for å knytte seg til nye mennesker. Det kom også henvendelser fra leger.

Departementet har i samarbeid med partene sentralt utredet og vurdert alternative måter å redusere fastlegers liste på både i 2002 og 2003. Det har imidlertid vist seg at det er vanskelig å finne en løsning som ivaretar de ulike gruppenes interesser og hensyn, uten at man samtidig innfører et omfattende administrativt system. I dette ligger at det også har vært vanskelig å finne et nytt system som ivaretar prinsippet om at det er pasienten som skal velge lege og ikke omvendt. Departementet har derfor kommet til at reduksjon av fastlegers liste inntil videre fortsatt bør skje ved tilfeldig utvelgelse i de tilfeller der reduksjonen gjennomføres per en gitt dato.

Det er følgelig svært viktig at det legges til rette for fleksible og gode løsninger, jf. merknaden til forskriften § 16. Departementet har bedt om at Kommunenes Sentralforbund, Oslo kommune og Den norske lægeforening følger opp praktiseringen av bestemmelsen lokalt ved blant annet å ta initiativ til at disse forholdene drøftes i lokalt samarbeidsutvalg for fastlegeordningen (LSU) i kommuner hvor listereduksjon er aktuelt. Formålet er at kommuner og fastleger forbereder eventuelle listereduksjoner i god tid, slik at man i størst mulig grad unngår uønskede effekter.

Uklarhet og/eller uheldige forhold knyttet til reduksjon av lister ble påpekt både av Sosial- og helsedirektoratet, Statens helsetilsyn, Lillehammer og Oslo kommune i deres innspill til statusrapporten sommeren 2003. Helsetilsynet understreket at mulighet for oppfølging over tid er spesielt viktig for pasienter med kroniske lidelser og stort legebrev. Både KS, Legeforeningen og Oslo kommune har som parter bidratt til å finne løsninger gjennom Sentralt samarbeidsutvalg (SSU).

6.2.7 Henvisningsordningen

Henvisning til spesialist reguleres gjennom takstsystemet/normaltariffen og er ikke en del av fastlegeordningen, jf. listesystemet. Henvisning til spesialist er i alminnelighet regulert slik at det vil være mindre lønnsomt for spesialisten at pasienten ikke er henvist, fordi spesialisten da ikke vil kunne innkreve visse tilleggskoster fra folketrygden. Før fastlegeordningen ble innført, krevde de fleste spesialister at pasienten hadde henvisning, men spesialisten kunne ikke kreve ekstra egenandel av pasienter som ikke var henvist. Pasienter som hadde fått henvisning til en type spesialist, behøvde ikke å fornye denne.

¹¹⁶ Med naturlig frafall menes innbyggere som strykes fra fastlegens liste på grunn av flytting, bytte av fastlege, ved dødsfall eller av andre årsaker.

Parallelt med at fastlegeordningen ble innført, ble det fra 1.6. 2001 foretatt innstramninger i henvisningsordningen. Spesialisten kunne kreve en ekstra egenandel av pasienter som ikke var henvist, og pasienten måtte ha fornyet henvisning hvert år. Det var en ettårig overgangsordning for pasienter som var under behandling for en lidelse eller sykdom.

I perioden rett etter innføringen av fastlegeordningen og etter endringen i henvisningsordningen mottok departementet en rekke henvendelser om at den nye henvisningsordningen var tidkrevende og vanskelig å håndtere. For noen familier ble den også unødvendig kostbar. Noen henvendelser gjaldt også behov for klargjøring av regelverket.

Henvisningsreglene ble justert per 1.1. 2002. Når pasienten er henvist for en lidelse/sykdom, er det ikke påkrevd med ny henvisning etter et år. Pasienten kan fortsatt bli avkrevd ekstra egenandel dersom han/hun ikke er henvist fra annen lege.

6.2.8 Utvidet tilgang til fastlegeregisteret (lege-innbyggerregisteret)

På bakgrunn av at det forelå et nytt register som kunne ha anvendelsesmulighet utover det som var formålet med opprettelsen av registeret, begynte det allerede kort tid etter innføringen av fastlegeordningen å komme henvendelser til departementet fra blant annet kommunale legevakter og sykehus som ønsket tilgang til informasjon om hvem som er pasientens fastlege. Sosial- og helsedirektoratet har opplyst om at de har mottatt henvendelser fra fylkesmenn og helseforetak, samt fra skoler, barnehager og asylmottak med ønske om oversikt over barnas/beboernes fastleger.

6.2.8.1 Behov for smidighet i samarbeid på tvers av nivåer

Tilgang til opplysninger fra fastlegeregisteret kan ha betydning for samarbeidet om pasientbehandlingen. Tilgang til medisinske opplysninger om pasienten kan være fordelaktig eller avgjørende i en situasjon med øyeblikkelig hjelp. Det kan også være spørsmål om hvilken lege som skal gi nødvendig medisinsk oppfølging etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Det vil da være i pasientens interesse at epikrisen kommer raskt fram og til riktig fastlege, forutsatt pasientens samtykke.

Departementet og Rikstrygdeverket har i samarbeid kommet fram til følgende løsning:

Siden oktober 2002 har AMK-sentraler, sykehus og legevakt hatt tilgang til opplysninger om koblingen fastlege–listeinnbygger der ”pasienten selv er ute av stand til å oppgi fastlegens navn eller til å samtykke til at informasjonen innhentes på grunn av bevisstløshet/forvirring.” Det ble gitt tilgang gjennom trygdeetatens fastlegekontorer innenfor vanlig kontortid.

Siden november 2003 har AMK-sentraler, sykehus og legevakt hatt elektronisk tilgang til fastlegeregisteret hele døgnet. Dette skjer gjennom en internettløsning der man ved å oppgi et passord og en persons fødselsnummer får returnert opplysninger om hvem som er vedkommendes fastlege. Det er også opprettet en base der alle kan gå inn å hente kommunevise oversikter over fastleger, hvor mange innbyggere de har på sine lister og antall ledige listeplasser.

6.2.8.2 Informasjon til skoler, barnehager og asylmottak

Når det gjelder henvendelser fra skoler og barnehager er personalet blitt rådet til rutinemessig å innhente opplysninger fra den enkelte familie. Asylmottakene er i rundskriv oppfordret til å etablere gode rutiner for intern informasjonsutveksling.¹¹⁷

6.2.8.3 Forskrivning av vanedannende medikamenter – behov for reduksjon av doktorshopping

Helsedepartementet ble høsten 2002 også orientert av fylkesmannen (fylkeslegen) i Akershus om en større debatt blant fastleger i 2002 om hvordan få bedre kontroll med legers forskrivning av B-preparater – en debatt som etter hvert gikk i retning av ønske om tilgang til fastlegeregisteret.¹¹⁸ Kontroll med forskrivning av vanedannende medikamenter gjennom å redusere muligheten for såkalt doktorshopping, spesielt i sentrale strøk, var et viktig argument for utprøvingen av et listesystem og senere for innføringen av en fastlegeordning. Statens helsetilsyn viser også til denne saken i sitt innspill til statusrapporten, og til at spørsmålet om forskrivning av B-preparater ble tatt opp i Stortingets spørretime 18.12.02. I sitt svar viste daværende Helseminister Dagfinn Høybråten til at god legepraksis tilsier at innbyggeren bør få beskjed om å henvende seg til sin faste lege ved behov for A- og B-preparater.

6.2.9 Trygderefusjon for vikar for turnuslege

I følge merknaden til fastlegeforskriften § 12 d skal en turnuslege arbeide på veilederens/en fastleges liste, eventuelt listen til andre fastleger i en gruppepraksis. Trygderefusjonene tilfaller kommunen, jf. rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen pkt. 11.2. I utgangspunktet kan ikke to autoriserte leger arbeide på samme liste samtidig og utløse trygderefusjon.

I tilfeller der en turnuslege ikke møter til turnustjeneste i kommunen, vil det ofte være ønskelig for kommunen og for den fastlegen som veileder, å ta inn vikar for turnuslegen. Dette er spesielt aktuelt i kommuner hvor tilstrekkelig legekapasitet er avhengig av et visst antall turnusleger. Etter innføringen av fastlegeordningen oppstod det uklarheter i forbindelse med utbetaling av trygderefusjon til leger som vikarierte i turnuslegestillinger.

Departementet har i samarbeid med Rikstrygdeverket foretatt en presisering i regelverket for utbetaling av trygderefusjon, slik at både fastlegen og vikar for turnuslegen kan utløse refusjon fra samme liste.

6.2.10 Supplering av retningslinjer til Norges forskningsråd i 2003

Departementets retningslinjer til Norges forskningsråd for den forskningsbaserte evalueringen går fram av vedlegg 1. Forskningsrådet ble i 2003 bedt om at nye evalueringsprosjekter fokuserer på:

- Årsaker til legemangel og konsekvenser av ulik legedekning
- Fastlegens samarbeid med andre aktører – innad i kommunene (helse- og sosialtjenesten) og i spesialisthelsetjenesten.

¹¹⁷ Rundskriv I-4/2002 Fastlegeordningen og asylsøkere – presisering av prosedyre for valg av fastlege m.m.

¹¹⁸ Brev 20.09.02. Debatten er gjengitt i Helserrådet – Rapport for samfunnsmedisinsk kontaktnett nr. 11/02 og 12/02.

- Allmennlegetjenester til spesielle grupper og/eller brukere med store og sammensatte behov (for eksempel asylsøkere og flyktninger, mennesker med psykiske lidelser, rusmiddelmissbrukere).
- Hvordan kommunene bruker de individuelle fastlegeavtalene og de lokale samarbeidsutvalg (LSU) som styringsredskap for å løse sine oppgaver.
- I tillegg ble det oppfordret til å trekke inn kjønns- og brukerperspektivet der det foreligger relevante data.

Når det gjelder de tre førstnevnte temaene, var disse omfattet av gjeldende retningslinjer, men helsemyndighetene vurderte det slik at de ikke var godt nok dekket gjennom de eksisterende prosjektene.

Den lokale, individuelle avtalen mellom legen og kommunen og det lokale samarbeidsutvalg var opprinnelig ikke gjenstand for evaluering. I fastlegeordningen er den individuelle fastlegeavtalen med legene kommunens viktigste redskap når det gjelder å få utført lovpålagte kommunale oppgaver og sikre innbyggerne nødvendig legehjelp. Innholdet i de individuelle avtalene er avgjørende for den praktiske utformingen av fastlegeordningen og dermed for viktige sider ved kvaliteten på tjenestene til brukerne.

Siden innføringen av fastlegeordningen har det kommet mange signaler både fra kommuner, KS og enkelte leger som antyder at kommunene ikke bruker fastlegeavtalene og de lokale samarbeidsutvalg i tilstrekkelig grad til å få dekket de samlede legeoppgaver på en tilfredsstillende måte. Departementet mente derfor det var riktig å gjøre kommunenes bruk av fastlegeavtalene og det lokale samarbeidsutvalg til gjenstand for evaluering.

6.3 Justeringer foretatt av partene gjennom sentralt avtaleverk

Innenfor rammen av lov og forskrift, jf. kapittel 2.1, reguleres en rekke forhold nærmere gjennom sentrale forhandlinger mellom staten, Den norske lægeforening, Kommunenes Sentralforbund (KS) og Oslo kommune.^{119 120 121}

Under redegjøres det for en del av de endringer og presiseringer som ble foretatt gjennom de sentrale forhandlingene våren 2002 og 2003. Bestemmelsene gjelder statsavtalen og avtalene mellom Legeforeningen og KS; Oslo kommune inngår egne avtaler med Legeforeningen.

6.3.1 Sentrale forhandlinger 2002

6.3.1.1 Endring i mekanismer for åpning av lukkede lister

En lukket liste ble tidligere automatisk lukket når antallet innbyggere på listen falt til 50 under det tak som var satt for praksisen (jf. den individuelle fastlegeavtalen). Dette antallet ble justert til 20 under listetaket (regulert i statsavtalen pkt. 2.3.2).

¹¹⁹ Statsavtalen: Avtale mellom Staten, KS og Dnlf om økonomiske vilkår etc., ASA 4301

¹²⁰ Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Dnlf, SFS 2305

¹²¹ Rammeavtale mellom KS og Dnlf om allmennlegepraksis i fastlegeordningen, ASA 4310

Se for øvrig note 5 i kapittel 2.

6.3.1.2 Endring i tilgangen til lukkede lister

Spørsmålet om det burde foretas en endring/begrensning i statsavtalens unntaksbestemmelse vedrørende tilgang til lukkede lister ble først tatt opp i Sentralt samarbeidsutvalg for fastlegeordningen (SSU). Foranledningen var både henvendelser til trykdeetaten om tolkning av bestemmelsen fra personer som ønsket tilgang til lukket liste og klager fra leger over at for mange innbyggere kom inn på listen via "bakveien". Slik bestemmelsen tidligere var utformet kunne den indirekte føre til at noen leger fikk så stor uforutsett arbeidsmengde at de så seg nødt til å be kommunen om å få redusere listen. Dette ville i neste omgang ramme personer som hadde valgt legen og blitt tildelt vedkommende gjennom den første fordelingen. Av hensyn til ivaretagelse av kontinuitet i flest mulig lege-pasientforhold ble partene gjennom de sentrale forhandlingene våren 2002 derfor enige om å begrense retten til å bli tatt inn på lukket liste. Denne retten gjelder nå barn under 16 år av allerede tilmeldte og tidligere tilmeldt som flytter tilbake til kommunen innen tre år etter midlertidig flytting til en annen kommune (regulert i statsavtalen pkt. 2.3.3).

6.3.1.3 Endring i Rammeavtalens bestemmelse om listestørrelse

Ved inngåelse av individuell avtale har legen etter visse vilkår rett til forholdsmessig avkorting av listelengden. Ved fastsetting av listelengde skal det tas hensyn til de samlede arbeidsoppgaver allmennlegen er pålagt gjennom lov, forskrift og sentralt avtaleverk. Fastlegen har også rett til forholdsmessig reduksjon av listen når oppgaver pålegges legen etter at individuell fastlegeavtale er inngått.

For å få bedre samsvar med presiseringen i merknaden til fastlegeforskriften § 16 Reduksjon av liste (jf. pkt. 6.2.6), ble det foretatt en innskjerping i kravene til drøfting mellom legen og kommunen vedrørende når og hvordan listereduksjon skal skje (reguleres i Rammeavtalen pkt. 10.7).

6.3.1.4 Mulighet for deleliste for leger over 60 år

Med henblikk på nedtrapping og overføring av praksis til en annen lege, ble det innført en ny bestemmelse som gir leger over 60 år rett til å dele sin liste med en annen fastlege. Praksis må drives i samme legesenter, og listelengden kan ikke økes med mer enn 25 prosent (reguleres i Rammeavtalen pkt. 10.8).

6.3.1.5 Endring i bestemmelsen om øyeblikkelig hjelp på dagtid

I forbindelse med innføringen av fastlegeordningen oppstod det noen situasjoner som synliggjorde uklarhet i ansvarsforhold mellom kommunen og fastlegene når det gjelder øyeblikkelig hjelp, spesielt på dagtid. Eksempler på problemstillinger og partenes synspunkter er beskrevet i kapittel 5.4.3.

Det ble foretatt relativt omfattende justeringer i sentral forbundsvis særavtale § 6 for å tydeliggjøre kommunens og fastlegenes ansvar. Justeringene omfattet blant annet en presisering av fastlegens plikt til deltakelse i kommunalt organisert øyeblikkelig hjelp på dagtid, og plikt til å innrette sin praksis slik at øyeblikkelig hjelpetrengende kan mottas og vurderes innenfor åpningstiden¹²². Det ble videre presisert at kommunens befolkningsansvar etter kommunehelsetjenesteloven innebærer at legetjenesten i kommunen må være tilstrekkelig til også å dekke tilreisende samt innbyggere utenfor

¹²² En nesten likelydende bestemmelse framgår av Rammeavtalen pkt. 10.4 fra 2000 som ikke er endret.

fastlegeordningen (for kommunens og fastlegens plikter vises også til kapittel 4.2.3 og 4.2.5).¹²³

6.3.1.6 Mulighet for alternativ godtgjøring av allmennmedisinsk offentlig legearbeid
Det har vært antatt at den svake rekrutteringen av leger til allmennmedisinsk offentlig legearbeid i helsestasjon, sykehjem med mer de senere år skyldes at legene ikke har vært tilfredse med avlønningen av denne type legearbeid (se kapittel 5). Det har vært mer lønnsomt å arbeide med kurativ/behandlende virksomhet. Allmennmedisinsk offentlig legearbeid har vært lønnet i tråd med den til enhver tid gjeldende tariffavtale pluss eventuell praksiskompensasjon, reisetillegg og skyssgodtgjøring (etter sentral forbundsvis særavtale pkt. 9).

På denne bakgrunn ble partene enige om endringer i Rammeavtalen pkt. 12 som åpner for at det kan avtales alternativ godtgjøring i form av honorar per time for slikt arbeid. Per 30.06.04 er timesatsen kroner 526,-. Ved avlønning i form av honorar faller legens rett til praksiskompensasjon bort.¹²⁴

6.3.1.7 Det lokale samarbeidsutvalg (LSU)
Samarbeidsutvalget skal, i tillegg til øvrige oppgaver, påse at legene sørger for tilstrekkelig fraværdeknning i forbindelse med ferier (Rammeavtalen pkt. 4.2.3).

6.3.1.8 Normaltariffen
I Normaltariffen for leger ble det gjort en presisering av at fastlegen kan kreve takst 2hd fra trygden for asylsøkere i ventetiden før asylsøkeren får tildelt fastlege (tillegg for pasient som er tilmeldt annen fastlege). Asylsøkeren skal betale vanlig egenandel i perioden (jf. kapittel 6.2.1.1).

6.3.2 Sentrale forhandlinger 2003

Våren 2003 ble det blant annet gjort følgende endringer i rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen:

6.3.2.1 Avtale mellom lege og kommune om turnuslege
Løpetiden for avtale mellom lege og kommune om mottak og veiledning av turnuslege ved fornyelse av avtalen ble redusert fra tre til to år (pkt. 11.1).

6.3.2.2 Samfunnsmedisinsk offentlig legearbeid
Samfunnsmedisinsk arbeid ble i utgangspunktet holdt atskilt fra fastlegeordningen ved at kommunen ikke kan stille vilkår om deltakelse i samfunnsmedisinsk arbeid ved inngåelse av fastlegeavtale slik den kan når det gjelder allmennmedisinsk offentlig legearbeid. Det kan imidlertid inngås frivillig avtale om dette.

For å bedre rekrutteringen til samfunnsmedisinsk arbeid ble partene enige om en tilføyelse i Rammeavtalen som synliggjør muligheten for frivillig inngåelse av avtale om samfunnsmedisinsk arbeid som del av fastlegeavtalen. Det ble samtidig gitt rett til

¹²³ Ved de sentrale forhandlingene våren 2004 ble siste del av tidligere pkt. 6.4 skilt ut i et eget pkt. 6.5 for å synliggjøre bedre kommunens mulighet til å tilplikte leger i kommuner med inntil 20 000 innbyggere deltakelse i en organisert øyeblikkelig hjelpjeneste på dagtid. Endringen er redaksjonell og fremhever tilføyselsen som ble gjort i 2002.

¹²⁴ Oslo kommune godtgjør alt offentlig legearbeid i form av honorar per time, jf. Rammeavtale mellom Oslo kommune og Den norske lægeforening om privat allmennlegepraksis i fastlegeordningen i Oslo kommune pkt. 14.2.

reduksjon av plikten til allmennmedisinsk offentlig legearbeid og reduksjon av listelengden ved inngåelse av slik avtale (pkt. 12.2).

Det ble også åpnet for alternativ godtgjøring av samfunnsmedisinsk arbeid i form av honorar per time, jf. den endring som ble foretatt for allmennmedisinsk offentlig legearbeid, jf. 6.3.1.6 (pkt. 12.5).

6.3.3 Spesielt om situasjonen i Oslo kommune rett etter innføringen

Oslo kommune omorganiserte sin legevaktstjeneste samtidig med innføringen av fastlegeordningen. Tilbudet i bydelene ble sentralisert til tre legevaktbaser; det sentrale døgntilbudet ble opprettholdt. Spesielt omdiskutert var organiseringen av sykebesøk på dagtid. Omleggingen innebar endringer fra tidligere praksis hvor sykebesøk var et lavterskeltilbud som for en stor del var pasientbestemt. I følge forfatterne av et mindre forskningsprosjekt ved legevakten i Oslo¹²⁵ er det nå allmenn enighet om at kommunen kun har plikt til å tilby sykebesøk av lege ved akutt sykdom dersom pasienten ikke kan møte hos lege.

Enkelt saker i Oslo rett etter innføringen av fastlegeordningen avdekket svikt i den akuttmedisinske beredskapen i Oslo, og det ble på denne bakgrunn foretatt en tett oppfølging fra Helsetilsynet i Oslo. I sitt innspill til statusrapporten beskriver Statens helsetilsyn situasjonen og utviklingen slik:

”Det var særlig medieoppmerksomhet om problemer knyttet til øyeblikkelig hjelp i Oslo. Helsetilsynet i Oslo gir i rapportering til Statens helsetilsyn 31. mai 2002 uttrykk for at disse problemene ikke kom som en direkte følge av fastlegeordningen, men at fastlegeordningen har bidratt til å synliggjøre ansvarsforhold knyttet til akuttmedisinsk beredskap i Oslo. Samtidig med innføringen av fastlegeordningen foretok Oslo kommune endringer i legevaktordningen. Enkelt saker i Oslo avdekket svikt i de enkelte leddene og i samhandlingen mellom dem. På bakgrunn av dette ble det fra Helsetilsynet i Oslo foretatt tett oppfølging av den akuttmedisinske kjede i Oslo, herunder tilsyn med den akuttmedisinske kjede høsten 2002. Det ble ikke rapportert avvik eller merknader etter tilsynet. Den tette oppfølging av den akuttmedisinske beredskap i Oslo medførte positiv utvikling og Helsetilsynet i Oslo rapporterer per 31. mai 2003 at tilgjengeligheten for befolkningen på dagtid er bedret” (Statens helsetilsyn 2003:18-19)

Oslo kommune beskriver selv den videre utviklingen:

”Fastlegene dekker i mindre grad enn forventet øyeblikkelig hjelp på dagtid og dette har medført behov for en styrking av den sentrale legevakten.”

”Samlet sett er det imidlertid vår oppfatning at fastlegeordningen har hatt en positiv betydning for legevakten, dog ikke så stor betydning som vi håpet på. Til tross for den høye legedekningen i Oslo har pågangen på den kommunale legevakten økt etter innføringen av fastlegeordningen. Den betydelige overgangen fra sykebesøk til konsultasjoner som er observert fra og med juni 2001 synes å skyldes legevaktens nye organisering med vaktbaser, heller enn fastlegeordningen som sådan” (Oslo kommune 2003).

¹²⁵ Iveland, Erling og Jørund Straand (2004): ”337 sykebesøk på dagtid fra Oslo Legevakt”. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124:354-7. Den tidligere ordningen praktiseres fremdeles i en del landkommuner (se også Brügger og Jøsendal 2001).

Fra 1. juni 2003 har fastlegene i Oslo hatt plikt til å delta i den kommunale legevakten, eventuelt til å skaffe vikar. Kommunen opplyser om at dette har medført en vesentlig forbedring av tilgangen på kvalifiserte leger til legevakten. Flere fastleger enn forventet har valgt å bruke vikar for å dekke opp vakter.

6.4 Videreføring/nye initiativ – statlig nivå

Noen av tiltakene nevnt under omtales også andre steder og beskrives derfor ikke nærmere her.

6.4.1 Legedekning

6.4.1.1 Løpende overvåking av legemarkedet og legetjenesten

Departementet følger utviklingen i legemarkedet (og konsekvenser for innbyggernes listetilknypning) gjennom månedlig/kvartalsvis rapportering av registerdata fra Rikstrygdeverket. Registreringen gir kunnskap om blant annet dekningsgrad og fordeling av leger, listelengde, ledig listekapasitet, bruk av vikar, legenes tilknytningsform og årsaker til legebytter.

I kraft av sin delegerte myndighet til å fordele legehjemler til kommunehelsetjenesten etter søknad, innhenter SHDIR v/Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (NR) detaljert informasjon om legetjenesten i disse kommunene.

6.4.1.2 Videreføring av stimuleringsiltak

Fra og med høsten 1998 har det vært avsatt midler over statsbudsjettet til å gjennomføre ulike stimuleringsiltak for å bedre rekrutteringen til og stabiliteten i legestillinger i utkantkommuner. Tilskuddsordningene har blitt videreført med ca. 20 millioner kroner per år. Blant tiltakene som har vært gjennomført er stimulering til interkommunalt legevaktsamarbeid, vikarordning, veiledning av turnusleger, tilskudd til distriktsmedisin/ressurskommuner, opplæring i ”nasjonale” fag og tilskudd til etter- og videreutdanning innenfor spesialitetene i allmenn- og samfunnsmedisin.

Midlene forvaltes av Sosial- og helsedirektoratet, og i 2004 er det gitt støtte til videreføring av følgende tiltak:

- Gruppebasert veiledningsprogram for turnusleger (har vist seg svært vellykket og er utvidet til nesten samtlige fylker)
- Tilskudd til etter- og videreutdanning av allmennleger
- Veiledningsgrupper i samfunnsmedisin i Finnmark og deler av Nord-Troms
- Ressurskommuneprosjektet, Program for forskning og fagutvikling og Nettverk for distriktsmedisinsk fagutvikling i samarbeid med Universitetet i Tromsø
- Prosjekt for etablering av distriktsmedisinsk senter i Midt-Troms
- Tilleggsutdanning i ”nasjonale fag” for utenlandske leger og for norske studenter som studerer medisin på kjøpte plasser med gebyrstipend i utlandet
- Utredning og etablering av et nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin i Bergen¹²⁶

¹²⁶ Det vises for øvrig til St.prp. nr. 1 (2003-2004) for budsjetterminen 2004 s. 94.

6.4.1.3 Tiltakspakke for Sogn og Fjordane med mer

Departementet har også gitt Sosial- og helsedirektoratet (SHDIR) i oppdrag å følge opp særskilte tiltak for å bedre situasjonen i Sogn og Fjordane basert på en rapport fra en arbeidsgruppe ledet av KS lokalt i Sogn og Fjordane. SHDIR er bedt om å utarbeide en tiltakspakke for rekruttering og stabilitet i Sogn og Fjordane. Tre innsatsområder er spesielt viktige:

- Faglige stimulerings tiltak der veilederprogram for nytilsatte i forhold til spesialistutdanning i allmenn- og samfunnsmedisin og utvikling av program for forskning og faglig utvikling i samarbeid med Universitetet i Bergen er diskutert.
- Eventuell etablering av interkommunalt legevaktsamarbeid.
- Kommunenes egen tiltakspakke for rekruttering av leger.

Sosial- og helsedirektoratet (SHDIR) er i tillegg bedt om å vurdere tilsvarende kartleggings- og utredningsarbeid blant annet i Nordland og Finnmark.

6.4.1.4 Utvidelse av forskningsprosjekt

Departementet har bedt Forskningsrådet om utvidelse av et nylig oppstartet prosjekt som undersøker årsaker til og konsekvenser av lav legedekning i Finnmark og Nord-Trøndelag (+ 0,5 mill kr i 2004). Prosjektet utføres ved NORUT Samfunnsforskning i Tromsø og Alta og omfatter tidligere kun Finnmark. Departementet mener det komparative perspektivet vil kunne være et verdifullt supplement. I Finnmark vil man blant annet kartlegge forhold i samiske områder (jf. referanser, prosjekter under Norges forskningsråd).

6.4.2 Tilgjengelighet

6.4.2.1 Kartlegging av legetjenesten for brukere av pleie- og omsorgstjenester

I forbindelse med oppfølgingen av St.meld. nr. 45 (2002-2003) Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene har tidligere Sosialdepartementet¹²⁷ i samarbeid med Helsedepartementet gitt Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å foreta en kartlegging av hvordan legetjenesten fungerer for brukere av pleie- og omsorgstjenester. Dette omfatter brukere både i og utenfor institusjon og derfor både fastlegeordningen og tilsynslegetjenesten (jf. også 7.3.3).

Bakgrunnen er at det har vært reist spørsmål ved om kommunene sørger for legetjenester i pleie- og omsorgssektoren som i tilstrekkelig grad tilfredsstillir disse brukernes behov. Fylkeslegenes felles tilsyn med helsetjenester til demente i 2001 avdekket blant annet alvorlige mangler når det gjaldt medisinsk utredning hos disse pasientene. Statens helsetilsyns kartlegging av legetjenesten i sykehjem i 1999¹²⁸ avdekket et vesentlig behov for styrking av denne delen av legetjenesten. Kartlegginger viser samtidig at kommunene ikke utnytter den muligheten de individuelle fastlegeavtalene gir til å styrke allmennmedisinske offentlige oppgaver (for eksempel tilsynslege i sykehjem; se 4.1.3). Det er slått fast at ordningen med tilsynslege i sykehjem skal videreføres (St. meld. nr. 45 (2002-2003):60).

¹²⁷ Sosialpolitisk avdeling i Sosialdepartementet, fra 18.06.04 en del av HD, fra 1.10.04 HOD.

¹²⁸ Statens helsetilsyns utredningsserie 8-99, IK-2698: Legetjenester i sykehjem. En nasjonal kartlegging 1999.

Kartleggingen skal danne grunnlag for vurdering av en fremtidig tjenlig og forsvarlig organisering av legetjenester til alle typer brukere av pleie- og omsorgstjenester, og for tilrettelegging av fagutvikling, forskning og undervisning på området aldersmedisin (ibid.:56-60). Arbeidet vil inngå i den kommende stortingsmeldingen som skal omhandle pleie- og omsorgstjenester til en aldrende befolkning i årene framover.

7 Oppsummering og utfordringer framover sett fra departementets side

7.1 Innledning

Departementets helhetsvurdering er at innføringen av fastlegeordningen har vært vellykket. Fastlegeordningen som organisatorisk system/listesystem er etablert og fungerer i hovedsak som forutsatt. Dette støttes også i bidragsyternes innspill til statusrapporten. Innbyggernes rett til å stå på liste, retten til å bytte lege og retten til ny vurdering hos annen fastlege er i hovedsak ivaretatt.

Selv om hovedinntrykket er positivt, er det også avdekket svakheter og, på noen områder, misforhold mellom forventninger og realiteter. Det å ha fått et system med lister og en tydeliggjøring av ansvar fastlegene imellom, løser ikke alle problemer. Fortsatt står 68 000 innbyggere (1,5 prosent) på en liste betjent av vikar. Det er viktig å minne om at systemet ikke er statisk, men må videreutvikles i tråd med utviklingen i samfunnet for øvrig.

To og et halvt års erfaring med fastlegeordning er ikke mye, men vi er midtveis i den planlagte evalueringsperioden. På bakgrunn av flere sluttrapporter fra evalueringsprosjekter har vi kunnskap om mange sider ved ordningen. Men det er også en del forhold det er for tidlig å si noe om hvordan fungerer. Departementets oppfølging vil fortsette på bakgrunn av videre tilbakemeldinger i form av forskningsbasert kunnskap, registerdata og øvrige innspill.

7.2 Oppsummering på bakgrunn av kapittel 4 og 5

Det følgende oppsummerer erfaringene med fastlegeordningen per 31. desember 2003. Det vil bli knyttet vurderinger til de enkelte forhold der vi finner det nødvendig. Aspekter ved ordningen vi mener bør følges nærmere, og hvilke aktører som bør ha et oppfølgingsansvar, vil bli omtalt i punkt 7.3. Oppsummeringen er, i likhet med statusgjennomgangen i kapittel 4 og redegjørelsen for innspill fra ulike bidragsyttere i kapittel 5, strukturert etter områdene i evalueringen: legedekning, tilgjengelighet, kontinuitet og effektivitet.

7.2.1 Legedekning

Stabilitet og kapasitet i legedekning er den viktigste forutsetningen for at innbyggernes lovhjemlede rettigheter kan bli innfridd. Legedekningen i kommunene er bedret etter innføringen av fastlegeordningen. Det er registrert en økning i antall utførte legeårsverk i kommunehelsetjenesten og en betydelig reduksjon i antall ledige fastlegehjemler, fra 277 i juni 2001 til 110 per 31. desember 2003 (101 per november 2004).

I likhet med før innføringen av fastlegeordningen er det små- og/eller utkantkommuner som har størst problemer med rekruttering og stabilitet i legetjenesten. Problemet har de siste årene vært størst i Sogn og Fjordane, Nord-Trøndelag, Nordland og Finnmark. Etter innføringen av fastlegeordningen har Sogn

og Fjordane pekt seg spesielt ut ved å være det fylket som gjennomgående har hatt størst andel vakante stillinger/hjemler, eller såkalte lister uten lege (se 4.1.1).

Organiseringen av fastlegeordningen i kommuner med mindre enn 5 000 innbyggere skiller seg ut fra den i større kommuner ved at flere av legene er fastlønte og ved at flere praksiser inngår i fellesliste. Denne type organisering er vanligst i kommuner med mindre enn 2 000 innbyggere. Det er også klar sammenheng mellom kommunistørrelse og listelengde ved at legene i de minste kommunene har gjennomsnittlig kortere lister enn leger i større kommuner. Kvinnelige leger har gjennomgående noe kortere lister enn mannlige.

Samtidig med økt rekruttering av leger til allmennlegetjenesten, ble det i perioden fra 1. juli 2001 til og med 31. desember 2003 registrert 547 fastleger som avsluttet sin praksis. En relativt stor andel av dem som avslutter praksis er under 40 år, spesielt blant kvinner (se 4.1.1). I følge Legeforeningen skjer de fleste karrierevalg i løpet av de første yrkesaktive årene. Vi kjenner imidlertid ikke årsaken til hvorfor flere unge kvinner enn menn avslutter praksis. Foreliggende data gir ikke informasjon om hvorfor praksis avsluttes, eventuelt om leger flytter eller går over til annen legevirksomhet (se for øvrig drøfting under 7.3.3 om legedekning).

Offentlig legearbeid

Økningen i legeårsverk har først og fremst skjedd innenfor det kurative arbeidet, mens det er en svakere vekst i det offentlige legearbeidet. Veksten innen offentlig legearbeid har i hovedsak skjedd innenfor den delen av allmennmedisinsk offentlig legearbeid som omfattes av institusjoner for eldre og funksjonshemmede (29 årsverk eller 12,6 prosent). Flere av bidragsyterne peker likevel på mangelfulle legeressurser spesielt i sykehjem. Det fortelles at legetjenesten noen steder fragmenteres gjennom mindre stillingsbrøker. Antall legeårsverk i skole- og helsestasjonstjenesten er noe redusert i forhold til før innføringen av fastlegeordningen. Det er også kommet tilbakemeldinger om fragmentering av helsestasjonstjenesten ved at kommunene i stedet for å ansette leger i helsestasjonen inngår avtale om samarbeid med fastleger på deres kontor (se 4.1.3 og 5.3.3).

I forberedelsene til fastlegeordningen sendte departementet flere rundskriv til kommunene der de ble oppfordret til å dimensjonere behovet for offentlig legearbeid samtidig med vurdering av behov for listekapasitet. Det var viktig å unngå at offentlige legeoppgaver ble skadelidende ved innføringen av ordningen.

Forskningsbasert evaluering viser at kommunene ikke har benyttet fullt ut den muligheten fastlegeavtalen gir til å styrke allmennmedisinsk offentlig legearbeid (4.1.3). Det har tidligere vært vanskelig å rekruttere leger til denne type arbeid, angivelig fordi det ikke har vært lønnet så godt som kurativ virksomhet. Innspill departementet har mottatt kan tyde på at denne trenden har fortsatt selv om partene gjennom avtaleverket har åpnet for styrking av godtgjørelsen for deltakelse i offentlig legearbeid (se 5.3.3 og 6.3). Signaler kan tyde på at mange leger finner det mer inntektsbringende å arbeide i sin fastlegepraksis enn med for eksempel tilsynslegevirksomhet. I tillegg kommer signaler om at kommunene selv på grunn av økonomiske forhold nedprioriterer offentlig legearbeid. Kommunenes Sentralforbund påpeker i sitt bidrag at det offentlige legearbeidet er blitt dyrere for kommunene, at problemstillinger av økonomisk karakter fremheves stadig oftere, og at en rekke

småkommuner har måttet avkorte det tilbudet som omfattes av offentlig legearbeid (se 5.3.3 og 6.3).

Når det gjelder samfunnsmedisinsk arbeid, kan ikke kommunen knytte vilkår om deltakelse i slikt arbeid til inngåelse av fastlegeavtale, men denne type oppgaver kan avtales dersom både kommunen og legen ønsker det. Dette innebærer at samfunnsmedisinsk arbeid har en løsere tilknytning til fastlegeordningen enn annet offentlig legearbeid. Samfunnsmedisinsk arbeid er gjerne tillagt kommunelege I- eller kommuneoverlegestillinger. Disse stillingene er samtidig i de fleste kommuner tillagt ansvar for planlegging og administrering av kommunens legetjeneste, hvorav inngåelse og oppfølging av fastlegeavtalene (se 4.1.3 og 4.4.2). Allerede før innføringen av fastlegeordningen ble det registrert problemer med rekruttering til samfunnsmedisinsk arbeid. Denne trenden synes å ha fortsatt. Antall legeårsværk på dette området ble redusert med 26 årsværk, eller 26,5 prosent, fra 2000 til 2003 (jf. 4.1.3). Flere av bidragsyterne gir uttrykk for bekymring knyttet til ivaretagelse og utvikling av samfunnsmedisinsk arbeid, deriblant kommunelege I funksjonen (se 5.3.4).

7.2.2 Tilgjengelighet

De fleste innbyggerne har fått et fastlegetilbud. Ved årsskiftet 2003/2004 var ca. 68 000 innbyggere registrert på en såkalt liste uten lege (1,5 prosent), mens dette gjaldt vel 200 000 personer ved innføringstidspunktet. Helsetilsynet i fylkene melder om at legetjenesten i kommunene er forsvarlig, og at ledige hjemler dekkes opp av vikarer. To kommuner hadde fått innvilget midlertidig suspensjon fra ordningen, men fra 1. juni 2004 har alle landets kommuner hatt fastlegeordning. I tillegg var det ved årsskiftet 2003/2004 åtte kommuner der alle fastlegehjemlene var ubesatt. Disse kommunene mangler et reelt fastlegetilbud til sine innbyggere, men velger av administrative hensyn å opprettholde et listesystem knyttet til legepraksisene på basis av vikarer (se 4.2.1).

Innbyggernes mulighet til å bytte lege varierer. Ved innføringen av fastlegeordningen var det ledig kapasitet på 66,8 prosent av fastlegenes lister. Etter innføringen av ordningen har det vært en gradvis reduksjon i antall lister med ledig kapasitet. Ved årsskiftet 2003/2004 var det ledig plass på 52,7 prosent av fastlegelistene med størst mulighet til å bytte lege i Oslo med 73,4 prosent ledige lister og lavest i Sør-Trøndelag med 37,4 prosent. Til sammen 103 kommuner hadde én eller ingen lister med ledig kapasitet (se 4.4.2).

Ved årsskiftet 2003/2004 var 29,4 prosent av fastlegene kvinner, mot 28,8 prosent ved innføringen av fastlegeordningen. Kvinnelige leger har i mindre grad enn sine mannlige kollegaer ledig plass på sine lister. 18,7 prosent av det totale antall ledige plasser er på en kvinnelig leges liste (se 4.2.4, 5.4.2 og 7.3.3).

I tillegg til å sikre kapasitet til å ivareta innbyggernes rett til å stå på liste, til å bytte lege og til ny vurdering, skal kommunen sikre tilstrekkelig legedekning til at tilreisende og andre som midlertidig oppholder seg i kommunen kan få tilgang til legehjelp ved behov. Både Sosial- og helsedirektoratet og Statens helsetilsyn opplyser om at de har mottatt en del henvendelser fra personer, blant annet studenter, som

finner det vanskelig å slippe til hos andre leger enn sin fastlege. Mange av problemstillingene ligger i skjæringspunktet mellom ventetid på time og håndtering av øyeblikkelig hjelp på dagtid. I lovforarbeidene til fastlegeordningen ble det lagt opp til at studenter, pendlere mfl. som oppholder seg på to steder over tid, skulle kunne slippe til hos en fastlege også på det stedet der de ikke har valgt å ha sin fastlege. Dette er imidlertid ikke særskilt regulert. For øvrig opplyser Helsetjenesten ved Universitetet i Oslo, som i hovedsak er et tilbud for studenter, om at de også yter helsetjenester til studenter som har valgt fastlege i en annen kommune, og at samarbeidet med pasientens fastlege fungerer godt. De har et klart inntrykk av at studenter som har økt behov for legetjenester, for eksempel pasienter med kroniske sykdommer og funksjonshemninger, i stor utstrekning har valgt felleslisten ved Helsetjenesten som sin fastlege (se 5.4.1).

Tre helsetilsyn i fylkene har kartlagt tilgjengeligheten til fastlegene når det gjelder ventetid på ordinær time, ventetid på akutttime og/eller telefontilgjengelighet. To av undersøkelsene viser god tilgjengelighet, mens det i det tredje fylket var til dels store variasjoner mellom kommunene. Statens helsetilsyns generelle inntrykk på bakgrunn av medisinalmeldinger fra fylkene er at de fleste fastlegene tar ansvar for sin liste. Tilsyn som er foretatt tyder ikke på uforsvarlighet i tjenesten (se 4.2.3).

Øyeblikkelig hjelp på dagtid

Når det gjelder tilgang til øyeblikkelig hjelp på dagtid, tyder en kartlegging utført av Norsk Gallup på oppdrag fra Statens helsetilsyn i 2002 på at mer enn halvparten av kommunene manglet system for å oppnå kontakt med vakthavende lege på dagtid. Helsetilsynet har bedt helsetilsynene i fylkene om å følge dette nærmere opp. Overfor departementet peker Helsetilsynet på at fastlegeordningen kan ha medført at kommunene er mindre bevisste på behovet for sikkerhetsnett for legehjelp på dagtid, og at det kan være behov for å tydeliggjøre kommunens plikter.

Noe av foranledningen til denne Gallup-undersøkelsen var at innføringen av fastlegeordningen avdekket uklare ansvarsforhold mellom kommunen og fastlegene når det gjaldt øyeblikkelig hjelp, spesielt på dagtid. Partene sentralt hadde forventet at fastlegene skulle ta mer ansvar for øyeblikkelig hjelp på dagtid for innbyggerne på sine lister enn det som har vært tilfelle. Flere av bidragsyterne har påpekt de problemer som oppstod. De største av disse problemene ble løst av partene gjennom endringer i sentralt avtaleverk våren 2002. Samtidig eksisterer det fremdeles en viss uklarhet rundt sammenhengen mellom fastlegens listeansvar og øyeblikkelig hjelp på dagtid. I sitt bidrag gir KS uttrykk for at det presses på i en del kommuner for å etablere daglegevaktordninger som det tidligere ikke var uttrykt behov for (se 4.2.5, 5.4.3, 6.3.1 og 6.3.3).

Pasienttilfredshet

Én større surveyundersøkelse av pasientopplevd kvalitet i 2000 og 2003 viser overveiende positive resultater når det gjelder utviklingen i tilgjengelighet til fastlegen (jf. kapittel 4.2.3). Undersøkelsen viser at når det gjelder utviklingen i fornøydhet med allmennlegetjenesten generelt fra før til etter innføringen av fastlegeordningen, økte andelen svært fornøyde fra 32 til 44 prosent. Flere syntes de ble møtt med tillit og respekt, hadde mulighet for øyekontakt med legen, fikk nødvendig informasjon, opplevde at legen lyttet, at de ble tatt med på råd og at det ble tatt hensyn til det som var viktig for dem. Også flere var svært fornøyd med ventetiden på time, ventetiden

på legekantoret og tiden de fikk i konsultasjonen. Henholdsvis 27 prosent, 29 prosent og 24 prosent mente at stabiliteten i legedekningen, ventetiden på legetime og tilgjengeligheten til øyeblikkelig hjelp var blitt bedre.

Respondentene var mindre fornøyd med legens tilgjengelighet for telefonkontakt, muligheten for sykebesøk i hjemmet, legens språkbeherskelse og geografisk nærhet til tjenesten. 15 prosent svarte at ventetiden på legetime var blitt dårligere og 21 prosent at dette var tilfelle for tilgjengeligheten til øyeblikkelig hjelp.

Pasientenes tilfredshet ser ut til å ha sammenheng med størrelsen på den kommunen man bor i. Undersøkelsen viser at økningen i andelen svært fornøyde respondenter oftest er størst i mellomstore og store kommuner. Det å få mulighet til å treffe samme lege flere ganger og det å bo i en kommune med stabil legedekning synes å virke positivt inn på pasientenes tilfredshet. Hovedfunnene støttes av en annen større spørreskjemaundersøkelse, og er i overensstemmelse med registerdata fra RTV som viser at det er mindre kommuner som i størst grad sliter med rekruttering og stabilitet i legetjenesten (se 4.2.3).

En større surveyundersøkelse blant allmennlegene/fastlegene i 2000 og 2003 viser at antall pasientkontakter per time har økt med størst økning for leger som tidligere var fastlønte. Nesten halvparten av fastlegene opplever å ha nok tid til hver pasient; 35 prosent kunne ha ønsket seg noe mer tid, mens 11 prosent oppgir ønske om å redusere tiden noe. Legenes listelengde ser ikke ut til å influere på deres vurderinger (se 4.2.3 og 4.4.3).

Det mangler foreløpig systematisert kunnskap om hvordan fastlegeordningen ivaretar legetjenester til såkalt utsatte grupper, eksempelvis kronisk syke, mennesker med psykiske lidelser, rusmisbrukere, eldre med demens, asylsøkere og flyktninger. Felles for disse brukerne er at de ofte trenger mye tid hos legen, koordinering av tjenester og ikke alltid er i stand til å oppsøke tjenesteapparatet. Mange av bidragsyterne til rapporten stiller spørsmål ved om fastlegeordningen som en generell ordning fungerer godt nok for disse brukerne, eller om det bør igangsettes mer spesifikke tiltak rettet mot enkeltgrupper (se 2.1 (mål), 4.2.3, 5.4.4 og 7.3.3).

7.2.3 Kontinuitet

For ca. halvparten av dem som tok del i legevalget våren 2001 var det å bli tilknyttet listen til en lege de kjente fra før det som betydde mest. Dette indikerer at kontinuitet er viktig for mange. Undersøkelser viser at innbyggere vektlegger kontinuitet i lege-pasientforholdet forskjellig; eldre vektlegger kontinuitet høyere enn yngre, og varighet i lege-pasientforhold betyr mest for innbyggere med dårlig egenvurdert helse. En kvalitativ studie utført i Oslo viste blant annet forskjeller i holdninger til legebytte mellom grupper av pasienter med store legebehov (se 4.3.4).

Det har skjedd en gradvis reduksjon i antall legebytter siden fastlegeordningen ble innført. Dette var forventet, ut fra at det ville ta noe tid før alle hadde fått en lege de var fornøyd med. Det kan imidlertid ikke utelukkes at noe av nedgangen i antall bytter skyldes at flere leger etter hvert har fått fulle eller stengte lister. Registerdata viser at byttefrekvensen er størst i områder med størst antall ledige lister og omvendt.

Legebytter etter innbyggerens eget ønske er vanligst i aldersgruppen 16–34 år, og kvinner bytter oftere enn menn (se 4.3.1).

Mulighet for kontinuitet i lege-pasientrelasjoner forutsetter stabilitet i legetjenesten. I perioden fra 1. juli 2001 til og med 31. desember 2003 var drøyt 50 000 eller ca. 4,5 prosent av legebyttene forårsaket av at fastlegen reduserte sin liste. Blant dem som har måttet bytte lege på grunn av listereduksjon er det 51,4 prosent kvinner. Listereduksjon foretas i trygdeetatens datasystem på bakgrunn av avtale mellom legen og kommunen, og skjer ved tilfeldig utvelging. Departementet har mottatt mange reaksjoner fra, og på vegne av, pasienter som har opplevd at dette har rammet urettferdig. Flere av bidragsyterne til rapporten har pekt på at listereduksjon slik den praktiseres medfører brudd i kontinuitet i lege-pasientrelasjonen blant annet for innbyggere der kontinuitet er av spesielt stor betydning. Departementet har ved to anledninger utredet muligheten for alternative måter å redusere fastlegers liste på, men har ikke kommet fram til noen bedre metode uten at denne samtidig har store administrative omkostninger. Departementet har bedt KS og Legeforeningen bidra til at det legges til rette for gode løsninger lokalt i forkant av listereduksjon (jf. kapittel 4.3.2 og 6.2.6).

Samlet sett har kontinuiteten i lege-pasientforhold økt ved at flere har vært hos samme lege tidligere. Dette gjelder i størst grad i store kommuner og reduseres med reduksjon i kommunestørrelse. I en større surveyundersøkelse oppgis den vanligste årsaken til legebytte å være at legen eller innbyggeren selv flytter (jf. kapittel 4.3.4).

Når det gjelder varighet i de enkelte lege-pasientforhold konkluderer en undersøkelse basert på SSBs levekårspanel med at det er for tidlig å trekke konklusjoner. Angående i hvilken grad innbyggeren bruker sin fastlege i forhold til å benytte andre leger, viser to større undersøkelser litt forskjellige resultater. I følge den ene er det skjedd liten endring, i den andre fant man at flere benyttet den samme legen etter innføringen av fastlegeordningen (se 4.3.4).

Denne tendensen får i hovedsak støtte gjennom data fra departementets takstbruksundersøkelse 2002/2003 som viser at antall konsultasjoner der legen mottar refusjon fra trygden for å ta imot pasienter som ikke er tilknyttet sin egen liste, er av lite omfang. Det går også fram at innbyggernes bruk av sin rett til ny vurdering så langt har vært lite utbredt (se 4.3.3).

Når det gjelder legene, bekrefter en middels stor spørreskjemaundersøkelse blant allmennlegene at forventninger om økt kontinuitet, økt ansvar og økt arbeidsmengde i fastlegeordningen er blitt innfridd. Både denne og andre undersøkelser tyder på at flertallet av fastlegene er positive til ordningen. I en mindre undersøkelse basert på fokusgruppeintervjuer med fastleger vektlegger legene tre aspekter ved reformen: Bedre faglig kontroll, utvidet ansvar for egne pasienter og bedre økonomiske vilkår. De kvinnelige legene er mer negative enn de mannlige, spesielt ved at de er mer skeptiske til det utvidede ansvaret for en bestemt populasjon. For øvrig opplyser legene om at de legger mer vekt på å arbeide grundig og langsiktig enn før. Undersøkelsen tyder også på at maktforholdet i lege-pasientrelasjonen er forskjøvet; legene opplever større forventninger fra pasientenes side enn før, og en indirekte

trussel om at innbyggere kan bytte lege medfører at legene forsøker å yte bedre service (se 4.3.5).

7.2.4 Effektivitet

Ett av fastlegeordningens mål har vært å bidra til en mer rasjonell utnyttelse av landets samlede legeressurser. Samarbeid og økonomi er nøkkelord i så henseende.

Det er enighet om at samarbeidet mellom partene sentralt, blant annet i Sentralt samarbeidsutvalg (SSU) har vært av avgjørende betydning for en vellykket implementering av fastlegeordningen og for at man i stor grad har unngått lokale tvister etter innføringen.

Kommunen, oftest ved kommunelege I eller kommuneoverlegen, har ansvar for å organisere fastlegeordning, deriblant for inngåelse og oppfølging av de individuelle fastlegeavtalene. Det er forutsatt at en velfungerende fastlegeordning er selvregulerende gjennom kontinuerlig oppfølging og tilpasning ved partene lokalt, blant annet gjennom lokalt samarbeidsutvalg (LSU). Det finnes foreløpig ikke resultater fra den forskningsbaserte evalueringen som belyser hvordan kommunene styrer legetjenesten (jf. 4.4.2). De av bidragsyterne til rapporten som har uttalt seg om dette tema, er enige om at fastlegeordningen har lagt begrensninger på kommunenes styringsmulighet, men det er forskjellig syn på konsekvensene av dette. Legeforeningen trekker fram det positive ved at det er antall innbyggere som er med i fastlegeordningen, og dermed befolkningens behov for tjenester, som er bestemmende for beregningen av legeressurser, og ikke den enkelte kommunes økonomiske prioriteringer. Mer uheldige konsekvenser trekkes fram av Oslo kommune, KS og Statens helsetilsyn. Oslo kommune mener at finansieringssystemet har svekket bydelenes muligheter til å foreta økonomiske prioriteringer. KS peker på at en del kommuner på grunn av rekrutteringsproblemer har begrenset ”forhandlingsmakt” overfor legene, mens Statens helsetilsyn peker på at kommunen har dårligere styringsmulighet overfor privatpraktiserende leger i forhold til ansatte leger i kommunen (se 5.6.1).

Undersøkelser viser at det foregår en gradvis omfordeling av innbyggere på fastlegenes lister. Dette er både et resultat av innbyggernes legebytter og av at legene tilpasser listelengden gjennom justering av listetak. En nasjonal spørreskjemaundersøkelse viser at ved innføringen av fastlegeordningen var i underkant av halvparten av fastlegene fornøyd med listelengden. I 2002 mente 60 prosent at listelengden var passe, mens 21 prosent ønsket lengre liste og 19 prosent kortere. I en undersøkelse blant 81 fastleger i Oslo og Hordaland ca. et halvt år etter innføringen oppga 50 av 74 leger at de var fornøyd med listelengden. En kvalitativ studie blant fastleger i seks kommuner antyder at legenes vurdering av listestørrelse ikke bare foretas ut fra hvor arbeidskrevende de opplever at listen er, men også i forhold til hvordan den enkelte lege ser på fordeler og ulemper ved å ha en åpen og en lukket liste, og konsekvenser av en eventuell listereduksjon (se 4.4.3).

Når det gjelder legenes produksjon av tjenester, viser en større undersøkelse blant fastlegene at antallet konsultasjoner per lege har økt etter innføringen av fastlegeordningen. Dette har skjedd både for leger som tidligere hadde driftsavtale

med kommunen og for tidligere fastlønte leger som nå er selvstendig næringsdrivende. Økningen i antall konsultasjoner er størst for leger som før var fastlønte. Andelen kurativ arbeidstid er redusert for tidligere driftsavtaleleger, mens den er omtrent som før for tidligere fastlønsleger. Gjennomsnittlig konsultasjonstid er redusert, mest for tidligere fastlønsleger. Disse oppgir også at andelen konsultasjoner som varer mer enn 20 minutter er redusert. Forskerne finner at økningen i antallet konsultasjoner i større grad skyldes en trend i befolkningen i retning av større legesøkningsatferd over tid, enn selve fastlegereformen. Leger med driftsavtale i det gamle systemet utførte flere konsultasjoner enn fastlønte leger. I fastlegeordningen utfører fremdeles tidligere driftsavtaleleger flere konsultasjoner enn tidligere fastlønsleger, men forskjellen mellom de to gruppene er redusert. Det var forventet en "incentiveeffekt" hos tidligere fastlønsleger som gikk over til selvstendig næringsdrift i fastlegeordningen. Denne effekten synes i følge forskerne å være liten sammenlignet med det de omtaler som en "seleksjonseffekt", nemlig at tidligere fastlønsleger synes å prioritere annerledes mellom arbeid/inntekt og fritid enn leger som også i det gamle systemet var selvstendig næringsdrivende. Forskerne peker på at en svak incentiveeffekt av fastlegereformen svekker den potensielle effektivitetsgevinsten som ligger i endringen av finansieringssystemet. De mener at i den grad det samlede tilbudet av allmennlegetjenester har økt som et resultat av reformen, skyldes dette først og fremst økningen i antall legeårverk per innbygger (se 4.2.3 og 4.4.3).

To av evalueringsprosjektene under Forskningsrådet har begge ønsket å undersøke om det er slik at leger med kortere lister enn ønsket/avtalt listetak vil tilby flere konsultasjoner per innbygger på listen (indusering av konsultasjoner) enn leger med listelengde mer i tråd med avtalt listetak, og at leger med lange lister vil tilby færre konsultasjoner per person på listen (rasjonering av konsultasjoner). Man har blant annet villet undersøke om legenes mulighet for inntjening av trygderefusjoner påvirker tilgjengeligheten til tjenesten. Forskerne benytter forskjellig metodisk tilnærming og er så langt kommet fram til forskjellige konklusjoner. Ett av prosjektene er foreløpig ikke avsluttet, mens det andre konkluderer med at antallet utførte konsultasjoner er tilnærmet proporsjonalt med listestørrelsen og at den generelle tilgjengeligheten til fastlege derfor ikke avhenger av fastlegens listelengde.

En kvalitativ undersøkelse av legenes organisering av praksis i seks kommuner, finner at ventetid på time synes å ha nær sammenheng med legekantorets timefordelingspraksis (se 4.4.3).

Når det gjelder fastlegenes deltakelse i tverrfaglig samarbeid og fastlegen som koordinerende instans, foreligger det foreløpig ikke erfaringer fra evalueringene. Tilbakemeldinger fra noen av bidragsyterne viser dels et behov for å synliggjøre, og dels et behov for å klargjøre forventninger til, fastlegens rolle. Dette gjelder både i forhold til legens samarbeidspartnere på kommunalt nivå og i forhold til spesialisthelsetjenesten (se 4.4.4, 5.6.4, 5.7.1 og 6.2.3).

I en rapport fra en dialogkonferanse i Vestfold om fastlegeordningen for mennesker med psykiske lidelser, framgår det at både ledere, koordinatorene, leger og andre faggrupper mener at en forutsetning for en god fastlegeordning for denne gruppen er at fastlegens arbeid er knyttet opp mot den øvrige behandlingsskjeden (se 4.4.4).

Når det gjelder legers henvisningspraksis, viser en nasjonal spørreskjemaundersøkelse blant fastlegene en meget svak økning i antall henvisninger fra primærlege til privatpraktiserende spesialister og sykehus/poliklinikk. I en kvalitativ undersøkelse blant 81 fastleger i Oslo og Hordaland antydes det at større forventninger fra pasientene og endring i maktbalansen i lege-pasientrelasjonen kan ha gjort det mer problematisk for legene å fungere som portvakt i forhold til å begrense unødvendig bruk av helsetjenestens ressurser. Dilemmaet mellom på den ene siden å skulle forvalte samfunnets ressurser og på den andre siden å skulle være pasientens hjelper påpekes av Legeforeningen og NSAM i deres bidrag til rapporten. En middels stor spørreskjemaundersøkelse blant allmennlegene fant at legenes oppslutning om portvaktfunksjonen avtok fra 77 til 72 prosent fra 2001 til 2002 (se 4.3.5, 4.4.4 og 5.6.2).

Det ble i løpet av høsten 2003 opprettet et elektronisk system for utvidet tilgang til fastlegeregisteret for personell ved AMK-sentraler, sykehus og legevakter. Dette legger til rette for bedret kommunikasjon med fastlegen i akutte situasjoner og ved oppfølging av epikriser (se 6.2.8).

Statens og kommunenes kostnader

Innføringen av fastlegeordningen medførte at legene som gruppe fikk økt lønnsramme, jf. St.prp. nr. 65 (2000-2001). Statens utgifter til allmennlegetjenesten omfatter i hovedsak refusjon fra folketrygden knyttet til utførte konsultasjoner i kontorpraksis og til legevakt. Før 1.6. 2001 betalte staten et fastlønnstilskudd (etter forskjellige klasser) til kommuner med fastlønnleger. Dette tilskuddet falt bort ved innføringen av fastlegeordningen. Kommuner med fastlønte leger får nå utbetalt refusjon fra folketrygden for de konsultasjonene de fastlønte legene utfører. For å kompensere for merutgifter knyttet til turnusleger, gir staten et tilskudd på vel 100 000 kroner per halvår til kommuner som mottar turnuslege.

Fra 2000 til 2002 økte trygdens utgifter til kontorpraksis av allmennleger med kommunalt ansettelses- eller avtaleforhold med 42,0 prosent, fra 1 260 millioner kroner til 1 789 millioner kroner, mot en forventet økning på 48 prosent. Statens utgifter økte i all hovedsak som følge av flere leger i kommunehelsetjenesten og flere utførte konsultasjoner (se 4.4.5 og 4.4.6).

Kommunenes utgifter til legetjenesten er knyttet til basistilskudd m.m. til privatpraktiserende leger (inkludert eventuelt utjamningstilskudd til leger i kommuner med mindre enn 5 000 innbyggere, ev. praksiskompensasjon, ev. kompensasjon for driftsutgifter til turnuslege), lønnsutgifter til fastlønte leger og turnusleger, driftsutgifter til legesentra m.m. og driftsutgifter til legevakt m.m.

Kommunenes samlede utgifter til primærlegetjenesten økte med 9 % fra 1999 til 2002 målt i faste kroner (en økning fra 567 til 616 kroner per innbygger). Bruttoutgiftene per innbygger økte fra 567 til 738 kroner (30 prosent). Kommunenes nettoutgifter, korrigert for prisstigning, økte med 11 %, fra 458 kroner i 1999 til 509 kroner i 2002.

Små kommuner har gjennomgående høyere utgifter per innbygger enn store kommuner både i 1999 og 2002. Bruttoutgifter per legeårsverk varierer også med kommunistørrelse og er størst i de minste kommunene. Utgiftsveksten fra 1999 til

2002 fordeler seg ulikt mellom kommunegruppene. Det er en tendens til større relativ vekst i utgiftene i små kommuner enn i kommuner med høyere folketall.

Grovt sett fordeler økningen i de totale offentlige utgiftene seg med 60 prosent på kommunene og 40 prosent på folketrygden. Kommunenes andel av utgiftene er betydelig større i små enn i store kommuner. I kommuner med mindre enn 2 000 innbyggere utgjør kommunenes andel 83 prosent, mens den utgjør ca. 50 prosent i kommuner med mer enn 20 000 innbyggere (se 4.4.7).

Legevakt utenom åpningstid og interkommunalt legevaktsamarbeid

Når det gjelder øyeblikkelig hjelp utenom fastlegenes ordinære kontortid, dvs. mellom kl. 16.00 og 8.00 på hverdager samt helge- og høytidsdager, har det vært ønsket og forventet at et fastlegesystem med bedre tilgjengelighet til lege på dagtid, skal føre til reduksjon i antall unødvendige henvendelser til legevakt, det vil si henvendelser som ikke skyldes akutte behov for hjelp. I tillegg til bedre utnyttelse av de totale legeressursene, er det et mål å bedre kontinuiteten i allmennlegetjenesten ved at pasienten oftere treffer den legen som kjenner vedkommende best.

Når det gjelder befolkningens bruk av legevakt, er det ingen av de større evalueringsprosjektene under Norges forskningsråd som har dette som hovedfokus. I en delrapport fra et av prosjektene, basert på data fra Statistisk sentralbyrås levekårspanel fra 2000 og 2003, går det fram at reduksjonen i bruk av legevakt etter innføringen av fastlegeordningen er relativt liten. For øvrig er det gjort flere mindre undersøkelser av hvordan legevaktordninger fungerer både før og under fastlegeordningen (se 4.4.8).

Interkommunalt legevaktsamarbeid med legevaktsentral (IKL) er i prinsippet ikke en del av fastlegeordningen, men avtalesystemet for IKL ble forhandlet fram samtidig med forhandlingene om fastlegeordningen i 2000, og det har kommet opp en del spørsmål knyttet til økonomien i legevaktsamarbeid. Det ble forhandlet fram avtaler for interkommunalt legevaktsamarbeid organisert i en stasjonær legevaktsentral i tiden 23.00 til 8.00 på hverdager og i helger/på høytidsdager. Hensikten med IKL er å bidra til rekruttering til og stabilitet i legetjenesten i utkantkommuner gjennom å redusere vaktbelastningen på den enkelte lege. Kommuner som deltar i IKL hevder imidlertid at de får netto merkostnader ved slik organisering.

Stortinget har de senere årene tatt opp utgiftsfordelingen mellom stat/folketrygd og kommuner i forhold til IKL, blant annet i budsjettinnstilling Innst. S. nr. 11 (2003-2004) der et flertall i sosialkomiteen ba Helsedepartementet foreta en vurdering av hvordan en kan få til en bedre kostnadsfordeling mellom folketrygd og kommune slik at kommunene ikke taper på å legge til rette for en ordning som totalt sparer samfunnet for utgifter, som gir befolkningen et bedre helsetilbud, og som i tillegg er god personalpolitikk.

I kommuneøkonomiproposisjonen våren 2004 (St.prp. nr. 64 (2003-2004):82) redegjør Helsedepartementet for foreliggende undersøkelser om kommunenes utgifter til IKL, organisering/registrering av legevaktaktivitet og trygdeetatens utbetaling av refusjoner. Materialet bekrefter en økning i kommunenes utgifter som følge av IKL, men gir ikke regnskapsmessig grunnlag for å foreslå overføring av midler fra folketrygden til kommuner med IKL ut fra innsparinger i folketrygden.

I Innst. S. nr. 255 (2003-2004) mener kommunalkomiteens flertall at ”Helsedepartementet må gjennomføre tiltak som muliggjør etablering av hensiktsmessige interkommunale legevaktordninger, også gjennom kompensasjon til kommunene for merutgiftene knyttet til interkommunalt legevaktsamarbeid.” Helse- og omsorgsdepartementet fortsetter høsten 2004 samarbeidet med KS og Legeforeningen for å finne løsninger (se 4.4.9).

7.2.5 Forskning og fagutvikling

Fastlegereformen har ikke hatt fokus eller virkemidler direkte rettet mot den medisinske virksomheten eller innholdet i denne. Reformen er av organisatorisk- eller systemkarakter, på samme måte som statlig overtakelse av sykehus/spesialisthelsetjeneste og helseforetak som driftsform også var en systemreform. Evalueringen og erfaringene viser at tiden nå er inne for å gjøre noe med det innholdsmessige i allmennlegetjenesten.

Departementet ser behov for å styrke forskning og fagutvikling innen allmennlegetjenesten på tjenestens egne premisser. Problemstillinger knyttet til forskning og fagutvikling er også tatt opp av noen av bidragsyterne til statusrapporten (se 5.7.1). I internasjonal sammenheng har norsk allmennmedisin et høyt faglig nivå, men mange allmennleger opplever daglig at kunnskapsgrunnlaget fra grunnutdanning og videre- og etterutdanning kommer til kort i møtet med vanlige helseproblemer i befolkningen. Store deler av den faglige virksomheten er i stor grad erfaringsbasert og i for liten grad basert på forskningsbasert kunnskap. Det meste av medisinsk forskning i Norge foregår i spesialisthelsetjenesten, men den kunnskap som utvikles er i begrenset grad overførbar til primærhelsetjenesten. Departementet vil innlede et samarbeid med aktuelle miljøer og virksomheter, for å drøfte hvordan et slikt utviklingsarbeid kan organiseres og finansieres. Se for øvrig kapittel 7.3.3 under departementets oppfølging og St.prp. nr. 1 (2004-2005) budsjettkapittel 0728 post 21, samt Stortingets behandling av Budsjett-innst. S. nr. 11 (2004–2005).

7.3 utfordringer og videre oppfølging

Det overordnede målet med fastlegeordningen har vært å bedre kvaliteten på allmennlegetjenesten gjennom et listesystem som gir mulighet for kontinuitet i lege-pasientforhold og bedre tilgjengelighet til tjenesten. Det har i tillegg vært ønskelig å få til en god utnyttelse av de samlede legeressurser. Virkemidler har vært etablering av listesystemet med lovfesting av pasientrettigheter, lovfesting av kommunenes ansvar for tilrettelegging, samt forskriftsfesting av ansvarsforhold mellom kommunen og fastlegene og fastlegene imellom. I tillegg er det forhandlet fram et utfyllende avtaleverk mellom partene. Sagt på en annen måte: Fastlegeordningen plasserer ansvar i større grad enn tidligere, samtidig med at den klargjør grensene for ansvar.

Perioden fra før innføringen og fram til nå kan karakteriseres som en utviklings- og implementeringsperiode for selve ordningen. I denne fasen har fokus vært på å overvåke og vurdere hvordan fastlegeordningen utvikler seg

- gjennom registerdata, for eksempel vedrørende legedekning og fordeling av vakanser, og utviklingen i kommunenes utgifter til legetjenesten,
- gjennom forskningsbasert evaluering, eller innhenting av systematisert kunnskap om hvordan innføringen har fungert og om hvordan de ulike aspekter ved fastlegeordningen fungerer for alle aktuelle aktører: brukerne av tjenestene, kommuner, leger og legenes samarbeidspartnere.

Gjennomgangen nedenfor vil først og fremst ha dette som utgangspunkt.

I drøftingene i dette kapitlet skiller vi mellom innholdet i selve fastlegereformen som systemreform og hva som bør tas tak i med sikte på kvalitetsforbedring i allmennlegetjenesten. Til slutt vil spørsmålet om behov for forskning og fagutvikling i allmennlegetjenesten bli drøftet.

7.3.1 Forhold som i første omgang må forventes å gå seg til eller bli løst lokalt

Fastlegeordningen forutsettes å være i kontinuerlig utvikling – gjennom samspill lokalt og sentralt og i takt med samfunnsutviklingen for øvrig. Denne dynamikken vil på mer enn noen annen arena måtte prege samhandling, problemløsning og utvikling av tjenesten lokalt.

De fleste forhold og utfordringer knyttet til organisering og drift av fastlegeordningen er av lokal karakter og vil løpende måtte vurderes og løses av partene lokalt. Tiltak av sentral karakter vil først bli aktuelle der det er behov for å endre rammebetingelser som fastsettes sentralt. Det lokale utviklings- og forbedringsarbeid gjelder

- nødvendig samarbeid legene imellom, eventuelt gjennom Allmennlegeutvalget
- samarbeidet mellom kommunen og legene i Lokalt samarbeidsutvalg og
- samarbeid mellom fastlegene og andre aktører i kommunen, for eksempel helsestasjons- og skolehelsetjenesten, jordmødre og pleie- og omsorgstjenesten der rutiner for samarbeid må utvikles lokalt.

Kommunenes viktigste styringsverktøy overfor legene er de individuelle fastlegeavtalene. Gjennom disse og gjennom forutgående drøfting i samarbeidsutvalget forutsettes det at partene lokalt sammen finner løsninger som sikrer ivaretagelse av pasientrettighetene og av alle typer oppgaver som kommunen skal sørge for. Spesielle utfordringer er blant annet knyttet til medisinsk oppfølging av pasienter under legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Oppfølging av LAR-pasienter er i prinsippet en del av fastlegens ansvar for enhver innbygger på sin liste. Spørsmål om det kan være hensiktsmessig å fordele disse pasientene på flere fastleger i kommunen må finne sin løsning lokalt. Det er innbyggerne selv som skal velge lege. Et alternativ er å oppfordre til å bytte til en lege som har sagt seg interessert i å ta del i oppfølgingen av LAR-pasienter.

Videre forutsettes kommunen løpende å vurdere det samlede ressursbehovet i legetjenesten, det vil si både til offentlig og til kurativt legearbeid slik at nødvendig helsehjelp ivaretas. Lokalt samarbeidsutvalg er en viktig arena for drøfting av muligheter og løsninger.

Kommunen skal sørge for listeplass til alle innbyggere som ønsker det. Dessuten må kommunen sikre tilstrekkelig kapasitet i legetjenesten, slik at innbyggerne har reell valgmulighet til å kunne bytte fastlege, det vil si minimum to ledige lister å bytte til. Små kommuner forutsettes å samarbeide om dette. I tillegg må kommunen sikre kapasitet hos fastlegene samlet sett til å kunne motta for eksempel tilreisende og studenter som trenger nødvendig legehjelp og kapasitet til å ta imot utenlandske turister og andre som ikke er tilknyttet fastlegeordningen. En rekke henvendelser til helsemyndighetene viser betydningen av at kommunen og fastlegene har en felles forståelse av ansvar i slike situasjoner. Det vises her til sentralt avtaleverk.

Kommunen må i samarbeid med legene sikre at det er tilgjengelighet til øyeblikkelig hjelp fram til det tidspunktet legevaktordninger overtar (vanligvis kl. 16.00). I kommuner over en viss størrelse vil det ofte være behov for særskilt organisering fra kommunens side (jf. Særavtalen pkt. 6). Den enkelte fastlege har plikt til å yte øyeblikkelig hjelp i henhold til helsepersonelloven og har en avtafefestet plikt til å innrette sin praksis, innenfor avtalt åpningstid, slik at pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp kan mottas og vurderes (Rammeavtalen pkt. 10.4 og Særavtalen pkt. 6.3).

Når det gjelder ventetid spesifiseres dette i dag ikke nærmere enn til at det skal være mulig for pasienten å slippe til "innen rimelig tid". Forskning viser at legers organisering av sin praksis blant annet påvirkes av deres holdninger til ventetid. Organisering av praksis slik at ventetiden er kort, gir i tillegg større fleksibilitet for legene selv (jf. Heen 2004). Spørsmål om eventuell maksimal ventetid forutsettes å bli løst lokalt.

God telefontilgjengelighet og rimelig ventetid på time er viktig for befolkningen. Kommunene har muligheter til eventuelt å formalisere krav til tilgjengelighet. Dette vil være et tema som egner seg for lokalt samarbeidsutvalg (LSU).

Fysisk tilgjengelighet til legekantoret er viktig for mange og av spesielt stor betydning for funksjonshemmede. Dårlig fysisk tilgjengelighet vil blant annet påvirke

mulighetene for fritt legevalg (jf. St. meld. nr. 40 (2003–2004) Nedbygging av funksjonshemmende barrierer). Det økende antallet innvandrere krever en nærmere avklaring av behov for og tilgjengelighet til tolketjenester.

7.3.2 Forhold hvor andre sentrale aktører enn departementet følger opp

Fylkesmannsombetet – oppfølging av kommunal styring med legetjenesten

Det foreligger foreløpig ikke systematisert kunnskap om hvordan kommunene ivaretar sin rolle som kontraktspart for å sikre ivaretagelse av plikter som løses ved inngåelse av kontrakter. Et nylig oppstartet evalueringsprosjekt fokuserer på kommunal styring, blant annet på hvordan kommunene bruker det verktøy de individuelle fastlegeavtalene gir. Erfaringene så langt tyder på at det lokale samarbeidsutvalget brukes i begrenset grad og at kommunene ikke utnytter avtaleverktøyet fullt ut når det gjelder å pålegge legene ansvar for allmennmedisinsk offentlig legearbeid. Etter evalueringen vil departementet vurdere hvordan fylkesmannen kan følge opp at kommunene bruker tilgjengelige verktøy for å ivareta lovpålagte oppgaver.

KS og Legeforeningen sentralt

Det forutsettes at partene sentralt sammen og hver for seg fortsetter arbeidet med å bidra til løsninger lokalt gjennom tolkning av sentralt avtaleverk, og gjennom å gi råd og veiledning til sine medlemmer. Partene bør også være pådrivere for å få til gode løsninger i kommunene, for eksempel når det gjelder forberedelse og iverksetting av listereduksjon for å unngå uheldige utfall for brukerne.

Rikstrygdeverket

Rikstrygdeverket er ansvarlig for driften av listesystemet og for informasjon til publikum knyttet til endringer. RTV har i sitt bidrag til statusrapporten opplyst om at de arbeider med videreutvikling av hensiktsmessige driftsrutiner når det gjelder registrering av asylsøkere i fastlegeordningen.

7.3.3 Videre oppfølging i Helse- og omsorgsdepartementet

I den videre oppfølgingen av fastlegeordningen vil Helse- og omsorgsdepartementet konsentrere seg spesielt om følgende forhold:

- Legedekning – rekruttering og stabilitet
- Offentlig legearbeid
- Ivaretagelse av allmennlegetjenester til spesielle grupper
- Andre aspekter ved tilgjengelighet
- Forskning og fagutvikling i allmennlegetjenesten

Legedekning

Forutsetningen for at hele befolkningen skal være sikret rett til å stå på liste hos fastlege er at alle legehjemler er besatt med faste leger. Som følge av at ca. 100 hjemler står ubesatt, innfris ikke retten for ca. 1,5 prosent av befolkningen. Som det fremgår i kapittel 4.1.1 er ledigheten i hjemlene størst i Sogn og Fjordane og Nordland. Nord-Trøndelag har også hatt relativt mange ubesatte hjemler, men situasjonen er betraktelig bedret siden februar/mars 2004. Ledigheten er også relativt

høy i Hedmark og Oppland, spesielt i de indre deler av fylkene. I Finnmark er det skjedd en gradvis bedring etter innføringen av fastlegeordningen i 2001 med unntak av i noen kommuner. Det er nedlagt betydelig innsats fra fylkesmannen og gjennom stimulerings tiltak.

Departementet har gitt Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide forslag til en tiltaksplan for legedekningen i Sogn og Fjordane. Forslaget vil blant annet bygge på en rapport utarbeidet av fylkesmannen og Kommunenes Sentralforbund i fylket (jf. St.prp. nr. 1 (2003-2004)). Tre innsatsområder peker seg ut som spesielt viktige: Det første er faglige stimulerings tiltak med veilederprogram for nytilsatte fastleger i forbindelse med spesialistutdanning i allmenn- og/eller samfunnsmedisin og utvikling av program for forskning og faglig utvikling i samarbeid med Universitetet i Bergen. Det andre er etablering av interkommunalt legevaktsamarbeid. Det tredje er kommunenes egen tiltakspakke for rekruttering av leger; i dette ligger også oppfølging etter tiltredelse.

Som omtalt i kapittel 4.1.1 viser registerdata fra Rikstrygdeverket at en relativt stor andel fastleger under 40 år avslutter sin praksis som fastlege, og at dette i større grad er tilfelle blant kvinnelige enn mannlige fastleger. I bidraget fra forsøkskommunen Tromsø antydes det at årsaken kan være at kvinner ikke ønsker å ha et administrativt/økonomiske ansvar for drift av praksis i tillegg til populasjonsansvaret (se 5.3.1). RTV-data viser at kvinneandelen av fastleger i ansettelsesforhold er på ca. 37 prosent, mens den totale andelen kvinnelige fastleger er ca. 29 prosent (se 4.1.2). I en mindre studie (kvalitativ og kvantitativ) blant 81 fastleger var kvinnene i utvalget mer skeptiske til det utvidete ansvaret for pasientene enn de mannlige som tvert imot i stor grad vurderer dette ansvaret som et positivt trekk ved fastlegeordningen (se 4.3.5). Vi vet imidlertid ikke hvorfor flere kvinner slutter, og hva de eventuelt flytter til eller starter med av annen virksomhet.

Det registreres en svak nettotilvekst av kvinnelige fastleger. Ca. 35 prosent av nyetablererne de første to og et halvt årene med fastlegeordning er kvinner (se 4.1.1). I samme periode var halvparten av de leger som avsluttet sin turnustjeneste og fikk autorisasjon kvinner (710 av 1 419).¹²⁹ Departementet vil sammen med partene drøfte gjennomføring av en undersøkelse som kan danne utgangspunkt for diskusjon om spesielle tiltak for å få flere kvinner til å etablere seg og bli værende i allmennlegetjenesten.

Hensynet til innbyggerens mulighet til å bytte lege og mulighet til videre utvikling av allmennlegetjenesten krever at kommunene kontinuerlig vurderer behovet for legerressurser i kommunehelsetjenesten. Departementet har bedt Sosial- og helsedirektoratet gjennom fylkesmennene om å følge opp de kommunene hvor innbyggernes byttemulighet er begrenset.

Allmennmedisinsk offentlig legearbeid

Det allmennmedisinske offentlige legearbeidet har ikke kommet vesentlig styrket ut etter innføringen av fastlegeordningen slik det ble lagt til rette for (jf. Ot.prp. nr. 99

¹²⁹ Tlf. 01.12.04 til SAFH – Statens autorisasjonskontor for helsepersonell. Andelen medisinske kandidater er gradvis økende, fra 54,9 prosent våren 2001 til 62,1 prosent i mars 2004 (www.legeforeningen.no, legestatistikk).

(1998-99). Det er kommunens ansvar å sørge for nødvendige legeressurser til allmennt medisinsk offentlig legearbeid, jf. pkt. 7.3.1. Tilsynsmyndigheten har som oppgave å følge med på hvordan det blir ivaretatt og melde videre til departementet, jf. 7.3.2.

I forbindelse med oppfølgingen av St.meld. nr. 45 (2002-2003) Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene, vurderes ulike tiltak for å bedre legetjenesten for brukere av pleie- og omsorgstjenester, bl.a. beboere i sykehjem. Tidligere Sosialdepartementet i samarbeid med tidligere Helsedepartementet, har gitt Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å foreta en kartlegging av hvordan legetjenesten fungerer for brukere av pleie- og omsorgstjenester. Dette omfatter brukere både i og utenfor institusjon og derfor både fastlegeordningen og allmennt legetjenesten for øvrig. Departementet vil komme tilbake med forslag til videre oppfølging. Det vurderes slik at tiltakene som foreslås må ses i sammenheng med forholdene for det offentlige legearbeidet generelt. Det er behov for å se på både organisatoriske, faglige og eventuelt økonomiske virkemidler for å styrke det offentlige legearbeidet i kommunene der hvor det er nødvendig.

Departementet vil ta initiativ til en samlet gjennomgang av hvordan ulike typer allmennt medisinske offentlige legeoppgaver blir ivaretatt.

Samfunnsmedisinsk arbeid

Rekrutteringen til samfunnsmedisinsk arbeid har vært fallende siden 1990-tallet og trenden har fortsatt etter innføringen av fastlegeordningen (jf. 4.1.3). Ett av de større evalueringssjektivene koordinert av Forskningsrådet følger utviklingen innen samfunnsmedisinsk arbeid basert på undersøkelser gjort i 1994, 1999, 2001 og 2002. Sjøjektet er forsinket og undersøkelsen er foreløpig ikke publisert (Johnsen og Pettersen – se referanser, sjektiv under Forskningsrådet).

I forbindelse med oppfølgingen av St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge – Folkehelsepolitikken, vil departementet se nærmere på legenes oppgaver innenfor samfunnsmedisinen. Det skal blant annet vurderes organisatoriske og økonomiske sider ved den samfunnsmedisinske legerollen i sammenheng med evalueringen av fastlegeordningen. Det skal klargjøres profil og innhold i den samfunnsmedisinske spesialiteten i samarbeid med Legeforeningen, og det planlegges et nytt rundskriv om kommunelege I-oppgaver.

Det er nylig gjort to større utredninger om henholdsvis utviklingen av faget samfunnsmedisin/samfunnsmedisins rolle og spesialistutdanningen i samfunnsmedisin i regi av Sosial- og helsedirektoratet.¹³⁰ Rapportene er sendt på høring med frist 31.12. 2004 og vil bli lagt til grunn for den videre oppfølgingen.

Tilgjengelighet

Bedring av tilgjengeligheten er et av målene for fastlegeordningen og svært viktig for innbyggerne.

¹³⁰ SHDIR v/Magne Nylenna: "Samfunn + medisin = samfunnsmedisin?" og SHDIR v/sekretariatet til Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling: "Ny spesialistutdanning i samfunnsmedisin".

Som omtalt i kapittel 4.2.3 har Helsetilsynet i fylkene avdekket til dels store variasjoner i både ventetid og telefontilgjengelighet. Større undersøkelser viser at innbyggerne generelt er mer tilfreds med tilgjengeligheten til tjenesten enn før fastlegeordningen ble innført, men dette varierer blant annet med kommunestørrelse.

Som omtalt i kapittel 5.4.1 er det blitt påpekt at både studenter og andre som midlertidig eller mer permanent oppholder seg i en annen kommune enn der de har sin fastlege, har hatt problemer med å slippe til hos andre fastleger. Rammeverket for fastlegeordningen forutsetter at studenter, pendlere etc. med behov for legehjelp skal kunne få time hos en fastlege på det stedet de ikke har valgt å stå på liste. Det er blitt reist spørsmål om for eksempel studenter med kroniske lidelser burde kunne gis mulighet til å ha fastlege på to steder. Helsetjenesten ved Universitetet i Oslo har i sitt bidrag opplyst om at de har gode erfaringer med samhandling med studenters fastlege på hjemstedet.

Departementet vil inntil videre avvende situasjonen.

Tilgjengelighet til allmennlegetjenesten for såkalt "utsatte grupper"

Populasjonsansvaret i fastlegeordningen innebærer ikke at fastlegen skal drive oppsøkende virksomhet. Det er basert på at innbyggeren selv, eventuelt pårørende, henvender seg til legens praksis. I forberedelsene til fastlegeordningen søkte departementet å unngå å etablere særordninger for spesielle grupper, både på grunn av faren for stigmatisering, og for å unngå uthuling av fastlegeordningen. Enkelte grupper kan ha særskilte behov for oppsøkende virksomhet eller lavterskeltilbud som ikke innebærer at de selv må henvende seg til fastlegens praksis. Helsedepartementet ba i tildelingsbrevet for 2003 om at Sosial- og helsedirektoratet "vurderer ulike tiltak for å styrke allmennlegetilbudet til utsatte grupper, herunder om fastlegetilbudet bør suppleres med tilrettelagte tilbud innenfor det allmennmedisinske offentlige legearbeidet". I sitt innspill til statusrapporten pekte SHDIR spesielt på problemer knyttet til tilgjengelighet til tjenesten, men også på behovet for tverrfaglig samarbeid rundt en del grupper pasienter.¹³¹ Ofte dreier dette seg om mennesker med sammensatte behov. Flere har stilt spørsmål ved om fastlegeordningen som en generell ordning fungerer godt nok for grupper med sammensatte og/eller spesielle behov. SHDIR har i denne sammenheng bedt departementet vurdere om oppfølging i kommunehelsetjenesten av pasienter under legemiddelassistert rehabilitering og allmennlegetjenester til asylsøkere kan bli bedre ivaretatt som allmennmedisinsk offentlig legearbeid enn som del av fastlegens listeansvar.

I forbindelse med den forskningsbaserte evalueringen vil departementet i løpet av 2005 innhente kunnskap om hvordan fastlegeordningen fungerer for mennesker med psykiske lidelser (Ådnanes, Andersson, se referanser, prosjekter under NFR). Det er usikkert hva evalueringen vil gi av kunnskap om ordningen i forhold til andre grupper. Prosjekter under NFR som innen avtalt tidsramme (ut 2005) i større eller mindre grad forventes å gi denne type kunnskap er Heen, Sørensen, Bæck (samer), Finnvold (diagnosegrupper) og Meland (småskalaprosjekter – marginaliserte grupper).

¹³¹ Blant annet eldre med demens, mennesker med psykiske lidelser, funksjonshemmede, rusmiddelmissbrukere, samer, asylsøkere, flyktninger og innvandrere.

En kvalitativ studie av hvordan pasienter med store legebehov opplever fastlegeordningen ble utført i Oslo kort tid etter innføringen av ordningen i 2001. Generelt var de 32 informantene lite opptatt av ordningen; eldre var mest opptatt av kontinuitet i tjenesten; flere vurderte sin lege kritisk ut fra de behov de hadde (se 4.3.4, Dahle og Skilbrei 2003). Vedrørende fastlegeordningen og psykiske lidelser vises det for øvrig til omtale i kapittel 4.4.4 av en undersøkelse utført ved Henær (Arntsen og Eide Rønningen 2003) og til den pågående evalueringen av Opptappingsplanen i psykiatri.

Sosial- og helsedirektoratet følger opp tjenestene til de forskjellige (pasient-) gruppene under de respektive satsningsområdene. Det er blant annet innledet samarbeid med Legeforeningen når det gjelder ivaretagelse av rusmisbrukere og mennesker med psykiske lidelser (for legetjenester til eldre, se 7.3.3 foran under Allmenntilleggsmedisinsk offentlig legearbeid). I rundskriv I-1/2005 til kommunene bes disse om å følge opp tilgjengeligheten til fastlegene både når det gjelder ventetid, telefontilgjengelighet og fysisk tilgjengelighet.

Helse- og omsorgsdepartementet vil i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet ha fortsatt oppmerksomhet rettet mot ivaretagelse av allmennlegetjenester til spesielle grupper brukere. Om nødvendig vil nye evalueringsprosjekter bli igangsatt etter 2005.

Tilgjengelighet til kvinnelig fastlege

Mens ca. halvparten av befolkningen er kvinner, utgjør kapasiteten på åpne lister hos kvinnelige fastleger ca. 18 prosent av totalt antall ledige listeplasser (se 4.2.4). For noen innbyggere er det spesielt viktig å ha en kvinnelig lege (se 5.4.2). Det vises for øvrig til avsnittet foran om legedekning.

Kontinuitet

Betydningen av kontinuitet og innbyggernes og legenes erfaring med fastlegeordningen vil bli fulgt videre gjennom evalueringen. Innbyggernes bytte av lege og årsaker til legebytte følges gjennom registerdata fra Rikstrykdeverket. Cirka 4,5 prosent av legebytter foretatt siden innføringen av ordningen skyldes at legen har redusert sin praksis. Departementet har gjennom to prosesser i henholdsvis 2002 og 2003 vurdert alternative måter for listereduksjon uten å komme fram til en bedre løsning enn den gjeldende. KS og Legeforeningen er bedt om å bidra til lokal tilrettelegging i forkant av listereduksjon, for i størst mulig grad å unngå uheldige konsekvenser for brukerne, spesielt brukere med stort behov for kontinuitet, jf. fastlegeordningens mål. Dette vil departementet følge opp gjennom samarbeid med partene sentralt (se også kapittel 6.2.6).

Effektivitet

Samarbeid

Når det gjelder fastlegens rolle i samarbeid med andre og deres plikt med hensyn til koordinering av tjenester (se merknaden til fastlegeforskriften § 7), er det blitt tatt opp behov for å klargjøre fastlegens rolle. Dette gjelder spesielt i helsestasjons- og skolehelsetjenesten vedrørende forholdet til samarbeidspartnere både innen somatisk helsetjeneste (generelt) og psykisk helsevern, og i forhold til tilsynslege i sykehjem

(se 5.6.4, 6.2.2 og 6.2.3). Det gjelder imidlertid også andre typer problemstillinger som for eksempel hvilken rolle fastlegen skal ha i legemiddelassistert rehabilitering, ivaretagelse av asylsøkere og flyktninger og i forhold til andre grupper med spesielle behov. Departementet vil følge opp disse problemstillingene i den videre utviklingen av fastlegeordningen.

Fastlegereformen skal også bidra til en rasjonell utnyttelse av de samlede legeressurser i landet. Det betyr at fastlegeordningen også skal bidra til et mer effektivt samarbeid mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten. I dette samarbeidet er fastlegens henvisningspraksis og sykehusenes systemer for epikriser ved utskrivning av stor betydning. Det foreligger ikke i dag noen oversikt over utviklingen på dette området. Henvisning generer kostnader, og små endringer i henvisningspraksis kan få store konsekvenser for kapasitet og kostnadsutvikling i spesialisthelsetjenesten.

Samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er generelt av stor betydning, både av hensyn til pasientens opplevelse av helhet i forløp og for å sikre en hensiktsmessig arbeidsdeling mellom nivåene. Det ble høsten 2003 nedsatt et utvalg for å utrede nærmere samhandlingen mellom 1.- og 2. linjetjenesten (Wisløffutvalget). Departementet vil følge opp Wisløffutvalgets innstilling som forventes ferdig på nyåret 2005. De regionale helseforetakene har i sitt styringsdokument fått i oppdrag å videreutvikle samhandlingen mellom helseforetakene og fastlegene.

Elektronisk kommunikasjon vil kunne gjøre samarbeidet mellom tjenesteytere og tjenestenivåer enklere. Fastlegene har en sentral rolle i etableringen av slik kommunikasjon. Som et resultat av samarbeid mellom Sosial- og helsedirektoratet, Den norske lægeforening, Rikstrygdeverket og De regionale helseforetakene ble det høsten 2004 etablert et nytt nasjonalt tilbud om en grunnpakke for tilknytning av legekontor til Norsk helsenett AS (NHN) og elektronisk signatur fra 01.10.04. Tilbudet gjelder for landets fastlegekontorer med kommunale avtaler, og Legeforeningen har anbefalt sine medlemmer å ta tilbudet i bruk. For 2004 er det avsatt 17 millioner kroner på statsbudsjettet til oppkobling av fastlegekontorer til HNH med mer.¹³²

Statistisk sentralbyrå har startet videreutvikling av et pilotprosjekt med sentrale data fra allmennlegetjenesten (SEDA). Oppdraget er gitt av departementet og administreres av Sosial- og helsedirektoratet. Prosjektet bygger på data hentet ut fra elektronisk pasientjournal. Gjennom etablering av løpende statistikk vil det kunne bidra til kvalitetsutvikling i allmennlegetjenesten gjennom tilbakemeldinger til legene om aktivitet i egen praksis, legge til rette for plan- og styringsdata til bruk for sentrale helsemyndigheter, og gi gode muligheter for forskning på feltet. Kobling mellom data fra lege-pasientkontakter og innbyggerne på fastlegenes lister vil også kunne gi informasjon om aktivitet relatert til en fast populasjon. Det antas dessuten at prosjektet på lengre sikt vil kunne bidra til økt standardisering av informasjonen i elektronisk pasientjournal og etablering av et landsdekkende system for innhenting av aktivitetsdata. SEDA-prosjektet har et stort potensial, blant annet når det gjelder å

¹³² Se brev til landets fastleger med kommunale avtaler fra Sosial- og helsedirektoratet 28.09.04 og www.legeforeningen.no 01.10.04.

utvikle statistikk over henvisninger og epikriser (kriterier/diagnose, utfall med mer). Etter hvert som den elektroniske pasientjournal utvikles, kan det også tenkes mulighet til å kunne identifisere hele forløp, over tid og mellom forskjellige aktører, uavhengig av om diagnosen endres underveis. Departementet vil vurdere hvordan SEDA-prosjektet skal videreutvikles fra 2005/2006.

Vurdering av behov for forskning og fagutvikling i allmennlegetjenesten

Fastlegereformen skulle bidra til trygghet gjennom å sikre den enkelte bruker tilgang til allmennlegetjenesten og innbyggerne rett til å være tilknyttet en fast lege. Reformen har ikke hatt fokus eller virkemidler direkte rettet mot den medisinske virksomheten eller innholdet i denne. Reformen er av organisatorisk karakter og plasserer ansvar.

Reformen legger til rette for å utvikle den faglige kvaliteten i allmennlegetjenesten. Blant innspillene departementet har mottatt har blant annet Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM) uttalt at de først og fremst ser på fastlegeordningen som et godt utgangspunkt for utvikling av gode allmennlegetjenester. Videre utgjør den en naturlig basis og knutepunkt i en mer og mer oppsplittet, spesialisert og komplisert helsetjeneste. Både NSAM og andre bidragsytere mener det nå er tid for å se nærmere på det faglige innholdet i allmennlegetjenesten.

Fastlegeordningens ideologiske grunnlag er et stykke på vei sammenfallende med det som har vært det ideologiske grunnlaget for allmennmedisinen siden 1970-tallet. I tråd med denne ideologien skal allmennmedisinen kjennetegnes av kontinuitet og være omfattende, personlig og forpliktende (KOPF). Det har vært diskutert både om et slikt verdigrunnlag stiller for store forventninger til den enkelte lege, og på den annen side, i hvilken grad medisinen skal infiltrere menneskers liv.

Primærhelsetjenestens oppgaver har forandret seg mye de siste tiårene, noe som medfører behov for ny og forskningsbasert kunnskap. Dette gjelder både den virksomheten allmennlegene utfører i sin egen praksis, og de medisinske og pleiemessige oppgavene som følger av at pasienter som tidligere var innlagt på sykehus nå ivaretas i kommunens pleie- og omsorgstjeneste. Det skal understrekes at i internasjonal sammenheng har norsk allmennmedisin et høyt faglig nivå. Men mange allmennleger opplever daglig at kunnskapsgrunnlaget fra grunnutdanning og videre- og etterutdanning kommer til kort i møtet med vanlige helseproblemer i befolkningen. Dette gjelder særlig ved kronisk sykdom, slik som muskel- og skjelettlidelser og psykiske problemer (Hetlevik og Hjortdahl 2003). I Sverige ser man mange av de samme utfordringene. En rekke nye sykdommer og problemstillinger har dukket opp, som familjeläkaren/primärvården må forholde seg til (Sjönell 2003¹³³).

Både i Norge og Sverige ligger allmennmedisinsk fagutvikling og forskning langt etter medisinsk forskning og fagutvikling innenfor spesialisthelsetjenesten. Forklaringene på dette er flere. Det ene er at i spesialisthelsetjenesten ivaretas klinisk forskning som en lovfestet oppgave for helseforetakene. I 2005 er det i departementets budsjetter til de regionale helseforetakene forutsatt at 382,6 millioner

¹³³ Göran Sjönell, direktör ved Familjemedicinska institutet (Fammi), Stockholm 10.11.03: "Kunskapsstrategi för familjemedicin och primärvård" (www.fammi.se).

kroner skal brukes til forskning.¹³⁴ Tilsvarende lovpålagte oppgaver med øremerkede bevilgninger har vi ikke overfor kommunene når det gjelder primærhelsetjenesten. Det andre er at helseforetakene har en organisatorisk og kompetansemessig infrastruktur som gjør det mulig å drive klinisk forskning. Og forskerne er selv klinikere, og kan raskt ta i bruk ny kunnskap.

Den kliniske forskning innenfor allmennmedisin i Norge er begrenset og oftest knyttet til de allmennmedisinske universitetsenhetene (institutter og seksjoner). De vitenskapelige stillinger i allmennmedisin (og samfunnsmedisin) utgjør til sammen i overkant av 20 stillinger ved de fire universitetene. Hovedoppgavene er å drive grunnutdanning av leger. De som forsker innenfor primærhelsetjenesten har i mindre grad tilknytning til praksisfeltet selv om flere av dem har en fastlegeavtale med liste tilsvarende arbeidstid på én dag per uke. Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU) administrerer stipendordninger for å stimulere allmennleger til å drive forskning.

Klinisk forskning i spesialisthelsetjenesten har ofte begrenset overføringsverdi til allmennlegetjenesten. Dette gjelder også på legemiddelfeltet. Forklaringen på dette er at pasientgrunnet i primærhelsetjenesten er uselektert. Pasientforløpene er ofte lange og inkluderer påvirkning fra både arbeids- og nærmiljø. Allmennlegene må derfor forholde seg til stor grad av usikkerhet. Spesialisthelsetjenestens pasienter er selekterte, og utgjør en avgrenset pasientgruppe som er definert med hensyn på diagnose.

Et utvalg bestående av representanter fra Alment praktiserende legers forening (Aplf), Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM), Legeforeningens forskningsutvalg og de allmennmedisinske instituttene har foreslått å opprette frittstående allmennmedisinske forskningsenheter i Bergen, Oslo, Tromsø og Trondheim med primærhelsetjenesten som felt. Forslaget bygger på en tilsvarende ordning i Danmark og er tenkt som et supplement til de eksisterende universitetsmiljøene i samarbeid med disse. Legeforeningen har gitt sin tilslutning til forslaget om å styrke allmennmedisinsk forskning, men endelig organisering samt finansieringsmåte er foreningen innstilt på å diskutere med helsemyndighetene.

Allmennlegenes oppgaver påvirkes av den generelle medisinske forskningen. Forskning utført i spesialisthelsetjenesten som resulterer i en ny test eller ny type behandling og forskning som påviser risikofaktorer for fremtidig sykdom, vil som regel påvirke både behandling i og søkning til allmennlegetjenesten. På denne måten kan all forskning på risikofaktorer, diagnose og behandling indirekte bli styrende for allmennlegens arbeidsoppgaver (Hetlevik og Hjortdahl op.cit.). Dette siste berører også spørsmål knyttet til prioritering. Fordi allmennlegetjenestens pasientgrunnlag er uselektert, jf. over, er det behov for en bred samfunnsrelatert forståelse i tillegg til den rent medisinske kunnskapen (ibid.).

Helse- og omsorgsdepartementet ser derfor et stort behov for forskning og fagutvikling innen allmennlegetjenesten på dennes premisser. Det er behov for mer forskningsbasert kunnskap om problemstillinger allmennlegen møter daglig. Primærhelsetjenesten bør i større grad gis mulighet til å være premissleverandør i

¹³⁴ Jf. St.prp. nr. 1 (2004-2005) kap. 0732 post 78 side 158.

forhold til hva det forskes på. Det vil måtte innebære andre administrative strukturer og en finansiering som er egnet til å ivareta forskning innenfor primærhelsetjenesten.

I behandlingen av sosialkomiteens innstilling til statsbudsjettet for 2005 har Stortinget gjennom romertallsvedtak bedt ”Regjeringen komme tilbake til Stortinget med forslag for å styrke forskningen innen allmennmedisin” (jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2004–2005)). Dette vil departementet følge opp.

Allmennlegens rolle er i endring, også internasjonalt. Den før relativt ”lukkede” yrkesutøvelsen basert på klinisk autonomi er i ferd med å bli erstattet av en utøvelse basert på åpenhet og dokumenterbarhet (accountability). Mens tidligere praksis for en stor del var basert på individuell kompetanse med tilhørende variasjon i effektivitet og kvalitet, baseres dagens praksis i større grad på kvalitetsmål og kliniske retningslinjer – med rom for klinisk skjønn der det er nødvendig (Light og Aasland 2003). Effekstudier eller ”evidence based” forskning har fokus på oppnådde resultater på en annen måte enn før. Systematisering av kunnskap ved hjelp av elektroniske verktøy gir bedre grunnlag for standardisering av behandling. Eventuelle avvik fra vedtatte retningslinjer stiller ekstra krav til dokumentasjon.

Forskning viser at når den biomedisinske kunnskapen i mange av de situasjoner allmennlegen møter er utilstrekkelig, vil legen anvende erfaringsbasert kunnskap. Slik kunnskap vil kunne ha et vitenskapelig rasjonale i de humanistiske vitenskapene, men kunnskap fra disse vitenskapene inkluderes ikke i særlig grad i kliniske problemstillinger i grunnutdanningen av leger eller i spesialistutdanningen i allmennmedisin. Dersom erfaring medfører at allmennleger handler på en annen måte enn det som anbefales, kan det bety at kunnskapen ikke er anvendelig nok, det vil si ikke basert på et bredt nok kunnskapsgrunnlag. Tverrvitenskapelig forskning kan være av betydning for å få til dette (Hetlevik og Hjortdahl op.cit.).

På området fagutvikling og kvalitet er flere aktiviteter allerede igangsatt. På et overordnet plan arbeider Sosial- og helsedirektoratet (SHDIR) med en nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helse- og sosialtjenesten. SHDIR deltar i et nordisk og et europeisk samarbeid med utvikling av kliniske retningslinjer for praksis. SHDIR arbeider også med utvikling av faglige retningslinjer blant annet innenfor svangerskapsomsorgen. Videre har departementet gjennom SHDIR gitt Statistisk sentralbyrå i oppdrag å starte arbeidet med videreutvikling av pilotprosjektet SEDA – sentrale data fra allmennlegetjenesten (jf. foran). To tilsvarende prosjekter er i gang i regi av NOKLUS (Norsk kvalitetsforbedring av laboratoriearbeid utenfor sykehus) for å bidra til kvalitetsheving og standardisering av behandling der tolkning av prøveresultater inngår som en viktig del av vurderingsgrunnlaget. Det er også nylig satt i gang et prøveprosjekt på legemiddelfeltet der egenevaluering av forskrivningspraksis er ett av flere mål (jf. under).

En gruppe i tidligere Seksjon for helsetjenesteforskning ved Folkehelse tok initiativ til et konsensuspanel av fagpersoner for å finne bedre måter å organisere videre- og etterutdanning og kvalitetsforbedring av norsk allmennpraksis på (VEK). Tanken bak prosjektet har vært at VEK kan forbedres blant annet ved hjelp av forskningsbasert kunnskap. Panelet har utarbeidet en liste med prioriterte tiltak der blant annet inngår praksisnære tiltak, samhandlingsprosjekter og utvikling av tverrfaglighet som verktøy.

Med praksisnære tiltak menes blant annet at det allmennmedisinske fag i større grad bør formidles av praktiserende allmennpraktikere og det allmennmedisinske akademiske miljøet. Når det gjelder samhandlingsprosjekter, vil man bruke henvisninger, rekvisisjoner og epikriser som verktøy for kvalitetsforbedring og læring. Angående utvikling av tverrfaglighet som verktøy, nevnes det i rapporten fra konsensuspanelet at fastlegen har en viktig rolle i å skaffe oversikt over og samordne de ulike helsetilbudene for pasientene.

Én av allmennlegenes viktigste behandlingsmetoder er forskrivning av legemidler. Forskrivning av legemidler har både et faglig/sykdomsmessig aspekt og et ressursaspekt. Utgifter til mange legemidler finansieres av det offentlige (blåreseptordningen). Det betyr at allmennlegene forvalter betydelige ressurser på vegne av fellesskapet. Statens kostnader til finansiering av blåreseptmedikamenter er beregnet til mellom seks og sju milliarder kroner årlig – mer enn de samlede kostnader til allmennlegetjenesten (inklusive egenandeler). Når det gjelder det faglige eller sykdomsmessige, er effekt av legemiddelet, mulige bivirkninger og såkalt multifarmasi sentrale problemstillinger.

Departementet gir støtte til et prosjekt initiert av Legeforeningen som også støttes av Legeforeningens Kvalitetssikringsfond I: Kollegabasert terapiveiledning – Personlig og gruppebasert etterutdanning for å kvalitetsforbedre behandling med legemidler i allmennpraksis. Prosjektet har både som mål å øke legenes klinisk faglige kompetanse på bruk av legemidler, muliggjøre bruk av statistikk fra Nasjonalt reseptregister til kvalitetssikring av egen praksis og teste ut en modell for kollegabasert terapiveiledning. Det er i tillegg ønskelig å legge grunnlag for en eventuell permanent landsdekkende struktur for kvalitetssikrende etterutdanning i farmakoterapi. Man ser her for seg en tilsvarende organisasjon på legemiddelsiden som NOKLUS på laboratoriesiden, et såkalt "resept-NOKLUS" (NOKLUS – Norsk kvalitetsforbedring av laboratoriearbeid utenfor sykehus, Legeforeningens Kvalitetssikringsfond III). Danmark har tilsvarende virksomhet. Departementet ser det som aktuelt å gi fortsatt støtte til dette prosjektet.

Omtalen i det foregående viser at en god del aktiviteter er på gang, men at det nå er behov for en mer samlet innsats. Utdanningen er også etablering av organisasjonsstrukturer som kan ivareta forskningen. Dette vil departementet følge opp.

Referanser

Alment praktiserende legers forening, Aplf (2002) ”Allmennlegens rolle i behandlingen av narkomane – legemiddelassistert rehabilitering”, et hefte utarbeidet av fagutvalget i Aplf.

Arntzen, Annett og Grete Eide Rønningen (2003): *Fastlegeordningen og psykiatrien. Rapport fra dialogkonferanse*. Høgskolen i Vestfold. HENÆR-rapport nr. 1/2003.

ASA 4301 eller ”Statsavtalen”: Avtale mellom staten ved Arbeids- og administrasjonsdepartementet, Kommunenes Sentralforbund og NAVU/de regionale helseforetakene på den ene siden og Den norske lægeforening på den andre, om økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og spesialister med fylkeskommunal avtalepraksis

ASA 4310 eller ”Rammeavtalen” eller ”Kommuneavtalen”: Rammeavtale mellom Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene.

Brekke, Mette, Hilde Beate Gudim, Trond Egil Hansen, Ole Rikard Haavet, John Leer, Pernille Nylehn og Svein Steinert (2001): ”Populasjonsansvaret i fastlegeordningen – blir vi annerledes leger etter 1.6.?” I *Tidsskr Nor Lægeforen* 14/2001;121:1725-7.

Brügger, Eli Anne Uthaug og Ola Jøsendal (2001): ”Registrering av aktivitet under legevakt”. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001, nr. 23;121:2730-1.

Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004) Innstilling fra sosialkomiteen til St.prp.nr. 1 (2003-2004) for budsjetterminen 2004. Helsedepartementet.

Budsjett-innst. S. nr. 11 (2004-2005) Innstilling fra sosialkomiteen til St.prp.nr. 1 (2004-2005) for budsjetterminen 2005. Helse- og omsorgsdepartementet.

Carlsen, Benedicte (2002): ”Fastlegeordningen gir mer makt til pasientene”. I *UiB-magasinet* 6/2002, Universitetet i Bergen.

Carlsen, Benedicte (2003): ”Fastlegenes erfaringer med fastlegeordningen”. I *Tidsskr Nor Lægeforen* 10/2003;123:1322-4.

Dahle, Rannveig og May-Len Skilbrei (2003): *Fastlegeordningen og pasienter med store legebehov*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, NOVA-rapport 3/03.

Den norske lægeforening (2001): ”Ubesatte legestillinger i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten per 31.12. 1998”. Legestatistikk 30.04.01, hentet fra nettet 13.02.04 (jf. bl.a. Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling, tabell 6: ”Ubesatte legeårsverk – uansett årsak (assistent- og overleger inklusive

spesialister med driftsavtale med fylkeskommunen) i perioden 1990 – 2001, fordelt på fylke, 20.04.02).

Dommerud, Tine (2002): "Vil ha helsestasjon hos fastlegen". *Dagens Medisin* 10.10.02 (intervju med leder i Aplf, Kjell Maartmann-Moe).

Dommerud, Tine (2003): "Frykter at allmennmedisinen smuldrer bort". *Dagens Medisin* 6/03 (intervju med allmennlege Erik Werner).

Finnvold, Jon Erik og Bård Paulsen (2002): *Før innføring av fastlegeordning – Brukervurderinger av allmennlegetjenesten i et veiskille*. Evaluering av fastlegeordning: Pasienterfaringer belyst ved pasientpanel. Delrapport 1: Legetjenesten før fastlegeordning. Sintef Unimed Helsetjenesteforskning/SSB, mai 2002.

Finnvold, Jon Erik, Hilde Lurås og Bård Paulsen (2003): "Fastlegeordningen: De fleste fikk den de ville ha". *Samfunnsspeilet* 2/2003, Statistisk sentralbyrå.

Finnvold, Jon Erik og Jørgen Svalund (2004): "Kontinuitet mellom lege og pasient: Blanda resultat av fastlegereforma". *Samfunnsspeilet* 2/2004, Statistisk sentralbyrå.

Forskrift 23. november 1983 nr. 1778 om helsestasjonsvirksomhet. Sosial- og helsedepartementet.

Forskrift 4. mars 1994 nr. 161 om folkeregistrering. Finansdepartementet.

Forskrift 14. april 2000 nr. 328 om fastlegeordning i kommunene. Sosial- og helsedepartementet.

Forskrift 20. desember 2001 om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som lege. Sosial- og helsedepartementet.

Forskrift 24. juni 2004 nr. 1035 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege (vedlegg Normaltariffen for leger). Helsedepartementet.

Forskrift 3. april 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Helsedepartementet.

Forskrift 16. april 2004 om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp. Helsedepartementet.

Godager, Geir (2003): *Fastlegeordningen og det kommunale legearbeidet. Er det tilfeldig hvilke leger som påtar seg kommunalt legearbeid?* HERO-rapport 2003:15, Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo.

Grytten, Jostein, Irene Skau, Rune J. Sørensen og Olaf G. Aasland (2003): *Fastlegereformen – En analyse av fastlegenes arbeidsbelastning og tjenestetilbud*. Forskningsrapport nr. 11/2003, Handelshøyskolen BI, Institutt for offentlige styringsformer.

Grytten, Jostein, Irene Skau, Rune J. Sørensen og Olaf G. Aasland (2004 a): ”Legenes arbeidssituasjon etter ett år med fastlegeordning”. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004;124:358-361.

Grytten, Jostein, Irene Skau, Rune J. Sørensen og Olaf G. Aasland (2004 b): ”Endringer i tjenesteproduksjon og tilgjengelighet under fastlegeordningen”. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124:362-364.

Grytten, Jostein, Irene Skau og Fredrik Carlsen (2004): ”Brukertilfredshet i allmenntjenesten før og etter fastlegereformen”. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124:652-654.

Heen, Hanne, Elin Johnsen og Tone Opdahl Mo, med bidrag av Hilde Lurås (1996): *Forsøk med fastlegeordning. Evaluering av et forsøk i fire kommuner*. Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo; AFIs rapportserie nr. 2/96.

Heen, Hanne (2004): *Tilgjengelighet og ventetid. Organisering av legekontor i fastlegeordningen*. Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo; AFIs notatserie nr. 1/04.

Helsetilsynet i Hordaland (2003): *Rapport frå kartlegging av tilgjenge til fastlegar 28. og 29. januar 2003*, 27.02.03.

Hem, Karl-Gerhard (2002): *Pasientenes betaling av egenandeler hos lege*. SINTEF Unimed, rapport nr. STF78 A024503, ISBN 82-14-02758-6.

Hem, Karl-Gerhard (2004): *Økonomiske konsekvenser av interkommunalt legevaktsamarbeid*. SINTEF Helse, rapport nr. STF78 A044505, ISBN 82-14-03267-9.

Hetlevik, Irene (1999): ”Den fulle allmenntjenestebøtten”. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 3547.

Hetlevik, Irene og Per Hjortdahl (2003): *Hvilken forskning trenger allmenntjenesten?* Et dokument utarbeidet av allmenntjenesterepresentanter i Forskningsutvalget i Den norske lægeforening. Upublisert.

Innst. S. nr. 215 (1996-97) Innstilling fra sosialkomiteen til St.meld. nr. 23 (1996-97) Trygghet og ansvarlighet. Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen.

Innst. S. nr. 255 (2003-2004) Innstilling fra kommunalkomiteen til St.prp. nr. 64 (2003-2004) om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2005 (kommuneproposisjonen).

Iveland, Erling og Jørund Straand (2004): ”337 sykebesøk på dagtid fra Oslo Legevakt”. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124:354-7.

Iversen, Tor og Hilde Lurås (1996): *Forsøk med fastlegeordning. Økonomievaluering av forsøkskommunene*. Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, rapport 1996:1.

Iversen, Tor og Hilde Lurås (2002): "Waiting Time as a Competitive Device: An Example from General Medical Practice". *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 2, 189-204.

Iversen, Tor (2003): *The Effect of Patient Shortage on General Practitioners' future Income and List of Patients*. Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, Working Paper 1/03.

Iversen, Tor (2004): "The Effects of a Patient Shortage on General Practitioners' Future Income and List of Patients". *Journal of Health Economics*, 23, 673-694.

Jøsendal, Ola og Solfrid Aase (2004): "Legevaktaktivitet før og etter innføring av interkommunal legevakt og fastlegeordning". *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 4 2004; 124:506-7.

Kjelvik, Julie (2004): Del I: *Kommunenes utgifter til primærlegetjenesten 2002*. Del II: *Organisering av legevaktjenesten*. Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk (emnegruppe 03.02); rapport nr. 2004/6.

Lian, Olaug S. (2003): *Pasienterfaringer i primærlegetjenesten før og etter fastlegereformen*. ISM skriftserie nr. 70/2003, Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsmedisin.

Light, Donald W. og Olaf Gjerløw Aasland (2003): Den nye legerollen – kvalitet, åpenhet og tillit. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 13-14 2003; 123:1870-3.

Lov 19. november 1982 nr. 66 om *helsetjenesten i kommunene*. Sosial- og helsedepartementet.

Lurås, Hilde og Tor Iversen (2002): "Legemangelen som ble til pasientmangel: Variasjoner i listeønsker og pasientknapphet ved innføring av fastlegeordningen". *Økonomisk forum* nr. 8 2002.

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording/Sosial- og helsedirektoratet (2003): "Innvilgede fastlegeårsværk i perioden 1999 tom. September 2003", i *bidrag til Helsedepartementets statusrapport om fastlegeordningen*.

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording/Sosial- og helsedirektoratet (2004): "Nye fastlegestillinger i 2003". Mottatt 05.02.04.

Norheim, Ole Frithjof og Benedicte Carlsen (2003): *Legens doble rolle som advokat og portvakt i Fastlegeordningen*. Rokkansenteret, Program for helseøkonomi i Bergen (HEB). Notat 19/2003.

Norsk Gallup (2003): *Kartlegging av tilgjengeligheten til lege "når hjelpen kan vente litt"*. Norsk Gallup v/Ugland, Ole Fr. og Sanjeev Castellan. Rapport avgitt til Statens helsetilsyn 17.02.03.

NOU 1984:17 *Perinatal omsorg i Norge*. Sosial- og helsedepartementet.

NOU 1998:9 *Hvis det haster.... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap*. Sosial- og helsedepartementet.

Norges forskningsråd (2004): *Evaluering av fastlegereformen. Framdriftsrapporter mai 2004:20*. Divisjon for vitenskap.

Nyen, Bjørnar og Morten Lindbæk (2004): "Legevaktsøkning og fastlegeordning". *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124:508-9.

Olsen, Gunhild Ring (2004): "Disse legene har landets lengste pasientlister". *Aftenposten* 04.02. 2004.

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

Ot.prp. nr. 54 (2002-2003) *Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan)*.

Rammeavtale mellom Oslo kommune og Den norske lægeforening om privat allmennlegepraksis i fastlegeordningen i Oslo kommune.

Rapport fra en konsensusprosess (2004): *Kan arbeidet med videre- og etterutdanning og kvalitetsforbedring i norsk allmennpraksis forbedres?* (VEK). Upublisert.

Rikstrygdeverket: Regnskapsoversikter, rapport nr. 130 Trygdeetatens andel av stats- og folketrygd budsjettet (månedlig rapportering til Helsedepartementet).

Rikstrygdeverket: Styringsdata for fastlegeordningen. Månedsvise rapportering og kvartalsvis rapportering: www.trygdeetaten.no (Helse/sykdom, Fastlegeordningen).

Rikstrygdeverket: Takstbruksundersøkelser (årlige rapporteringer til Helsedepartementet ihh. avtaleår; frekvensfordeling).

Rikstrygdeverket: *Basisrapport 2002. Mellomlangsigte budsjettering og rapportering*. Rapport 01/2003. RTV, Utredningsavdelingen.

Rundskriv: *Prosedyrer for valg av fastlege for asylsøkere – presisering av Rundskriv I-52/2000*. Sosial- og helsedepartementet 06.02. 2001.

Rundskriv I-33/2001 *Legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere*. Sosial- og helsedepartementet.

Rundskriv I-47/2001 *om turnustjeneste for leger i kommunehelsetjenesten*. Sosial- og helsedepartementet.

Rundskriv I-4/2002 *Fastlegeordningen og asylsøkere – presisering av prosedyre for valg av fastlege m.m.* Helsedepartementet.

Sandvik, Hogne (2003): ”Fastlegeordningen – forventninger og erfaringer”. I *Tidsskr Nor Lægeforen* 10/2003;123:1319-21.

SFS 2305 eller ”Særavtalen” eller ”Kommunelegeavtalen”: Sentral forbundsvis særavtale mellom Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening om vilkår for leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale, herunder leger i fastlegeordningen

Sjönell, Göran (2003): *Kunskapsstrategier för familjemedicin och primärvård*. Familjemedicinska institutet/Fammi, Stockholm november 2003.

Statens helsetilsyn (1999): *Legetjenester i sykehjem. En nasjonal kartlegging 1999*. Statens helsetilsyns utredningsserie, 8-99, IK-2698.

Statistisk sentralbyrå (2002): *Kommunehelsetenesta 1990-2000. Førebyggjande tenester, lege- og fysioterapitenester*. Norges offisielle statistikk, februar 2002, ISBN 82-537-5025-0, ISSN 0809-5345.

Statistisk sentralbyrå (2004 a): Tabell 12 Årsverk av legar med ulike avtaleformer i kommunehelsetenesta utanfor institusjonar for eldre og heimetenestene. Sentralitet. 1994-2003. Førebelse tal 2003. www.ssb.no 30.08.2004.

Statistisk sentralbyrå (2004 b): Tabell 15 Legeårsverk etter virkeområde. 1994-2003. Førebelse tal 2003. www.ssb.no 30.08.2004.

Statistisk sentralbyrå (2004): Beregnet folkemengde 1. januar 2004 og beregnet folketilvekst i 2003. Fylke og kommune.

Steen, Knut og Steinar Hunskaar (g2004): ”Fastlegeordningen og legevakt i Bergen”. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124:365-6.

St.meld. nr. 36 (1989-90) *Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane*. Sosial- og helsedepartementet.

St.meld. nr. 23 (1996-97) *Trygghet og ansvarlighet. Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen*. Sosial- og helsedepartementet.

St.meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Helsedepartementet.

St.meld. nr. 40 (2003-2004) *Nedbygging av funksjonshemmende barrierer*. Helsedepartementet.

St.prp. nr. 65 (2000-2001) *Om endringer i statsbudsjettet for 2001 som følge av fastlegereformen*. Sosial- og helsedepartementet.

St.prp. nr. 65 (2002-2003) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2003*. Finansdepartementet.

St.prp. nr. 1 (2003-2004) *for budsjetterminen 2004*. Helsedepartementet.

St.prp. nr. 64 (2003-2004) *Om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2005 (kommuneproposisjonen)*. Kommunal- og regionaldepartementet.

St.prp. nr. 1 (2004-2005) *for budsjetterminen 2005*. Helse- og omsorgsdepartementet

Tollefsen, Linn Hofsøy, Anita Amundsen og Nils Kolstrup (2003):
"Fastlegeordningens betydning for legevaktsøkningen". *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003 nr. 10; 123:1327-9.

Veileder IS-1022 *Helsetjenestetilbud til asylsøkere og flyktninger*. Sosial- og helsedirektoratet 2003.

Bidrag til Helsedepartementets statusrapport sommeren 2003

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU): "Fastlegeordningen etter to år – bidrag til statusrapport"

Norsk selskap for allmenmedisin (NSAM): "Fastlegeordningen etter to år – bidrag til statusrapport"

Helsetjenesten ved Universitetet i Oslo: "Fastlegeordningen etter to år – bidrag til statusrapport fra Helsetjenesten ved Universitetet i Oslo"

Den norske lægeforening: "Fastlegeordningen etter 2 år – bidrag til statusrapport"

Kommunenes Sentralforbund: "Fastlegeordningen etter to år – bidrag til statusrapport"

Oslo kommune: "Fastlegeordningen etter to år – bidrag til statusrapport"

Rikstrygdeverket: "Fastlegeordningen etter to år – bidrag til statusrapport"

Sosial- og helsedirektoratet: "Sosial- og helsedirektoratets bidrag til Helsedepartementets statusrapport om fastlegeordningen etter to år 1.6.2001 – 30.6.2003"

Statens helsetilsyn: "Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen"

Lillehammer kommune: "Fastlegeordningen etter to år – bidrag til statusrapport"

Tromsø kommune:

"10 år med fastlegen" (Nordlys 26. mai 2003), "Når ingen vil ha deg" (Nordlys 13. juni 2003), "Fire menn og en kvinne" (Nordlys 27. juni 2003 under tittelen "Fritt valg av lege - en parodi?") (av Ann Helen Hansen i forbindelse med 10 års-jubileet for fastlegeordningen i Tromsø).

Prosjekter i fastlegeevalueringen/under Norges forskningsråd
(*Rapporter som er avlevert og benyttet til nå framgår også av øvrig referanseliste*).

Tone Opdahl Mo, **Sintef Teknologiledelse, IFIM** og Hanne Heen,
Arbeidsforskningsinstituttet (AFI)
Legers arbeidsvilkår under fastlegereformen
Pågår. Delrapport levert/publisert. Sluttrapport forventes 31.12.2004

Ole Frithjof Norheim, **Institutt for samfunnsmedisinske fag, UiB** og Benedicte Carlsen, **Rokkansenteret/Institutt for økonomi (Program for helseøkonomi i Bergen), UiB**
Legens doble rolle som advokat og portvakt i fastlegeordningen
Sluttrapport levert.

Rune Sørensen og Jostein Grytten, **Handelshøyskolen BI**
Evaluering av fastlegereformen – legenes tjenesteproduksjon
Sluttrapport levert.

Tor Iversen og Hilde Lurås, **Senter for helseadministrasjon, UiO**
Evaluering av fastlegereformen (Pasienters valg av lege – og legers ”valg” av pasienter og Virkninger av fastlegereformen på omfang og sammensetning av allmennlegenes tjenester)
Pågår. Delrapporter levert/publisert. Forventes ferdig 01.01. 2005.

Roar Johnsen og Betty Pettersen, **Institutt for samfunnsmedisin NTNU og UiTØ**
Søkelys på samfunnsmedisinen. Samfunnsmedisinsk hverdag
Foreløpig sluttrapport levert, men foreløpig ikke publisert.

Bård Paulsen, **SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning** og Jon Erik Finnvold, **SSB**
Sett fra et brukersynspunkt
Evaluering av fastlegeordningen: Pasienterfaringer – belyst ved et pasientpanel
Pågår. Delrapport levert/publisert. Sluttrapport I er under publisering i SSBs rapportserie (”Etter innføring av fastlegeordning – brukervurderinger av allmennlegetjenesten”). Prosjektet avsluttes 01.01. 2005.

Olaug Synnøve Lian, **Institutt for samfunnsmedisin, UiTØ**
Sett fra et brukersynspunkt
Pasienterfaringer i allmennlegetjenesten før og etter fastlegeordningen
Sluttrapport levert.

Ola Jøsendal, **Radøy kommune, Nordhordland legevakt (NLV)**, veileder Eivind Meland, **UiB**
Evaluering av interkommunal legevakt før og etter innføring av FLO
Pågår. To artikler er publisert TDNL (én i samarbeid med Eli Anne Uthaug Brügger og én i samarbeid med Solfrid Aase). Sluttrapport er sendt Forskningsrådet.

Mariann Ådnanes, **Sintef Unimed Helsetjenesteforskning**
Fastlegenes tilbud og samarbeid med andre tjenester når det gjelder pasienter med alvorlig psykisk lidelse

Prosjektstart 01.10.03 Forventes ferdig 01.07.05.

Helle Wessel Andersson, **Sintef Unimed Helsetjenesteforskning**
Hvordan fungerer allmennlegetjenesten for barn og unge med psykiske problemer?
Prosjektstart oktober 2003. Forventes ferdig juli 2005.

Kari J. Kværner, **IASAM, Senter for helseadministrasjon, UiO**
Pasienter med oppfølgingsbehov. Samhandling og ressursutnyttelse i fastlegeordningen
Prosjektstart 01.09.03 Forventes ferdig 01.07.05. En artikkel godkjent for publisering i TDNL og en artikkel levert Horns skriftsserie.

Hanne Heen, **Arbeidsforskningsinstituttet**
Styring og samarbeid i fastlegeordningen
Starter 01.01.04 Forventes ferdig 30.06.05.

Rune Sørensen og Jostein Grytten, **Handelshøyskolen, BI**
Fastlegeordningen og svake pasientgrupper
Starter 01.01.04 Forventes ferdig 01.07.05.

Unn-Doris Bæck, **NORUT Samfunnsforskning AS**
Lav stillingsstabilitet som utfordring for fastlegeordningen i Finnmark og Nord-Trøndelag
Starter 01.12.03 Forventes ferdig 01.07.05.

Steinar Hunskår (og Hogne Sandvik), Seksjon for allmennmedisin, **UiB**
Telefontilgjengelighet hos fastlegen
Sluttrapport sendt Forskningsrådet.

Småskalaprosjekter

Eivind Meland, Seksjon for allmennmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, **UiB**
Småskalaforskning om fastlegeordningen (paraplyprosjekt, omfatter mange mindre prosjekter) - innstilles av AFU (Allmennmedisinsk forskningsutvalg), finansieres via Norges forskningsråd (fastlegeevalueringen).
Det siste forventes ferdig 30.06.2004

Bjørn Gjelsvik, Tanum legekantor, **UiO**
Fastlegeordningen, publikumsforventninger og praksisprofiler i by-landperspektiv
(litteraturstudier, fastlegeforsøket)

Tori Guldahl Seierstad, veileder ved ISM, **UiO**
Fastlegen som helsestasjonslege – planlegge evaluering av prøveordning

Hans-Johan Breidablik, veileder Eivind Meland, **UiB**
Brukerundersøkelse ved legekantor før og etter fastlegereformen

Ivar Halvorsen, veileder ved Seksjon for allmennmedisin, **UiB**

Variasjoner i legevaktsøkningen i Stavanger før og etter fastlegeordningen

Bjørnar Nyen, veileder ved IASAM, **UiO**

Legevaktssøkning i fastlegeordningen (Skien og Siljan legevaktsentral).

Artikkel publisert i TDNL

Hogne Sandvik, **UiB**

Erfaringer med fastlegeordningen – en korhortundersøkelse blant norske fastleger (kartlegging av allmennlegers holdninger til fastlegeordningen før og etter innføringen)

Artikkel publisert i TDNL

Gunvor Eikeland, veileder ved **NTNU**

Hensiktsmessigheten av øyeblikkelig hjelpinnleggelser ved St Olavs hospital

Yngve Rønsen, veileder ved **UiO**

Hvordan legens kjønn influerer på listesammensetningen

(blant annet hvordan familier er representert på listene)

Tore W Steen, veileder ved **UiO**

Kan fastlegeordningen brukes til smitteoppsporing og screeningundersøkelser (case: forekomst av chlamydia blant 18-24 åringer i en gruppepraksis i Oslo)

Erling Iveland, veileder ved **UiO**

Sykebesøk på dagtid i Oslo.

Artikkel publisert i TDNL.

Anne Helen Hansen, veileder ved **UiTØ**

Tilgjengelighet ved fastlegekontorene i Troms

Innstilte stipend våren 2004:

Dagfinn Haarr, veileder ved **UiB**

Fastlegen og den narkomane pasient (marginaliserte grupper, LAR)

Ivar Skeie, veileder ved **UiO**

Stoffmisbrukere og fastlegeordningen (marginaliserte grupper, LAR)

Artikler publisert i Utposten og TDNL

Øystein Hetlevik, veileder ved **UiB**

Fastlegens listelengde relatert til arbeidsmengde og ulike sider ved praksisdrift (blant annet fokus på kjønnsforskjeller).

Artikkel publisert i TDNL

Vedlegg

Vedlegg 1 Retningslinjer for den forskningsbaserte evalueringen

Retningslinjene for evalueringen angir nøkkelspørsmål eller problemstillinger som ønskes besvart under de enkelte indikatorer. For å sikre ivaretagelse av evalueringens politiske relevans vurderes disse årlig i forhold til eventuell revisjon.

Retningslinjene eller nøkkelspørsmålene som ble gitt sammen med oppdraget til Forskningsrådet for 2000 og 2001 var følgende:

1) Legedekning

Fordeling

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

Stabilitet

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

Rekruttering

- Hvilke konsekvenser har legenes holdning til fastlegeordningen for rekrutteringen til allmennpraksis?
- Har spesielle forhold ved innføring av fastlegeordningen betydning for rekrutteringen? (stikkord: avtaleforhold, økonomi, oppfatning av i hvilken grad primærhelsetjenesten er prioritert)
- Hva motiverer leger for arbeid i kommunehelsetjenesten?
- Hvordan utvikler rekrutteringen av leger til kommunehelsetjenesten seg?
- Hvordan er sammenhengen mellom turnustjeneste og rekruttering til kommunehelsetjenesten?
- Hvordan fordeles de offentlige legeoppgavene blant kommunens leger?
- Hvordan påvirker fastlegereformen de ulike deltjenester innen det kommunale offentlige legearbeidet (jf. begrepsbruken ovenfor): rekruttering, omfang, innhold og eventuelt annet?
- Har reformen konsekvenser for enkeltlegers motivasjon eller interesse for deltjenester innen det offentlige legearbeidet?

- Har ulike avtaler/avlønninger og/eller bruk av felleslister noen betydning for rekruttering til offentlig legearbeid?

2) *Tilgjengelighet*

Ventetid

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

Relasjon

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

Lokaler

- Hvordan er omfanget og fordeling av legekantor med vanskelig tilgjengelighet
- Har det skjedd endringer eller er det planlagt endringer av legekantorers fysiske tilgjengelighet som følge av fastlegereformen?
- I hvilken grad påvirker reiseavstand eller legekantorets fysiske tilgjengelighet innbyggers valg av fastlege?

3) *Kontinuitet*

Varighet

- Hvor mange av dem som ønsket å videreføre et etablert lege-pasient forhold fikk sitt ønske innfridd ved fastlegereformens ikrafttreden? Får manglende videreføring av etablert lege pasientforhold noen konsekvenser eksempelvis i forhold til bruk av allmennlege, legebytte, bruk av ny vurdering eller annet?

- Hva vet vi om varighet på lege-pasient forhold? Hvordan er fordelingen i forhold til alder, kjønn, diagnose, ev annet?
- På hvilket grunnlag har innbyggeren valgt fastlege? Benytter vedkommende seg allerede av samme lege? Geografisk nærhet? Annet? Hvor mange reelle valg-alternativer følte innbyggeren at det var (for eksempel i forhold til nærhet)?
- Hvor ofte benytter pasienter seg av en ny vurdering hos annen lege? Opplever pasienter med etablerte lege-pasientforhold eventuelle barrierer i forhold til legebytte eller fornyet vurdering? Er det forskjeller i forhold til kjønn, alder, diagnose osv. mellom ulike pasientkategorier/grupper?
- Er det noen sammenheng mellom varighet på lege-pasient relasjonen og bruk av fornyet vurdering?

Omfang

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

Innhold

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

4) Effektivitet

Organisering

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

- Medfører reformen endringer i legeatferd, eksempelvis konsultasjons typer og omfang, oppfølging av pasienter med kroniske lidelser, henvisninger, prøvetaking, sykemeldinger osv? Skjer det noen endringer i allmennlegens aktivitetsmønster avhengig av om det er en ny eller videreført lege-pasient relasjon? Er det ulikheter i forhold til ulike typer avtaler/avlønning eventuelt fellesliste? Vi ønsker en oversikt fordelt på kjønn både for legene og pasientene?

Koordinering

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

Samarbeid

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

For 2003 ble det gitt følgende supplerende retningslinjer til Forskningsrådet:

- Årsaker til legemangel og konsekvenser av ulik legedekning
- Fastlegens samarbeid med andre aktører – innad i kommunene (helse- og sosialtjenesten) og i spesialisthelsetjenesten.
- Hvordan kommunene bruker fastlegeavtalene og de lokale samarbeidsutvalg (LSU)
- Allmennlegetjenester til spesielle grupper og/eller brukere med store og sammensatte behov (for eksempel asylsøkere og flyktninger, mennesker med psykiske lidelser, rusmiddelmissbrukere)

I tillegg ble det oppfordret til å trekke inn kjønns- og brukerperspektivet der det foreligger relevante data.

Vedlegg 2 Til 4.1.1. Antall opprettede og avsluttede fastlegeavtaler per kvartal fra og med 3. kvartal 2001 til og med 4. kvartal 2003. Etter legens kjønn og alder.

Tilgang nye leger

	2001	2001	2002	2002	2002	2002	2003	2003	2003	2003	Totalt per 31.12.03
	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Legens Alder											
Kvinner											
20-29	4	4	12	3	6	2	8	1	2	4	46
30-39	23	9	15	7	17	17	11	7	22	11	139
40-54	6	5	5	1	6	1	4	6	6	5	45
55-66	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	3
67-74	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sum	33	18	32	12	29	20	23	15	31	20	233
Menn											
20-29	11	3	10	4	6	1	7	8	6	4	60
30-39	25	16	24	11	27	22	27	23	21	21	217
40-54	15	17	19	10	13	9	9	6	10	16	124
55-66	5	4	3	4	3	3	2	0	2	4	30
67-74	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Sum	57	40	56	29	49	35	45	37	39	45	432
Totalt	90	58	88	41	78	55	68	52	70	65	665

Avgang leger

	2001	2001	2002	2002	2002	2002	2003	2003	2003	2003	Totalt per 31.12.03
	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Legens Alder											
Kvinner											
20-29	1	2	0	3	0	2	5	1	0	0	14
30-39	7	4	11	4	8	11	6	10	8	10	79
40-54	2	5	16	5	7	7	9	8	9	11	69
55-66	0	1	3	1	1	1	3	1	1	2	14
67-74	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	5
Sum	10	12	20	13	16	21	23	21	22	23	181
Menn											
20-29	3	1	1	2	2	1	0	0	2	1	13
30-39	9	6	10	8	23	10	13	16	14	13	122
40-54	15	11	21	10	13	17	18	8	12	16	141
55-66	2	5	4	8	12	7	9	11	9	8	75
67-74	0	0	4	2	1	1	1	2	3	1	15
Sum	29	23	40	30	51	36	41	37	40	39	366
Totalt	39	35	60	43	67	57	64	58	62	62	547

