

SAMMEN FOR EN BEDRE PRIMÆRHELSETJENESTE

Legeforeningens oppfølging av Meld.St. 26 (2014-2015)

Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

September 2015

SAMMEN FOR EN BEDRE PRIMÆRHELSETJENESTE

*Legeforeningens oppfølging av
Stortingsmelding 26 (2014-2015):
Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*

Den norske legeforening
september 2015

Redaksjon:

Fagmedisinsk avdeling ved Jan Emil Kristoffersen,
Tor Carlsen, Hedda Maurud og Anne Ormshammer

Avdeling for jus og arbeidsliv ved Hanne Riise-
Hanssen, Siri Næsheim og Pål Alm-Kruse

Samfunnspolitisk avdeling ved Sara Underland
Mjelva

Sentralstyret ved Marit Hermansen og Kari Sollien

Norsk forening for allmenntmedisin ved Petter
Brelin

Eksterne bidragsytere:

Professor Anders Grimsmo, NTNU
Fastlege Trond Egil Hansen, Bergen
Professor Per Hjortdahl, UiO
Førsteamanuensis Ole Rikard Haavet, UiO
Professor Guri Rørtveit, UiB

ISBN 978 82 8070 113 8

Forord

Regjeringen Solberg la i mai i år frem stortingsmeldingen «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet». Legeforeningen har gitt innspill til meldingsarbeidet underveis, både i form av skriftlige innspill¹ og i direkte dialog med Helse- og omsorgsdepartementet og politisk ledelse.

Internasjonal forskning viser at en godt utbygget og organisert primærhelsetjeneste fører til bedre helse, mer likeverdige tilbud og lavere samlede kostnader i helsetjenesten. Vi er enige i stortingsmeldingens beskrivelse av utfordringene i tjenesten, og vi støtter målet om å bygge en mer helhetlig tjeneste gjennom mer samarbeid.

Legeforeningen ser i likhet med helseministeren et stort potensial i å heve kvaliteten og effektiviteten i kommunehelsetjenesten gjennom økt samarbeid mellom profesjoner. Vi mener imidlertid at de foreslåtte virkemidlene i stortingsmeldingen er uklart beskrevet. For eksempel gir meldingen ingen tydelige svar på hvordan primærhelseteamene skal organiseres i praksis.

De nye primærhelseteamene er tenkt å avlaste fastlegen, for å gi en mer effektiv tjeneste. Her er det viktig at oppgavedelingen baseres på medisinskfaglige vurderinger og pasientens beste – ikke økonomi og kapasitet. Fastlegeordningen er en velfungerende del av den kommunale helsetjenesten, og fastlegen representerer en unik kontinuitet i relasjonen mellom pasient og behandler. Pasientens møte med legen ansikt til ansikt er selve grunnlaget i denne relasjonen. Kontinuiteten dette gir er særlig viktig for de aller sykeste pasientene med sammensatte behov, men også for pasienter som en sjelden gang har behov for enkel legehjelp. Fastlegen er for mange et trygt og stabilt kontaktpunkt i en ellers uoversiktlig helsetjeneste. I utviklingen av primærhelseteamene må det derfor legges til rette for effektivt samarbeid samtidig som pasientenes tilgjengelighet til fastlegen styrkes.

Vi ønsker med denne rapporten å komme med våre innspill og synspunkter på forslagene som presenteres i meldingen. Arbeidet har vært gjennomført av Legeforeningens sekretariat, med bistand fra medlemmer av Legeforeningen som er eksperter på de utvalgte delområdene. Legeforeningen har fokusert på de områdene i meldingen hvor regjeringen varsler et ønske om store endringer, men også på noen områder som stortingsmeldingen ikke går nærmere inn i.

Vi håper at denne rapporten vil bli lest av politikere og andre beslutningstagere som et positivt bidrag til å nå vårt felles mål: Å utvikle en mer samordnet og kompetent primærhelsetjeneste til beste for pasientene.

Marit Hermansen

President

¹ Fremtidens primærhelsetjeneste. Den norske legeforening september 2014
<http://legeforeningen.no/PageFiles/192651/141027%20Fremtidens%20prim%c3%a6rhelsetjeneste.pdf>

Innhold

Sammendrag	6
1 Tverrfaglige team og effekter av oppgaveglidning	13
1.1 Norsk primærhelsetjeneste i et internasjonalt perspektiv.....	13
1.2 Teamarbeid og oppgavefordeling i allmennpraksis i Norge og andre land	13
1.3 Virkemidler som er forsøkt for å styrke tverrfaglig teamarbeid	15
2 Utvikling, ledelse og samarbeid nær pasienten	20
2.1 Organisering av team	20
2.2 Bruk av kliniske mikrosystem i norsk kommunehelsetjeneste	21
3 Pasient-legerelasjonen.....	24
3.1 Helseøkonomi.....	26
3.2 Kvalitet	28
3.3 Tilgjengelighet.....	28
3.4 Team.....	29
4 Ungdom og helsetjenesten i kommunen	33
4.1 Prevensjon og graviditet	34
5 Kommunal legevakt – økende krav til medisinsk kompetanse.....	38
6 En fremtidsrettet primærhelsetjeneste kan ikke bygges uten forskning	41
7 Finansiering av primærhelsetjenesten – hva skjer i Norge og internasjonalt?	43
7.1 Kvalitetsbasert finansiering	43
7.2 Finansiering av fastlegeordningen i Norge.....	44
8 Fastleger – hvor mange trenger vi?	46
8.1 Hva er tilstrekkelig kapasitet?	46
8.2 Fakta på bakken – i primærhelsetjenesten.....	47
9 Kommunal styring og ledelse av fastlegeordningen – virkemidler som er lite brukt	50
9.1 Avtaleregulert ordning	50
9.2 Eksempler på godt samarbeid mellom leger og kommuner	52
10 Hva forteller internasjonale undersøkelser om den norske primærhelsetjenesten?	54

Sammendrag

Legeforeningen støtter målet om en primærhelsetjeneste med tverrfaglig samarbeid for få til god behandling og omsorg.

Pasientbehandling er lagspill. Alle pasientforløp forutsetter at helsepersonellet samarbeider godt. En godt integrert kommunehelsetjeneste med god kommunikasjon, kjennskap til hverandres oppgaver og gode samarbeidsarenaer er nødvendig for å gi gode helsetjenester.

Legeforeningen ønsker med denne rapporten å gi våre synspunkter og innspill til St. Meld 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Vi støtter målet om mer og bedre tverrfaglig samarbeid, men stiller spørsmål ved flere av vurderingene og virkemidlene i meldingen.

Økt samarbeid i primærhelsetjenesten

Alle helseprofesjonene har en verdifull og viktig kompetanse i pasientbehandlingen. Legeforeningen ønsker et bedre samarbeid i hele kommunehelsetjenesten. Pasientene er forskjellige og ikke alle har behov for team. I stedet for å lage team for alle, må målet være dynamisk samarbeid med utgangspunkt i pasientens behov.

Kommunehelsetjenesten har i dag et potensial for bedre samarbeidskultur mellom helsepersonell. Med enkle grep kan dette utnyttes bedre. Det finnes mange eksempler på godt tverrfaglig samarbeid i kommunehelsetjenesten som er verdt å lære av. Dette viser at man enkelt kan skape målrettet og dynamisk samarbeid med utgangspunkt i pasientens behov. Et viktig tiltak for å få til dette er tydelig medisinsk faglig ledelse i kommunene.

Legeforeningen har ønsket å se nærmere på områder i meldingen hvor regjeringen varsler store endringer. Vi har også tatt for oss temaer som vi mener at stortingsmeldingen kunne gått nærmere inn i.

Legeforeningens anbefalinger er basert på forskning, informasjon fra åpne kilder og erfaringsbasert kunnskap. Kilder og referanser er utelatt i sammendraget, men finnes i hvert av kapitlene.

Rapporten er dermed ikke en komplett gjennomgang av primærhelsetjenesten. Viktige områder som for eksempel e-helse, sykehjemsmedisin og spesialistutdanning er ikke omtalt her, selv om Legeforeningen har stor oppmerksomhet også på disse områdene.

Kapittel 1. Tverrfaglige team og effekter av oppgaveglidning

Norge er ikke alene om å ha utfordringer med en stadig mer kompleks og fragmentert helsetjeneste. Flere land har forsøkt å løse dette ved å opprette nye teambaserte tjenester, men uten at det har løst utfordringene med fragmentering. Disse erfaringene er viktige å ta med seg inn i arbeidet med å videreutvikle den norske primærhelsetjenesten.

Om tverrfaglige team og fragmenterte tilbud

I stortingsmeldingens kapittel 9 ser man på utviklingen av primærhelsetjenesten i andre land. Det refereres blant annet til erfaringer med ulike primærhelseteam, tverrfaglige team for spesifikke brukergrupper og ny arbeidsdeling.

Utfordringen med fragmentering henger sammen med at helsetjenesten har blitt stadig mer kompleks, hovedsakelig fordi en har etablert en rekke nye tjenester. Mange av disse tjenestene har også blitt konkurranseutsatt. I blant annet USA og Storbritannia forsøker man derfor nå å motvirke oppsplitting ved å la flere faggrupper jobbe sammen i legekantorene.

Det er behov for mer tverrfaglig samarbeid i primærhelsetjenesten i Norge. Legeforeningen mener fastlegeordningen er et godt utgangspunkt for å bygge tverrfaglige, teambaserte praksiser. Samarbeid kan bedre tilgjengeligheten, øke bredden av tjenester ved legekantorene og gi høyere kvalitet.

Det finnes flere gode eksempler på tverrfaglighet allerede i Norge, blant annet team-sykepleiere som umiddelbart følger opp pasienter etter utskrivning fra sykehus. Et annet eksempel er forebyggende hjemmebesøk hos eldre pasienter, utført av sykepleier alene, sammen med legen, eller av annet helsepersonell i teamet på legekantoret. Slike tiltak er vist å kunne utsette behovet for pleie- og omsorgstjenester, gi færre innleggelses og redusert dødelighet. I disse modellene er teamene rundt pasienten bygget med utgangspunkt i en fastlege eller et fastlegekontor.

Ved å bygge videre på fastlegens gode kjennskap til pasienten, vil man i felleskap kunne ivareta pasientens ulike behov og et helhetlig behandlingsforløp. Derfor må pasientens fastlege ha en ledende rolle i samarbeidet om pasientbehandlingen

Om overføring av legeoppgaver til sykepleiere

I meldingen drøftes muligheter for at sykepleiere skal overta flere av oppgavene som i dag utføres av allmennleger. Dette skal gi fastlegene mer tid til kompliserte pasienter. Det finnes flere studier som har undersøkt effektene av sykepleier som førstekontakt i primærhelsetjenesten, og i

meldingen vises det til noen av disse. Disse studiene gir imidlertid et skjevt bilde av hvordan viktige oppgaver i primærhelsetjenesten faktisk blir håndtert. Under følger to eksempler.

Studier som har sett på forskjell mellom lege og sykepleier som førstekontakt har konkludert med at det ikke er noen forskjell. Det er imidlertid to viktige forhold ved disse studiene man bør være oppmerksom på: De er små og de er gjennomført i korte tidsrom. Dermed har man i realiteten ikke undersøkt om sykepleierne har håndtert en av de viktigste oppgavene i allmennpraksis: Å identifisere de få pasientene som har sjeldne, alvorlige tilstander.

Det andre eksemplet er sykepleiere med ansvar for oppfølging av kronikere. Mange av studiene som gjelder oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer måler gjennomføring basert på faglige retningslinjer for én sykdom. Flere av studiene konkluderer med at sykepleiere i større grad enn leger følger retningslinjene. Men her er et viktig forhold utelatt: Det store flertallet av pasienter med kronisk sykdom i allmennpraksis har flere sykdommer samtidig. Multisyke er blant de mest kompliserte å håndtere riktig. Å følge retningslinjer i detalj er derfor sjelden god medisin. Flertallet av de utilsiktede skadene og dødsfallene i helsetjenesten finnes i denne gruppen. Helhetlige vurderinger av risiko og behandling er derfor helt avgjørende for disse pasientene.

Disse viktige forholdene i studiene er ikke tilstrekkelig drøftet i stortingsmeldingen.

Om å se kostnader i sammenheng

Legekantoret vil ha kostnader knyttet til å ansette sykepleiere med avansert klinisk utdanning. Kostnadene er avhengig av om sykepleierne blir satt til å utføre allmennlegenes oppgaver, eller til å utvide tjenestetilbudet. Lønnsdifferansen ved å erstatte lege med sykepleier reduserer i utgangspunktet utgiftene. I praksis blir denne reduksjonen imidlertid helt eller delvis spist opp fordi sykepleiere bruker mer tid under konsultasjoner, kontrollerer oftere og i noen tilfeller også tar flere prøver. Ansettes sykepleiere til å utvide helsetilbudet, for eksempel til å utføre hjemmebesøk eller lære opp pasienter, øker utgiftene på legekantoret. Med i beregningen er imidlertid ikke at et tett samarbeid mellom lege og sykepleier kan redusere behovet for pleie- og omsorgstjenester eller gi færre innleggelses i sykehus.

Dette illustrerer et viktig poeng, nemlig at en kostnadsøkning et sted, kan bidra til reduksjon annet sted – og omvendt. Beslutninger om en økning eller reduksjon i kostnader må derfor alltid settes i en større sammenheng.

Kapittel 2. Utvikling, ledelse og samarbeid nær pasienten.

En godt koordinert primærhelsetjeneste er særlig viktig for kronikere, multisyke og funksjonshemmede. Godt samarbeid er avhengig av medisinsk faglig ledelse på alle nivåer i kommunen, også av arbeidet som foregår nær pasienten. Et utvidet listeansvar for flere fagfolk kan muligens gi bedre muligheter for samarbeid og bør utredes.

Stortingsmeldingen omtaler organisering og forbedring av tjenestene for kronisk syke som et sentralt utviklingsområde. WHO har lenge pekt på betydningen av å samordne primærhelsetjenesten for å oppnå dette. Det er imidlertid ikke entydig hvilke modeller som er best. Legeforeningen mener det er gode argumenter for at kommunene må legge til rette for, og understøtte, samarbeid mellom fagpersoner ved å bruke *mikrosystem-tankegang*.

Om mikro-team for bedre pasientbehandling

Et klinisk mikrosystem er en liten, gjensidig avhengig gruppe bestående av lege/sykepleier, andre klinikere, noe administrativ støtte og et begrenset antall pasienter. Gruppen jobber tett sammen for å gi gode helsetjenester til en bestemt pasientgruppe. Informasjon/informasjons teknologi er en viktig støttefunksjon.

Der hvor mikrosystemmodeller er testet ut, er konklusjonen at metoden er nødvendig for å få til verdiskapning for pasientene. Mikrosystemmodeller kan også bidra til at tjenestene organiseres slik at tverrfaglig ansvar og effektive team dannes uten at faggrupper nødvendigvis må samorganiseres eller samlokaliseres.

For at mikrosystemmodellene skal lykkes, kreves det samarbeid og ledelse på systemnivå i kommunen, men også ledelse av arbeidet som foregår nær pasienten. Legeforeningen mener det trengs en betydelig satsing på ledelse av helsetjenestene i kommunene, også den pasientnære ledelsen. Legeforeningen har derfor medisinsk faglig ledelse i primærhelsetjenesten som et satsingsområde i perioden 2016-2017.

Listeansvaret – et viktig prinsipp

Den norske primærhelsetjenesten har gode forutsetninger for å utvikle omsorgen for kronisk syke og funksjonshemmede gjennom riktig organisering. De grunnleggende fagressursene er stort sett på plass overalt, og nær 100 % av befolkningen er tilsluttet fastlegeordningen. Fastlegene er en stabil aktør i helsetjenesten. Kontinuitet i behandler-pasientforhold er godt dokumentert som en betydelig styrke.

Det er et viktig prinsipp i fastlegeordningen at den

enkelte borger selv velger lege for seg og sine mindreårige barn. Fastlegen har et rettslig ansvar for sine listepasienter, såkalt populasjonsansvar. Organiseringen av kommunehelsetjenesten er imidlertid områdebasert. Med unntak av små lokalsamfunn må fagfolk forholde seg til et komplisert nettverk av ulike fagfolk for å samarbeide. En populasjonsmodell som inkluderer flere aktører kan tenkes å gi bedre muligheter for tverrfaglighet og strategisk ledelse av tjenestene. Dette kan også gi muligheter for at sårbare brukere kan velge tjenester mer tilpasset sin situasjon.

Fordelene med et mer samordnet populasjonsansvar vil kunne være særlig store for brukergrupper som barn, psykisk syke, kronikere og pleietrengende. Fordeler og ulemper bør derfor utredes og modeller pilotes.

Kapittel 3. Lege-pasientrelasjonen

Det personlige og langvarige forholdet mellom pasient og lege bidrar til å gi bedre helsetjenester. Personlig relasjon, tillit og kontinuitet gir god behandlingsetterlevelse, færre unødvendige innleggelser og nedgang i overforbruk av helsetjenester. En tverrfaglig og teambasert primærhelsetjeneste må ivareta den langvarige pasient- og legerelasjonen.

I kapittel 13 i stortingsmeldingen beskrives teamorganisering og ulike modeller for team. Det påpekes at det å ha en fast lege har vist seg å være en kvalitet, og at retten til å treffe lege kan utfordres når tjenestene skal leveres av team. Videre heter det at fordelene man kan oppnå med team (effektiv arbeidsdeling, bedret tilgjengelighet og større bredde i tilbudet) kan veie opp for de ulempene det er å ikke treffe sin faste lege.

Ønsket kontinuitet i pasient- legerelasjon

Legeforeningen mener en svekkelse av den langvarige og personlige relasjonen mellom lege og pasient vil gi pasientene er dårligere helsetilbud. Kontinuitet i relasjonen mellom pasient og behandler bidrar til å skape tillit dem imellom. Når pasienten har tillit til sin behandler, fører det til bedre selvrapportert behandlingsetterlevelse (compliance) og brukermedvirkning.

I utviklingen av primærhelsetjenesten må det legges til rette for samarbeid, samtidig som den personlige relasjonen til én lege blir ivaretatt. Kjernen i allmenntid medisin er møtet med pasienten, og kontinuitet er fastlegens viktigste arbeidsverktøy. Hvis det blir høyere terskel for å treffe sin fastlege, mister fastlegen viktig pasienthistorikk som kan være avgjørende for fremtidig diagnostikk og behandling. Det er pasientmøtene over flere år som gjør at fastlegen umiddelbart ser endringer i helsetilstand og dermed raskt vet hva som feiler

pasienten. Den langvarige lege-pasientrelasjonen kommer ikke bare alvorlig syke og kronikere til gode, men gagnar alle pasienter.

Kontinuitet reduserer også unødvendig bruk av helsetjenester. Det er i tillegg vist at kontinuitet gir færre unyttige sykehusinnleggelser og tilsvarende økonomiske besparelser. I helsetjenester med høy informasjons- og behandlingskontinuitet er det lavere bruk av legevakt og sykehus for eldre multisyke.

I meldingen drøftes det hva pasientene selv ønsker; mer tilgjengelighet eller kontinuitet og stabilitet. Meldingen gir ingen svar, men peker på at ulike pasientgrupper vil ha ulike ønsker. Flere undersøkelser viser imidlertid at de aller fleste pasienter ønsker kontinuitet. Utfordringen er når kontinuitet blir satt opp mot andre hensyn, for eksempel tilgjengelighet eller direkte tilgang til spesialist.

Erfaringer fra blant annet Storbritannia viser for eksempel at det ikke lenger er økt tilgjengelighet som er utfordringen, men at pasienter som ønsker kontinuitet ikke får det. Dette gjelder spesielt eldre, kvinner, kronikere og multisyke. Dette kan skyldes at tilgjengelighet og samarbeid i for stor grad har gått på bekostning av kontinuitet.

Det er et åpent spørsmål om kontinuitet og tillit lar seg overføre fra en fastlege til en "utskiftbar" fastlege eller et team. Det er foreløpig få forskningsresultater som kan si noe om hvordan team kan ivareta kontinuitet. Erfaringen fra andre land viser at en bredere og mer teamorganisert primærhelsetjeneste også kan fremstå som mer fragmentert for brukerne. Denne erfaringen må inkluderes i utviklingen av modeller for tverrfaglighet i primærhelsetjenesten i Norge.

Kapittel 4. Ungdom og helsetjenesten i kommunen

Skolehelsetjenesten, helsestasjonen og fastlegene utgjør det viktigste helsetilbudet til ungdom. Parallelt med en styrking av skolehelsetjenesten, må fastlegene gjøres mer tilgjengelige ved at egenandeler for unge opptil 21 år fjernes. Legeforeningen etterlyser et godt rammeverk og bedre IKT-verktøy for samarbeid mellom helsesøster, jordmor og fastlege.

Fastlegene må gjøres mer tilgjengelige

I kapittel 20 beskrives helsetjenester til barn og unge. Fastlegene utgjør en sentral del av det samlede helsetilbudet til barn og unge, sammen med helsestasjon, helsesøster og skolehelsetjenesten.

Manglende primærmedisinsk forskning er tydelig også innenfor ungdomshelse. Helseutfordringer

som rammer de store ungdomsgruppene er for eksempel angst, depresjon, helsebetinget drop out fra skole og marginalisering i arbeidslivet. Det er derfor behov for mer kunnskap om hvilke tiltak som har effekt, og hvordan helsetjenesten kan organiseres bedre for at ungdom får nødvendig helsehjelp.

Flesteparten av alle innleggelser og all etterbehandling av ungdom skjer hos eller via fastlegen. Kroppslige symptomer er ofte kontaktårsak når ungdom sliter psykisk eller sosialt. Både helsesøstre og fastleger har ofte fulgt barn og ungdom fra de var spedbarn, og kan ha god kjennskap til familien. Denne kunnskapen kan bidra til at risikobarn og ungdom som strever kan fanges opp på et tidligere tidspunkt. Gode verktøy for samarbeid mellom fastleger og helsesøster må derfor på plass.

Ungdom selv etterlyser bedre tilgjengelighet, og de trenger mer informasjon om hele helsetjenestetilbudet i kommunen. Når ungdom fyller 16 år bør de motta et informasjonsskriv om fastlegetilbudet og andre relevante helsetilbud i kommunen. Egenandeler er en barriere for å kontakte fastlegen som rammer all ungdom, men mest av alt de ressursvake.

Helsesøster, jordmor og fastlege; roller i forbindelse med prevensjon og svangerskapsomsorg

Legeforeningen etterlyser et godt rammeverk for samarbeid mellom helsesøster, skolehelsetjenesten, jordmødre og fastleger. Prevensjonsveiledning og svangerskapskontrollerer i dag fordelt mellom fastleger, helsesøster og jordmødre. Det er ikke gjort nasjonale grep som understøtter et godt samarbeid, verken gjennom utvikling av elektronisk kommunikasjon i småbarns- og svangerskapsomsorgen eller samlokalisering/samorganisering. Dette fører til at mange unge ikke har tilgang til det kjerneteamet som burde jobbe tett sammen til pasientenes beste.

Kapittel 5. Kommunal legevakt – økende krav til medisinsk kompetanse

Skal man nå målet om en bedre tjeneste til de sykeste pasientene i kommunen, må den akuttmedisinske beredskapstjenesten i kommunene styrkes. Det er behov for en organisatorisk og administrativ opprustning av legevaktene, og en reell satsing på medisinsk kompetanse i kommunene.

Legevakten – inngangen til den akuttmedisinske kjede

En god primærhelsetjeneste kjennetegnes også av en velorganisert og velutstyrt lokal akuttmedisinsk beredskapstjeneste. Legeforeningen etterlyser omtale av tiltak for å bedre legevaktstjenesten i stortingsmeldingen. Kommunenes akuttmedisinske beredskapstjeneste er blitt viktigere enn før fordi pasienter som tidligere ble behandlet i sykehus nå behandles i kommunene. Forskriften om utskrivningsklare pasienter fra 2012 har ført til en sterk økning i strømmen av pasienter fra sykehus til kommunene år for år. Mange av disse kan bli alvorlig syke og få akutt behov helsehjelp.

Akuttmedisin er variert og uforutsigbar. Mange akutte situasjoner er også preget av diffus og raskt endrende symptomatologi. Akuttmedisin kan derfor aldri innskrenkes til et fåtall kjernetilstander som kan løses gjennom intensiv trening i noen utvalgte prosedyrer. For å ta gode beslutninger og få pasienten videre til rett behandlingsnivå, trengs det god vurderingskompetanse. Som Norsk kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) mener Legeforeningen at det er uheldig hvis legekompertanse i den akuttmedisinske kjede blir mindre viktig, samtidig som det satses på kompetanseheving i andre ledd.

Å bringe legen til pasienten

Legers deltakelse i sykebesøk og utrykninger er viktig for å bringe vurderingskompetanse nært og tidlig til pasienten der han/hun befinner seg. Ambulansepersonell har selv uttrykt behov for at lege deltar på utrykning når de blir varslet om en kritisk syk pasient. Å bringe legen til pasienten har vist seg å forkorte transporttid til sykehuset, og viktig behandling kan starte tidligere. Antall sykehusinnleggelser reduseres også når legevaktleger varsles av AMK og/eller er med på utrykning. Skal legevaktlegene ivareta dette på en god måte, må de ha tilgang på utrykningskjøretøy og de må varsles av AMK. Legevaktlegene må også vite at pasientene på legevakten blir godt ivaretatt mens de selv er på utrykning/sykebesøk.

I stortingsmeldingens foreslås en styrking av blant annet de hjemmebaserte tjenestene for å kunne gi bedre øyeblikkelig hjelp til eldre og syke. Legeforeningen støtter dette. Gode modeller for et strukturert samarbeid mellom hjemmesykepleie og allmennlege vil kunne gi bedre akuttjenester for eldre og multisyke personer. Ulike modeller for samarbeid bør testes ut.

Kapittel 6. En fremtidsrettet primærhelsetjeneste kan ikke bygges uten forskning

Med forskning følger utvikling, bedre kvalitet og bedre holdninger i tjenestene. Målet om en styrket primærhelsetjeneste kan ikke nås uten større satsing på forskning og infrastruktur i primærhelsetjenesten.

Sats på forskning i allmennmedisin

Fastlegeordningen ble innført i 2001. Det skapte entusiasme i det allmennmedisinske faget og ga fornøyde pasienter. Alle deler av helsetjenesten kan likevel forbedres. Men for å vite hva som skal til, trengs det kunnskap. En satsing på forskning i allmennlegetjenesten har imidlertid uteblitt.

Legeforeningen etablerte derfor i 2007 «Allmennmedisinsk forskningsfond». Formålet var å bidra til en nødvendig økning av forskningsinnsats innenfor faget allmennmedisin. Fondet er finansiert ved avsetninger fra fastlegenes inntekter. Det bevilges også et beskjedent tilskudd over statsbudsjettet til drift av allmennmedisinske forskningsenheter ved de fire medisinske fakultetene.

Legeforeningen mener det er en betydelig svakhet at stortingsmeldingen mangler analyser og tiltak for å styrke forskning i primærhelsetjenesten. Det er alltid høy risiko knyttet til diagnostikk og behandling. For at tjenesten skal utvikles og forbedres trengs det mer forskning. Legeforeningen mener det må etableres en tettere dialog mellom helsemyndighetene og de primærmedisinske fag- og forskningsmiljøene.

De norske forskningsmiljøene innen allmennmedisin og odontologi har pekt på behovet for infrastruktur innen sine fagfelt, og foreslår et felles praksisbasert forskningsnettverk for primærhelsetjenesten som en strategi. Slike forskningsnettverk bidrar til systematisk rekruttering av pasienter og innhenting av praksisnær forskning. Forskningsnettverk av denne typen har internasjonalt hatt stor effekt. De bidrar også til kvalitetsutvikling og ikke minst implementering av forskningsbasert kunnskap i tjenestene. Forskningsnettverk i allmennmedisin og tannhelsetjenesten er allerede foreslått som tiltak i HelseOmsorg21-strategien.

Kapitel 7. Finansiering av primærhelsetjenesten – hva skjer i Norge og internasjonalt?

Næringsdrift og folketrygdfinansiering bidrar til god utnyttelse av helseressursene. Det har ført til korte ventetider og effektivisering av tjenesten. Det bidrar også til et mer likeverdig fastlegetilbud fordi tjenesten er uavhengig av kommuneøkonomi.

Stortingsmeldingen beskriver ulike finansieringsmodeller. Det legges også opp til å se

nærmere på hvordan finansieringssystemet kan stimulere til samarbeid på tvers av profesjoner.

Det er internasjonalt et bredt spekter av finansieringssystemer for allmennlegetjenester. De fleste land der legen er næringsdrivende anvender en blanding av aktivitetsavhengige tilskudd og rammetilskudd (per-capita).

Kvalitetsbasert finansiering (KBF) har de senere år vært testet ut i enkelte land som et supplement til annen finansiering. I Norge ble KBF innført i 2014 som en forsøksordning i spesialisthelsetjenesten, hvor en liten andel av de regionale helseforetakenes (RHF) inntekter gjøres avhengig av måloppnåelse.

KBF er et område hvor mange har høye forventninger til nytte, men foreløpig er kunnskapsgrunnlaget svakt. Evalueringer av utprøvinger i Storbritannia og California tyder på at man løfter det som måles, men varige kvalitetsforbedringer krever konstant oppmerksomhet. Det er også en utfordring at man mister av syne det som ikke måles. KBF kan derfor utilsiktet medføre feilprioriteringer.

Fastlegeordningen ble innført i juni 2001. Ordningen har stort sett vært uendret siden den ble innført, og av listepasientene blir den vurdert som god.

Samfunnets kostnader til fastlegeordningen er relativt beskjedne. I 2014 ble det benyttet totalt 121,7 mrd. kroner på primærhelsetjenesten og 127,9 mrd. kroner på sykehustjenester. Utgifter til fastlegeordningen utgjorde i 2014 8,6 mrd. kroner, som tilsvarer 3,6 % av de totale utgiftene til helsetjenesten.

Kapitel 8. Fastleger – hvor mange trenger vi?

Fastlegenes mange oppgaver innebærer en høy arbeidsbelastning for den enkelte lege, men er god medisin og samfunnsøkonomi. Pasienters ønske om bedre tilgjengelighet, verdien av kontinuitet og flere sykere pasienter tilsier at antall fastleger må økes.

I kapittel 13 refereres det til fastlegenes opplevelse av mangel på tid, og at fastlegenes kapasitet er satt på strekk. I stortingsmeldingen om Samhandlingsreformen fra 2008/2009 ble det fremmet forslag om en betydelig økning i antallet leger i kommunehelsetjenesten. I regjeringens primærhelsemelding legges det imidlertid ikke opp til at fastlegene skal bli flere, men at de skal avlastes av andre personellgrupper.

Legeforeningen mener det trengs en betydelig satsing på medisinsk ekspertise i kommunene, og at det derfor er helt nødvendig å øke antall fastleger.

Det vil ivareta behovet for god behandlingskvalitet i fremtiden.

Fastlegeordningen – kapasiteten satt på strekk

I stortingsmeldingen står det: «Fastlegene rapporterer en arbeidstid på i gjennomsnitt 46 timer i uken og gir uttrykk for at deres kapasitet er på strekk. Dette til tross for at Norge har en høy allmennlegedekning sammenliknet med andre OECD-land, og at norske fastleger i gjennomsnitt har kortere lister enn sine kolleger i andre land»

Det er mange gode grunner til at norske fastleger opplever at tiden ikke strekker til. Blant annet er Norge et av få OECD-land som bruker fastlegen som en effektiv portvakt inn til spesialisthelsetjenesten. Dette har åpenbare konsekvenser for fastlegenes arbeidsbyrde, men er samtidig god samfunnsøkonomi. Norge bruker også fastleger i døgnkontinuerlig vaktberedskap, og har færre sykehussenger og kortere liggetid enn andre land.

Norske fastleger dekker et bredere spekter av tjenester enn allmennleger i andre OECD-land, som lege i helsestasjon, skole, sykehjem og fengsel. Mange fastleger er også kommuneoverleger. Norske fastleger har også store oppgaver knyttet til oppfølging av sykefravær sammenliknet med andre land

Norsk allmennmedisin er medisinskfaglig og utstyrmessig avansert fordi det er nødvendig i et land med store avstander til sykehus. Som stortingsmeldingen også peker på, er Norge et av få land hvor annet personell som gjør selvstendig klinisk arbeid i en fastlegepraksis ikke utløser trygderefusjoner.

Norge har relativt høy dekning av alle kategorier helsepersonell. Dette kan forklares med demografiske behov, sterk offentlig økonomi og politisk vilje. Andelen allmennleger av det totale antallet leger i Norge, er likevel lavt når vi sammenlikner oss med andre OECD-land.

Hva er tilstrekkelig kapasitet?

Internasjonal forskningslitteratur gir ikke sikre svar på dette spørsmålet. Eterspørsel etter helsetjenester er avhengig av både sykighet, hvem som betaler og hvilke tilbud som finnes. Norsk og internasjonal forskning har imidlertid ikke klart å vise at tilbudsindusert² etterspørsel er et kjennetegn ved allmennlegepraksis.

Fastlegene opplever i stor grad at de – uavhengig av listestørrelse – har en presset arbeidssituasjon. Dette kan forklare at forskere ikke finner tegn til tilbudsindusjon, og det opplevde presset kan

² Tilbudsindusert etterspørsel er når økt kapasitet i et helsetilbud fører til økt forbruk uten at befolkningens helsetilstand er endret

forklares med et betydelig misforhold mellom oppgaver og kapasitet. Derfor mener Legeforeningen at flere fastleger må til, og at rammebetingelser for effektivt samarbeid med annet helsepersonell må utvikles.

Kapittel 9. Kommunal styring og ledelse av fastlegeordningen – virkemidler som er lite brukt

Få kommuner har utnyttet potensialet i avtalesystemet til å involvere og integrere fastlegene med resten av kommunehelsetjenestene. God kunnskap om bruk av avtaler og samarbeidsarenaer vil hjelpe kommunene å oppfylle sine forpliktelser.

Legeforeningen ser en skjerpet styringsideologi fra staten og arbeidsgiversiden i helseforetakene. Det er fokus på pålegg og ensidig styring fremfor dialog og samarbeid. Lokale ledere får sterkt begrenset handlingsrom som følge av stramme sentrale føringer. Vi har sett samme tendens i primærhelsetjenesten, både i forbindelse med arbeidet med revidert fastlegeforskrift og nå stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten. I stedet for å ta i bruk de mulighetene systemet gir for aktivt samarbeid og dialog om utvikling lokalt, regionalt og sentralt, snakkes avtaleinstituttet ned.

OECD har i en relativt ny og omfattende rapport trukket frem den norske fastlegeordningen som et eksempel på en svært velfungerende ordning. En av forklaringsfaktorene er stor grad av tillit i systemet og fravær av et omfattende kontrollregime som man har i mange europeiske land. OECD anbefaler å ta ytterligere i bruk de samarbeidsmuligheter som ligger i ordningen for videreutvikling.

Med god kompetanse på avtaleinngåelse, avtaleforvaltning og avtaleutvikling, samt god utnyttelse av samarbeidsarenaene, mener Legeforeningen kommunene i dag har verktøy som skal til for å oppfylle sitt «sørge for»-ansvar.

Kapittel 10. Hva forteller internasjonale undersøkelser om den norske primærhelsetjenesten?

Sammenlignende undersøkelser av nasjonale helsesystemer byr på store tolkningsutfordringer. Resultater fra slike undersøkelser må alltid brukes med varsomhet.

I den helsepolitiske debatten og i forvaltningens notater og meldinger om helsetjenesten, vises det ofte til Commonwealth Funds og OECDS sammenlignende undersøkelser av nasjonale helsesystem. Legeforeningen har gått gjennom de rapportene som det er vist til i stortingsmeldingen.

Slike sammenlignende undersøkelser byr på store tolkningsutfordringer og man skal være varsom med å konkludere om kvalitet i tjenesteorganiseringen.

Commonwealth Fund

Commonwealth Funds undersøkelser beskriver norsk allmennlegetjeneste overveiende positivt, men med en del kjente mangler. Befolkningsundersøkelsene har hatt så lav svarprosent i Norge at det må antas å påvirke svarene. Norske respondenter i disse undersøkelsene vurderer også egen helse vesentlig dårligere enn respondentene i alle andre deltagende land. Dette gjør at resultatene i undersøkelsene må brukes med varsomhet, og forbehold i tolkningen bør redegjøres for.

I stortingsmeldingen er de positive resultatene i Commonwealth Funds-undersøkelser lite omtalt, mens de negative resultatene knyttet til fastlegeordningen løftes frem. Forbehold i tolkningene er heller ikke gjort rede for.

Dersom kunnskap fra slike undersøkelser skal være til nytte, må forbehold i undersøkelsene, og konteksten de har blitt utført i, gjøres kjent for leseren.

OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2014: Raising Standards

I denne rapporten, som OECD publiserte våren 2014, fremstiller OECD den norske helsetjenesten som svært velfungerende og allmennlegetjenesten overveiende positivt, men med noen mangler. Manglene går blant annet ut på at primærhelsetjenesten må settes i stand til å arbeide mer koordinert overfor kronikergrupper, og fremhever mangel på involvering av fastleger i utviklingsarbeid.

Videre fremholdes det at Norge må utvikle bedre kvalitetsindikatorer for primærhelsetjenesten og at dette arbeidet må ta utgangspunkt i de enkelte legekantor. Rapporten foreslår at finansiering i større grad skal knyttes til kvalitet uten at potensielle og observerte bivirkninger av dette blir drøftet.

1 Tverrfaglige team og effekter av oppgaveglidning

Stortingsmeldingen tar i kapittel 9 opp flere viktige tema, i samband med hva som skjer i andre land:

- Hvilke tiltak som blir iverksatt for å etablere mer integrerte, koordinerte og tverrfaglige primærhelsetjenester.
- Hvilke tiltak som blir satt i gang for å utnytte personell og kompetanse bedre.
- Hvilke finansieringsformer som blir prøvd for å nå de målene man ønsker å oppnå.

Legeforeningen er enig i at det er viktig å innhente erfaringer fra andre land, men erfaringene må forstås i den sammenheng de er blitt til. Det er ingen selvfølge at de lar seg importere direkte inn i en norsk virkelighet.

Legeforeningen mener det er viktig å kjenne til historien bak allmennpraksis i Norge, men også internasjonalt for å kunne lykkes med hvordan man går videre.

Utgangspunktet for tiltakene i mange land er en økende organisatorisk fragmentering av primærhelsetjenestene, som henger sammen med økt differensiering og kompleksitet i helsetjenesten generelt, og en lengre periode med liberalisering i etablering av nye tjenester i flere land. Trenden i tiltakene er organisasjonsmodeller og finansielle grep som skal bidra til å knytte tjenestene tettere sammen, gjerne i større organisasjoner, kooperativer eller partnerskap, som muliggjør utvidelse av bemanning og profesjonalisering av både administrativ og faglig ledelse (1).

1.1 Norsk primærhelsetjeneste i et internasjonalt perspektiv

Stortingsmeldingen trekker frem de amerikanske modellene Hospital at home (HH) og Patient centered medical homes (PCMH) som eksempler på nyskapende tenkning. Det er etter vår mening ikke presist å anse disse som nyskapninger. Primærhelsetjenesten i USA har vært svakere og dårligere organisert enn det som er tilfelle i flere land i Nord-Europa (2), og har i stor grad vært basert på pasientens betalingsevne. I forsøk på å styrke tjenesten ser man nå i stor grad til godt etablerte nord-europeiske modeller.

Helsetjenesten i Norge, og primærhelsetjenesten spesielt, bygger på modellen som ble utviklet i Storbritannia etter 2. verdenskrig. Alle britiske borgere fikk fra slutten av 1940-tallet gratis og lik tilgang til alle helsetjenester. Fastlegen fikk oppgaven med å koordinere behovet og tjenestene. For å greie oppgavene ansatte legekantorene i England blant annet sosialarbeidere,

fysioterapeuter, jordmødre, sykepleiere og psykologer. Noen opprettet også et lite ambulant team med sykepleiere tilsvarende vår hjemmesykepleie.

De nordiske landene fulgte etter med å bygge helsesentre med tverrfaglig bemanning. I Norge var Karl Evang en ivrig tilhenger av den engelske modellen, og mange kommuner bygde helsesentre med samlokalisering av flere tjenester på 70- og 80-tallet. I Finland ble helsesentrene også utstyrt med senger og ble et foregangsland i utvikling av helsesentermodellen. Både i Finland og i Sverige er integrerte helsesentre fortsatt hovedmodellen.

På midten av 90-tallet begynte en liberalisering av leveranser av helsetjenester i England ved at myndighetene la til rette for mer konkurranse. Private leverandører skulle få tilby enkelte av de tjenestene som legekantorene leverte i sitt geografiske område. Det førte til at den tverrfaglige bemanningen ved legekantorene gradvis smuldrer opp fordi sykepleierne og andre yrkesgrupper gikk over til de nye tjenestetilbyderne (3). Man mistet også den geografiske samordningen.

Begrepene *kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende* (forkortet med KOPF), som i ettertid er adoptert av den amerikanske *Patient centered medical homes*-modellen, er de samme begrepene som ble brukt i og om norsk allmennpraksis på 80- og 90-tallet (4). Da fastlegeordningen ble planlagt var det etter modell fra Danmark, Nederland og England, men med noen unntak, blant annet at man i Norge ikke ble tvunget til å velge fastlege innenfor egen kommune.

Etableringen av fastlegeordningen har resultert i høy pasienttilfredshet, men sentrale myndigheter har siden gjort lite for å utvikle ordningen videre. Få kommuner har utnyttet potensialet i avtalesystemet til å involvere og integrere fastlegene med de øvrige kommunale primærhelsetjenestene, utover det som er minimumsløsninger.

1.2 Teamarbeid og oppgavefordeling i allmennpraksis i Norge og andre land

På side 37 i stortingsmeldingen står det "USA er det landet som i lengst tid har brukt sykepleiere i slike roller. Der har NP («nurse practitioners») rett til selvstendig praksis på linje med legene". "På linje med" er en fremstilling som er til å misforstå.

Det er i lovgivningen i USA som i Norge et krav om at helsepersonell må holde seg innenfor det som er forsvarlig virksomhet basert på sin kompetanse. I tillegg har alt helsepersonell en plikt til eventuelt å

sørge for at pasienter får kontakt med den instans som har kompetansen til å behandle pasienten når man selv ikke innehar den. At spesialutdannede sykepleiere kan drive selvstendig praksis er heller ikke nytt eller spesielt for USA. I Norge kan jordmødre drive selvstendig praksis. Fysioterapeuter og kiropraktorer kan også det uten spesialutdanning.

Det finnes enkelte områder i USA der det har vært omtrent umulig å rekruttere leger. Der har sykepleiere arbeidet alene i noen tilfeller. Den offisielle politikken i USA er imidlertid PCMH modellen, der man tar utgangspunkt i legekantor og utvikling av tverrfaglige team for å styrke legekantorene (5).

En sykepleier som jobber i tett team med en fastlege får i praksis et utvidet arbeidsrom til selvstendig virksomhet uti fra kravet om forsvarlighet. Det samme vil i noen sammenhenger gjelde motsatt vei. En allmennlege vil vurdere forsvarligheten av å kunne behandle en kreftpasient hjemme som utvidet når det skjer i samarbeid med sykepleier som er utdannet i palliativ behandling og bruk av smertepumpe. Et legekantor som er organisert som et team kan slik utvide tjenestetilbud som går utover kompetansen til hver enkelt yrkesgruppe.

Oppretting av tjenester som i stor grad har vært basert på profesjonsutdanninger, har vært en vesentlig årsak til den fragmenteringen som har utviklet seg i primærhelsetjenesten. Det er fristende å kalle dette fenomenet for «Helsepersonellens helsetjeneste» og ikke «pasientens helsetjeneste».

Dette har kommet mest til syne i land som har lagt til rette for konkurranseutsetting av tjenester som har vært knyttet til en enkelt utdanning. PCMH modellen, som er en videreutvikling av den eldre Chronic care model (CCM) (6-8), og som man satser på i USA, har til hensikt å knytte tjenestene tettere sammen.

Interessant er det også at England, som de siste årene har gjennomført en radikal liberalisering, opplever at fragmenteringen i primærhelsetjenesten har gått for langt og har introdusert House of care modellen (9). I stort ligner modellen på hvordan legekantorene var før tusenårsskiftet og den bygger også på CCM-modellen.

Legeforeningen vil derfor påpeke at de landene som det er relevant å sammenligne seg med nå forsøker å forankre utvikling av tettere og bedre samarbeid til utvikling av legekantorene. Dette er basert på en erkjennelse av at oppretting av nye virksomheter basert på fremvekst av nye utdanninger eller spesialisering av eksisterende utdanninger vil representere en videreføring og økning av den

fragmenteringen i primærhelsetjenesten som man allerede sliter med.

Oppgaveglidning mellom helseprofesjoner har alltid forekommet i helsetjenesten. Oppgaveglidning skjer både pga. teknologiutvikling og nye organisasjonsformer, og vil uansett være regulert av forsvarlighetskonseptet. Økt tverrfaglig samarbeid kan bedre tilgjengeligheten, øke bredden av tjenester ved legekantor og gi høyere kvalitet (3, 10-12).

Forskning viser at team-sykepleier som umiddelbart følger opp pasienter etter utskrivning fra sykehus gir færre reinnleggelser og dødsfall etter utskrivning (13, 14). Forebyggende hjemmebesøk blant eldre pasienter i praksisen utført av sykepleier alene eller sammen med legen, eventuelt annet helsepersonell i teamet på legekantoret, kan utsette behovet for pleie- og omsorgstjenester, gi færre innleggelser og kan være kostnadseffektivt (15-17). Dette har i hovedsak handlet om utvidelse av tjenestetilbudet ved legekantor ved en bredere tverrfaglig bemanning ved legekantorene (18). Noen har også påpekt at team ikke må bli for store for å ivareta kontinuitet, for eksempel at sykepleier og lege arbeider i fast trosspann med den enkelte pasient (19).

Det finnes flere studier som har undersøkt om, og i tilfelle hvilke, effekter det kan ha, at sykepleiere utfører noen av de samme oppgavene som vanligvis har vært allmennlegenes ansvar. Følgende roller eller oppgaver er blitt systematisk undersøkt (18, 20-24):

- Sykepleier med ansvar for uselektert førstekontakt og oppfølging av pasientene ved legekantor
- Sykepleier som uselektert førstekontakt ved pasientoppmøte på vakt utenom kontortid
- Sykepleier med ansvar for oppfølging av utvalgte kroniske sykdommer

Den vanligste konklusjonen har vært at man ikke finner noen forskjell når sykepleier og allmennlege sammenlignes. De fleste studiene omfatter sykepleiere knyttet til praksiser eller helsesentre, og som ikke representerer egne selvstendige sykepleiepraksiser. Det er likevel viktig å påpeke noen vesentlige svakheter som gjelder studiene med sykepleiere i rollen som førstekontakt. De har vært relativt små og gått over kort tid. Det som kjennetegner for eksempel vaktarbeid i primærhelsetjenesten er høy forekomst av forbigående ufarlige infeksjonssykdommer. Den viktigste oppgaven er å plukke ut de få alvorlige tilfellene blant voksne og barn med feber og påvirket allmenntilstand. Forekomsten per år er f.eks. to personer med hjernehinnebetennelse

(meningitt), og fem med "kjøttetende" bakterier per 100 000 voksne og barn, og blant barn under 14 år omlag fire med akutt blodcellekreft per 100 000.

Den lave forekomsten av alvorlige sykdommer er ikke omtalt i undersøkelsene. Ingen av de identifiserte studiene på dette området har beregnet en statistisk styrke til å teste om det er forskjell mellom legens og sykepleierens evne til å forstå om pasienten har alvorlige, sjeldne tilstander. Dette kritiske elementet for pasientsikkerhet i de akutte forløpene er i realiteten ikke undersøkt slik Legeforeningen vurderer litteraturen.

Legeforeningen vil hevde at det, med bakgrunn i svært ulik utdanning, er vesentlig forskjell mellom en allmennleges og en sykepleiers kompetanse til å fange opp de sjeldne, alvorlige sykdommene, selv om sykepleieren har avansert klinisk utdanning. Skal en sykepleier være i rollen som førstekontakt med pasientene, må det derfor foreligge et tett samarbeid mellom lege og sykepleier, slik det også har vært i de fleste undersøkelsene (18, 23).

De ovennevnte forhold er etter Legeforeningens syn ikke tilfredsstillende drøftet i Stortingsmeldingen.

Når det gjelder sykepleieroppfølging av pasienter med utvalgte kroniske sykdommer, er også flertallet av disse studiene små og av kort varighet (22). Mange av studiene måler gjennomføring av prosesser basert på faglige retningslinjer for enkeltsykdommer, og flere konkluderer med at sykepleiere i større grad følger retningslinjene. Det er nok riktig og ikke uventet, men et viktig forhold er utelatt. Det store flertallet av pasienter med kronisk sykdom i allmennpraksis har multisykdom. Dette gjelder 2/3 av pasientene over 65 år. Allikevel er det slik at det absolutte antallet med multisykdom er høyere i aldersgruppen under 65 år (25).

Fare for interaksjoner mellom legemidler er velkjent, og det finnes også god beslutningstøtte som gjør det enkelt å bli oppmerksom på disse. Men multisykdom betyr også interaksjon mellom sykdommer og mellom flere samtidige sykdommer og legemidler. Følger man slavisk retningslinjene for hver enkelt diagnose, fører det ofte til polyfarmasi, økt forekomst av uheldige kombinasjoner og i sum også en betydelig behandlingsbyrde og redusert livskvalitet i tillegg til sykdomsbyrden (26, 27).

Pasienter med multisykdom representerer fra et medisinsk ståsted noe av det mest kompliserte og utfordrende å håndtere riktig. Flertallet av de utilsiktede skadene og dødsfallene i helsetjenesten kommer fra denne gruppen. Antallet utilsiktede hendelser øker også betydelig med antallet aktører som forskriver legemidler til hver enkelt pasient

(28). En hovedgrunn til at allmennlegene ikke følger retningslinjer for enkeltsykdommer slavisk, skyldes trolig at de foretar en helhetsvurdering av risiko og behandlingsbyrde opp mot hva som kan gagne den enkelte pasienten totalt sett.

Det finnes lite forskning på kvaliteten i henvisninger fra henholdsvis allmennleger og sykepleiere. En studie viser tydelig kvalitetsforskjell på utforming av problemstilling, informasjonsinnhold, undersøkelser og behandling foretatt før henvisningen og færre henvisninger vurdert som "unødvendige" når allmennlege har skrevet henvisningen (29).

1.3 Virkemidler som er forsøkt for å styrke tverrfaglig samarbeid

Sykepleiere ved helsesentrene i Sverige og Finland utfører oppgaver som det er mer sjelden at sykepleiere i Norge blir tildelt. Dette fungerer når leger og sykepleiere, som i sykehus, arbeider i samme organisasjon med en felles ledelse som har ansvaret. Også i Nederland og England er andelen sykepleiere ved legekantor høyere enn i Norge. Antallet har også vært økende i Danmark.

Sykepleierne kan enten være ansatt direkte ved legekantoret eller ansatt i en sammenslutning av legekantor, ofte et kooperativ eller en eller annen form for partnerskap. Det samme er tilfelle i USA i PCMH og CCM-ordningene. Noen av grunnene til økt ansettelse av sykepleiere, er økonomiske, som i Nederland hvor allmennlegene har beholdt takstene selv om de ansetter andre til å utføre de samme oppgavene. I England har ansettelse av sykepleiere vært motivert av å nå målene i et ytelsesbasert insentivsystem (se under).

Kostnader knyttet til å ansette sykepleiere med avansert klinisk utdanning er knyttet til om de enten blir satt til å utføre oppgaver som allmennlegene vanligvis har ivaretatt, eller til å utvide tjenestetilbudet. Lønnsdifferansen ved å erstatte lege med sykepleier gir i utgangspunktet en utgiftsreduksjon, men blir i praksis helt eller delvis spist opp av at sykepleiere bruker mer tid under konsultasjoner, kontrollerer oftere og i noen tilfeller også tar flere prøver (18). Når sykepleiere blir satt til å utvide tjenestetilbudet som f.eks. utføre hjemmebesøk og lære opp pasienter, viser undersøkelser at utgiftene på legekantor øker. Da har man imidlertid ikke tatt med i beregningene at for eksempel behovet for pleie- og omsorgstjenester kan utsettes eller at det kan bli færre innleggelses i sykehus som omtalt over.

"Bundled payment"

Diskusjoner om modeller for finansiering av helhetlige pasientforløp har vært konsentrert om å motvirke såkalt silotenkning. I Nederland innførte man i 2010 "bundled payment" for pasienter med diabetes, KOLS og to typer hjertelidelser (30). I henhold til denne modellen skal all behandling for disse pasientgruppene koordineres av en ansvarlig behandlergruppe sammensatt av flere tjenesteleverandører. Det betales en fast årlig pris for hver pasient. Både prisens størrelse og hvilke typer tjenester som skal inngå, er et forhandlingsspørsmål mellom forsikrings selskapet (bestilleren) og behandlergruppen. Forhandlingene tar utgangspunkt i diagnosebaserte nasjonale forløpsstandarder for de aktuelle pasientgruppene. Det er stor fleksibilitet i hvordan behandlergruppen kan organiseres, og i hvordan behandlergruppen fordeler inntektene mellom de ulike tjenesteleverandørene. Det vanligste har vært at en fastlege organiserer og er ansvarlig for opprettelsen av en slik gruppe.

Et mål har vært å skape konkurranse mellom behandlergruppene. Prissettingen har hittil hatt liten betydning, og flere andre forhold må på plass for at dette skal bli et reelt marked (31). Det er også et problem at de fleste pasientene dette gjelder har flere kroniske sykdommer. For denne gruppen er det helheten som må ivaretas, ikke bare den diagnosen som betaler seg. Det er nå en trend i Nederland bort fra individbasert "bundled" finansiering og over til en grupperettet og per kapita "bundled" finansiering av behandlergrupper (care groups).

Ytelsesbaserte intensivsystemer

Ytelsesbaserte insentivsystemer (Kvalitetsbasert finansiering – KBF) benytter oftest prosessindikatorer, og sjelden endepunktets utfall. Det handler om en årlig skåre basert på hvor stor andel pasienter som oppfyller en standard, for eksempel andel pasienter med diabetes som har fått gjennomført årskontroll. Dette blir utgangspunktet for etterbetaling av et tilskudd til praksisen. Denne typen insentiv har for eksempel i England utgjort om lag 1/4 av fastlegenes inntekter. Det er en av grunnene til at legekontor har funnet det lønnsomt å utvide bemanningen med sykepleiere til å gjøre jobben for å oppfylle standardene. Oppsummerende studier konkluderer med at effekten av ytelsesbaserte insentiver er blandet. Effekten er størst til å begynne med, for så å avta gradvis og eventuelt forsvinne helt. Insentivbelagte aktiviteter tiltrekker seg oppmerksomhet. Noen ganger forekommer det en positiv effekt, andre ganger en negativ overføringseffekt i forhold til ikke-insentivbelagte aktiviteter (32, 33).

En analyse av bruk av kvalitetsindikatorer i svensk allmennpraksis peker på fire grunnleggende utfordringer ved måling av primærlegenes ytelse:

- Justering for risiko (f.eks. mange sosiale forhold og grad av multisykdom blant pasientene)
- Bidragende faktorer i helsetjenesten (f.eks. kvaliteten på hjemmesykepleien og tilgang til rehabilitering for skrøpelige eldre)
- Tilfeldigheter i statistikken knyttet til et ofte lavt antall pasienter på listen (med høy risiko for falsk positive og falsk negative)
- Såkalt "box-ticking" (en vridning fra vurdering av enkeltpasienters behov til måloppnåelse på gruppenivå som respons på myndighetskrav). Det siste gjelder spesielt ved bruk av prosessindikatorer (34).

Hverken "bundled" finansiering eller ytelsesbasert finansiering synes i seg selv å føre til bedre samhandling. Man trenger andre virkemidler parallelt (35).

Anbudsutsetting, konkurranse og valgfrihet

Et viktig spørsmål som er blitt reist i flere land, er i hvilken grad fritt valg av behandlere og konkurranseutsetting er forenlig med bedre integrasjon av tjenestene, kontinuitet og helhetlige pasientforløp (36, 37). Det gjelder erfaringer som er undersøkt i både Nederland og Sverige (38), men også England, der den tverrfaglige bemanningen på legekontor gikk tapt med konkurranseutsetting av tjenester.

Behovet for integrerte tjenester gjør seg spesielt gjeldende hvis man skal prioritere behovene til pasienter med kronisk sykdom og sammensatte behov. Undersøkelser forteller at kontinuitet, som å få tildelt en fastlege, er høyt verdsatt blant disse brukerne. Selv om kunnskapen om dette har eksistert i lang tid, har det likevel ikke hatt samme prioritet hos myndigheter (39).

Tar man utgangspunkt i brukerne og pasientenes preferanser og atferd, er ønsket om valgfrihet mest uttalt hos yngre mennesker, ressurssterke og blant de som stort sett har vært friske. Pasienter med kroniske sykdommer velger strategisk aktører som samarbeider og representerer kontinuitet. Hvis man derfor legger behov, og hva som er de største pasientgruppene til grunn, vil kontinuitet og helhet være langt viktigere enn valgfrihet.

Systemer med valgfrihet forutsetter også at pasientene evner aktivt å etterspørre de tjenestene de har behov for. Erfaring fra allmennpraksis forteller tydelig at denne forutsetningen kan ramme de mest utsatte gruppene med de største behovene,

dvs. pasienter med alvorlig somatisk og psykiatrisk sykdom, utviklingshemmede og skrøpelige eldre (40-42).

Litteratur:

1. Smith J, Holder H, Edwards N, Maybin J, Parker H, Rosen R, et al. Securing the future of general practice: new models of primary care. London: Nuffield Trust; 2013. Available from: <http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/securing-future-general-practice>.
2. Grimsmo A, Magnussen J. Norsk samhandlingsreform i et internasjonalt perspektiv. Trondheim: Institutt for samfunnsmedisin, NTNU; 2015. Available from: <http://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?c=Page&pagename=evasam%2FHovedsidemal&cid=1253972204829>.
3. Watton R. The loss of multidisciplinary primary healthcare teams is bad for patient care. *BMJ*. 2013;347:f5450. Available from: <http://www.bmj.com/content/347/bmj.f5450>.
4. Rich EC, Lipson D, Libersky J, Peikes DN, Parchman ML. Organizing Care for Complex Patients in the Patient-Centered Medical Home. *The Annals of Family Medicine*. 2012 January/February 2012;10(1):60-2. Available from: <http://www.annfamned.org/content/10/1/60.short>.
5. Rich E, Lipson D, Libersky J, Parchman M. Coordinating Care for Adults With Complex Care Needs in the Patient-Centered Medical Home: Challenges and Solutions. Whitepaper. Rockwill, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2012. Report No.: AHRQ Publication No. 12-0010-EF. Available from: <http://www.pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/Coordinating%20Care%20for%20Adults%20with%20Complex%20Care%20Needs.pdf>.
6. Wagner EH. Chronic disease management: What Will It Take To Improve Care for Chronic Illness? *Effective Clinical Practice*. 1998;1(1):2-4. Available from: <http://ecp.acponline.org/augsep98/cdm.htm>.
7. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA*. 2002 Oct 16;288(15):1909-14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12377092>.
8. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health affairs*. 2009 Jan-Feb;28(1):75-85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19124857>.
9. Coulter A, Roberts S, Dixon A. Delivering better services for people with long-term conditions. Building the house of care. London: The King's Fund; 2013. Available from: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/delivering-better-services-for-people-with-long-term-conditions.pdf.
10. Beaulieu M-D, Haggerty J, Tousignant P, Barnsley J, Hogg W, Geneau R, et al. Characteristics of primary care practices associated with high quality of care. *Canadian Medical Association Journal*. 2013 September 3, 2013;185(12):E590-E6. Available from: <http://www.cmaj.ca/content/185/12/E590.abstract>.
11. Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A, et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ*. 2001 Oct 6;323(7316):784-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11588082>.
12. Grumbach K, Bodenheimer T. Can health care teams improve primary care practice? *JAMA*. 2004 Mar 10;291(10):1246-51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15010447>.
13. Naylor MD, Broton DA, Campbell RL, Maislin G, McCauley KM, Schwartz JS. Transitional Care of Older Adults Hospitalized with Heart Failure: A Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2004;52(5):675-84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52202.x>.
14. Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min S-j. The Care Transitions Intervention: Results of a Randomized Controlled Trial. *Archives of Internal Medicine*. 2006 September 25, 2006;166(17):1822-8. Available from: <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/abstract/166/17/1822>.
15. Behm L, Wilhelmson K, Falk K, Eklund K, Zidén L, Dahlin-Ivanoff S. Positive health outcomes following health-promoting and disease-preventive interventions for independent very old persons: Long-term results of the three-armed RCT Elderly Persons in the Risk Zone. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2014;58(3):376-83. Available from: [http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943\(13\)00202-1/abstract](http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943(13)00202-1/abstract).
16. Sahlen KG, Lofgren C, Mari Hellner B, Lindholm L. Preventive home visits to older people are cost-effective. *Scand J Public Health*. 2008 May;36(3):265-71. Available

- from:
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18519295.
17. Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, Egger M, Clough-Gorr KM. Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2008 Mar;63(3):298-307. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18375879.
 18. Delamare M-L, Lafortune G. Nurses in Advanced Roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries. Paris: OECD Working Papers; 2010. Available from: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en.
 19. Bodenheimer T, Laing BY. The teamlet model of primary care. *Annals of family medicine*. 2007;5(5):457-61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17893389>.
 20. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005(2):CD001271. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15846614>.
 21. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*. 2002 Apr 6;324(7341):819-23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11934775>.
 22. Martínez-González NA, Tandjung R, Djalali S, Rosemann T. The impact of physician–nurse task shifting in primary care on the course of disease: a systematic review. *Human Resources for Health*. 2015;13:55. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4493821/>.
 23. Fabrellas N, Sanchez C, Juve E, Aurin E, Monserrat D, Casanovas E, et al. A program of nurse algorithm-guided care for adult patients with acute minor illnesses in primary care. *BMC family practice*. 2013;14:61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23679821>.
 24. Dierick-van Daele AT, Metsemakers JF, Derckx EW, Spreuwenberg C, Vrijhoef HJ. Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2009 Feb;65(2):391-401. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19191937>.
 25. Uijen AA, van de Lisdonk EH. Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years. *The European journal of general practice*. 2008;14 Suppl 1:28-32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18949641>.
 26. Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 2005 August 10, 2005;294(6):716-24. Available from: <http://jama.ama-assn.org/content/294/6/716.abstract>.
 27. Mair FS, May CR. Thinking about the burden of treatment. *BMJ*. 2014;349:g6680. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25385748>.
 28. Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Zapert K, Peugh J, et al. Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. *Health affairs*. 2005 Jul-Dec;Suppl Web Exclusives:W5-509-25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16269444>.
 29. Lohr RH, West CP, Beliveau M, Daniels PR, Nyman MA, Mundell WC, et al. Comparison of the quality of patient referrals from physicians, physician assistants, and nurse practitioners. *Mayo Clin Proc*. 2013 Nov;88(11):1266-71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24119364>.
 30. de Bakker DH, Struijs JN, Baan CB, Raams J, de Wildt JE, Vrijhoef HJ, et al. Early results from adoption of bundled payment for diabetes care in the Netherlands show improvement in care coordination. *Health Aff (Millwood)*. 2012 Feb;31(2):426-33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22323174>.
 31. van Dijk CE, Venema B, de Jong JD, de Bakker DH. Market competition and price of disease management programmes: an observational study. *BMC health services research*. 2014;14:510. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25359224>.
 32. Allen T, Mason T, Whittaker W. Impacts of pay for performance on the quality of primary care. *Risk Manag Healthc Policy*. 2014;7:113-20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4086847/>.

33. Casalino LP, Elster A, Eisenberg A, Lewis E, Montgomery J, Ramos D. Will Pay-For-Performance And Quality Reporting Affect Health Care Disparities? *Health affairs*. 2007 May 1;26(3):w405-w14. Available from: <http://content.healthaffairs.org/content/26/3/w405.abstract>.
34. Anell A, Glengård AH. The use of outcome and process indicators to incentivize integrated care for frail older people: a case study of primary care services in Sweden. *Intern J Integr Care*. 2014;14:e038. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4272240/>.
35. Roland M, Nolte E. The future shape of primary care. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2014 Feb;64(619):63-4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24567586>.
36. Ahgren B, Nordgren L. Is choice of care compatible with integrated health care? An exploratory study in Sweden. *The International Journal of Health Planning and Management*. 2012;27(3):e162-e72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/hpm.2104>.
37. Bramwell D, Checkland K, Allen P, Peckham S. Moving Services out of hospital: Joining up General Practice and community services? *Cantebury: PruComm*; 2014. Available from: <http://www.kent.ac.uk/chss/docs/PRUComm-Moving-Services-out-of-Hospital-Report-V8-final.pdf>.
38. Ahgren B, Axelsson R. A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000-2010. *International Journal of Integrated Care*. 2011;11(5). Available from: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/566>.
39. Raivio R, Holmberg-Marttila D, Mattila KJ. Patients' assessments of the continuity of primary care in Finland: a 15-year follow-up questionnaire survey. *The British Journal of General Practice*. 2014;64(627):e657-e63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4173729/>.
40. Beckman A, Anell A. Changes in health care utilisation following a reform involving choice and privatisation in Swedish primary care: a five-year follow-up of GP-visits. *BMC health services research*. 2013;13:452-. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4228471/>.
41. Brøyn N, Lunde ES, Kvalstad I. SEDA - Sentrale data fra allmennlegetjenesten 2004-2006. *Ny statistikk fra allmennlegetjenesten?* Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2007. Available from: http://www.ssb.no/emner/03/90/rapp_200715/.
42. de Koning JS, Klazinga N, Koudstaal PJ, Prins A, Borsboom GJJM, Peeters A, et al. Deprivation and systematic stroke prevention in general practice. An audit among general practitioners in the Rotterdam region, the Netherlands. 2003;13(4):340-6. Available from: <http://eurpub.oxfordjournals.org/eurpub/13/4/340.full.pdf>.

2 Utvikling, ledelse og samarbeid nær pasienten

2.1 Organisering av team

Professor Barbara Starfield (1932-2011) har vist at en god primærhelsetjeneste gir bedre helsetjenester, lavere kostnader og jevnere fordeling av tjenester i befolkningen. Kjennetegnene på en god primærhelsetjeneste er lav terskel for kontakt og definert ansvar; personlig og kontinuerlig oppfølging over tid; et bredt generalisttilbud; og koordinering av andre medisinske tjenester fra primærlegens side (3). Starfield peker på at god primærmedisin må utøves i lokalsamfunnskontekst. Den må være mer opptatt av pasientene enn av diagnosene (4). Samarbeidet med andre tjenesteytere må derfor stå sentralt i allmennlegenes oppdrag.

Stortingsmeldingen omtaler organisering og forbedring av tjenestene for kronisk syke som et sentralt utviklingsområde. WHO har i mange år pekt på betydningen av å samordne primærhelsetjenesten for å oppnå dette. Det er imidlertid ikke entydig hva slags modeller som er best.

En oversiktsartikkel fra *the Cochrane collaboration* beskrev effektene av programmer for pasienter med to eller flere kroniske sykdommer (2). De undersøkte programmene inneholdt mange elementer, og ulike organisatoriske tiltak. Resultatene sprikte. Man så imidlertid en tendens til forbedring av legemiddelforskrivning og oppfølging.

Dersom kronisk syke pasienters ulike behov skal møtes, må tjenestene være individuelt tilpasset. Dette gjør forskning på resultater vanskelig. Kvalitative metoder bør antakelig tas i bruk i større grad enn i dag, og modeller bør prøves ut før beslutning om nasjonal utbredelse.

Kunnskapen om behandling av kroniske sykdommer gjelder i hovedsak pasienter med bare én sykdom. Vi vet mye mindre om hvordan pasienter med flere sykdommer samtidig bør behandles. Når dette er sagt, er pasienter med mange sykdommer og legemidler nettopp hva vi finner i primærhelsetjenesten. Polyfarmasi innebærer betydelig risiko, økende med alder og multimorbiditet, og diagnosebaserte retningslinjer har ofte begrenset verdi ved gjennomføring av behandlingen. Behandling av pasienter med flere sykdommer krever derfor ofte personell med medisinsk breddekompetanse og erfaring. Høy

kompetanse og nært kjennskap til pasientens daglige situasjon og preferanser er vesentlig for det medisinske bidraget til helsevesenets omsorg.

Samarbeid og teamdannelse i primærhelsetjenesten er et utfordrende tema nasjonalt og internasjonalt. Det finnes gode lokale eksempler, men stor variasjon. Helsetjenesten framstår ofte som komplisert og lite brukervennlig til tross for ideologi, lov og forskrift. Organisatoriske og økonomiske grep virker å være utilstrekkelig som virkemidler. En klar ledelse av fagutviklingen synes nødvendig (5).

Professor Anders Grimsmo ved NTNU og medarbeidere har deltatt i det EU-ledede NEXES-prosjektet som studerte innføringen av «Integrated Care Services», støttet av elektronisk kommunikasjonsteknologi, i Spania, Hellas og Norge (Trondheimsområdet) (6). En viste i prosjektet at diagnosebaserte forløp ikke egner seg som grunnlag for pasientforløp utenfor sykehus, derimot en felles pasientsentrert forløpsbeskrivelse som inkluderer funksjonelle og sosiale sider ved pasientens situasjon (7). Arbeidet i Trondheim og fem nabokommuner viste at forløpsprogrammet for eldre pasienter har et potensial for å forbedre oppfølging i primærhelsetjenesten. Modellen krever imidlertid omfattende og vedvarende innsats på alle nivåer i organisasjonen.

Suksessfaktorer for endring er at kommuneledelsen er pådriver, at en oppnår støtte og engasjement hos alle faggrupper, praktisk tilrettelegging av arbeidsprosesser, og en stabil organisasjon uten store konkurrerende prioriteringer (8).

Kliniske mikrosystemer – «pasientens helsetjeneste»

James Brian Quinn, økonom fra Harvard, introduserte bruk av systemtenkning i organisasjonsutvikling, ledelse og kvalitetsutvikling. Han gjorde på 1970- og 80-tallet undersøkelser av serviceorganisasjoner som hadde vekst, popularitet og høyt overskudd. Han fant at disse organisasjonene hadde en konstant og tydelig konsentrasjon om det som skjer i møtet med kunden. Kvalitet, effektivitet, god service og tilpasning til kunden ble prioritert. Verdiskapningen i slike organisasjoner finner først og fremst sted nær kunden, i små enheter av ansatte. Denne minste enheten kalte Quinn «mikrosystem» (9).

Helsetjenesteforskningsmiljøet ved Dartmouth university i USA fattet interesse for Quinns arbeid.

De brukte begrepet på helsetjenester og beskrev et klinisk mikrosystem slik:

Et klinisk mikrosystem er en liten gjensidig avhengig gruppe som arbeider sammen for helsetjeneste til en spesifikk gruppe pasienter. Denne gruppen kan være del av en større organisasjon, eventuelt en enhet i denne. Et klinisk mikrosystem inkluderer, i tillegg til lege/sykepleier, andre klinikere, noe administrativ støtte og et begrenset antall pasienter, med informasjon/informasjons teknologi som viktig støttefunksjon (10).

Gruppen studerte amerikanske helsevirksomheter for å identifisere suksessfaktorene. Det ble brukt kvalitative og kvantitative metoder, hvor resultatdata fra virksomhetene ble analysert. De fant følgende nøkkelkarakteristika bak gode resultater (9):

- Lederskap/organisasjonsstøtte skal først og fremst peke på mål og forventninger, fremme klare verdier/mål, og løfte fram mikrosystemet i den større organisasjonen
- Effektivt samarbeid skjer oftest i grupper som har elastisitet (resiliens) – karakterisert av tillit til andres oppfatninger og handlinger, ærlighet som gir andre utgangspunkt for å bruke egne observasjoner, og selvspekt.
- Investering i kvalitetsutvikling kreves (tid, tilrettelegging, veiledning)
- Utdanning, avklaring av roller, nettverksbygging og kompetanseheving er viktig
- Pasientsentrert praksis er grunnleggende; det er viktig å lytte, lære opp og sikre tilpasset informasjon, gi respons på ønsker, skape flyt i tjeneste, og utvikle samarbeid med samfunnet forøvrig
- Informasjonsflyt i mikrosystemet er vesentlig, forenklet av teknologi i flere ulike kanaler

Det ble konkludert at å bruke mikrosystem-metodene fra de beste serviceorganisasjonene utenfor helsetjenesten er nødvendig for å få til verdiskapning for pasientene.

Utvikling av kliniske mikrosystemer er sentralt i tenkningen i Institute of Health Care Improvement (IHI) i USA. IHI slår fast to parallelle oppgaver for helsetjenesten:

- Å yte god helsehjelp
 - Samtidig å arbeide for å forbedre tjenester
- IHI legger vekt på dokumentasjon av endring i arbeidsprosesser, ofte gjennom statistisk prosesskontroll som er en metode til å analysere variasjon i observasjoner. Tilfeldig variasjon kan skilles fra spesifikk variasjon som skyldes en påvirkning av systemet som studeres. Kontinuerlig

tilbakemelding til mikrosystemet brukes i forbedringsarbeidet.³

2.2 Bruk av kliniske mikrosystem i norsk kommunehelsetjeneste

Den norske primærhelsetjenesten har flere gode forutsetninger for utvikling av omsorgen for kronisk syke og funksjonshemmede gjennom denne modelltenkningen:

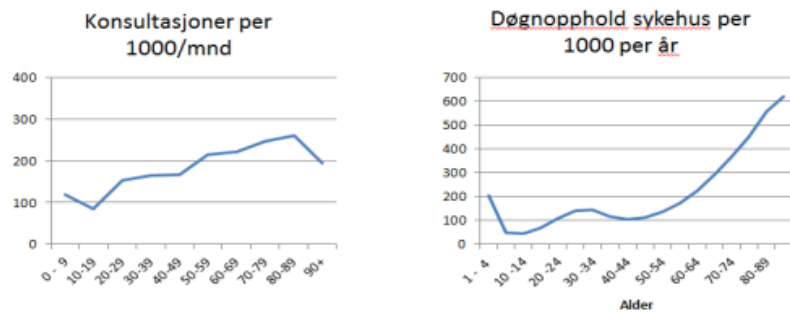
- De grunnleggende fagressursene er stort sett på plass overalt
- Nær 100 % av befolkningen er tilsluttet fastlegeordningen
- Fastlegene er mange steder de mest stabile aktørene i helsetjenestene. Kontinuitet i behandler-pasientforhold prioriteres av kronisk syke
- Det finnes oversikt i de kommunale tjenestene om pasientenes fastlegetilknytning
- Primærhelsetjenesten er en generalisttjeneste

Hindringer for utvikling av kliniske mikrosystemer er blant annet:

- Organisering av de kommunalt ledede tjenestene er stort sett områdebasert, mens fastlegetilknytning baseres på innbyggernes valg. Resultatet i store og mellomstore kommuner er ofte et komplisert nettverk mellom fagfolk. Dette gjør samarbeid praktisk vanskelig
- Fastlegene har i mange tilfeller behov for enklere struktur og bedre oversikt i arbeidet med de pasientene som trenger tverrfaglig samarbeid. Hovedgruppene er kronisk syke eldre, pasienter med rusavhengighet og/eller tung psykisk lidelse, psykisk utviklingshemmede og pasienter med annen funksjonshemming

³

http://www.ihc.org/education/WebTraining/OnDemand/Run_ControlCharts/Pages/default.aspx



Anders Grimsmo, Losbyseminaret 2012

Figur 1: Fastlegens oppfølging av eldre syke

- Det er påvist at de eldste innbyggerne har avtagende kontakt med fastlegen med økende alder (Se figur 1). Det antas at hjemmesykepleien overtar en vesentlig del av kontakten. Konsekvensene er bl.a. at oppfølging av legemiddeltilbudet til de eldste pasientene kan svikte
- Fagledelse er svakt utviklet i mange kommuner
- Avtaleverkene gir muligheter for samarbeid med næringsdrivende fastleger og fysioterapeuter, men er ofte svakt utnyttet (Les mer om dette i kapittel 9)
- Systematisk kvalitetsutvikling er ujevnt prioritert i tjenestene, både i fastlegeordningen og i de kommunalt drevne tjenestene

Hvis primærhelsemeldingens målsetninger skal møtes, trenger vi endring på disse områdene.

Konkret vil det innebære:

- At kommunene styrker fag- og administrativ ledelse for å utvikle lokalt tilpassede modeller for samarbeid. Eksempler på dette finnes i en rekke kommuner hvor en blant annet har lyktes i å skape systematisk samarbeid mellom fastleger og hjemmesykepleiere ved å redusere antall samarbeidsrelasjoner
- At utviklingsarbeidet trekker med relevante faggrupper og avtalefester arbeidsmåten
- At kommunen sikrer ledelse av samarbeidende grupper, slik at målsetninger, ansvarsavklaringer, gjensidig informasjon og møtepunkter blir ivaretatt. Ledelsen må sørge for at medisinsk faglige bidraget til samarbeidet får en tydelig plass
- At resultatene blir monitorert og diskutert med tanke på kontinuerlig forbedring

Gevinstene forventes å være:

- Bruk av mikrosystem-modell åpner for utvikling med minst mulig omorganisering av tjenesteapparatet ved å definere felles ansvar på tvers av tjenestene
- Bedret utnyttelse av tverrfaglig kompetanse i kommunen
- Modellen er fleksibel; deltakere kan gå inn og ut av gruppen når behov oppstår eller blir uaktuelle
- Styrking av pasientsikkerhet; spesielt med hensyn til systematikk i oppfølging, og forbedring av bruken av potente legemidler
- Selv om kommunen forventes å få økte oppgaver med spesialiserte problemer, beholdes generalisttilnærmingen. Mikroteamene kan trekke på spesialisert kompetanse der det er påkrevet, innenfor eller utenfor kommunen
- Samarbeid om krevende oppgaver kan styrke faggruppene, bygge identitet og bidra til stabilitet i bemanning. Kommunen får kunnskap om kvaliteten av tjenestene, og beslutningsgrunnlag for utviklingsplaner styrkes

KS og Kunnskapscenterets satsing på forbedring av forløp for hjemmesykepleiepasienter og rus/psykiatripasienter har pågått siden 2013 og har tatt i bruk deler av denne tenkningen, med utforming av lokale modeller som ledetråd., jfr. omtalen av NEXES prosjektet ovenfor.

Senter for kvalitet i legekontor (SKIL)⁴, som er startet opp av Legeforeningen, har engasjert seg i denne satsingen og ønsker fortsatt å styrke dette arbeidet. SKIL har tatt opp sikker legemiddelbruk ved polyfarmasi som et første forbedringsprogram som skal tilbys alle fastleger.

⁴ <http://www.skilnet.no/>

Populasjonsansvaret – et suksesselement i Fastlegeordningen som kan videreutvikles

Det er et viktig prinsipp i fastlegeordningen at den enkelte borger selv velger sin lege for seg og sine mindreårige barn. Fastlegen som velges får ved dette et rettslig ansvar for å gi allmennmedisinske tjenester til vedkommende. Det ansvaret fastlegen har for personene på sin liste kalles populasjonsansvaret. Dette har gitt mulighet for et system med en adresse for ansvar for pasientens allmennmedisinske helsetilbud.

Andre kommunale tjenester har ikke denne tilnærmingen. Helsestasjonene og pleie- og omsorgstjenesten gir for eksempel sitt tilbud basert på geografisk tilhørighet, mens NAV kommune tradisjonelt har vekslet mellom geografi eller fødselsdato. Fysioterapitjenesten tar oftest i mot pasienter basert på kapasitet/prioriteringer og faglig interesse uten andre føringer.

Et definert populasjonsansvar for flere aktører kan føre til bedre muligheter for både reell tverrfaglighet og strategisk ledelse av tjenestene. Det bør derfor utredes hvordan for eksempel helsesøstre, fysioterapeuter, jordmødre, spesialsykepleiere og psykologer/kommunale psykiske helsetilbud mm. kan inngå i en populasjonsansvarsmodell. Dette vil blant annet kunne styrke sårbare brukeres muligheter til å gjøre hensiktsmessige strategiske valg av sine behandlere i en teamorganisert helsetjeneste. Dette handler også om hvordan mikrosystemer best organiseres slik at tverrfaglig ansvar og effektive team kan dannes.

Fordelene med et samordnet populasjonsansvar kan være særlig store for funksjonshemmede, psykisk syke og kronisk somatisk syke og pleietrengende.

Litteratur:

1. Kopke S, McCleery J. Systematic reviews of case management: Too complex to manage? *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;1:ED000096.
2. Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;4:CD006560.
3. Starfield B. Family medicine should shape reform, not vice versa. *Fam Pract Manag.* 2009;16(4):6-7.
4. Starfield B. Toward international primary care reform. *CMAJ.* 2009;180(11):1091-2.
5. Batalden PB, Nelson EC, Mohr JJ, Godfrey MM, Huber TP, Kosnik L, et al. Microsystems in health care: Part 5. How leaders are leading. *Jt Comm J Qual Saf.* 2003;29(6):297-308.
6. Hernandez C, Alonso A, Garcia-Aymerich J, Grimsmo A, Vontetsianos T, Garcia Cuyas F, et al. Integrated care services: lessons learned from the deployment of the NEXES project. *Int J Integr Care.* 2015;15:e006.
7. Rosstad T, Garasen H, Steinsbekk A, Sletvold O, Grimsmo A. Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:121.
8. Rosstad T, Garasen H, Steinsbekk A, Haland E, Kristoffersen L, Grimsmo A. Implementing a care pathway for elderly patients, a comparative qualitative process evaluation in primary care. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:86.
9. Mohr J, Batalden P, Barach P. Integrating patient safety into the clinical microsystem. *Qual Saf Health Care.* 2004;13 Suppl 2:ii34-8.
10. Nelson EC, Godfrey MM, Batalden PB, Berry SA, Bothe AE, Jr., McKinley KE, et al. Clinical microsystems, part 1. The building blocks of health systems. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2008;34(7):367-78.

3 Pasient-legerelasjonen

Pasient-legerelasjonen er et gammelt, viktig, sammensatt og komplekst konsept. Mange har stilt spørsmål ved betydningen av denne relasjonen, og den har derfor vært utsatt for forskning, både nasjonalt og internasjonalt.

Pasient-legeforholdet inngår i en større kontekstuell ramme, og utforming og resultat er avhengig av nasjonale forhold og helsetjenestens struktur. Det kan derfor være vanskelig å overføre forskningsresultater fra en kultur til en annen. Eksempelvis er helsetjenesten i USA i stor grad styrt av markedstenkning, og dette kommer blant annet til uttrykk i en generell motstand mot allmennlegens portvaktfunksjon. Slike kulturelle forskjeller er viktige å ta hensyn til når forskningsdata analyseres.

Bakgrunn

Kontinuitet er en viktig del av det terapeutiske lege-pasientforholdet. Internasjonalt var norsk forskning tidlig ute med å vise betydningen av kontinuitet i primærhelsetjenesten (1). Mye på denne bakgrunn ble fastlegeordningen etablert.

Legeforeningen gjennomførte i 1980-årene en større studie av pasienters erfaringer med leger, som resulterte i boken ”Medisinen som pedagogikk” (2). Her pekes det på en samfunnsutvikling også i vårt land som vil frembringe nye pasientgrupper med krav om økt markedstilgang, brukerfokus og økt tilgjengelighet. Dette er nå i ferd med å materialisere seg, hvilket kommer til uttrykk blant annet i stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten (3).

I England har det i noen tid vært en politisk styrt utvikling av primærhelsetjenesten fra å ha fokus på kontinuitet til å satse mer på tilgjengelighet, episodisk ansvar, og forebyggende arbeid (Direct Access, Quality and Outcomes Framework scheme) (4). I 2004 ble for eksempel pasienter ikke lenger registrert hos en fastlege, men hos en gruppepraksis, det ble et kollektivt ansvar. Praksisen fikk bare ansvar for pasienten på vanlig dagtid. Legevaktansvar ble overlatt til større enheter (Primary care trusts). Når slike føringer som økt tilgjengelighet og økt fokus på forebyggende arbeid blir tilført primærhelsetjenesten, uten at den samtidig får tilstrekkelige nye ressurser, går det som regel ut over svakere pasientgrupper og forhold som kontinuitet. Dette er nå i ferd med å endre den grunnleggende strukturen i engelsk allmennpraksis (4).

Mange deler av USAs helsevesen holder fast på markedsstyring og innsatsstyrt finansiering med stykkpris. Dette resulterer i mange små aktører og et meget fragmentert helsevesen (5). Fragmentert helsetjeneste vurderes nå som en av de største truslene i det amerikanske helsevesenet.

Det eksperimenteres derfor med ulike ”lokale” helsetjenestemodeller og private aktører, slik som Health Maintenance Organizations og Patient Centered Medical Homes (6).

Samtidig skjer det demografiske endringer i samfunnet. Vi dør ikke så ofte av våre sykdommer, vi lever videre med dem og kroniske sykdommer og multimorbiditet blir vanligere. Nye medisinske utfordringer oppstår i kjølvannet av dette, med økt behov for kontinuitet og koordinering av helsehjelp og omsorg.

Også forhold knyttet til yrkesutøveren endrer seg, med krav om sosialt akseptable arbeidsrammer og opprettholdelse av et meningsfylt arbeid innenfor en noenlunde regulert arbeidstid.

Samfunnets, pasienters og helsepersonellens forventninger og krav utgjør i sum en gordisk knute som har vist seg vanskelig å håndtere i praksis. Kontinuitet versus tilgjengelighet, helhetlig omsorg versus fragmentert helsetjeneste, personlig kontinuitet versus tverrfaglige grupper. Dette kan lett oppfattes som nærmest uløselige motsetninger. I mange land oppleves det nå en alvorlig svikt i rekruttering til faget allmennmedisin, mye på grunn av disse uløste spørsmålene. Helsetjenesteforskere og klinikere spør stadig oftere «*Primary care – will it survive?*» og «*Will anyone miss GPs when we go?*» (7,8)

Definisjon av kontinuitet

Sentralt i denne problemstillingen står begrepet kontinuitet. Hva er det? Er kontinuitet så viktig som allmennleger vil ha det til? De senere år har det vært forsket en god del på dette, men med ulike og tildels motstridende resultater. En av årsakene er mangel på en internasjonal entydig, akseptert definisjon. Nå har man etter hvert blitt enige om at kontinuitet er et sammensatt begrep med minst tre ulike komponenter, som overlapper og henger nært sammen (9):

Informasjonskontinuitet: Å muliggjøre bruk av kunnskap innhentet i en situasjon i en annen. Ofte

mundtlig fra en person til en annen eller skriftlig i form av journal, IKT. Kan være personuavhengig, benyttes ofte i teamarbeid.

Behandlingskontinuitet: Et konsistent og sammenhengende behandlingsforløp over tid og med ulike behandlere. Kan være knyttet til handlingsprogram, behandlingslinjer, pakkeforløp. Kontinuitet over faggrenser. Koordinasjon av behandling. Gatekeeper-rolle. "Case manager". Kan være personuavhengig. Primærhelseteam kan ivareta dette.

Personlig kontinuitet: En vedvarende terapeutisk relasjon mellom pasient og helsearbeider, og som strekker seg over ulike sykdomsperioder. Er et en-til-en personlig, relasjonelt forhold. "Min faste lege", "fastlegen" brukes ofte synonymt med dette i Norge, "longitudinal continuity" eller "relationship continuity" på engelsk.

I norsk og engelsk sammenheng er det særlig den personlige, relasjonelle komponenten det siktes til når begrepet kontinuitet brukes. Det er hva disse møtene kan føre til, nemlig kunnskap og kjennskap til hverandre og opplevelsen av tillit, tilhørighet og trygghet for pasienten, og en opplevelse av personlig ansvar for legen, som er de primære elementene i kontinuitet.

I en forskningssammenheng er kontinuitet i en eller annen form, utregnet ved en kontinuitetsindeks, som regel årsaksvariabelen. Mange ulike måter å utregne slike indekser har vært foreslått i litteraturen (10). Ulempene er at de som kan gi et rimelig godt objektivi mål ofte er kompliserte og det er vanskelig å innhente grunnlagsdataene, eller de er enkle og data kan innhentes fra datajournaler eller store, generelle datakilder, men er da ofte så grove og mangelfulle at de er til liten hjelp i en forskningssammenheng. I spørreskjemaer brukes ofte de subjektive begrepene "din faste lege" eller "den legen du vanligvis bruker" som årsaksvariabel. De ulike måtene å beregne indeksene kan gjøre det vanskelig å sammenlikne forskningsfunn (11).

Resultatvariablene er mange og til dels kulturelt betinget, sammensatte, komplekse, overlappende og avhengig av hverandre. Dette gjør også sammenlikninger vanskelige. Endringer i mortalitet, morbiditet, pasient-tilfredshet og helse-økonomi er resultatmål det særlig har vært forsket på i denne sammenheng. Mer spesifikt er det sett på tilfredshet, kommunikasjon, tillit, trygghet, tilgjengelighet, innvirkning på mortalitet, forbruk av helsetjenester, helsemodeller, samarbeid og teamarbeid. Denne forskningen viser ofte en samvariasjon mellom årsak og virkning, men kan sjelden påberope seg kausale sammenhenger.

Denne litteraturoversikten over kontinuitetsforskningen er ikke altdekkende, til det er feltet for omfattende og fragmentert, og består ofte av mindre, lokale undersøkelser. Denne oversikten har fokus på studier som er relevante for norske forhold, og om mulig nyere og større studier.

Tillit, trygghet, «Mandate of trust»

Tillit er grunnleggende i pasient-legeforholdet, det er nært knyttet til personlig kontinuitet. Personlig kontinuitet, kunnskap om hverandre som lege og pasient, opplevelse at den andre tar meg på alvor, tar ansvar, opplevelse av sterke hendelser sammen, kontinuitet over tid, er alle forhold som er med på å styrke tilliten. Dette krever nærhet, og det fordrer kontinuitet. Moderne forskning om kontinuitet og tillit bygger på moderne spillteori en anerkjent forskningsmetode i samfunnsvitenskapelige fag (12).

Det er ulike former for tillit. Det begynner ofte med «institusjonell tillit» til helsevesenet. Institusjonell trygghet bygger på generelle holdninger i lokalsamfunnet, i familien, tidligere egne helseopplevelser. Difi-undersøkelsen 2015 viser at nær 90 % av den norske befolkningen har stor eller svært stor tillit til fastlegeordningen og til sin fastlege (13). 4 % har liten eller ingen slik tillit. Det har vært lite endring i dette generelle tillitsforholdet de siste fem årene.

Denne institusjonelle tilliten er som regel tilstrekkelig for de enkle, klart definerte besøksårsaker, men ofte ikke nok for tillit til å åpne opp for de mer personlige eller private problemstillinger. Gjentatte besøk hos den samme legen gir mulighet for en mer spesifikk tillit til denne legen (14). En grunnleggende, personlig tillit (*secure trust*) utvikles over tid basert på hvordan tidligere hendelser har blitt møtt og hvilke forventninger pasienten har til de neste møtene. Pasienten vurderer hendelser både bakover og fremover når personlig tillit bygges (*mandate of trust*) (15).

Alt dette krever i større eller mindre grad kontinuitet både i person og tid. Dette er viktig når vi avveier kontinuitet mot tilgjengelighet. Over lengre tid er helsetjenesten, særlig i England dreiet over fra å fokusere på kontinuitet over mot tilgjengelighet, teamarbeid og episodisk ansvar. Da er det et åpent spørsmål om "The mandate of trust" lar seg overføre fra en fastlege til en "utsiftbar" fastlege eller en gruppe. Foreløpig forskning tyder på at dette er vanskelig.

I utvikling av trygg tillit virker det ikke som om pasientene ser på allmennlegen som "utsiftbar" over tid (16). «Min faste lege» er et personlig, verdiladet tillitsbegrep som ikke lett lar seg

overføre til nye aktører. Dette krever også en positiv innstilling fra legens side, og villighet til å ta på seg dette ansvaret, det er dermed en gjensidighet i begrepet (17).

Ny forskning viser en klar sammenheng mellom personlig kontinuitet og utvikling av tillit i pasient-legeforholdet (14). Økt tillit hos pasienten fører til signifikant økt selvrapportert behandlingsetterlevelse og pasientmedvirkning (18).

Tilfredshet

Kontinuitet og pasienttilfredshet er det området hvor det har vært forsket lengst og funnet mest entydige resultat. En norsk undersøkelse fra 1992, viser en klar sammenheng mellom kontinuitet og pasienttilfredshet (19). Dette er senere bekreftet internasjonalt i en rekke andre undersøkelser (20, 21). Kontinuitet er særlig verdsatt av kvinner, eldre og av dem med kroniske sykdommer (21). Denne tilfredsheten vedvarer og gjenspeiler seg i befolkningens og pasienters vurdering av norsk allmennmedisin.

Nye data fra Difi (Direktoratet for forvaltning og IKT) viser at befolkningen og pasienter er svært godt fornøyd med fastleger og med Fastlegeordningen (13). Vurderingen var i 2015 84 av 100 mulige poeng, og har vist en jevn, liten fremgang de siste årene (2010-14; fra 82 – 84 poeng). Dette gjelder tilfredshet med selve ordningen («global» tilfredshet), og med «min» fastlege (spesifikk tilfredshet). Brukerne er likevel misnøyd med tilgjengelighet, 23 % er misnøyd med ventetiden på telefon (ned fra 26 % i 2010), 18 % misnøyd med ventetid på time (ned fra 23 % i 2010).

Allmennlegenens tilfredshet med kontinuitet er det forsket mindre på, men en tidlig norsk undersøkelse peker på en klar sammenheng mellom kontinuitet og legetilfredshet (22). I Commonwealth Fund-rapportene 2009 og 2012 sammenliknes norske allmennlegers oppfatning av egne tjenester og opplevelsen av hvordan landets helsevesen fungerer (23). Dette blir sammenliknet med utsagn fra allmennleger i 10 andre land, inklusive Storbritannia og USA. De norske legene har et klart mer positivt syn på sitt lands helsetjenestesystem enn gjennomsnittet av legene fra de andre landene. Opplevelsen av at det norske systemet fungerer bra eller meget bra steg fra 56 % i 2009 til 61 % i 2012. I Storbritannia var tallene henholdsvis 47 % og 46 % og i USA sank det fra 17 % til 15 %.

87 % av de norske legene, 84 % av de engelske og 54 % av de amerikanske legene var fornøyd med sin jobb som allmennpraktiker. Disse tallene er ikke direkte knyttet til kontinuitet, men bør kunne betraktes som en god indikator siden de fleste

norske allmennlegene som har besvart undersøkelsen er fastleger med listeansvar.

Kommunikasjon

Det har vært postulert at kontinuitet påvirker kvaliteten av kommunikasjonen mellom pasient og lege. En amerikansk studie har sett nærmere på dette, hvor 4393 pasienter i Veterans Administration-helsesystemet ble fulgt over en toårsperiode. Undersøkelsen viser at i dette helsesystemet fører redusert kontinuitet til en markert og signifikant nedgang i kvaliteten av pasient-lege kommunikasjonen (24).

Sykelighet og dødelighet

Et annet viktig spørsmål er om kontinuitet innvirker på pasienters sykkelighet. Blir de raskere friske, eller er de syke lenger? Det underlige er at dette har det vært forsket lite på, i alle fall i form av større, gode studier. En litteraturstudie fra 2004 identifiserte 5070 artikler, men fant at bare 18 av disse var relevant forskning (25). 5 av studiene handlet om pasienter med kroniske sykdommer; astma og diabetes, men ingen av disse studiene er av spesielt høy kvalitet. Artikkelen konkluderte med at kontinuitet har en signifikant positiv assosiasjon med bedre helse hos pasienter med kronisk sykdom, men at tolkning for øvrig er vanskelig grunnet mangfoldet av metode.

Tilsvarende konklusjon ble gjort året etter i en annen stor og grundig oversiktsartikkel (26). Her fant man en klar og tydelig assosiasjon mellom personlig kontinuitet og forebyggende arbeid og reduksjon av sykehusinnleggelse.

I de senere år er det dukket opp spørsmål om kontinuitet også kan ha negative effekter. Et slikt spørsmål er om kontinuitet kan skape så kraftige bindinger i pasient-legeforholdet at den faglige, objektive dømmekraften svekkes. Dette kan være en medvirkende årsak til at kreftdiagnoser forsinkes (27). Dette er et viktig tema som det bør forskes mer på.

3.1 Helseøkonomi

De fleste effektstudiene handler om kontinuitet relatert til over- og underbruk av helseressurser. Dette gjelder spesielt bruk av legevakt og unødvendige innleggelse, men er også relatert til prosedyrer og medisiner. Dette er igjen ofte knyttet til helseøkonomi.

En norsk undersøkelse vurderte hvordan allmennlegens kunnskap om pasienten innvirket på legens bruk av ressurser, som tid, prosedyrer, innleggelse og sykemeldinger (28). Det ble funnet en klar sammenheng med kontinuitet og redusert bruk av ressurser.

I USA var det lenge tvetydige forskningsfunn knyttet til kontinuitet og kostnad ved kroniske sykdommer (29). En litteraturanalyse fra 2005 fant mange "småprosjekter"; 41 publikasjoner med 81 ulike resultatmål (26). 51 av disse var signifikante positivt relatert til kontinuitet, mens bare 2 var negativt assosiert. 20 studier omhandlet kontinuitet og kostnader, hvor 35 av 41 variable var assosiert med signifikant lavere kostnader. Konklusjonen var at store variasjoner i metode vanskeliggjorde sammenlikninger, men at det ble funnet en konsekvent positiv assosiasjon mellom kontinuitet og innsats på forebyggende arbeid i primærhelsetjenesten og mellom kontinuitet og redusert sannsynlighet for sykehusinnleggelser.

Senere er det publisert store undersøkelser som underbygger forholdet mellom kontinuitet og økonomi. De kjennetegnes av store datasett og bruk av administrative data både når det gjelder kontinuitet og effekt.

Forskere fra Harvard School of Public Health og fra The RAND Corporation publiserte i 2014 en større studie som vurderer sammenhengen mellom kontinuitet og kostnader, legevaktbesøk, sykehusinnleggelser og komplikasjoner blant ca. 300.000 Medicare pasienter med tre kroniske sykdommer som indeks-diagnoser; Hjertesvikt, KOLS og Type 2 diabetes (30). Man fant ved økt kontinuitet en klar og signifikant samvariasjon med lavere kostnad, bruk av legevakt, sykehusinnleggelser og komplikasjoner. For hver 0,1-enhet øking i kontinuitetsindeksen gikk kostnadene ned med 4,7% for hjertesvikt, 6,3% for KOLS og 5,1% for type 2 diabetes.

Grunnet de store kostnadene av komplikasjoner ved disse tilstandene og hvor vanlige de er i den eldre befolkningen, konkluderer forfatterne slik: «*Modest differences in care continuity for Medicare beneficiaries are associated with sizable differences in cost, use and complications*».

En annen studie publisert i 2015 omfatter 1,2 millioner Medicare pasienter over 65 år (31). Den gjennomsnittlige Medicare pasient i USA ser 2 allmennpraktikere og 5 spesialister i 4 ulike praksiser hvert år. Resultatvariabelen i denne studien var en predefinert nasjonalt akseptert liste over 19 prosedyrer (screening, diagnostiske, terapeutiske, monitorering) som har en tendens til å bli overforbrukt i helsesystemet. Forfatterne fant at høy kontinuitet var signifikant assosiert med en lavere sannsynlighet for å utføre 9 av de 19 prosedyrene. Forfatterne konkluderer med at økt kontinuitet (og nedsatt fragmentering) har en klar signifikant assosiasjon til redusert overforbruk av prosedyrer.

En storundersøkelse publisert i 2015 ser på sammenhengen mellom kontinuitet og unødvendige innleggelser (kunne vært forebygget eller unngått) hos 3,2 millioner Medicare pasienter (32). Hver pasient hadde 4 eller flere polikliniske visitter i 2008, og ble fulgt over en 2-årsperiode. En nasjonalt akseptert, predefinert liste over 13 ulike kategorier sykehusinnleggelser som kunne vært unngått med adekvat poliklinisk helsetjeneste var resultatvariabelen.

13 % av de 3,2 millioner pasientene hadde "forebyggbare" innleggelser i observasjonsperioden (25 % hjertesvikt, 23 % bakteriell pneumoni, 15 % urinvegsinfeksjoner, 13 % KOLS). En 0,1 økning i kontinuitet var assosiert med en 2 % lavere rate med unødvendige sykehusinnleggelser. Klar konklusjon; kontinuitet gir signifikant færre unødvendige innleggelser og tilsvarende økonomiske besparelser.

En undersøkelse fra Taiwan publisert i 2010 viser at høy kontinuitet der var assosiert med en 60 % risiko-reduksjon for unødvendig innleggelse (33).

En norsk studie har sett på sammenhengen mellom kontinuitet, pasienttilfredshet og sykehusinnleggelser (34). Den benytter Nasjonalt pasientregister når det gjelder bruk av helsetjenester og TNS Gallups nasjonale undersøkelser 1995-98 og konstruerer en tilfredshetsindikator (subjektiv) vedrørende «sin» fastlege («den legen du vanligvis bruker»). Bedre tilfredshet med fastlegen viste en klar sammenheng med færre innleggelser på somatiske sykehus. Forfatterne konkluderer slik:

«A reasonable interpretation is that a well-developed primary physician service, where patients feel very secure with the doctor they use, contributes to reduced use of hospital services, in the form of fewer admissions».

En Cochrane-studie fra 2014 ser på primærhelsetjenestens bruk av andrelinjens akutfunksjoner (legevakt n=24 studier, akutte sykehus-innleggelser n=22 studier) (35). Konklusjon:

“Being able to see the same health care professional reduced unscheduled secondary care. ... there is evidence that continuity of care is associated with reduced emergency department attendance and emergency hospital admissions”.

En interessant observasjon er gjort i en studie av allmennlegens innvirkning på akuttinnleggelser i England, og hvilken praktiske og økonomisk konsekvens dette kan ha:

“highlighted how small shifts in the proportion of patients with urgent conditions who use primary

rather than secondary care could have a large impact on secondary care” (36).

Et annet og høyst aktuelt område omhandler kontinuitet, eldre og multimorbiditet. En nylig analyseartikkel i BMJ etterspør «Better management of patients with multimorbidity» (37). Forfatterne hevder at prinsippene bak behandlingskontinuitet, med ofte rigide behandlingsprogram og samarbeid med flere mennesker involvert er mindre egnet for denne voksende pasientgruppen. Det som særlig trengs er tid, personlig kontakt og klinisk skjønn og ansvar. Dette er alle egenskaper som knyttes til personlig kontinuitet, og som bør knyttes til en primærlege, det være seg allmennpraktiker, sykehjemslege eller geriater (37).

En annen tankevekkende amerikansk studie er nylig publisert (38). Man vurderte her 12.000 eldre, hver med tre eller flere kroniske sykdommer. Alle var med i Kaiser Permanente Colorado, et stort privat helseforetak med integrerte helsetjenester, samarbeid og god felles informasjons-kontinuitet (IKT). Konklusjonen i denne studien er ganske entydig i at også i et helsesystem med høy informasjons- og behandlingskontinuitet er personlig kontinuitet signifikant og uavhengig assosiert med lavere bruk av legevakt og sykehus for pasienter med multimorbiditet.

3.2 Kvalitet

En viktig del av diskusjonen omkring kontinuitet er om den medfører en “monopolisering” av pasientene og vanskeliggjør tilgang til spesialisthelsetjenesten. Er det faglige arbeidet til primærlegene godt nok sammenliknet med spesialister? Viktig og internasjonalt kontroversielt er også portvaktfunksjonen. Alt dette er direkte eller indirekte knyttet til kontinuitetsbegrepet og helhetlig omsorg.

En mye sitert litteraturstudie fra 2007 vurderte dette (39). Det ble gjort nøye sammenlikning av resultatvariablene i 49 studier som så på behandling gitt av allmennpraktiker og spesialist. Spesielt var det studier som omhandlet hjerte-kar og diabetes. De fant at funnene i undersøkelsen samlet favoriserte behandling hos spesialist. Studien har metodologiske svakheter med validitet og generaliserbarhet, særlig siden den bare så på studier relatert til pasienter med enkeltlidelser. Dette «favoriserer» spesialistene i de respektive fagene (silotenking), og gjenspeilte ikke den reelle kliniske hverdagen med multimorbiditet, særlig hos eldre pasienter.

En nyere oversiktsartikkel fra Nederland vurderer 22 forskningsartikler som omhandler behandlingskvaliteten hos henholdsvis allmennpraktiker og spesialist ved indeks-

diagnosene leddgikt, diabetes og Cystisk fibrose (40). De konkluderte med at funnene ikke tydet på noen bedre behandling hos spesialistene. Samtidig sier forfatterne at det er vanskelig å trekke noen konklusjoner om forskjeller eller likeverdighet, da alle studiene som de fant i verdenslitteraturen er ganske uensartet både i forskningsspørsmål og design.

Det er viktig å bemerke at ingen av disse to, store metaanalysene ser på mentale helseproblemer. Det er få slike studier publisert, men en kanadisk undersøkelse publisert i 2007 fant ingen forskjell i effekten av mental helsehjelp gitt av allmennlege eller av psykiatrisk helsetjeneste (41).

3.3 Tilgjengelighet

De aller fleste brukere ønsker kontinuitet, isolert sett. Utdringene kommer når kontinuitet settes opp mot andre hensyn som omkostninger, tilgjengelighet og direkte tilgang til spesialist.

Undersøkelser viser da at kontinuitet fremdeles verdsettes høyt, men ikke like mye av alle, eller hele tiden. Noen foretrekker rask tilgang til helsehjelp i noen situasjoner, og vektlegger personlig kontinuitet i andre. Dette innebærer at allmennhelsetjenesten bør ha fleksible ordninger som både ivaretar kontinuitet og en rimelig rask, god tilgjengelighet. Dette er en vanskelig balansegang, som de fleste helsesystemer strever med å løse, også i vårt land (3). En ny, større engelsk undersøkelse er aktuell også for norske forhold; «Do English patients want continuity of care, and do they receive it?» (21).

Dette er en stor, oppdatert, representativ, postal undersøkelse sendt til 5,5 millioner individer over hele England, med 2,2 millioner respondenter og 8362 allmennpraksiser var representert. Studien er en del av English General Practitioner Patient Survey (GPPS). Responsraten på 39 % er relativt lav, men grunnet det store antall respondenter lar den seg analysere på relativt mange variabler. Ordlyden av spørsmålene og meningsinnholdet kan med rimelighet tolkes også under norske forhold, siden helsesystemene våre er ganske like.

Målsetting var å få vite hvor stor andel av pasienter som oppsøker engelsk allmennpraksis som uttrykker ønske om å se en bestemt allmennlege (setter kontinuitet øverst på prioriteringslisten) og å få vite hvor stor andel av de som ønsker konsultasjon hos en fast lege oppnår dette i dagens system.

Resultat: 62 % av alle respondentene uttrykte ønske om konsultasjoner med en bestemt allmennlege (kvinner 68 %, menn 56 %), (alder 52 % for aldersgruppe 18-24 år, 81 % i aldersgruppe 75-84) (kroniske sykdommer 77 %) (pasienter som bare

har bestilt ikke-øyeblikkelig hjelp timer siste halve året 68 %, de som bare hadde bestilt øyeblikkelig hjelp timer siste halve året 58 %).

Av disse 62 % oppnådde 72 % å få time med den ønskede allmennlegen hver gang, eller nesten alltid. Sannsynligheten for å se sin faste lege gikk noe ned med økende gruppestørrelse av den praksisen de tilhørte, 77 % for to-legepraksis til 69 % i praksiser med 10 eller flere leger).

Konklusjon: Om lag to-tredeler av engelske pasienter har et ønske om å ha en fast lege (klar majoritet) og om lag tre-firedeler av disse får sin preferanse oppfylt hele eller mesteparten av tiden. Dette er positivt og regnes fremdeles som en kvalitetsfaktor i engelsk helsevesen. Samtidig sees det som et klart faresignal at 1/4 av de pasientene som ønsket det har vansker med å oppnå kontinuitet det meste av tiden.

Det er altså ikke de pasientene som ønsker tilgjengelighet fremfor kontinuitet som nå er utfordringen, men de som ønsker kontinuitet og ikke oppnår det, da spesielt eldre, kvinner, kronikere og pasienter med multimorbiditet. Dette oppleves av mange som en systemsvikt hvor det settes for mye fokus på tilgjengelighet, tilknytning til praksiser og samarbeid på bekostning av kontinuitet (4). Organisatorisk tilrettelegging etterspørres.

3.4 Team

Fragmentering av helsetjenester fører ofte til frustrasjon både blant pasienter, pårørende og helsearbeidere (42). Hva ligger i denne utfordringen? Er ikke grupperettet primærhelsetjeneste løsningen på det meste? Ansvar flyttes fra fastlegen til en tverrfaglig gruppe, presset på den enkelte lege lettes og tilgjengelighet, tverrfaglighet og brukervedvirkning øker. Informasjons- og behandlingskontinuitet kan ivaretas av teamet.

I USA er særlig to modeller tatt i bruk; Patient centered medical home og Chronic care model; begge basert på helhetlig omsorg og større bruk av team, med økt informasjons- og behandlingskontinuitet, men mindre personlig kontinuitet (5). I England er modellen at pasienten ikke lenger knyttes til en fastlege, men til en gruppepraksis.

I Norge signaliserer stortingsmeldingen klare intensjoner om utstrakt bruk av primærhelseteam, og hvor leger ikke nødvendigvis vil ha en sentral rolle. Disse modellene kan virke besnærende, men samtidig reiser spørsmålene;

- Hvor blir det av den personlige komponenten med tillit og trygghet som mange av pasientene

ønsker?

- Svekker et team med flere medarbeidere pasientens opplevelse og tilfredshet med sin primærhelsekontakt?
- Hvordan kan fordelene ved personlig kontinuitet eventuelt trekkes inn i, utnyttes og beholdes i tverrfaglige team?
- Hvordan best organiserer en slik struktur uten samtidig å ødelegge de positive effektene av den personlige kontinuiteten?

Spørsmålene er mange, vanskeligheten er at vi vet for lite om hvordan grupper og teamarbeid fungerer i medisinen generelt, og i primærhelsetjenesten spesielt. Det finnes spredt forskning på emnet, men foreløpig er dette i all hovedsak relativt små undersøkelser, lokalt forankret og med sprikende funn.

Et unntak er en stor og viktig undersøkelse publisert i Medical Care i 2007 (43). Den tar for seg virkningen av flerfaglige primærhelseteam på pasienters vurdering av tjenestens tilgjengelighet, samarbeid og koordinering og opplevd kvalitet av lege-pasientforholdet. Undersøkelsen er gjort i et større helsesystem i USA i 2004-05, og med 145 allmennleger involvert. Resultatvariablene er basert på månedlige tilbakemeldinger via et godt validert, skjema (ACES) som ser på opplevd pasientkvalitet i ni forskjellige områder i lege-pasientforholdet. Årsaksvariablene er tatt fra administrative data og fire ulike kontinuitetsindekser er beregnet. Det var om lag 15.000 respondenter med to eller flere primærlegevisitter i studieperioden. Hver konsultasjon ble registrert som «med fastlegen», med «teamet til fastlegen» eller med «helsearbeider utenfor teamet».

Funnene bekrefter tidligere forskning med at pasientene verdsetter å se den samme legen (kontinuitet), dette gjenspeiles i de fleste av de ni områdene og er med på å forklare hvorfor kontinuitet er assosiert med bedre helse, helseøkonomi og pasienttilfredshet. Dette ble av forfatterne forklart med at pasientene opplevde bedre kommunikasjon med primærlegen, hadde bedre felles kunnskapsbase om hverandre og at det var bedre koordinasjon av nødvendige helsetjenester over tid.

Et spesielt funn i undersøkelsen er at konsultasjoner med andre enn fastlegen, selv teammedlemmer i primærhelseteamet, har en tendens til å ha en negativ innvirkning på pasientens opplevelse av konsultasjonen. Dette kan tolkes som om teamarbeid er ødeleggende for pasient-legeforholdet. Men kanskje er det heller slik at det er hvordan pasienten opplevde dette teamarbeidet som er det utslagsgivende og ikke teamarbeidet i seg selv (44).

Store grupper eller team oppleves lett som anonyme, upersonlige eller ukoordinerte, også av pasienter. Det blir fort fragmentert omsorg i flerfaglige team (43). Hierarkisk oppbygging av teamet kan være ødeleggende, men legens medisinskfaglige ansvar og ledelse må være klar. Hvis roller blir overlappende og det er uklare linjer, er det duket for problemer.

Internasjonalt diskuterer derfor nå fagfolk og helsepolitikere opprettelsen av mindre grupper sentrert rundt fastlegen, i tillegg til eller istedenfor større primærhelseteam (4,6,45,46). En slik modell arbeider allmennlegen fast med en annen helsearbeider i et partnerskap eller «dyade» (4). En dyade holder sammen som partnere selv der hvor det er flere leger i samme praksis. Vedkommende har mye av «ansvaret» for pasienten før og etter konsultasjonene, og er med i konsultasjonen, der det er relevant. Legen har hele tiden det overordnede ansvaret. En annen artikkel innfører begrepet «Teamlets» eller «Microteams» som er mindre primærhelseteam hvor den personlige kontinuiteten forsøkes ivarett (45). Andre argumenterer for mer fundamentale endringer i primærhelsetjenesten med innføring av større «Highly functioning health care teams» (HFHCT) som sees mer på som en interprofesjonell og pasientsentrert samarbeidsmodell (46) – ikke ulikt primærhelseteamet foreslått i stortingsmeldingen. Et av hovedelementene er en praksis bestående av «lege-ledet team» som har felles pasienter. En hovedutfordring er å gå fra «mine pasienter» til «våre pasienter». En slik modell riper dypt inn i legers identitet, og vil kreve mye nytenking, planlegging, og omlegging helt ned til grunnutdanningen av leger.

Andre nye måter å organisere helsetjenesten på er forsøkene med «Patient Centered Medical Homes». Dette er større praksiser, helsesentra hvor mange funksjoner er samlet. Disse prøves nå ut flere steder i verden, men nye utfordringer i form av manglende kontinuitet og kostnader gjør fremtiden usikker (5,46).

Foreløpig er det få forskningsresultater knyttet til kontinuitet og de nye måtene å organisere helsetjenesten på, men paradoksalt nok kan en bredere og mer teamorganisert primærhelsetjeneste kanskje fremstå som mer fragmentert for brukerne.

Litteratur:

1. Hjortdahl P. Ideology and reality of continuity of care. *Family Medicine* 1990; 22: 22: 361-4.
2. Berg O, Hjortdahl P. Medisinen som pedagogikk. En studie av pasienters erfaringer med leger. Oslo: Universitetsforlaget, 1994.
3. Meld. St. 26 (2014-2015) Stortingsmeldingen.

Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Helse- og omsorgsdepartementet.

4. Freeman G. Progress with relationship continuity 2012, a British perspective. *Int J Integr Care* 2012; 12: 1-6.
5. De Brantes F, Rosenthal M, Painter M. Building a bridge from fragmentation to accountability – The Prometheus payment model. *N Engl J Med* 2009; 36: 1033-6.
6. Saba G, Villela T, Chen E et al. The myth of the lone physician: toward a collaborative alternative. *Ann Fam Med* 2012;10:169-73.
7. Bodenheimer T. Primary care – will it survive? *N Engl J Med* 2006; 355: 861-4.
8. Sara Ritchie. Will anyone miss GPs when we go? *The Guardian* 26. Feb 2015. <http://www.theguardian.com/healthcare-network/views-from-the-nhs-frontline/2015/jan/26/gps-breaking-point-general-practice-fail-privatisation> (30.10.2015)
9. Freeman G, Hughes J. Continuity of care and the patient experience. London: The King's Fund 2010.
10. Jee S, Cabana M. Indices for continuity of care: a systematic review of the literature. *Medical Care Research Review* 2006; 63: 158-88.
11. Pollack C, Hussey P, Rudin R et al. Measuring care continuity. A comparison of claims-based methods. *Medical Care* 2013; 1:1-5.
12. Riva S, Antonietti A, Pravettoni G. How to define trust in medical consultations? A new perspective with the Game theory approach. *Global J Research Analysis* 2014; 3: 76-8.
13. Innbyggerundersøkelsen 2015. Direktorat for forvaltning og IKT. (Difi) 2015. <https://www.difi.no/rapporter-og-undersokelser/statistikk-og-undersokelser/innbyggerundersokelsen-2015> (30.09.2015)
14. Tarrant C, Dixon-Woods M, Colman A et al. Continuity and trust in primary care: a qualitative study informed by game theory. *Ann Fam Med* 2010; 8: 440-6.
15. Skirbekk H, Middelthon A-L, Hjortdahl P et al. (2011). Mandates of trust in the doctor-patient relationship. *Qualitative Health Research* 2011; 21: 1182- 90.
16. Croker J, Swancutt D, Roberts M et al. Factors affecting patients' trust and confidence in GPs: evidence from the English national GP patient survey. *BMJ Open* 2013; 3-8.
17. Hjortdahl P. Continuity of care: General practitioners' knowledge about and sense of

- responsibility toward their patients. *Family Practice* 1992; 9: 3-8.
18. Baker R, Mainous A, Gray D et al. Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctors and patient satisfaction with consultations with family doctors. *Scan J Prim Health Care* 2003; 21: 27-32.
 19. Hjortdahl P, Lærum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ* 1992; 304(6837): 1287-90.
 20. Turner D, Tarrant C, Windridge K et al. Do patients value continuity of care in general practice? An investigation using stated preference discrete choice experiments. *J Health Serv Res Policy* 2007; 12: 132-7.
 21. Aboulghate A, Abel G, Elliot M et al. Do English patients want continuity of care, and do they receive it? *B J Gen Pract* 2012; DOI: 10.3399/bjgp12X653624.
 22. Hjortdahl P. Ideology and reality of continuity of care. *Family Medicine* 1990; 22: 361-4.
 23. Haugum M, Bjertnæs Ø, Iversen H, Lindahl A et al. Commonwealth Fund-undersøkelse blant allmennleger i 10 land: norske resultater i 2012 og utvikling siden 2009. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 11 – 2012. Oslo 2012.
 24. Katz D, McCoy K, Sarrazin M. Does improved continuity of primary care affect clinician-patient communication in VA? *J Gen Intern Med* 2013; 29: 682-8.
 25. Cabana M, Jee S. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract* 2004; 53: 974-80.
 26. Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med* 2005; 3: 159-66.
 27. Vedsted P, Olesen F. Are there serious problems in cancer survival partly rooted in gatekeeper principles: an ecological study. *Br J Gen Pract* 2011; 61: 512-3.
 28. Hjortdahl P, Borchgrevink C. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *BMJ* 1991; 303: 1191-4.
 29. Peikes D, Chen A, Shore J et al. Effects of care coordination on hospitalization, quality of care and health care expenditures among Medicare beneficiaries: 15 randomized trials. *JAMA* 2009; 301: 603-18.
 30. Hussey P, Schneider E, Rudin R et al. Continuity and the costs of care for chronic disease. *JAMA Intern Med* 2014; 174: 742-8.
 31. Romano M, Segal J, Pollack C. The association between continuity of care and the overuse of medical procedures. *JAMA Intern Med* 2015; 175: 1148-54.
 32. Nyweide D, Anthony D, Bynum J, et al. Continuity of care and the risk of preventable hospitalization in older adults. *JAMA Intern Med* 2015; 173: 1879-85.
 33. Cheng S-H, Chen C-C, Hou Y-F. A longitudinal examination of continuity of care and avoidable hospitalizations: evidence from a universal coverage health care system. *Arch Internal Med* 2010; 170: 1671-7.
 34. Carlsen F, Grytten J, Kjølvik J et al. Better primary physician services lead to fewer hospital admissions. *Eur J Health Econ.* 2007; 8: 17-24.
 35. Huntley A, Lasserson D, Why L et al. Which features of primary care affect unscheduled secondary care use? A systematic review. *BMJ Open* 2014; 4:e004746. Doi:10.1136/bmjopen-2013-004746.
 36. Bankart M, Baker R, Rashid A et al. Characteristics of general practices associated with emergency admission rates to hospitals: a cross-sectional study. *Emerg Med J* 2011; 28: 558-63.
 37. Roland M, Paddison C. Better management of patients with multimorbidity. *BMJ* 2013; 346: 1-4.
 38. Bayliss E, Ellis J, Shoup J et al. Effect of continuity of care on hospital utilization for seniors with multiple medical conditions in an integrated health care system. *Annals Fam Med* 2015; 13: 123-9.
 39. Smetana G, Landon B, Bindman A et al. A comparison of outcomes resulting from generalist vs specialist care for a single discrete medical condition: a systematic review and methodologic critique. *Archives Internal Medicine* 2007; 167: 10-20.
 40. Post P, Wittenberg J, Burgers J. Do specialised centers and specialists produce better outcomes for patients with chronic diseases than primary care generalists? A systematic review. *Internat J Qual Health Care* 2009; 21: 387-96.
 41. Wang J, Patten S. Perceived effectiveness of mental health care given by primary care physicians and mental health specialists. *Psychosomatics* 2007; 48: 123-7.
 42. Bodenheimer T. Coordinating care – A perilous journey through the health care system. *N Engl J Med* 2008; 358: 1061-71.
 43. Roderiguez H, Rogers W, Marshal R et al. Multidisciplinary primary care teams: effect on

the quality of clinician-patient interactions and organizational features of care. *Medical Care* 2007; 45: 19-27.

44. Wagner E, Reid R. Are continuity of care and teamwork incompatible? *Medical Care* 2007; 45: 6-7.
45. Willard-Grace R, Hessler D, Rogers E et al

Team structure and culture are associated with lower burnout in primary care. *J Am Board Fam Med* 2014; 27: 229-38.

46. Saba G, Vilella T, Chen E et al. The myth of the lone physician: toward a collaborative alternative. *Ann Fam Med* 2012; 10:169-73.

4 Ungdom og helsetjenesten i kommunen

St. meld. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, behandler hele helsetjenesten i førstelinjen. Styrken ved meldingen er blant annet satsing på bærekraftperspektivet og oppmerksomhet om forebygging og tidlig innsats. Svakheter er manglende forankring i primærhelsetjenesten, mangel på nytenkning og mangel på primærmedisinsk forskning.

Ungdomshelsearbeidet foregår på forskjellige arenaer. Primærleger deltar i dette arbeidet på fastlegekontoret, i skolehelsetjenesten og på helsestasjon for ungdom. På alle arenaer kan det tverrfaglige samarbeidet bli bedre. Kunnskap om hva som virker må utvikles og spres til de som leder tjenesten og de som møter brukerne.

Manglende forskningsbasert kunnskap er en stor utfordring innenfor ungdomshelse og ungdomsmedisin. Helseutfordringer som rammer de store ungdomsgruppene er angst, depresjon, helsebetinget dropout fra skole og marginalisering i arbeidslivet. Det er behov for mer kunnskap om hvordan helsetjenesten best kan hjelpe ungdom.

Forskningsmidler til primærmedisinsk pasientnær forskning på unges helse er veldig begrenset selv om helseeffekten for hver forskningskrone er vurdert å være høyere både umiddelbart og i et livstidsperspektiv (1).

Noen kommentarer til stortingsmeldingens omtale av ungdomshelse

Bærekraftprinsippet er grundig understreket og er spesielt meningsfullt når det gjelder ungdom. Mange av de store helseutfordringene er knyttet til de første to tiårene i livet (2, 3). Stortingsmeldingen beskriver ungdom som en strategisk aldersgruppe. Sammenhengen mellom depresjon hos ungdom, dropout i skole og senere marginalisering i arbeidslivet er et godt dokumentert eksempel (4).

Fastlegens medisinske rolle overfor ungdom er lite beskrevet i meldingen. Dette til tross for at fastlegekontoret er en viktig arena hvor ungdom søker hjelp. Ungdom konsulterer fastlegene 1.7 - 2 millioner ganger årlig (5). I tillegg konsulterer årlig 225 000 unge kommunal legevakt (s.42 i stortingsmeldingen) og anslagsvis 850 000 unge kontakter lege på telefon eller via internett.

Innleggelse og etterbehandling av barn og ungdom skjer hovedsakelig hos eller via fastlegen. Åpningstider og tilgjengelighet til andre ungdomsrettede helsetjenester i kommunene

(helsestasjon for ungdom, skolehelsetjeneste og kommunale psykiske helsetilbud) er, i de kommunene hvor tilbudene finnes, begrenset. Meldingen refererer til at ungdom selv rapporterer om en dårlig tilgjengelig tjeneste. Det finnes imidlertid ikke nasjonale aktivitetstall for disse tjenestenes tilbud til ungdom.

Fastlegekontoret er et lokalt lavterskeltilbud. Tidlig intervensjon hos fastlegen kan avlaste spesialisthelsetjenesten (1). Fastlegene har gode muligheter til å diagnostisere helseplager tidlig, til å gi effektive helsetilbud til ungdom og i effektiv samhandling. Fastlegetjenesten er en svært viktig del av det samlede helsetilbudet til ungdom, og bør være gratis.

Kroppslige plager Kroppslige plager gjør fastlegen til førstekontakt for flertallet av ungdom som utsettes for alvorlige psykososiale belastninger (8). Belastningene er assosiert med økt bruk av fastlegene (9, 10), og med økt sykkelighet, helsebetinget dropout i skolen og senere marginalisering (7, 8, 11). Fastlegens kontinuitet, kjennskap til familien og kliniske kompetanse synes å bidra til redusert sykkelighet og marginalisering (4).

I stortingsmeldingen refereres det for øvrig til Aarvolds studentoppgave fra 2008 (12) om hindringer ungdom opplever når de ønsker å søke hjelp hos fastlegen. Utgangspunktet for studien var at flertallet av ungdom oppgir fastlegen som førstevalg ved helseproblemer, og formålet var å undersøke fortsatt eksisterende hindringer for dette.

Blant hindringene Aarvold fant i sin undersøkelse var høye egenandeler hos legen og manglende kunnskap om fastlegens tilbud. Etter at studien ble gjennomført er egenandelsgrensen flyttet opp til 16 år. I stortingsmeldingen er det imidlertid ikke foreslått fritak for egenandeler for alderen 16 – 21 år. Egenandelene rammer ungdom med minst ressurser hardest. Fritak for egenandel til ungdom opp til 21 års alder er et viktig virkemiddel for å styrke tilgjengelighet til helsetjenester for unge.

En annen hindring som påpekes i Aarvolds studie er mangel på kunnskap om fastlegenes tilbud. Fastlege Svein Aarseth har i en studie undersøkt virkningen av å sende et informasjonsbrev til 16-åringer (13). Brevet informerte om at den unge ved 16-årsalder selv kan velge fastlege og belyste hva den unge kan søke hjelp for med konkrete eksempler. Resultatet var en økt, adekvat bruk av fastlegen sammenlignet med en kontrollgruppe. Funnet er signifikant for

gutter, det ble vist en trend for jenter og en utvisking av kjønnsforskjeller. Betydningen av å sende et informasjonsbrev til alle 16 åringer er ikke drøftet i stortingsmeldingen, men bør være en del av den videre debatten. Informasjonsbrev til 16 - åringer om fastlege og kommunens øvrige ungdomshelsetilbud bør bli et nasjonalt tiltak.

Legerollen og innholdet i legetilbudet i skolehelsetjenesten og på helsestasjon for ungdom er i det hele lite drøftet i stortingsmeldingen.

Det er i dag et stort behov for mer primærmedisinsk kunnskap om spesifikke helseutfordringer som spiseforstyrrelser (14), psykiske lidelser hos psykisk funksjonshemmede (15, 16), selvmord og selvmord (17). Kunnskapsbehovet er betydelig (18, 19). Tilsvarende gjelder for kunnskap om betydning av etnisk og kulturell bakgrunn. Bedre kompetanse vil gi mulighet for å stoppe sykdomsutvikling tidlig. Tidlig intervensjon vil kunne avlaste spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratets rapport «Helsetilbudet til ungdom og unge voksne» (24) gjennomført av konsulentbyrået Rambøll understreker potensialet for å bedre kvalitet og resultater. I stortingsmeldingen heter det på generelt grunnlag:

«Forskning viser at det er potensiale for å øke både kvaliteten og kostnadseffektiviteten ved å investere i tjenestene på primærnivået».

Investering i forskning og kunnskap om ungdoms helse er en forutsetning for å nå disse målene. Kunnskap om ungdom er ferskvare og må utvikles fortløpende. Rapporten «Helsetilbudet til ungdom og unge voksne» gjør rede for den brede kontakten unge har med sin fastlege. Det beskrives også at ungdom er fornøyd med tilbudet de får på helsestasjon for ungdom til tross for dårlig tilgjengelighet, og at ungdom opplever at det gis for dårlig offentlig informasjon om fastlegetilbudet både gjennom nasjonale nettsider⁵, og på kommunale nettsider.

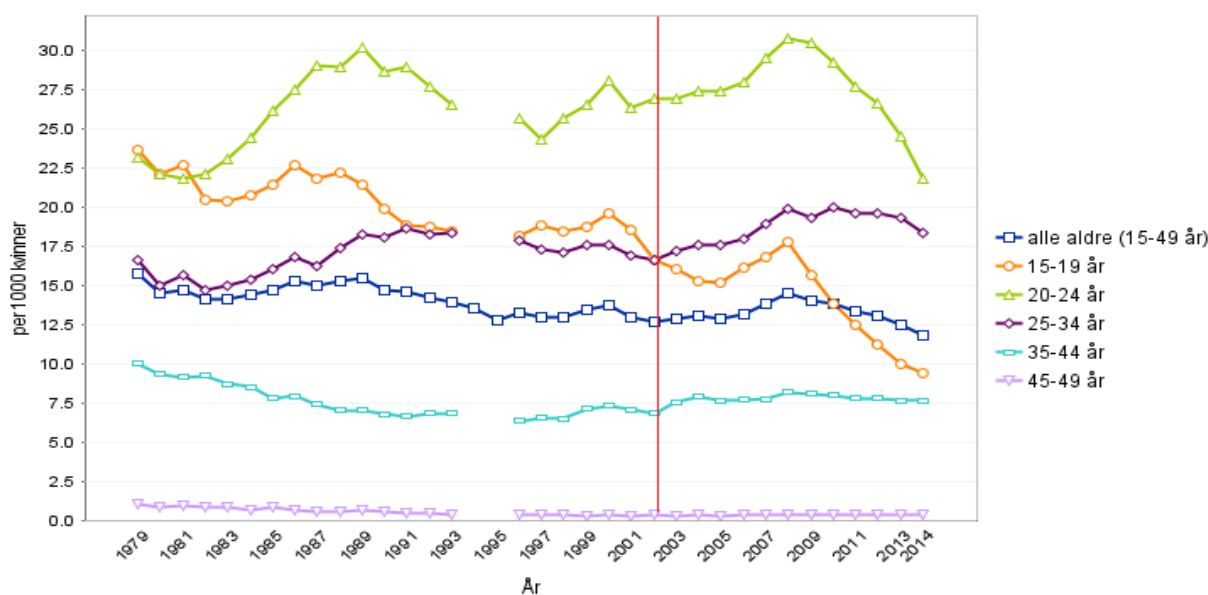
Det er i liten grad omtale av effekter av tiltak og behandling i stortingsmeldingen, med noen unntak. Meldingen beskriver blant annet en engelsk undersøkelse av et lavterskeltilbud; «Improved access to psychological therapies» (IAPT), og viser til at IAPT kan vise til gode resultater. Påstanden er vanskelig å ettergå. IAPT viser for eksempel ikke nedgang i bruk av medikamentell antidepressiv behandling (21). Opplegget i IAPT er at terapeuter med forskjellig fagbakgrunn får et kort kurs i kognitiv terapi. Kognitiv terapi tilbys så til pasienter med angst og depresjon. En annen engelsk undersøkelse gir holdepunkt for at klinisk erfaring

og mer omfattende opplæring er nødvendig for at kognitiv terapi skal ha effekt for pasientene (22). Folkehelseinstituttet gjennomfører for tiden en evaluering av en norsk variant av IAPT- «Rask psykisk helsehjelp».

4.1 Prevensjon og graviditet

Stortingsmeldingen omtaler i liten grad helsetilbudet knyttet til prevensjon, svangerskapsomsorg og svangerskapsavbrudd. Legeforeningen har funnet det riktig å vie dette viktige tjenesteområdet noe oppmerksomhet, både fordi det er viktig i et ungdomsmedisinsk perspektiv, og fordi det illustrerer et område hvor fragmentering av tjenestetilbudet over mange år har vært særlig tydelig.

⁵ <http://www.helfo.no>



Figur 2: Provosert abort i Norge 1979 – 2014. Kilde: Folkehelseinstituttet. (Vertikal rød strek markerer at p-piller ble gratis for kvinner mellom 16 og 19 år og at jordmødre og helsesøstre fikk forskrivningsrett for p-piller)

Prevensjon I Norge er p-piller fortsatt reseptbelagte. Fra 2002 ble det åpnet for at helsesøstre og jordmødre kan forskrive p-piller til kvinner i alderen 16-19 år. Fra samme år ble det innført en ordning med gratis p-piller for kvinner i samme aldersgrupper.

Skjeldestad gjorde i 2012 en gjennomgang av data fra reseptregisteret (25) av forskrivning av p-piller i perioden 2004-2008. Skjeldestads hovedfunn var:

- Leger står for to tredeler av foreskrivningen av hormonell prevensjon til jenter i aldersgruppen 16 – 19 år
- For jenter i alderen 17 – 18 år er helsesøster imidlertid den dominerende forskriver
- 79 % av kvinnene tok ut resept på hormonell prevensjon innen utgangen av det året de fylte 19 år

Helsesøstre har dermed fått en betydelig rolle som prevensjonsveileder gjennom sitt nærvær i skolehelsetjenesten, mens jordmødre forskriver prevensjonsmidler i langt mindre grad (25). Det er imidlertid intet samarbeid mellom helsesøster, jordmor og fastlege som sikrer at fastlegen blir kjent med forskrivningen, utover den informasjonen som nå er tilgjengelig i e-reseptsystemets reseptformidler.

Hvordan påvirkes de norske abort-tallene av nye strategier for tilgjengeliggjøring av prevensjon?

Det har vært hevdet i forskjellige sammenhenger at subsidiering av prevensjonsmidler og utvidelse av forskrivningsretten i Norge har ført til en nedgang i antallet provoserte aborter, slik det er vist i en rekke andre land (26).

Folkehelseinstituttet (FHI) forvalter det nasjonale abortregisteret og publiserer data fra dette på sine nettsider med regelmessige oppdateringer, senest oppdatert i mars 2015 (27).

Data fra FHI viser at fallet i aborttall for 15-19 - åringene har vært nokså kontinuerlig, med enkelte svingninger, fra 1979 og frem til i dag. I perioden 2000 til 2005 var det et raskt fall før det så stiger noe fra 2005, før et nytt fall kommer i 2008.

Fallet fra 2000 kan avspeile at innføring av fastlegeordningen ga unge kvinner bedre tilgang på legehjelp ved prevensjonsbehov. Når p-piller i 2002 blir subsidiert og tilgjengelige fra helsesøster og jordmor fortsetter fallet i uendret tempo. Norge har nå svært lave tall for tenåringsaborter, men det er noen få land som rapporterer noe lavere tall. Trolig er det summen av gode tilgjengelighetstiltak for prevensjon som har bidratt til lave aborttall hos norske tenåringsjenter.

Svangerskapsomsorg

Svangerskapsomsorgen gjelder i hovedsak kvinner som faller utenfor ungdomsbegrepet. Omsorgen illustrerer imidlertid mye av de samme utfordringer knyttet til manglende lokal samhandling mellom

helsestasjon og fastlege og er derfor omtalt i dette kapittelet.

Legeforeningen ønsker en styrket jordmor- og helsesøstertjeneste som samarbeider med fastlegene innenfor godt tilrettelagte modeller. Slik vil primærhelsetjenestetilbudet til både barn, unge og gravide få tilstrekkelig kvalitet og kapasitet, og oppleves som en sammenhengende tjeneste av befolkningen.

Det fødes årlig ca. 60.000 barn pr år i Norge. Helsedirektoratet anbefaler åtte kontroller i normale svangerskap (28). Fra HELFOs takstbruksundersøkelser er det kjent at allmennlegene i gjennomsnitt gjør 4 svangerskapskontroller pr. levendefødt barn, inklusive over 90 % av alle førstegangssvangerskapskontroller. Dette betyr at i gjennomsnitt er oppfølgingen av gravide i kommunehelsetjenesten likelig fordelt mellom fastleger og jordmødre.

Slik arbeidsfordeling er et resultat av politiske føringer om kvinners frihet til å velge hvor de ønsker sin medisinske oppfølging gjennom svangerskapet. Denne nasjonale modellen for arbeidsdeling har eksistert i 30 år uten at den på noe tidspunkt har vært fullt implementert. Ifølge tall fra Jordmorforbundet er 196 av landets kommuner – nær halvparten – uten jordmor i 2015⁶.

Det er heller ikke gjort nasjonale grep som understøtter et samarbeid mellom fastlege og jordmor, verken gjennom utvikling av elektronisk kommunikasjon i svangerskapsomsorgen eller samlokalisering eller samorganisering.

Den norske primærhelsetjenestens tilbud om svangerskaps- og barselsomsorg er fragmentert. Det foreligger et betydelig potensial for forbedring av kvalitet, effektivitet og brukeropplevelse hvis rammebetingelsene for samarbeid mellom helsesøstre, jordmødre og fastleger bedres. Samarbeid må bli både en mulighet og et krav.

Litteratur:

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457-502.
2. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many

of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine.* 1998;14(4):245-58.

3. Moreno M, Trainor ME. Adolescence extended: implications of new brain research on medicine and policy. *Acta Paediatr.* 2013;102(3):226-32.
4. Homlong L, Rosvold EO, Haavet OR. Can use of healthcare services among 15-16-year-olds predict an increased level of high school dropout? A longitudinal community study. *BMJ Open.* 2013;3(9):e003125.
5. Hetlevik O, Haug K, Gjesdal S. Young people and their GP: a register-based study of 1717 Norwegian GPs. *Family practice.* 2010;27(1):3-8.
6. Mauerhofer A, Berchtold A, Michaud PA, Suris JC. GPs' role in the detection of psychological problems of young people: a population-based study. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners.* 2009;59(566):e308-14.
7. Homlong L, Rosvold EO, Bruusgaard D, Lien L, Sagatun A, Haavet OR. A prospective population-based study of health complaints in adolescence and use of social welfare benefits in young adulthood. *Scand J Public Health.* 2015.
8. Haavet OR, Straand J, Saugstad OD, Grunfeld B. Illness and exposure to negative life experiences in adolescence: two sides of the same coin? A study of 15-year-olds in Oslo, Norway. *Acta Paediatr.* 2004;93(3):405-11.
9. Haavet O, Straand J, Saugstad O. Do negative life experiences predict the health-seeking behavior of adolescents? A study of 15- and 16-year-old students in Oslo, Norway. *Journal of Adolescent Health* 2005.
10. Homlong L, Rosvold EO, Sagatun A, Wentzel-Larsen T, Haavet OR. Living with mentally ill parents during adolescence: a risk factor for future welfare dependence? A longitudinal, population-based study. *BMC public health.* 2015;15:413.
11. Haavet OR. Gir ond oppvekst dårlig helse? *Aftenposten.* 2005 19.10.2005.
12. Aarvold T, Haavet O. Hvilke hindringer møter unge som søker hjelp hos sin fastlege?: Universitetet i Oslo; 2008.
13. Aarseth S, Dalen I, Haavet OR. Encouraging adolescents to contact their GP: a community-based trial. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners.* 2014;64(622):e262-7.
14. Halvorsen TF, Rosvold EO, Rydsa BJ, Skarbo T, Haavet OR. Communication about symptoms of eating disorders in the general practitioner surgery. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2014;134(21):2052-6.
15. Fredheim T, Lien L, Danbolt LJ, Kjongsberg K,

⁶ <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2651184/10505/Naer-halvparten-av-landets-kommuner-staar-uten-kommunal-jordmortjeneste>

- Haavet OR. Experiences with general practitioners described by families of children with intellectual disabilities and challenging behaviour: a qualitative study. *BMJ Open*. 2011;1(2):e000304.
16. Fredheim T, Danbolt LJ, Haavet OR, Kjongsberg K, Lien L. Collaboration between general practitioners and mental health care professionals: a qualitative study. *Int J Ment Health Syst*. 2011;5(1):13.
 17. Grimholt TK, Haavet OR, Jacobsen D, Sandvik L, Ekeberg O. Perceived competence and attitudes towards patients with suicidal behaviour: a survey of general practitioners, psychiatrists and internists. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:208.
 18. Fredheim T, Haavet OR, Danbolt LJ, Kjongsberg K, Lien L. Intellectual disability and mental health problems: a qualitative study of general practitioners' views. *BMJ Open*. 2013;3(3).
 19. Halvorsen TF, Haavet OR, Rydsa BJ, Skarbo T, Rosvold EO. Patients' experience of their general practitioner's follow-up of serious eating disorders. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2014;134(21):2047-51.
 20. Rørtveit G. Fremtidens primærhelsetjeneste - uten forskning? *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2015;135(14):1219.
 21. Sreeharan V, Madden H, Lee JT, Millett C, Majeed A. Improving Access to Psychological Therapies and antidepressant prescribing rates in England: a longitudinal time-series analysis. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2013;63(614):e649-53.
 22. King M, Davidson O, Taylor F, Haines A, Sharp D, Turner R. Effectiveness of teaching general practitioners skills in brief cognitive behaviour therapy to treat patients with depression: randomised controlled trial. *BMJ*. 2002;324(7343):947-50.
 23. Mot i brystet...stå i ben og armer? Statusrapport om helse, helsefremmende arbeid og helsetjenester for ungdom. Den norske legeforening (Dnlf), 2002.
 24. Helsetilbud til ungdom og unge voksne. Rapport IS-2044, desember 2012. Utarbeidet for Helsedirektoratet av Rambøll, www.ramboll.no
 25. Skjeldestad FE: *Tidsskr Nor Legeforen* Nr. 3 2012 ; 132:292–4: Forskrivning av prevensjon til unge
 26. Lett tilgjengelig prevensjon til unge kvinner. Helsedirektoratets vurdering og anbefalinger. Rapport IS 1828 2012
 27. www.fhi.no; Provosert abort i Norge 1979 – 2014
 28. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen Helsedirektoratet Rapport IS- 1179

5 Kommunal legevakt – økende krav til medisinsk kompetanse

Legevakt er en viktig del av kommunens akuttberedskap og et viktig sikkerhetsnett for kommunens innbyggere. Kommunal legevakt skal være en moderne, faglig kompetent, effektiv og profesjonell nødetat som sikrer befolkningen et trygt og oversiktlig medisinsk nødhjelpstilbud av høy kvalitet hele døgnet. Som beskrevet i stortingsmeldingen har Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) i lengre tid pekt på store mangler i legevakttjenesten (Se også Legeforeningens innspillsrapport «*En legevakt for alle, men ikke for alt – Legeforeningens innspillsrapport for en bedre legevakt*»).

Skal man nå målet om en bedre tjeneste til de sykeste pasientene i kommunen, må den akuttmedisinske beredskapstjenesten i kommunene styrkes. I stortingsmeldingen beskrives flere utfordringer med legens rolle i legevakt: Legekompetansen er synkende, det utføres færre sykebesøk og utrykninger enn tidligere fra legevakt. Dette innebærer at mange innbyggere i dag ikke er sikret en god nok tjeneste dersom en ulykke inntreffer eller man blir akutt syk. Følgende utfordringer listes opp i meldingen (1):

- Mange store legevaktstrikter har kun én lege på vakt, og det er lite bruk av bakvaksordninger
- Det har ikke vært særlig forbedring av utstyr, bruk av legevaktbil eller praktisk trening de senere år
- Legekompetansen er synkende.
- Fastlegene dekker nesten alt vaktarbeid i små kommuner, men en stadig mindre del i store kommuner.
- Sykebesøktallet fortsetter å synke.
- Utrykninger fra legevaktlege ved akutt sykdom og ulykker blir færre og skjer ofte bare i nærområdene til legevakten
- Det er registrert mangler ved legevaktberedskapen på dagtid mange steder

Flere syke pasienter i kommunene

Å ha mulighet til å rykke ut og utføre sykebesøk er blitt viktigere enn før. Pasienter som tidligere har blitt behandlet i sykehus blir nå behandlet i kommunene. Forskriften om utskrivningsklare pasienter fra 2012 har ført til en sterk økning i strømmen av pasienter fra sykehus til kommunene år for år. Økningen i antall opphold på sykehus for utskrivningsklare pasienter (pasienter som er klare for overføring til kommunen) var på 263 prosent fra 2011 til 2014. Fra 2013 til 2014 var økningen 42

prosent (2). Mange av disse er, eller har vært, svært syke.

Den «nye» sykkeligheten med stor økning av eldre pasienter med multimorbiditet og forverring av kronisk sykdom, understreker også viktigheten av bred erfaring og vurderingskompetanse i kommunene. Sykehjemsbeboerne er sykere og skrøpeligere enn før. Ifølge Norsk forening for alders og sykehjemsmedisin har pasienter som innvilges fast opphold på sykehjem i snitt fem til seks aktive diagnoser med behov for oppfølging og behandling (3). Pasienter i sykehjemmene i Oslo har i gjennomsnitt syv sykdomsdiagnoser og bruker i gjennomsnitt syv legemidler. 80 % er demente (4).

Den uforutsigbare og komplekse akuttmedisinen

Akuttmedisinen som helsepersonellet møter, er en svært variert arena. Den kan ikke innskrenkes til et fåtall kjernetilstander som kan løses gjennom intensiv trening i noen utvalgte prosedyrer. At mange akutte situasjoner er preget av diffus og raskt endrende symptomatologi, gjør at en generelt høy medisinsk kompetanse er viktig for å ta de rette beslutningene og få pasienten videre til rett behandlingsnivå. Norsk kompetansesenter for legevaktmedisin fremhever i sitt innspill til Akuttutvalget at det er meget uheldig om vurderingskompetansen i kommunene blir svekket, slik man ser ved færre sykebesøk og sjeldnere utrykning av lege (5).

Legevaktlegen i akuttmedisin

Akutthjelpere og velutdannet ambulanspersonell er en viktig del av den akuttmedisinske beredskapen. Samtidig er legers deltakelse i sykebesøk og utrykninger viktig for å bringe vurderingskompetansen nært og tidlig til pasienten der han/hun befinner seg. Norsk kompetansesenter for legevaktmedisin skriver i sitt innspill til Akuttutvalget at det er uheldig at det ser ut til legekompetanse er blitt mindre viktig, samtidig som det satses på kompetanseheving i andre ledd i den akuttmedisinske kjede (5). Ifølge kompetansesenteret er ikke vurderings- og handlingskompetansen hos akutthjelpere eller i ambulansetjenesten en erstatning av legekompetanse. Det er derimot et viktig, og av og til avgjørende, kompenserelement inntil legevurdering kan skje på legevakten eller i akuttmottaket, i pasientens hjem eller på et skadested.

Ambulanspersonell har selv uttrykt tydelig behov for at lege deltar på utrykning når de blir varslet om

en kritisk syk pasient. I en studie som intervjuet ambulansesarbeidere viste det seg at tilstedeværelsen av lege gjør at ambulansesarbeiderne føler seg tryggere, spesielt i uklare og vanskelige saker som ikke passer inn i ambulansesarbeidernes retningslinjer og prosedyrer. De viktigste bidragene fra legene var diagnose og beslutningstaking. Å bringe legen til pasienten forkortet transporttid til sykehuset og viktig behandling kunne starte tidligere (6).

Hvorfor rykker ikke legevaktlegen ut?

Legevaktordningen utgjør sammen med de akuttmedisinske kommunikasjonsentralene (AMK-sentralene) og ambulansetjenesten de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. I henhold til beslutningsstøtteverktøyet Norsk indeks for medisinsk nødhjelp, som brukes av AMK- og legevaktsentralene, skal ambulans og legevaktlege varsles om alle pasienter i legevaktdistriktet som får hastegraden rød respons. Tidligere studier har vist at leger i kommunal legevakt i varierende grad deltar i utrykning. Det er flere årsaker til det, men skal legevaktlegene ha anledning til å delta i prehospital akuttmedisinske hendelser, må de først varsles av AMK-sentralene.

I en studie fra 2007 ble legevaktlegene alarmert i omtrent halvparten av tilfellene ved rød respons (7), og ikke i 100 % som ville vært riktig i henhold til forskrift og anbefalingen gitt i Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. I studien fra 2007 rykket legevaktlegene ut i 42 % av tilfellene og konfererte med ambulanspersonellet i 14 % – når de var alarmert av AMK-sentralen (8). Når legevaktlegen ble alarmert, var involveringen dermed på 56 %. I 53 % av tilfellene var legevaktlegene ukjent med at det var en akuttmedisinsk situasjon i legevaktdistriktet.

Det er også dokumentert at antall sykehusinnleggelses reduseres når legevaktleger varsles av AMK og/eller er med på utrykning. Når en legevaktlege ble varslet av AMK ved «rød respons» ble 16 prosent fraktet direkte til sykehus. Når vaktlegen ikke var varslet/deltok ble 21 prosent fraktet direkte til sykehus av ambulans. Hele 70 % av alle pasientene var i en ikke-livstruende situasjon (7).

Legevaktlegers avgjørelse om utrykning i akuttsituasjoner

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin gjorde i 2012 en studie som så nærmere på årsakene til hvorfor legevaktlegen ikke rykket ut. Resultatene i studien viste at legen rykket ut i 65 % av hendelsene. Det var vanligvis meldingens innhold om pasientens medisinske tilstand som var avgjørende for legens valg om å rykke ut. Legevaktlegene oppga i etterkant at de opplevde at

det var behov for legekompentanse i mange akuttmedisinske situasjoner. Begrunnelsen for at legen ikke rykket ut var knyttet til praktiske forhold som avstand, bemanning og utrykningskjøretøy.

For å oppfylle utrykningsplikten og oppgavene legevakten har med diagnostikk, behandling og monitorering må det finnes en legevaktbil med sjåfør og utstyr. Bare 36 % av legevaktene har legevaktbil, og av disse er kun 29 % av legevaktbilene uniformert/merket. Kun 15 % har en legevaktbil som er utrykningsgodkjent.

Ifølge NKLM er erfaringen til nå at altfor få legevakter har legevaktbil, og at de kjøretøyene som finnes har svært varierende grad av utstyr. En tilfredsstillende legevaktbil må ha fullverdig utstyr for å løse oppgavene innen diagnostikk, overvåkning og behandling. En godt organisert og bemannet legevakt med tilgjengelig utrykningskjøretøy vil kunne gi en reell praktisk mulighet for utrykning. Mange av legevaktene er i dag sparsomt bemannet. Til enhver tid på døgnet har omlag 40 % av legevaktene ingen sykepleiere på vakt. På kveld, natt og helg har ca. 80 % av legevaktene kun én lege på vakt, og kun én av fem legevakter har organisert bakvakt for lege i vakt (9).

Vurderingskompetanse i akuttmedisinen – et eksempel fra Austevoll

En studie av flere hundre akutte hendelser fra Austevoll belyser viktigheten av bred vurderingskompetanse i akuttmedisin. Diagnosespekteret i studien omfattet hele 62 ulike koder, med stor variasjonsbredde. I tillegg befant pasientene seg over hele legevaktdistriktet, med behov for transport av helsepersonell til pasienten. Alvorlighetsvurderingen ble nedgradert av lege i 43 % av hendelsene, men i 11 % ble det foretatt oppgradering etter at legen hadde vurdert pasienten. Forskerne bak studien understreker at de fleste slike vurderinger (opp- og nedgradering) krever god vurderingskompetanse, og ikke kun kompetanse på prosedyrer og medisinske tiltak (10,11).

Hjemmetjenesten – en viktig støttespiller for legevakten

I Norge, sammen med Danmark, Nederland og Sverige, er det leger som hovedsakelig utgjør døgnbemanningen for øyeblikkelig hjelp. I stortingsmeldingen foreslås en styrking av blant annet de hjemmebaserte tjenestene for å kunne gi bedre øyeblikkelig hjelp til eldre og syke.

NKLM skriver i sitt innspill til Akuttutvalget at ansatte i hjemmetjenestene er i døgnkontinuerlig arbeid, og spesielt nattpatrulljene, kan være viktige støttespillere for legevaktlegen i akuttsituasjoner. Eksempler på oppgaver kan være å rykke ut for førstevurdering etter anrop på trykkelarm, de kan involveres i vurdering av om pasienter trenger sykebesøk eller transport til legevakten. De kan

også foreta observasjon i hjemmet av pasienter som har vært vurdert av lege og som kan behandles hjemme, eventuelt observeres for eventuell senere innleggelse. Bjerkreim kommune i Rogaland har tatt i bruk hjemmesykepleiere i akuttmedisinske oppdrag. Slike ordninger må brukes i samarbeid med legevakt, både som førstevurdering i hjemmet og ved oppfølging i akutte situasjoner. Kunnskapen om betydningen av bred medisinsk kompetanse gjør imidlertid at sykepleiere ikke kan fungere som en erstatning for fastlegens, legevaktens eller sykehjemslegens ansvar for oppfølging av akutt syke pasienter, men som et viktig supplement.

Gode modeller for et strukturert samarbeid mellom hjemmesykepleie og allmennlege vil kunne gi bedre akuttjenester for eldre og multisyke personer. Medisinsk kompetanse er vist å være nødvendig for å hindre unødvendige innleggelser og gi effektive forløp for de som må raskt til spesialisthelsetjenesten.

Litteratur:

1. St.Meld 26 Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet s.156.
2. Samhandlingsstatistikken 2013-14. Rapport IS-2245. Oslo: Helsedirektoratet, 2015
3. Innspill fra Norsk alders- og sykehjemsmedisin til Nasjonalt Råd for kvalitet og prioritering. Hentet 1.9. 2015 fra <http://www.kvalitetogprioritering.no/saker/legetjenesten-i-sykehjem>
4. Notat fra KS til nasjonalt råd Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. «Legetjenesten i sykehjem». Hentet 1.9. 2015 fra: <http://www.kvalitetogprioritering.no/saker/legetjenesten-i-sykehjem>
5. Hunskaar S, Blinkenberg J, Bondevik GT, Ellensen E, Furu SF, Johansen IH, Melf K, Midtbø V, Mørken T, Raknes G, Rebnord IK. Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene. Oppdrag fra Akuttutvalget. Rapport nr. 7-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2014.
6. Hjortdahl, Magnus; Zakariassen, Erik; Wisborg, Torben The role of general practitioners in the pre hospital setting, as experienced by emergency medicine technicians: a qualitative study. Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine 2014 ; Volum 22.
7. Zakariassen E, Hunskaar S. Involvement in emergency situations by primary care doctors on-call in Norway—a prospective population-based observational study. BMC Emerg Med 2010; 10: 5. [PubMed] [CrossRef]
8. Zakariassen E, Akuttmedisin uten legevaktlege? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133:1683
9. Mørken T, Midtbø V, Zachariassen SM. Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2014. Rapport nr. 4-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research helse, 2014.
10. Rørtveit S, Hunskaar S. Akuttmedisinske hendinger i ein utkantkommune. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 738–42. [PubMed]
11. Rørtveit S, Hunskaar S. Akuttmedisinsk handsaming i ein utkantkommune. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 735–7. [PubMed]

6 En fremtidsrettet primærhelsetjeneste kan ikke bygges uten forskning

En stortingsmelding om primærhelsetjenesten har vært sett frem til med forventning hos både klinikere og forskere i det allmennmedisinske fagfeltet. Meldingens mangel på analyser og tiltak for å styrke forskningen er imidlertid bekymringsfull.

Fastlegeordningen ble innført i 2001 og skapte entusiasme i faget og fornøyde pasienter. Basert på internasjonal forskning er det også grunn til å tro at en slik ordning skaper bedre helse (1,2). Det gir trygghet for pasientene å ha en klar adresse for alle typer helseproblemer. Kontinuitet i lege-pasientforholdet gir dessuten langt bedre kliniske vurderinger ved både kronisk sykdom og nyoppståtte tilstander (2).

Foretaksreformen som ble innført i 2003 skapte store omveltninger i sykehusstrukturen. En side av reformen er at forskning ble et tydeligere lovpålagt ansvar for de regionale helseforetakene.

Med forskning følger utvikling, kvalitet og bedre holdninger i tjenestene (3). Den nylig fremlagte stortingsmelding om fremtidens primærhelsetjeneste (4) er dessverre utydelig når det gjelder mål for forskning.

Legeforeningen etablerte i 2007

«Allmennmedisinsk forskningsfond» for å bidra til en sårt tiltrengt økning av forskningsinnsats innenfor klinisk allmennmedisin. Det ble etablert for å støtte opp under forskningsaktivitet i allmennmedisinske forskningsenheter som ble etablert ved landets fire medisinske fakultet. Fondets formål er å fremme allmennmedisinsk forskning på allmennmedisinske premisser. Fondet er finansiert ved avsetninger fra fastlegenes inntekter samt ved et tilskudd over statsbudsjettet. I de åtte årene fondet har eksistert har det bidratt til betydelig allmennmedisinsk forskningsaktivitet. En god grunnstruktur med høy forskningsaktivitet i både forskningsenheter og allmennmedisinske universitetsinstitutter gir et godt grunnlag for å styrke forskningsaktiviteten – man trenger ikke bygge opp alt fra bunnen.

Dessverre vises det ikke i stortingsmeldingen vilje til å styrke denne satsingen. Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for å sette HelseOmsorg21-strategien ut i livet (5). I denne strategien er ett av ti hovedpunkter økt satsing på forskning og kunnskap knyttet til primærhelsetjenesten i kommunene. Det er

vanskelig å se hvordan HelseOmsorg21-strategien skal få konkret innhold, når stortingsmeldingen ikke gir klare signaler.

Meldingen har flere problemer når det gjelder forskning rettet mot primærhelsetjenesten.

For det første er behovet for forskningsbasert kunnskap svakt analysert. Nødvendigheten av klinisk forskning, som er understreket blant annet i HelseOmsorg21, er knapt nevnt.

Primærhelsetjenesten kan ikke basere seg på forskning gjort i spesialisthelsetjenesten. Dessverre er det slik at man mangler en god kunnskapsbase med grunnlag i forskning fra primærhelsetjenesten på en rekke felt. Så lenge denne situasjonen får bestå, vil pasientene ikke få den beste behandlingen.

Det er behov for mer klinisk forskning knyttet til primærhelsetjenesten. De fleste pasienter i Norge får diagnostikk og behandling ivarett av sin fastlege - uten henvisning til spesialist eller sykehus. Det er alltid høy risiko knyttet til diagnostikk og behandling, og slik aktivitet krever forskning for stadig utvikling og forbedring.

Sist, men ikke minst, er behovet for infrastruktur for forskning i den desentraliserte primærhelsetjenesten nesten ikke tematisert i stortingsmeldingen. De norske forskningsmiljøene innen allmennmedisin og odontologi har pekt på behovet for infrastruktur innen sine fagfelt, og foreslår et felles praksisbasert forskningsnettverk for primærhelsetjenesten som en strategi. Slike forskningsnettverk fungerer som infrastruktur som bidrar systematisk til rekruttering av pasienter og innhenting av data til praksisnær forskning (6,7). Forskningsnettverk av denne typen har internasjonalt hatt stor effekt og de bidrar også til kvalitetsutvikling og ikke minst implementering av forskningsbasert kunnskap i tjenestene. Forskningsnettverki allmennmedisin og tannhelsetjenesten er allerede foreslått som tiltak i HelseOmsorg21-strategien.

Meldingen gir interessante signaler når det gjelder fremtidig organisering av primærhelsetjenesten. Som den påpeker, er dagens kommunehelsetjeneste fragmentert og faggruppene er siloorganisert. Dette hindrer koordinerte tjenester, som kan være av stor verdi for mange pasienter og for utnyttelse av samfunnsressursene (8). Fastlegeordningen er et godt utgangspunkt for orientering mot tverrfaglige, teambaserte praksiser (8, 9).

En reorganisering av tjenestene innbyr i høyeste grad til å se sammenheng med organisering for forskning. Stortingsmeldingen legger også vekt på bedre faglig ledelse av kommunehelsetjenesten, og det kan innebære større mulighet for å få til praksisnær forskning fremover. Det trengs tydelige tiltak for å integrere forskning i primærhelsetjenesten.

(Dette kapitlet er basert på en lederartikkel publisert i Tidsskrift for den norske legeforening, med tillatelse fra Tidsskriftet:

Rørtveit G. Fremtidens primærhelsetjeneste: Hvor er forskningsambisjonene? Tidsskr Nor Legeforen 2015;135:1219)

Litteratur:

1. The World's Health Organization. The World Health Report 2008: Primary health care – now more than ever. WHO 2008.
<http://who.int/whr/2008/en/> (07.09.15)
2. Starfield B. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Millbank Quarterly* 2005;83:457-502.
3. McAlearney AS, Song PH, Reiter KL. Why providers participate in clinical trials: considering the National Cancer Institute's Community Clinical Oncology Program. *Contemp Clin Trials* 2012;33:1143-9.
4. St. meld. Nr 26 (2014-2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/> (24.6.2015).
5. Norges forskningsråd. HelseOmsorg21. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg. Rapport 2014.
https://regjeringen.no/contentassets/8ab2fd5c4c7746dfb51e3f64cd4d71aa/helseomsorg21_strategi_web.pdf (24.6.2015).
6. Rørtveit G. Research networks in primary care: An answer to the call for better clinical research. *Scand J Prim Health Care* 2014;1-3.
7. Sullivan F, Butler C, Cupples M, Kinmonth AL. Primary care research networks in the United Kingdom. *BMJ* 2007;334:1093-4.
8. Bodenheimer T. Coordinating care - a perilous journey through the health care system. *N Engl J Med* 2008;358:1064-71.
9. Rittenhouse DR, Shortell SM, Fisher ES. Primary care and accountable care — two essential elements of delivery-system reform. *N Engl J Med* 2009;361:2301-2303

7 Finansiering av primærhelsetjenesten – hva skjer i Norge og internasjonalt?

Det er internasjonalt et bredt spekter av finansieringssystemer for allmennlegetjenester. De fleste land der legen er næringsdrivende anvender en blanding av aktivitetsavhengige tilskudd og rammetilskudd (per-capita), endel har et rent aktivitetsavhengig betalingsystem og noen få et rent per-capita tilskudd (1). I alt 10 av 29 land som beskrives av OECD har overveiende næringsdrivende allmennleger, mens 9 land har en modell der legene er lønnsmottakere. De andre 10 landene har både næringsdrivende og lønnede allmennleger. Modellen med blanding av aktivitetsavhengig tilskudd (*fee for service*) og per-capita tilskudd synes å ligge fast i de europeiske landene med fastlegeordning (Norge, Danmark, Storbritannia og Nederland) (2).

Innretning av finansieringssystemer er et av de mest determinerende karakteristika for helsesystemer, da det påvirker kvantitet, kvalitet, effektivitet og helsemyndigheters mulighet til å stimulere ønsket adferd. Ulike systemer stimulerer spesifikke insentiver. Aktivitetsavhengig finansiering antas å stimulere både økt pasientbehandling og økt kvalitet, men i de tilfeller der det er mange tilbydere i forhold til etterspørselen kan det også stimulere til overbehandling. Overvekt av per-capita tilskudd og fastlønsmodeller kan på den annen side stimulere til økt tidsbruk per pasient (og dermed redusert tilgjengelighet for andre), sikker inntekt uavhengig av pasientbehandlingen, men også lavere produktivitet og mindre mulighet til å stimulere særskilt aktivitet (3). Blandingsmodellen kan således synes å gi høy produksjon og god kostnadskontroll samtidig som den stimulerer til behandling av flere pasienter.

7.1 Kvalitetsbasert finansiering

Kvalitetsbasert finansiering (KBF) har de senere år vært testet ut i enkelte land som et supplement til annen finansiering. I Norge ble KBF innført i 2014 som en forsøksordning i spesialisthelsetjenesten hvor en liten andel av de regionale helseforetakenes (RHF) inntekter gjøres avhengig av måloppnåelse på fastsatte prestasjonsmål med bruk av kvalitetsindikatorer. KBF utbetales årlig, og skal særskilt godtgjøre kvalitet i pasientbehandlingen. Ordningen gjelder for ett år om gangen og skal evalueres etter tre år.

KBF er et område hvor mange har høye forventninger, men foreløpig er kunnskapsgrunnlaget for nytte spinkelt.

Evalueringer av utprøvinger i Storbritannia (4) og California (5) tyder på at man løfter det som måles, men varige kvalitetsforbedringer krever konstant oppmerksomhet. Det er også en utfordring at man mister fokus på det som ikke måles. KBF kan derfor utilsiktet medføre feilprioriteringer.

Kvalitetsbasert finansiering av britiske allmennleger – «Quality of Outcomes framework»

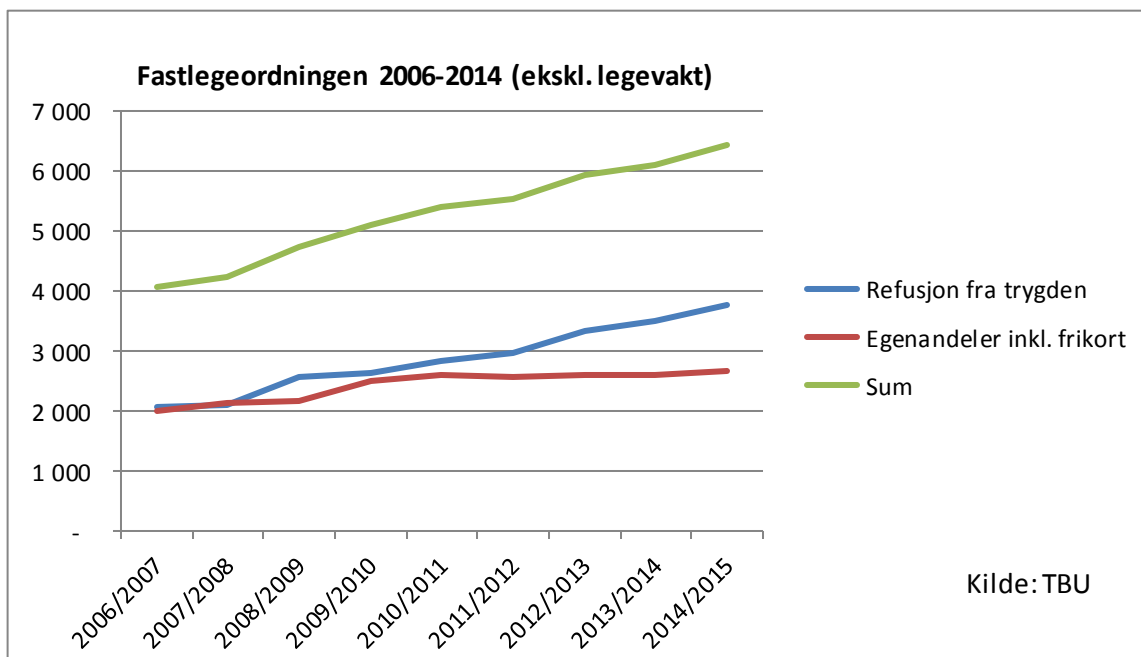
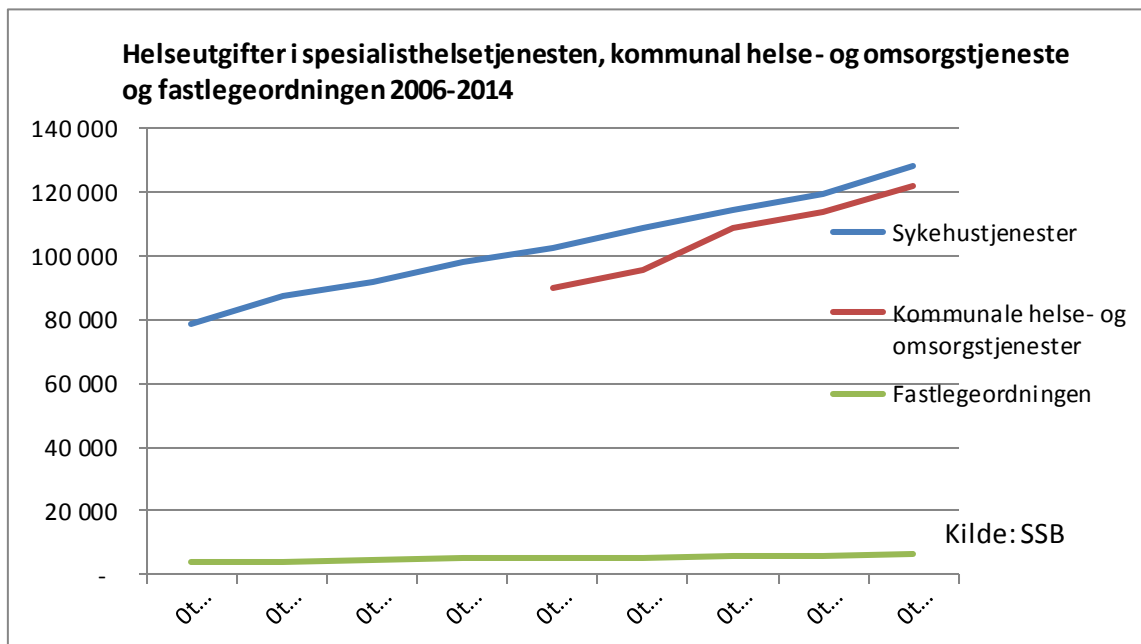
Martin og medarbeidere (6) har undersøkt i hvilken grad måloppnåelse på kvalitetsindikatorer i allmennpraksis samvarierer med bruk av spesialisthelsetjenester for allmennlegens pasienter. Dataene er særlig interessante i et norsk perspektiv fordi Storbritanniasom har en fastlegeordning som har mange likhetstrekk med den norske.

Storbritannia innførte i 2004 «the Quality and Outcomes Framework» (QOF) som er et system hvor 20 % av allmennlegenes finansiering er koblet til grad av måloppnåelse langs et omfattende sett av prosess- og målindeksorer. Meningen var at dette skulle medføre mindre variasjon og bedre kvalitet i tjenestetilbudet, og at flere pasientforløp kunne avsluttes i primærhelsetjenesten. Martin og medarbeidere finner kort fortalt ikke sikre effekter på bruk av spesialisthelsetjenesten målt mot QOF score.

Chauhan og medarbeidere (7) har vist i en undersøkelse av elektive henvisningsvolum at britiske allmennlegekontor har en lavere andel elektive henvisninger der hvor pasienter opplever kontinuitet ved at de oftest kan komme til samme lege hver gang, og hvor listelengden for legene ikke er for lang. QOF score gjorde heller ikke utslag i deres studie.

Bottle og medarbeidere (8) studerte kjennetegn ved allmennlegetilbudet til pasienter som ble akutt innlagt i sykehus på grunn av ikke tidligere erkjent kreftsykdom. Legekontor med lav QOF score og med lengre ventetid på time ga en noe økt risiko for slike innleggelser.

KBF i primærhelsetjenesten synes i dag ikke å være et utviklingsområde med stordynamikk. Mer forskning er nødvendig for å avklare mulig nytteverdi (Forhold rundt KBF er også drøftet i kapittel 1).



7.2 Finansiering av fastlegeordningen i Norge

Fastlegeordningen ble innført i juni 2001. Ordningen har stort sett vært uendret siden den ble innført og av listepasientene blir den vurdert som god (7). Om lag 95 % av fastlegene er selvstendig næringsdrivende. Deres inntekt består av beregningsmessig 30 % per capita-tilskudd fra kommunen og 70 % aktivitetsbasert inntekt.

Den aktivitetsavhengige inntekten kommer hovedsakelig fra refusjon over normaltariffen, refunderte egenandeler (frikortordningen) og egenbetaling fra pasienter, mens per capita tilskuddet er et fast tilskudd per pasient legen har på sin liste, som fra 1. juli 1015 er på 427 kroner. Fastlegene fikk for avtaleåret 2014/2015 en inntekt på om lag 6,4 mrd kroner fra den aktivitetsbaserte finansieringen, mens det ble betalt ut om lag 2,1 mrd. kroner i per capitatilskudd.

Av de anslagsvis 5 % av fastlegene som er fastlønnet har mange provisjonsordninger der de

⁷ St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen.

beholdere deler av stykkprisinntjeningen de har gjennom takstsystemet.

Samfunnets kostnader til fastlegeordningen er relativt beskjedne i forhold til utgiftene både til sykehustjenester og den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten. I 2014 ble det benyttet totalt 121,7 mrd. kroner på primærhelsetjenesten og 127,9 mrd. kroner på sykehustjenester⁸.

Til sammenligning kostet fastlegeordningen 6,4 mrd. kroner i refusjoner og egenandeler samt 2,2 mrd. kroner i per-capita tilskudd, i alt 8,6 mrd. kroner, svarende til 3,6 % av totalkostnadene for helse- og omsorgstjenester.

Som det fremgår av figuren over er det et stadig økende gap mellom finansiell innsats i spesialisthelsetjenesten og andre kommunale helse- og omsorgstjenester og fastlegeordningen. Fastlegeordningen sakker kontinuerlig etter, som et tegn på manglende satsing på utvikling av ordningen.

Litteratur:

1. Paris, V., M.Devaux and L. Wei (2010), «Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries», OECD Health Working Papers, No. 50, OECD Publishing, ss. 33-39.
2. Nadeem E. (2014), Health Care Lessons From the Netherlands. Lessons from Abroad: A Series on Health Care Reform. Fraser Institute, s. 24.
3. Grignon M., Paris V. and Polton D. (2003), «The Influence of Physician-Payment Methods on the Efficiency of the Health Care System». The Romanov Papers, Volume II, 2003/03, ss. 207-239.
4. Lønning, K. J. (2013), «Pay for Performance in general practice – Quality to what price». University of Oslo, ss. 20-21.
5. Carroll, A. E. (2014). “The New Health Care: The Problem With ‘Pay for Performance’ in Medicine”. New York Times 28th. July 2014).
6. Martin S SP, Dusheiko M, Gravelle H, Rice N. Do quality improvements in primary care reduce secondary care costs? Evidence. The Health Foundation, great Britain 2010.
7. Chauhan M, Bankart MJ, Labeit A, Baker R. Characteristics of general practices associated with numbers of elective admissions. Journal of public health (Oxford, England). 2012;34(4):584-90
8. Bottle A, Tsang C, Parsons C, Majeed A, Soljak M, Aylin P. Association between patient and general practice characteristics and unplanned first-time admissions for cancer: observational study. British journal of cancer. 2012;107(8):1213-9.

⁸ Tallene er hentet fra www.ssb.no

8 Fastleger – hvor mange trenger vi?

Stortingsmeldingen drøfter ikke behovet for flere primærleger annet enn indirekte, slik som på meldingens side 51:

«Fastlegene rapporterer en arbeidstid på i gjennomsnitt 46 timer i uken og gir uttrykk for at deres kapasitet er på strekk. Dette til tross for at Norge har en høy allmennlegedekning sammenliknet med andre OECD-land, og at norske fastleger i gjennomsnitt har kortere lister enn sine kolleger i andre land»

Det er trolig et sett av forklaringer på at norske fastleger allikevel opplever for liten kapasitet:

- Norge er et av få OECD-land som bruker fastlegen som en effektiv portvakt inn til spesialisthelsetjenesten(1). Det har åpenbare konsekvenser for fastlegenes arbeidsbyrden når alle borgere skal undersøkes av fastlege før de kan komme inn i spesialisthelsetjenesten
- Portvakt – eller portnerrollen ble innført for å gi alle borgere en fast lege å samarbeide med, også når spesialisthelsetjenester er nødvendig fordi forskning viser at det er god samfunnsøkonomi
- Norge er ett av få land i OECD-området som bruker fastleger i døgnkontinuerlig vaktberedskap i allmennlegevakter
- Norge har 20 % færre sengeplasser pr innbygger enn gjennomsnittet i OECD-området. Liggetid ved akuttinnleggelse i sykehus er 40 % lavere enn gjennomsnittlig (4,4 døgn mot 7,8 døgn i OECD (9)). Dette betyr at de alvorlig syke i større grad behandles og følges opp utenfor sykehus i Norge
- Norske fastleger dekker et bredere spekter av tjenester enn allmennleger i andre OECD-land, som lege i helsestasjon, skole, sykehjem og fengsel. Mange fastleger er samtidig kommuneoverleger
- Norske fastleger har et omfattende arbeid med forvaltning av velferdsgoder knyttet til sykmelding og uførhet. I andre land med fastlegeordning er dette arbeidet i stor grad organisert med vesentlig mindre involvering av legene
- Norsk allmenntilmedisin er medisinsk faglig og utstyrmessig avansert fordi det er nødvendig i et land med store avstander til sykehus. Norske

fastleger gjør utredninger og prosedyrer enn som i mange andre land skjer i spesialisthelsetjenesten. Dette er en kostnadseffektiv og pasientrettet tjenestemodell som er tilpasset norsk demografi, men arbeidsformen krever tid og ressurser

- Som stortingsmeldingen peker på er Norge et av få land hvor annet personell som gjør selvstendig klinisk arbeid i en fastlegepraksis ikke kan utløse trygderefusjoner. Dette har forhindret en utvikling i retning av mer flerfaglige praksiser til tross for at Legeforeningen har arbeidet for dette i en årrekke
- Den i internasjonalt perspektiv relativt høye dekning av alle kategorier helsepersonell i Norge kan forklares med både demografiske behov, sterk offentlig økonomi og politisk vilje. Andelen allmennleger av det totale antallet leger i Norge, er likevel lavt når vi sammenlikner oss med andre OECD-land

8.1 Hva er tilstrekkelig kapasitet?

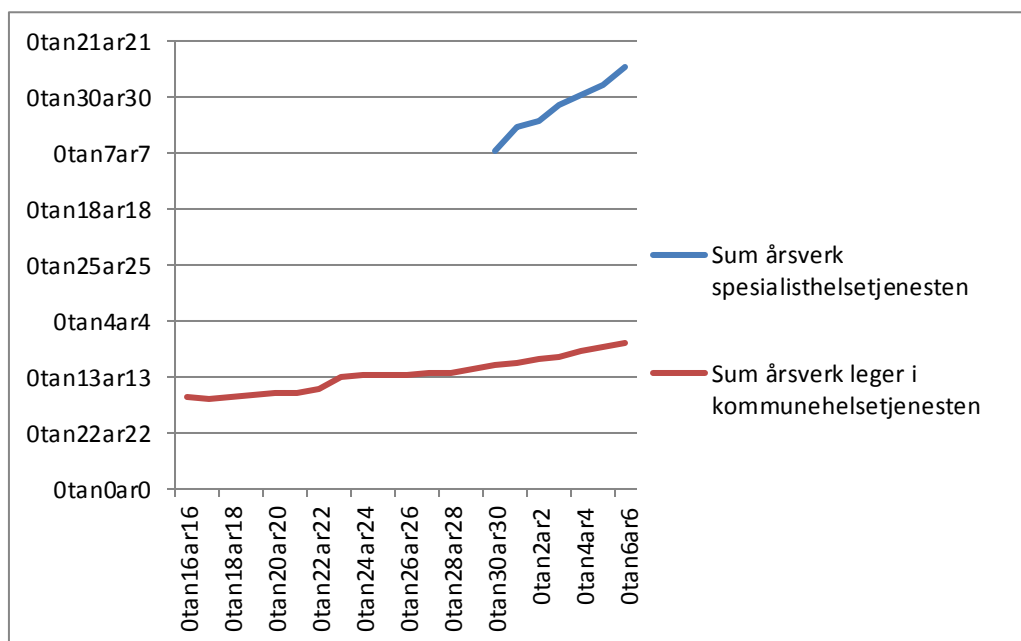
Forskning gir ikke sikre svar på dette spørsmålet. Eiterspørsel etter helsetjenester er avhengig av både hvem som betaler og hvilke tilbud som finnes. Norsk og internasjonal forskning har imidlertid ikke klart å vise at tilbudsindusert eiterspørsel¹⁰ er et kjennetegn ved allmennlegepraksis.

I en rapport utarbeidet for Norges Forskningsråd i forbindelse med evalueringen av fastlegeordningen skriver for eks. Grytten og medarbeidere (2): *«Hvis fastleger tildeles for mange listepasienter kan det medføre svekket tilgjengelighet (rasjonering). Hvis legene får for få faste pasienter og dermed for få pasient initierte konsultasjoner kan de øke sine inntekter ved å øke antall reinnkallelser og omfanget av diagnose og behandling per konsultasjon.*

Slik inntektskompenserende atferd omtales som tilbudsinduksjon. Analysene viser at fastlegene verken induserer eller rasjonerer konsultasjonene. Dette er i tråd med vår tidligere forskning fra norsk allmennlegetjeneste og praktisk talt all internasjonal forskning de siste 10-15 årene».

⁹ Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre europeiske OECD-land 2014. Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenesten desember 2014

¹⁰ Tilbudsinduksjon er når økt kapasitet i et helsetilbud fører til økt forbruk uten at befolkningens helsetilstand er endret



Figur 3: Utvikling av ulike legegrupper i kommunene 1994-2014

Fastlegene opplever i stor grad at de, uavhengig av listestørrelse, arbeider i en rasjonerings- og prioriteringsvirkelighet. Dette kan forklare at forskere ikke finner tegn til tilbudsinduksjon.

Det er ikke enkelt å fastslå hva som er det reelle behovet for allmennlegetjenester, og det vil også være et dynamisk behov påvirket av medisinskteknisk utvikling og politiske føringer. Selv om tjenesteinnovasjon kan effektivisere tjenestetilbudet er de eksterne driverne for etterspørselstyrende. Det finnes imidlertid noen velfunderte forsøk på å kartlegge hvormye tid en primærlege trenger for å tilby helhetlige helsetjenester til sine pasienter.

I en amerikansk oversiktsartikkel (3) påviser forfatterne at en primærlege med en populasjon på 2 500 pasienter vil bruke 7,4 timer, fem dager i uken for å tilby forebyggende tjenester i tråd med nasjonale retningslinjer, mens helhetlig oppfølging av kronisk sykdom vil kreve ytterligere 10,6 timer per arbeidsdag, før annen akutt sykdom og skade behandles. Korrigert til norske forhold hvor gjennomsnittlig listelengde for en fastlege er ca. 1 200, og en av ukens fem dager brukes i offentlig allmennmedisinsk arbeid utenfor legens kontor, vil en norsk fastlege i måtte arbeide ca. 11 timer pr dag for å tilby forebyggende tjenester og kronikeromsorg i tråd med gjeldende retningslinjer før akutt sykdom og skade skal håndteres.

Selv om slike regnestykker kan problematiseres og vil være omtrentlige, sammenfaller de godt med opplevelsen av manglende kapasitet i forhold til etterspørsel og behov som norske fastleger rapporterer.

8.2 Fakta på bakken – i primærhelsetjenesten

Veksten i antall legeårsverk i kommunehelsetjenesten var i perioden 2008-2014 på 17,5 % (792 årsverk), mens den i spesialisthelsetjenesten var 24,8 % (2 990 årsverk). I samme periode økte antallet årsverk innenfor pleie- og omsorgstjenesten i kommunene med 13 000 årsverk fra 121 000 til 134 000. I spesialisthelsetjenesten økte antallet årsverk fra 81 572 i 2003 til 89 768 i 2013. Landets ca. 4 500 fastleger samarbeider derfor i dag med totalt ca. 225 000 årsverk og langt flere personer i de øvrige helse- og omsorgstjenestene.

I løpet av 12 år (2001-2013) har det vært en økning på 726 fastleger eller 19,8 %, ifølge den offisielle fastlegestatistikken. Antallet fastleger som er kvinner har i samme periode økt med 631. I den samme 13-årsperioden økte Norges befolkning med 12,9%, og vi står overfor en rask økning av den eldre del av befolkningen i kommende år. Mottakere av hjemmetjenester er tredoblet i løpet

av de siste 20 år¹¹. Dette er en gruppe som også har omfattende behov for helsehjelp hos fastlegen.

Et annet tydelig utviklingstrekk siden etablering av fastlegeordningen i 2001 er at etterspørselen etter helsetjenester har økt betydelig. Dette gjelder både utredning og behandling av symptomer på fysisk eller psykisk sykdom, og individuell risikokartlegging og intervensjoner knyttet særlig til kreft, hjerte- og karsykdom og diabetes type 2. Utviklingen er fremskyndet dels av medisinske fremskritt, og dels av økende politisk og mediemessig fokus på helsevesenet.

Mye av dette pasientrettede arbeidet krever imidlertid ikke samhandling med andre helseprofesjoner, men først og fremst en langvarig pasient-legerelasjon som over tid også kan bidra til reduksjon av sykdomsrisiko og bedret helsenivå basert både på den beste medisinske kunnskapen og respekt for den enkeltes ønsker, prioriteringer og forutsetninger slik at egen mestring og livsglede understøttes (se også kapittel 3 om kontinuitet). Formålet kan sies å være å vinne flere gode leveår, gjennom å utsette eller forhindre behovet for behandling av sykdom og funksjonssvikt senere i livet.

Veksten i både spesialisthelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten har vært stor etter årtusensskiftet. Denne økningen i personellinnsatsen har vært ansett som nødvendig i en periode med økende behandlingsmuligheter og stadig flere som lever med omsorgsbehov som følge av dette, mens veksten i legeårsverk i kommunene har vært beskjeden.

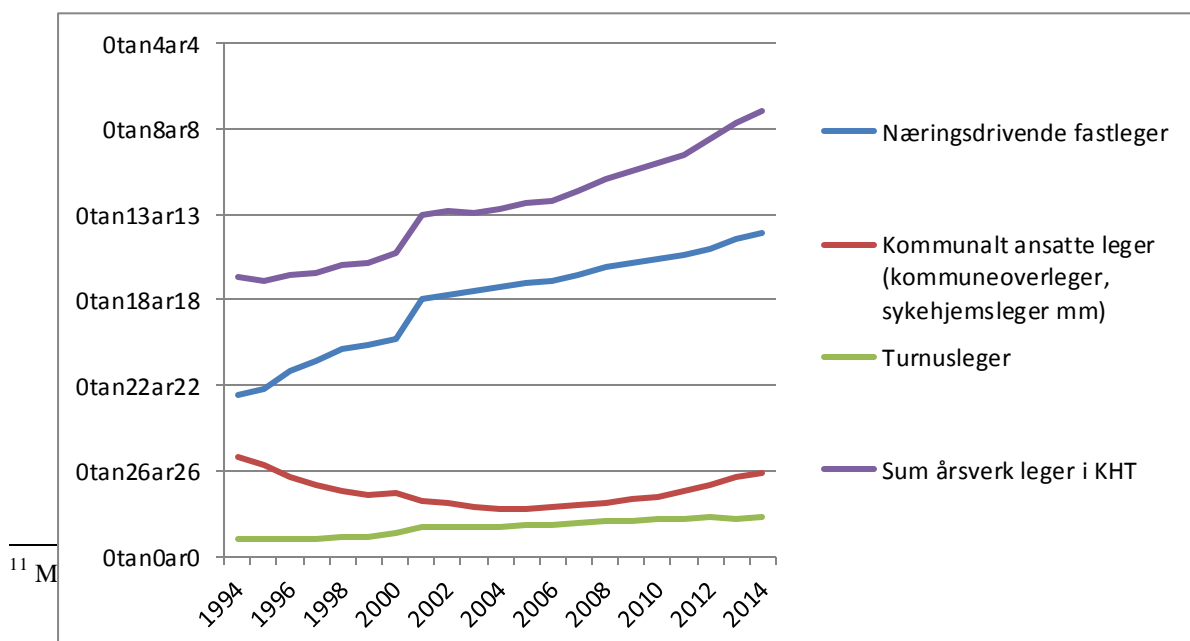
I stortingsmeldingen om samhandlingsreformen ble det fremmet forslag om en betydelig økning i antallet leger i kommunehelsetjenesten. Blant annet

heter det her: «Regjeringen vil framover legge til rette for at veksten i legetjenester i hovedsak skal komme kommunene til del. Gjennom dette vil det gis rom for økt innsats til prioriterte grupper på fastlegens liste i tillegg til en styrking av allmennmedisinske offentlige oppgaver.»

Dette har ikke vært fulgt opp av nasjonale myndigheter og kommunene, og antallet primærleger i forhold til leger i spesialisthelsetjenesten har også etter 2008 relativt sett fortsatt falt, slik det har gjort gjennom mesteparten av etterkrigstiden (Se figur 3). Situasjonen i Norge omtales for øvrig særskilt i en Commonwealth Fund rapport fra 2014 (4), hvor det blant annet står: “Although the number of physicians has increased in both the general practitioner and the hospital sector, the proportion of physicians working as GPs has fallen dramatically in the past 10 years”

En intensjon om å øke antallet primærleger kan ikke gjenfinnes i stortingsmeldingen om fremtidens primærhelsetjeneste. Nå er det fokus på at fastlegene ikke skal bli flere, men at de skal avlastes av andre personellgrupper som skal drive selvstendig virksomhet i kommunene, dels i team, og i noen grad i team med fastleger, men ikke som en tydelig personellmessig styrking av fastlegekontorene.

Som figur 4 viser har det vært en viss dynamikk i sammensetning av legegruppen i kommunene. Andelen fastlønte allmennleger var fallende fra 90-tallet, og de utgjør nå ca. 5 % av fastlegene mens 95 % er næringsdrivende. Samtidig har det vært en vekst i antallet legeårsverk i sykehjem fra 2005, slik at sum av kommuneoverlegeårsverk, sykehjemsleger, helsestasjons- og fengselsleger mm. nå nærmer seg 1 000 årsverk. Det har vært en



viss vekst i antallet turnuslegeårsverk.

Litteratur:

1. Building primary care in a changing Europe. World Health Organization 2015 - European Observatory on Health Systems and Policies
2. Grytten J, Skau I, Sørensen RJ, Aasland O: Fastlegereformen. En analyse av fastlegenes arbeidsbelastning og tjenestetilbud. Forskningsrapport 11/2003, Handelshøyskolen BI; Institutt for offentlige styringsformer
3. Bodenheimer, T. (2008). "Coordinating care--a perilous journey through the health care system." *N Engl J Med* 358(10): 1064-1071.
4. Commonwealth Fund 2014: International Profiles Of Health Care Systems. (Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Italy, Japan, The Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, and the United States) http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2015/jan/1802_mossialos_intl_profiles_2014_v7.pdf

9 Kommunal styring og ledelse av fastlegeordningen – virkemidler som er lite brukt

Innledning

I stortingsmeldingen og Legeforeningens dialog med Helse- og omsorgsdepartementet både i forbindelse med meldingsarbeidet og ellers, viser at kommunene og HOD mener at dagens fastlegeordning og avtaleverket gir liten fleksibilitet.

Legeforeningen ser en skjerpet styringsideologi fra staten og arbeidsgiversiden i helseforetakene. Det er fokus på pålegg og ensidig styring fremfor dialog og samarbeid. Lokale ledere får sterkt begrenset handlingsrom som følge av stramme sentrale føringer. Vi har sett samme tendens i primærhelsetjenesten, både i forbindelse med arbeidet med revidert fastlegeforskrift og nå stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten. I stedet for å ta i bruk de mulighetene systemet gir for aktivt samarbeid og dialog om utvikling lokalt, regionalt og sentralt, snakkes avtaleinstituttet ned.

I meldingen heter det blant annet på side 17 under «Ledelsesutfordringer»:

«En annen stor lederutfordring er avtalesystemet for leger og fysioterapeuter. De individuelle avtalene motvirker intern ledelse på det enkelte legekontor/fysikalsk institutt, fordi den enkelte er ansvarlig for sine tjenester. Viktigere er at de vanskeliggjør styring og ledelse fra kommunens side, siden avtalene er livslange og tjenestene i stor grad reguleres av rammeavtaler inngått mellom KS og fagforeningene og finansieres av staten.»

9.1 Avtaleregulert ordning

Det er langvarig tradisjon for at store deler av oppgaveløsningen i primærhelsetjenesten utføres av næringsdrivende. Dette gjelder blant annet for fastlegeordningen og avtalespesialistordningen. Overordnet grunnlag for fastlegeordningen er helse- og omsorgstjenesteloven (1), og fastlegeforskriften (2). Ordningen er imidlertid i stor grad blitt utviklet og forvaltet gjennom avtaler der partene har samarbeidet for å finne de beste løsningene. Legeforeningen mener dette har vært avgjørende for en vellykket fastlegeordning.

Legeforeningen mener at avtalebasert samarbeid med næringsdrivende leger i fastlegeordningen er en effektiv organisasjonsform, blant annet fordi den legger liten beslag på administrative ressurser i

kommunen. Disse ordningene forutsetter gjensidig tillit, samarbeid og forutsigbare rammebetingelser. Erfaringene fra blant annet Sverige er at fokus på ensidig styring og kortvarige avtaleforhold skaper rekrutteringssvikt. OECD har i en relativt ny og omfattende rapport (3) trukket frem den norske fastlegeordningen som et eksempel på en svært velfungerende ordning. En av forklaringsfaktorene er stor grad av tillit i systemet og fravær av et omfattende kontrollregime som man har i mange europeiske land. OECD anbefaler å ta ytterligere i bruk de samarbeidsmuligheter som ligger i ordningen for videreutvikling.

Legeforeningen er opptatt av at samarbeid og avtaleregulering også i fremtiden bør være hovedregelen for organiseringen av fastlegeordningen. Avtalebaserte samarbeidsformer er fleksible, gir stor rom for å finne felles løsninger som gir legitimitet hos partene.

I stortingsmeldingen hevdes det som nevnt over at kommunene mangler styrings- og ledelsesmuligheter overfor fastlegene og fastlegekontorene, og at det skyldes at ordningen er regulert gjennom individuelle og sentrale avtaler. Det fremgår imidlertid ikke på hvilke områder man ønsker eller ser behov for sterkere styring, eller hvilke konkrete problemer man mener kan bli løst med sterkere styring.

Legeforeningen kan ikke se at manglende styringsmuligheter er problemet, men at kommunene i mange tilfeller mangler kunnskap, oversikt eller ressurser til å bruke de virkemidler som allerede ligger i det gjeldende systemet. Forutsatt god kompetanse på avtaleinngåelse, avtaleforvaltning og avtaleutvikling samt god utnyttelse av samarbeidsarenaene, mener Legeforeningen at kommunen i dag har de verktøyene som skal til for å oppfylle sitt «sørge for» ansvar.

Legeforeningen ønsker en utvikling av fastlegeordningen, og dersom avtalene i dag mangler nødvendige virkemidler, er dette spørsmål som kan tas opp i forhandlingene. Dette krever imidlertid at de sentrale partene ser de muligheter som ligger i ordningen.

Legeforeningen vil i det følgende gi en oversikt over bestemmelser i rammeavtalen som synliggjør mulighet til fleksible tilpasninger etter avtale mellom partene og kommunens styringsmuligheter,

og viser også til eksempler fra kommuner med et godt utviklet samarbeid mellom kommunen og fastlegene.

Fleksibilitet i rammeavtalen og kommunens styringsmuligheter

I dette avsnittet tar vi for oss bestemmelser i rammeavtalen (4) mellom KS og Legeforeningen som vi gir en rekke muligheter til samarbeid, styring og ledelse. Også for Oslo kommune er det tilsvarende rammeavtale, med omtrent de samme reguleringer.

Rammeavtalen punkt 2 om partsforhold og organisering

Det skal inngås en individuell avtale mellom kommunen og legen. Denne avtalen er grunnlaget for kommunens og legens plikter og rettigheter. Selv om rammeavtalen begrenser hva som kan kreves ensidig av en part, er det likevel et ikke ubetydelig rom for lokale tilpasninger og reguleringer basert på enighet.

Legeforeningen har foreslått å ta i bruk avtaler mellom kommunen og legekantoret, i tillegg til de individuelle avtalene. Dette vil styrke ledelsesfunksjonen på legekantoret og bidra til kommunens oversikt og dialog med fastlegetjenesten.

Allerede i dag er ikke rammeavtalene, eller de individuelle avtalene, til hinder for at kommunen kan gjøre avtaler med de enkelte legesenter f.eks. for å løse spesifikke oppgaver i kommehelsetjenesten.

Kapittel 4 om allmennlegeutvalg og samarbeidsutvalg

Rammeavtalens kapittel 4 inneholder bestemmelser om allmennlegeutvalg og samarbeidsutvalg. Disse foraene er viktige for å planlegge og utvikle allmennlegetjenesten i kommunen, men er i varierende grad benyttet til dette. Legeforeningen mener at en et godt samarbeid mellom partene lokalt i stor grad kan erstatte behovet for styring som noen kommuner gir uttrykk for. Legeforeningen vil peke på noen faktorer som synes å styrke samarbeidsutvalgets rolle:

- God faglig medisinsk/samfunnsmedisinsk saksbehandling
- Tilstrekkelige ressurser for saksforberedelse og oppfølging
- Representasjon fra kommuneledelsen i utvalget

Det ligger imidlertid også styringsmuligheter for kommunen etter denne bestemmelsen, etter å ha mottatt råd fra samarbeidsutvalget.

Fastlegene og samarbeidsutvalget tok grep for kronisk syke i Sandefjord

I Sandefjord kommune har det siden 2001 vært fungerende allmennlegeutvalg og samarbeidsutvalg i tråd med nasjonale avtaler.

I satsningen fra KS og Kunnskapsenteret om «Trygge, koordinerte og helhetlige pasientforløp», har det vært viktig å forankre nye arbeidsmetoder med sjekklister og definerte elektroniske meldinger hos både fastlegene og hjemmetjenesten.

I løpet av vinteren 2013/2014 ble det gitt informasjon i allmennlegeutvalget, og i mai 2014 fremmet kommuneoverlegen egen sak i samarbeidsutvalget: Fastlegene ble formelt oppfordret til å delta i satsningen. Det var en ryddig prosess, hvor sakens faktagrunnlag og ikke minst faglige begrunnelse hadde kommet godt frem i allmennlegeutvalget i forkant. Derved ble et viktig lokalt samarbeid etablert basert på avtale, lokalt samarbeidsutvalg og felles forståelse av faglig grunnlag og målbilde.

Kapittel 5 om administrasjon av avtaler

Det er kommunen som kunngjør, lyser ut og tildeler fastlegehjemler i kommunen. Videre er det kommunen som avgjør om det skal opprettes nye hjemler, og hvor disse lokaliseres. Kommunene har gjennom disse bestemmelsene mulighet til å innhente leger med særlig kompetanse ved behov. Denne bestemmelsen gir kommunene mulighet til å gjøre en grundig og planmessig rekruttering av fastleger.

I rekrutteringssvake kommuner, og der kommunen har inngått omfattende samarbeidsavtaler med legen, kan det fremgå av utlysningen (3. gang) at fratredende lege, gitt visse vilkår, ikke vil kunne ha rett til godtgjørelse for opparbeidet praksis, ref rammeavtalen punkt 5.6a. Bestemmelsen vil kunne gjøre det lettere for kommunen å rekruttere leger i rekrutteringssvake kommuner.

Kapittel 6 om organisering, tilrettelegging og planlegging

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven at kommunen har ansvaret for allmennlegetjenesten. Dette er presisert og utdypet i ulike bestemmelser i rammeavtalen. Blant annet gir bestemmelsene om planlegging, tilrettelegging og organisering, kommunen både plikt og rett til å organisere allmennlegetjenesten i tråd med kommunens behov. Etter Legeforeningens erfaring er det svært varierende i hvilken grad kommunene utarbeider planer for legetjenesten i kommunen, og omfanget av planene. Formålet med planen er å danne

grunnlag for nødvendige prosesser og tiltak for å sikre tilstrekkelig legedekning og oppgavefordeling.

Samarbeidsutvalget skal konsulteres i henhold til bestemmelsene i kapittel 4, men det er kommunen som tar de endelige beslutningene. På samme måte er det kommunen som vedtak om hvem som skal tildeles fastlegehjemler (punkt 5.5).

Punkt 10.5

Punkt 10.5 om legens plikt til å drøfte sin virksomhet med kommunen har som formål å ha en dialog om virksomhetens basert på kommunale mål, retningslinjer, planer og vedtak. Denne bestemmelsen gir mulighet til å ha oversikt over den enkelte praksis, men vil også være nyttig i forvaltningen av hele legetjenesten i kommunen.

Legeforeningen mener bestemmelsen er sentral i kommunens ansvar for helsetjenesten i kommunen. Det er vårt inntrykk at denne muligheten i svært liten grad blir benyttet.

I Porsgrunn innhentes årsrapporter fra alle fastlegekontor i tråd med avtaleverket

I Porsgrunn leverer alle fastlegekontorene standard årsrapport til kommunen. Hva rapporten skal inneholde blir avtalt i samarbeidsutvalget hver høst, og nå er følgende elementer inne:

Andel leger som er spesialister eller under spesialisering i allmenntjenestemedisin

Gjøres det systematisk evaluering av data fra egen praksis?

Holdes det regelmessige interne møter?

Antall tverrfaglige møter/dialogmøter hvor kontorets leger har deltatt

Antall konsultasjoner

Antall sykebesøk

Beskrivelse av gjennomført utviklingsarbeid i kontoret

Planer for videre utviklingsarbeid

Rapporten fra det enkelte legekontoret blir brukt i samtaler med legekontorer eller den enkelte fastlege. Tallene fra rapportene blir aggregert på kommunenivå; de brukes i ulike sammenhenger både for å dokumentere hva fastlegene i Porsgrunn gjør, hva man er gode på og hvor det er utviklingsmuligheter. Det er en prosess på gang for at alle legekontorene i kommunen skal ha installert IKT kvalitetsverktøyet *Medrave* og dermed kunne levere den kvalitetsindikatorrapporten som da muliggjøres ved automatisk uttrekk fra journalsystemet.

Punkt 12.1 om allmennlegeoppgaver i kommunen

En forutsetning ved innføringen av fastlegeordningen var at fastlegene også skulle bidra med allmennmedisinsk legearbeid i den øvrige helsetjenesten i kommunen. Svært mange fastleger har i dag kommunale deltidsstillinger, og

kommunene har i punkt 12.1 mulighet til å pålegge slikt arbeid. Utgangspunktet må imidlertid være frivillige avtaler, og der kommunene er godt organisert og kan tilby akseptable vilkår er det Legeforeningens erfaring at fastlegene ønsker å bidra. Påleggsplikten omfatter kun allmennmedisinsk arbeid, men som tidligere nevnt er rammeavtalen ikke til hinder for at fastlegen etter avtale kan bidra med andre oppgaver i kommunen.

Punkt 14 om inntak av vikar

Bestemmelsen angir at fravær inntil 8 uker i året dekkes av kollegial fraværordning. Denne ordningen innebærer betydelige besparelser for kommunen i motsetning til om kommunen selv var ansvarlig for å skaffe vikar i disse ukene.

Kapittel 15 om korrigerende tiltak ved avtalebrudd

Kommunen har et ansvar for aktiv oppfølging av fastlegene. Om forpliktelsene etter forskrift og rammeavtale ikke overholdes må dette tas opp med legen. Flere/ gjentatte brudd på bestemmelsene kan få konsekvens for avtaleforholdet.

Bestemmelsen angir saksbehandlingsregler for kommunens styringsmuligheter i tilfeller med brudd på fastlegeforskriften, rammeavtalen eller den individuelle avtalen.

Fleksibilitet i rettighetsbestemmelsene til legene

Rammeavtalen inneholder en del rettighetsbestemmelser for fastlegene, se for eksempel 5.2 om utlysning av avtalehjemmel i eksisterende lokaler. Dette er hovedregelen og skal sikre fratredende leges rett til å overdra praksis til tiltredende lege – bestemmelsen kan fravikes ved avtale med fratredende lege. Det samme gjelder gjenværende legers uttalerett etter 5.5 tredje ledd og 10.8 om delaliste. Dette viser at det selv i rettighetsbestemmelsene til legen er åpnet for at kommunen og legen kan avtale hensiktsmessige løsninger lokalt.

9.2 Eksempler på godt samarbeid mellom leger og kommuner

Legeforeningen har flere eksempler fra kommuner der samarbeid med fastleger fungerer godt og hvor partene i felleskap forhandler frem hensiktsmessige løsninger basert på lokale behov.

Det finnes flere kommuner som har opprettet deltidsstillinger for fastleger i kommunene som arbeider med fastlegeordningen på systemnivå. Dette er fastleger som jobber med kvalitetsutvikling, samarbeid mm. Denne type stillinger har ulike betegnelser, noen kommuner kaller de praksiskonsulenter, andre steder

kombileger. Legeforeningen har inntrykk av at samarbeidsutvalget i mange kommuner er et konstruktivt forum og at det brukes aktivt, blant annet for å utarbeide retningslinjer for samarbeid med andre tjenester.

Legeforeningen har mange eksempler på at godt samarbeid mellom kommune og fastlegene bidrar til å ivareta de behov som kommunen har. Særlig ser vi at der kommunen legger vekt på samarbeid om fordeling av de kommunale allmennlegestillingene, brukes pålegg i svært liten grad.

Litteratur:

1. Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m av 24.06.2011 nr 30
2. Forskrift om fastlegeordningen i kommunene av 29.08.2012 nr 8423.
3. OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2014, Raising Standards, tilgjengelig på http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-care-quality-norway-2014_9789264208469-en
4. Rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen om allmennpraksis fastlegeordningen i kommunen

10 Hva forteller internasjonale undersøkelser om den norske primær-helsetjenesten?

I den helsepolitiske debatten og i forvaltningens notater og meldinger om helsetjenesten vises det ofte til Commonwealth Funds (2,3,4,5,6) og OECDs sammenlignende undersøkelser (8) av nasjonale helsesystem. I dette kapitlet beskrives funn og fortolkning av slike undersøkelser, også med kommentarer til hvordan funn fra slike studier er fremstilt i stortingsmeldingen (1).

Commonwealth Funds undersøkelser

- Commonwealth Funds undersøkelser beskriver norsk allmennlegetjeneste overveiende positivt, men med en del mangler
- Commonwealth Funds befolkningsundersøkelser har hatt så lav svarprosent i Norge at det må antas å påvirke svarene betydelig
- Norske respondenter i disse undersøkelsene vurderer egen helse vesentlig dårligere enn respondentene i alle andre deltagende land
- Det påpekes mangel på virksamhetsdata i allmennlegetjenesten, og at Norge mangler oversikt over hva fastlegene gjør og med hvilken kvalitet. Dette er mangler som i enda større grad gjelder alle deler av de kommunale helse- og omsorgstjenestene
- I stortingsmeldingen synes de positive resultatene i Commonwealth Funds undersøkelser å være underkommunisert, de negative resultatene løftet frem, og forbeholdene i tolkningene mangler

Commonwealth Fund har siden 2009 gjennomført gjentatte undersøkelser som sammenligner helsesystemene i ulike land, hvor Norge har vært representert. Øvrige deltagende land er land som er antatt sammenlignbare med Norge, er andre land i Nordvest-Europa, samt Australia/New Zealand og USA/Canada. At helsesystemene i disse landene har vesentlige ulikheter i organisatoriske og kulturelle forhold, er ikke hensyntatt i rapportene.

Informantene for noen av undersøkelsene har vært allmennleger, i andre undersøkelser strategiske utvalg av befolkningen. I befolkningsundersøkelsen fra 2014, er for eksempel bare aldersgruppen over 55 år

inkludert, ved befolkningsundersøkelsen i 2011 var det et ønske å rekruttere «utvalgte pasientgrupper».

I de øvrige befolkningsundersøkelsene er utvalget hentet fra hele voksenbefolkningen (over 18 år).

Spørreskjemaene er laget i USA, og man har i oversettelsen bestrebet seg på å holde spørsmålene likelydende, for å kunne sammenlikne mellom landene. I dette ligger en begrensning i å tilpasse seg organisatoriske og kulturelle forskjeller, slik at resultatene må tolkes med forbehold.

Svarprosenten i de norske befolkningsundersøkelsene har vært lav, til dels oppsiktsvekkende lav, og lavere enn i alle de andre deltagende landene. Svarprosenten i de undersøkelsene som er referert til i stortingsmeldingen var mellom 11 % og 16 %. Rapportene drøfter i liten grad hva som kan være årsaker til lav svarprosent og i hvilken grad dette kan påvirke resultatene.

Statistisk behandles alle ikke-svarere som tilfeldige dropouts, selv om det er grunn til å tro at synspunkter og erfaringer fra de som ønsker å svare på slike undersøkelser, er annerledes enn de som ikke ønsker å svare. Hvor mye sterke meninger og negative eller positive erfaringer påvirker motivasjonen til å svare, blir spekulasjoner, men med så lav svarprosent som 11-16 % må effekten antas å være betydelig.

Verdt å merke seg er også at ved befolkningsundersøkelsen i 2011 var det ønske om å rekruttere «utvalgte pasientgrupper», noe som ble gjort ved inngangsspørsmål om egenvurdert helse, behandling for alvorlig eller kronisk sykdom, skade eller funksjonshemming siste året, eller sykehusinnleggelse eller operasjon siste to år. På spørsmål om egenvurdert helse var det de som svarte «dårlig» eller «nokså god» (de to dårligste av fem svarkategorier), som gikk videre i undersøkelsen. På dette spørsmålet lå de norske respondentene høyt over respondentene i de andre landene, selv om det var små forskjeller på de mer objektive kriteriene. Det er ikke drøftet hvordan misnøye med egen helse kan gi overslagseffekter mot misnøye med helsehjelpen de har fått. Denne effekten må imidlertid antas å være betydelig.

Det er blant annet i norske studier påvist at det er sammenheng mellom en rekke sosiodemografiske variabler og helsevariabler på den ene siden og pasientenes vurdering av helsetjenester på den

andre siden, og det er etablert metodikk for å korrigere for dette i sammenlignende studier av pasientopplevd kvalitet i norske sykehus (8). Slike metoder ble blant annet tatt i bruk av Guldvog og medarbeidere ved Stiftelse for helsetjenesteforskning i deres «RESKVA»-undersøkelser (9) av pasientopplevd tilfredshet i norske sykehus på 90-tallet.

På spørsmål om generelt inntrykk av helsetjenesten, har Norge oppnådd gode resultater i Commonwealth Fund studiene, med unntak av undersøkelsen i 2011. Alle de andre undersøkelsene viser at det er færre i Norge enn i andre land som mener at grunnleggende endringer eller total omstrukturering i helsevesenet er nødvendig. Allikevel referer stortingsmeldingen til unntaket, undersøkelsen i 2011, på dette spørsmålet.

På spørsmål om mer spesifikke kvalitetsparametre, er de norske resultatene svakere. Dette kunne vært fulgt opp med en grundig diskusjon om sammenhengen mellom de etterspurte kvalitetsparametrene og måling av disse, og faktisk kvalitet.

Den generelle tilfredsheten i befolkningen med helsetjenesten i Norge er underkommunisert i stortingsmeldingen. Vi vet (som tidligere nevnt) fra Difis befolkningsundersøkelser (10) at brukernes tilfredshet med fastlegene er særlig høy, og vesentlig høyere enn for andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er likevel slik at Commonwealth Funds undersøkelser viser en del mangler ved fastlegeordningen som det er behov for å gjøre noe med, på en måte som ikke kompromitterer fastlegeordningens grunnleggende kvaliteter.

Fastlegene har blant annet for dårlige verktøy til å arbeide med kvalitet i egen praksis. Det mangler gode verktøy til å skaffe seg oversikt over helsebehovene i legens pasientpopulasjon, og det mangler gode verktøy for å monitorere egen virksomhet og kvaliteten på denne. Legeforeningen har gjennom flere år ønsket et samarbeid med myndighetene for å gjøre noe med dette. Legeforeningen har derfor etablert Senter for kvalitet i Legekontor (SKIL) (11), foreløpig uten medvirkning fra myndighetene.

Fastlegene har utfordringer med å tilby så høy tilgjengelighet som befolkningen og samarbeidspartnerne ønsker. Og selv om fastlegene i Norge har konsultasjoner av lengre varighet enn de fleste andre land, er det mange pasienter som ønsker enda mer tid hos fastlegen. Det illustrerer noe som gjør sammenliknende undersøkelser av brukertilfredshet særlig krevende. Det illustrerer i større grad pasientenes forventninger og

vurderingen av om disse er oppfylt, enn faktisk kvalitet. Det er også svært vanskelig å se sammenhengen mellom svar på spørsmålet: «Har du noen gang tenkt at du ble utsatt for en feil i medisinsk behandling eller pleie?» og faktisk feilfrekvens.

Commonwealth Funds undersøkelser har i liten grad fokusert på fastlegens samarbeid med andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Få fastleger bruker annet helsepersonell til annet enn enkel rådgivning, prøvetaking og formidling av henvendelser til legen. Dette skyldes manglende finansiering. Mange fastleger opplever store samarbeidsutfordringer med annet helsepersonell i kommunehelsetjenesten, noe som i liten grad har vært belyst fordi det bare blir spurt om hvordan disse opplever samarbeidet med fastlegen, ikke motsatt.

Det er stilt noen spørsmål som belyser fastlegens samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Sammenliknet med andre land er det flere i Norge som opplever lang ventetid for å komme til spesialist, og flere som opplever at fastlegen ikke har nødvendig informasjon når fastlegen kontaktes etter spesialistbehandlingen. Dette er uttrykk for sviktende tilgjengelighet og kvalitet i spesialisthelsetjenesten og ikke for sviktende samhandlingskompetanse hos fastlegen.

Samlet inntrykk av Commonwealth Funds undersøkelser er at den generelle tilfredsheten med det norske helsesystemet er høy, men at befolkningen forventer enda mer. Det fremkommer en del velkjente utfordringer, mens mange av funnene sannsynligvis reflekterer svarernes holdninger og forventninger mer enn faktisk kvalitet (det siste må som tidligere nevnt særlig ses i lys av den svært lave svarprosenten og den høye andelen misnøye med egen helse hos svarene).

Om OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2014: Raising Standards

I en rapport som OECD publiserte våren 2014 fremstiller OECD den norske helsetjenesten som svært velfungerende, men mener fastlegene i større grad bør involveres i utviklingsarbeid.

- OECD-rapporten beskriver norsk allmennlegetjeneste overveiende positivt, men med en del mangler
- Rapporten påpeker at primærhelsetjenesten må settes i stand til å arbeide mer koordinert overfor kronikergrupper og fremhever den manglende involveringen av fastlegene i utviklingsarbeid
- Det påpekes tydelig at fastlegene bør ha en tydelig rolle i avtaleforhandlingene mellom

- kommuner og helseforetak
- OECD fremholder at Norge må utvikle bedre kvalitetsindikatorer for primærhelsetjenesten og mener dette arbeidet må ta utgangspunkt i de enkelte legekantorene. For å oppnå kontinuerlig kvalitetsforbedring understreker rapporten behovet for elektroniske verktøy som gjør det mulig å sammenligne egen praksis med kollegers
- Rapporten foreslår at finansiering i større grad skal knyttes til kvalitet uten at potensielle og observerte bivirkninger av dette blir drøftet
- Rapporten mangler drøfting av foreslåtte tiltak for overdiagnostikk og overbehandling

Rapporten «*OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2014: Raising Standards*» er resultatet av et utredningsarbeid som har pågått over lengre tid, basert på informasjon fra flere kilder, herunder Helse- og omsorgsdepartementet og Legeforeningen. Rapporten ble presentert på et møte i Oslo den 21. mai. 2014.

Rapporten beskriver det norske helsevesenet som meget godt. Norge bruker litt i underkant av gjennomsnittet av penger på helsetjenester, i forhold til øvrige OECD-land. Norge bruker mindre enn Sverige og Danmark målt i prosent av BNP.

Rapporten peker på at Norge har redusert antall sykehussenger med 23 % i perioden 2000-2011 og i europeisk målestokk har svært korte liggetider i sykehus. Norske sykehus er nå presset av svært høye beleggstall, de høyeste i OECD-området. Dette beskrives som en utfordring. OECD peker på et tilsvarende økt press på primærhelsetjenesten.

Involver fastlegene

OECD påpeker at primærhelsetjenesten må settes i stand til å arbeide mer koordinert overfor kronikergrupper. OECD fremhever den manglende involveringen av fastlegene i utviklingsarbeid. Det anbefales derfor en styrking av fastlegers deltakelse, for eksempel i avtaleforhandlinger mellom kommuner og helseforetak.

Rapporten peker på at man i større grad bør benytte seg av faglige og økonomiske insentiver for å utvikle fastlegeordningen. Konkret foreslås det at man i større grad tar i bruk insentivkraften i finansieringssystemet, altså takstene. Dette for å oppnå mål og prioriteringer for helsesektoren.

Utvikling av kvalitetssystemer

OECD fremholder at Norge må utvikle bedre kvalitetsindikatorer for primærhelsetjenesten og mener dette arbeidet må ta utgangspunkt i

legekantorene. For å oppnå kontinuerlig kvalitetsforbedring understreker rapporten behovet for elektroniske verktøy som gjør det mulig å sammenligne egen praksis med kollegers. Gjennom Senter for kvalitet i legekantor (SKIL) piloterer Legeforeningen allerede denne type verktøy i samarbeid med flere kommuner.

Selv om det foreligger begrensede norske kvalitetsdata, fremhever OECD at primærhelsetjenesten leverer meget gode tjenester. Samtidig peker OECD på at norsk primærhelsetjeneste i mindre grad er styrt av sentrale føringer, overvåking og kontrollordninger. Dette oppfattes som et uttrykk for et høyt nivå av tillit mellom helsepersonell og myndigheter, og at utviklingen av primærhelsetjenesten har vært basert på samarbeid fremfor konfronterende styringsmodeller.

I omtalen av fastlegenes varierende bruk av nasjonale retningslinjer, er det ikke omtalt at retningslinjene i stor grad er utarbeidet under sterk innflytelse fra spesialisthelsetjenesten og i liten grad er tilpasset fastlegenes pasienter, heller ikke av mange av dem ikke er revidert på lenge og dermed er utdatert.

Spørsmål knyttet til risiko for over- og underbehandling er heller ikke drøftet, og kunnskapsfronten knyttet til effekt og bivirkninger av kvalitetsbasert finansiering (KBF) er ikke belyst (Se tidligere i denne rapporten for mer om KBF).

På ett viktig punkt er OECD-rapporten tydelig i utakt med norske sentrale helsemyndigheter. Det påpekes at fastlegene bør ha en tydelig rolle i avtaleforhandlingene mellom kommuner og helseforetak. Det er ikke ivare tatt i den nasjonale veilederen for inngåelse av lovpålagte samarbeidsavtaler etter helse- og omsorgslovens § 6-2, hvor fastlegene ikke er omtalt som en del av kommunehelsetjenesten, men som en samarbeidspartner (11).

Litteratur:

1. St.meld.nr 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet 2015
2. Holmboe O, Bjertnæs ØA, Bukholm G, m.fl (2009): Commonwealth Fund-undersøkelsen i 2009 blant allmennleger: Resultater fra en komparativ undersøkelse i 11 land. Rapport fra Kunnskapscenteret nr. 24 – 2009
3. Skudal KE, Bjertnæs ØA, Holmboe O, m.fl (2010): Commonwealth Fund-undersøkelsen 2010: Resultater fra en komparativ befolkningsundersøkelse i 11 land. Rapport fra Kunnskapscenteret nr. 21 – 2010

4. Holmboe O, Iversen HH, Sjetne IS, Skudal K (2011): Commonwealth Fund-undersøkelsen i 2011 blant utvalgte pasientgrupper: Resultater fra en komparativ undersøkelse i 11 land
Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 18 – 2011.
5. Haugum, M., Bjertnæs, Ø. A., Iversen, H. H. m.fl. (2013): Commonwealth Funds undersøkelse av helsetjenestesystemet i 11 land: norske resultater i 2013 og utvikling siden 2010. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, rapport nr. 16–2013.
6. Sjetne, I. S., Skudal, K. E., Haugum, M. m.fl. (2014): Commonwealth Funds undersøkelse i 2014 blant personer i aldersgruppe 55 år eller eldre: Resultater fra Norge og ti andre land.
Kunnskapssenteret, rapport nr. 21–2014.
7. Pettersen KI, Veenstra M. Pasienterfaringer og helserelatert livskvalitet i norske sykehus.
Forskningsrapport 3/1999. Nordbyhagen: Stiftelse for helsetjenesteforskning, 1999.
8. OECD (2014): OECD Reviews of Health Care Quality : Norway 2014: Raising Standards. OECD Publishing
9. Guldvog B, Hofoss D, Pettersen K, Ebbesen J, Rønning OM. PS-RESKVA - pasienttilfredshet i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 386-91
10. Eide, K.K, Nonseid, J (2015): Innbyggerundersøkelsen 2015 – Hva mener brukerne? Difi rapport 2015:6
11. Helse- og omsorgsdepartementet (2011): Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak -Nasjonal veileder



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo
Telefon 23 10 90 00 Faks 23 10 90 10
www.legeforeningen.no