

Legens doble rolle som advokat og portvakt i Fastlegeordningen

Evaluering av fastlegeordningen



OLE FRITHJOF NORHEIM

BENEDICTE CARLSEN

STEIN ROKKAN SENTER FOR FLERFAGLIGE SAMFUNNSSTUDIER

UNIVERSITETSFORSKNING BERGEN

DESEMBER 2003

Notat 19 - 2003

Innhold

FORORD	3
SAMMENDRAG	4
SUMMARY	5
BAKGRUNN	6
METODE	7
RESULTATER	8
SKJERPET KONKURRANSE	9
HØYERE FORVENTNINGER TIL LEGENE	11
ØKT ANSVAR	12
OM HENVISNINGER, FORSKRIVNINGER PÅ BLÅRESEPT OG SYKEMELDING	14
Henvisninger	14
Forskrivning på blåresept	14
Sykemelding	15
DISKUSJON	15
METODISKE OVERVEIELSER	17
KONKLUSJON OG FORSLAG TIL TILTAK	18
LITTERATUR	20
VEDLEGG 1: TABELL 1	22
VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE	23

Forord

I forbindelse med innføringen av fastlegeordningen 1. juni 2001 initierte Sosial- og helsedepartementet en forskningsbasert evaluering av fastlegereformen, som har vært finansiert og organisert gjennom Norges forskningsråd. Det følgende er sluttrapport for prosjekt nr 144337/330, *Evaluering av fastlegeordningen: Legens doble rolle som advokat og portvakt i Fastlegeordningen*. Prosjektet er en del av den nasjonale, femårige evalueringen og har vært gjennomført i løpet av to år (2002–2003).

Hovedmålet for prosjektet har vært å undersøke hvordan primærlegene forholder seg til sin doble rolle som pasientens «advokat» og helsevesenets «portvakt» og hvordan dette influeres av fastlegeordningen. Studien er hovedsaklig kvalitativ og bygger på 11 fokusgruppeintervjuer med 81 leger i Hordaland og Oslo.

Professor, dr. med Ole Frithjof Norheim fra Institutt for samfunnsmedisinske fag ved Universitetet i Bergen har vært prosjektleder, og cand. polit Benedicte Carlsen fra Rokkansenteret ved Universitetet i Bergen har vært forsker på prosjektet. Begge er tilknyttet Program for helseøkonomi i Bergen (HEB).

Vi vil benytte anledningen til å rette en stor takk til deltakerne i gruppeintervjuene som stilte engasjerte opp til intervju og gjorde gruppediskusjonene rike og tankevekkende. Vi håper vi her har oppnådd å formidle essensen av diskusjonene videre på et oversiktlig og forståelig vis og at dette kan komme til nytte i den videre utformingen av den norske helsetjenesten.

Ole Frithjof Norheim

Benedicte Carlsen

Sammendrag

Studiens målsetning var å undersøke hvordan primærlegene forholder seg til sin doble rolle som pasientens «advokat» og helsevesenets «portvakt» og hvordan dette influeres av fastlegeordningen (FLO). Ved siden av å bedre kvalitet og tilgjengeligheten til helsetjenesten, var bedret effektivitet en viktig målsetning for FLO. Dette ble definert som en mer rasjonell utnyttelse av ressursene i primærhelsesektoren og vektlegging av prinsippet om at pasienter skal behandles på laveste effektive behandlingsnivå i helsetjenesten (LEON-prinsippet) (St meld nr 9 (1974–75)). På bakgrunn av dette har en styrket primærlegens portvaktfunksjoner i den nye ordningen.

Studien bygger på 11 gruppeintervjuer av til sammen 81 leger fra Hordaland og Oslo samt et kort spørreskjema fra de samme informantene. Intervjuene ble gjennomført i løpet av våren 2002. Diskusjonen ble tatt opp på bånd og transkribert og analysert kvalitativt. I tillegg svarte alle informantene på et kort spørreskjema.

Resultatene indikerer at det er blitt viktigere for primærlegene å gjøre pasientene fornøyde og at legene i svært liten grad tenker og handler som portvakter. Dette kan sees som del av en generell trend i primærhelsesektoren, men funn fra intervjuene tyder på at tendensen er blitt forsterket i og med reformen.

Studien finner flere forklaringer på hvorfor FLO virker svekkende på primærlegenes vilje til å være portvakt: Mye av forklaringen ser ut til å finnes i en økt bevissthet om konkurranse mellom fastlegene. Dette er sammensatt av flere faktorer:

- Reell økt konkurranse på grunn av et relativt overskudd av fastleger i noen områder
- Økt opplevelse av å være i konkurranse knyttet til bedret oversikt over pasientpopulasjonen gjennom listesystemet
- En økonomisk ordning som knytter legenes inntekt direkte til pasientantallet.

En annen forklaring på at primærlegene sier de er blitt mer ettergivende for pasientenes ønsker ligger i endrede holdninger hos pasientene. Legene oppfatter pasientene som mer kravstore og bevisste på at de har en makt i forhold til å være inntektskilde for fastlegen sin.

Det se også ut til at det økte ansvaret som hviler på fastlegene spiller en rolle når legene strekker seg lenger for å innfri pasienters ønsker om tiltak.

Fastlegene opplever at FLO endrer maktbalansen i lege-pasient-forholdet slik at pasienten har fått forholdsvis mer å si i de skjønnsmessige avgjørelsene om helsetiltak. Knyttet til dette er det blitt mer problematisk for fastlegene å fungere som portvakt i forhold til å begrense unødvendig bruk av helsevesenets ressurser. Dette er i tråd med myndighetenes målsetning om økt pasientdeltakelse, men ikke i henhold til målsetningen om mer rasjonell ressursbruk.

Forfatterne mener at studien indikerer en mulig utilsiktet negativ effekt ved FLO som bør taes alvorlig og foreslår økt kontroll og oppfølging av fastlegenes aktivitetsprofiler, som flere og bindende retningslinjer for forskrivning på blåresept og sentral innsamling av data fra elektronisk pasientjournal.

Summary

The Regular General Practitioner Scheme was introduced June 1st 2001. The aim of this study was to investigate how general practitioners (GPs) assess that the reform has influenced their discretionary decisions as gatekeepers.

Data were gathered in 11 structured focus group interviews with 81 GPs and from questionnaires among the same informants. The interviews were conducted during the spring of 2002. Group discussions were recorded, transcribed and systematically analysed through coding and extraction of the informants' statements. The quantitative data from the questionnaires were used for validation and supplement. After the reform the doctors generally experience increased and more visible competition, stronger pressure from patients and colleagues, as well as increased medical responsibility. They claim that this makes them less strict as gatekeepers as it now has become more important to keep patients satisfied. The informants indicated that this induces various changes in practice style, e.g. better accessibility and service and increased willingness to comply with the patients' wishes. The GPs' consciousness of the gatekeeper role and the incentives to consider public costs when making decisions have been weakened.

Bakgrunn

Fastlegeordningen (FLO), som ble innført 1. juni 2001, er en omfattende reform som berører alle landets kommuner, 3700 allmennleger og 99,50% av landets befolkning direkte (Rikstrygdeverket 2002). I tillegg får ordningen etter all sannsynlighet konsekvenser for ressursbruksmønsteret i primær- og sekundærhelsetjenesten samt i trygdeetaten. Målsetningen med FLO har vært å forbedre kvaliteten i allmennlegetjenesten gjennom å gi alle innbyggere rett til å bli registrert hos en fast primærlege, men samtidig skal ordningen bidra til en mer rasjonell bruk av ressursene i helsesektoren. (Ot.prp. nr. 99 (1998–99)).

Studien er en del av den nasjonale evalueringen av Fastlegeordningen som organiseres av Norges forskningsråd. I mål- og rammedokumentet for evalueringen satt Sosial- og helsedepartementet opp følgende målsetninger for reformen og temaområder for evalueringen:

- legedekning
- tilgjengelighet
- kontinuitet
- effektivitet
- (Sosial- og helsedepartementet 2000)

Dette prosjektet retter seg mot effektiviteten i FLO i forhold til om ressursene blir utnyttet rasjonelt. Vi fokuserer på legens portvaktrolle som en nøkkel til ressursallokering i helsevesenet. Studien undersøker hvordan FLO påvirker legens skjønnsmessige avgjørelser som portvakt for ressursbruken i helsevesenet. Vi fokuserte spesielt på skjønnsmessige avgjørelser som angår henvisning, forskrivning på blå resept og sykemelding. I internasjonal litteratur blir portvaktbegrepet først og fremst brukt i forbindelse med henvisninger til sekundærhelsetjenesten, men fastlegene har også en avgjørende portvaktrolle i forhold til sykemeldinger, søknader om uføretrygd, attester til forsikringsselskaper og forskrivninger på blå resept. I tillegg kan en utvide begrepet til å omfatte aktiviteter på fastlegekontoret som genererer kostnader i form av refusjoner fra Rikstrygdeverket. Fastlegene er uten tvil nøkkelpersoner for en betydelig del av ressursbruken i helse- og sosialsektoren uten at det er undersøkt akkurat hvor stor denne andelen er. Gjennom FLO har portvaktfunksjonen blitt viktigere ved at primærlegene har fått en mer sentral posisjon og konkret gjennom den nye henvisningsordningen¹ som ble innført sammen med FLO.

Vi har også drøftet om FLO endrer legenes selvstendige insentiver til å øke aktivitetsnivået. Det er ikke nødvendigvis sånn at legene i utgangspunktet ser på seg selv

¹ Henvisningsordningen ble skjerpet samtidig med innføringen av FLO. Det ble innført høyere egenandel for pasienter som kommer til spesialist uten å ha henvisning fra annen lege, og gyldigheten av en henvisning ble fastsatt til maksimalt ett år. Fra 01.01.2002 ble ordningen moderert for noen pasientgrupper.

som portvakter som ønsker å begrense ressursbruken mens pasientene alltid ønsker å øke den. Ofte kan faglige eller økonomiske motiver som berører legen før til at denne genererer aktiviteter på tross av pasientens ønsker.

I en betydelig del av avgjørelsene primærlegene tar i sin praksis finnes det ingen klar medisinsk indikasjon på hva som er den rette avgjørelsen, og i mange tilfeller er det helt nødvendig å ta hensyn til andre forhold enn de medisinske for å fatte en beslutning. Studier har vist at leger, i tillegg til sine faglige vurderinger, blant annet blir påvirket av økonomiske og sosiale incentiver som f. eks betalingssystemet, forholdet til kollegaer og pasienter (Fidler et al 1999, Iversen og Lurås 1998, Virji og Britten 1991, Bradley 1992, O'Donnel 2000). FLO innebærer både en endring i organiseringen av primærhelsetjenesten, med vekt på kontinuitet og nærere bånd mellom primærlege og pasient, samt en endring i betalingssystemet ved at betalingen delvis er knyttet til listelengden. Den aktivitetsbaserte inntekten er noe økt og det er færre fastlønnede primærleger.

FLO består både av en ny måte å organisere primærhelsetjenesten på gjennom faste lister med pasienter til hver fastlege, men ordningen innebærer også endringer et nytt betalingssystem for allmennlegene. Fastlegene er ansvarlige for å tilby allmennmedisinsk behandling av sine listepasienter og å prioritere pasienter som står på listen. Listene skal i utgangspunktet være på mellom 500 og 2500 pasienter, men legene kan sette et listetak under maksimumsgrensen. Når listen er fylt opp, kan legen velge å lukke den for nye pasienter. Pasientene har rett til å skifte lege to ganger i året så lenge andre fastleger med ledig listekapasitet er tilgjengelige (Ot.prp. nr 99 (1998–99), Forskrift av 14. april 2000). Legene mottar en månedlig oppdatering fra RTV der det går frem hvilke pasienter som har skiftet til og fra listen. I mars 2002 hadde 53,3% av legene åpne lister, dvs. færre pasienter enn de ønsket seg på listen. Iversen og Lurås fra Senter for helseadministrasjon, som også har evaluert fastlegeforsøket, bruker betegnelsen «rasjonert» for disse legene, og har vist at rasjonerte leger sammenliknet med ikke-rasjonerte leger kompenserer ved å øke aktivitetsnivået (Iversen og Lurås 1998). I Oslo var 74,9% av fastlegene rasjonerte i den perioden denne undersøkelsen ble gjennomført (Tabell 1). Fastlegenes inntjening består av en kommunal godtgjørelse knyttet til antallet pasienter på listen som skal utgjøre ca 30% av inntekten, mens de resterende 70% er knyttet til pasientenes egenbetaling og aktivitetsbaserte refusjoner fra Rikstrygdeverket. Før reformen hadde størstedelen (ca 66%) av primærlegene en driftsavtale som var knyttet til åpningstid, der driftstilskuddet utgjorde rundt 40% av inntekten mens resten av inntekten var aktivitetsbasert.

Metode

Studien bygger på data fra 11 fokusgruppeintervjuer med et utvalg av veiledningsgrupper og smågrupper² for allmennleger og samfunnsmedisinere i Hordaland og Oslo. Dette omfatter 81 informanter (hvorav 77 var fastleger) som ble intervjuet i løpet av

² Veiledningsgrupper er ledet av en spesialist i allmennmedisin eller samfunnsmedisin og gruppene er en del av spesialistutdanningen. Smågrupper er grupper for spesialister som ønsker å vedlikeholde spesialiteten.

våren 2002. Tabell 1 viser en profil av utvalget samt nøkkeltall for de to fylkene og for landet som helhet. Hordaland er på mange måter statistisk sett et gjennomsnittsfylke i FLO, mens Oslo skiller seg ut med større legetetthet og flere rasjonerte leger, dvs knapphet på pasienter og hardere konkurranse om pasientene. Både land- og bykommuner er representerte. Vi tok først kontakt med alle gruppene (23 grupper) i de to fylkene per brev og fulgte opp med telefonkontakt. Av disse var to grupper negative, åtte ble ikke nådd på telefon og 13 var positive til å delta. Av disse plukket vi ut 10 grupper til intervju og én til pilotintervju. Seks av gruppene er veiledningsgrupper og fem er smågrupper. Gruppene er homogene i forhold til alder og arbeidserfaring og heterogene i forhold til kjønn, med unntak av én gruppe med bare kvinnelige leger. Alle deltakerne kjente hverandre fra tidligere gruppemøter.

Studien bygger på en kombinasjon av kvalitative og kvantitative data. Hoveddelen av materialet stammer fra fokusgruppeintervjuene, men vi delte også ut et kort spørreskjema til alle deltakerne før hvert intervju. I ettertid ble også enkelte av opplysningene fra intervjuene kvantifisert, som f. eks type praksis, relativ taletid og holdning til FLO (Tabell 1). Intervjuene ble gjennomført av en eller begge forskerne og varte fra en og en halv til to timer. Diskusjonen ble tatt opp på bånd og transkribert. Hvert intervju startet med en kort introduksjon der en av forskerne klargjorde problemstillingen for studien og definerte sentrale begreper som *portvaktrolle* og *skjønnsmessige avgjørelser i gråsoner* (Naylor 1995). Vi fulgte en intervjuguide som ble moderat endret etter erfaringene fra pilotintervjuet, men siden ble det ikke gjort nye endringer. Vi oppfordret deltakerne til å diskutere spørsmålene som ble presentert seg i mellom heller enn å rette svar til forskerne. Målet var at forskerne skulle fungere som ordstyrere for å holde diskusjonen innenfor de relevante tema og for å se til at alle deltakere kom med innspill.

Intervjuene ble analysert ved å kombinere en metode der en bruker koding og kategorisering (Kvale 1996) med det som kalles «kondensering» beskrevet av Giorgi (1985): Forfatterne leste gjennom transkripsjonene først med tanke på spørsmålene som ble stilt på intervjuene og så også med fokus på meningskategorier som går igjen i intervjuene. Forfatterne drøftet så disse kategoriene og ble enige om et sett med koder for intervjuene. Den ene forskeren kodet intervjuene og laget på grunnlag av dette et nytt og kondensert dokument organisert etter de fremkomne meningskategoriene. Dette dokumentet dannet så grunnlaget for forfatternes drøfting og konklusjoner om dominerende tema og sammenhenger som er relevante for problemstillingen, legen som portvakt i FLO.

Resultater

Informantene uttrykte i varierende grad at reformen hadde konsekvenser for hvordan de tenkte rundt og utførte portvaktrollen. Noen få av legene, særlig leger med veletablert praksis i landkommuner, mente at FLO ikke hadde noen innvirkning på portvaktrollen. De fleste mente at FLO hadde ført til en forandring i lege-pasient forholdet og synet på portvaktrollen.

Alle har vi vel skrevet resepter på kortisonkremer og astmamedisin på blå resept uten å være sikre på om tilstanden var kronisk. Har vi ikke det? Jeg mener den kombinasjonen av å ha faste pasienter og forbrukersamfunnets kundekrav; skal ikke vente, skal ha, sant? Og jeg vet ikke hvor gode vi er, jeg vet i hvert fall ikke hvor god jeg er, til å sette grenser i forhold til å styre det.

Hvis du går inn på tilbudet til hver enkelt pasient, så er det sann at jo bedre jobb du gjør, jo større inntjening har du. Og helseøkonomisk så er det og rasjonelt at du gjør mest mulig lokalt, så det er jo sammenfallende interesser.

Informantene hevdet at de i første omgang i mindre grad er aktive som portvakter ved at de søker å unngå konflikt med pasienter, og når konflikter oppstår, er mer ettergivende som portvakter, dvs at de mer tilbøyelige til å tøye sine faglige vurdering og statlige retningslinjer for å gjøre pasienten fornøyd. I FLO er de mindre villige til å bruke tid og innsats på å diskutere med pasienter for å begrense unødvendige tiltak. I et materiale som omfatter 330 sider med intervjudata, fikk vi bare en håndfull anekdotiske referanser til hendelser der portvaktrollen ble gjennomført til tross for pasientens ønsker eller krav om det motsatte.

Legenes forklaringer på denne holdningsendringen kan fordeles i tre hovedkategorier som følger under:

Skjerpet konkurranse

Det var stor enighet blant informantene om at pasientene har fått mer makt i forhold til å fremme krav til fastlegen i FLO. Dette ble knyttet til en voksende følelse av konkurranse om pasientene.

Enkelte pasienter kan presse legen for å forskrive, sykemelding, eller resepter som kanskje ikke er indisert. Og hvis man ikke gjør det kan man bli presset og da vandrer de rundt.

Nei, det har ikke blitt respektert av oss legene, [viser til blåreseptforskriften]. Og det kan jo være fordi kravene er urealistiske, og vi prøver jo liksom å få pasientene våre fornøyde. Nå er det flere og flere leger, og faktisk i Oslo så er det for mange leger, og mange vil gjerne ha pasienter. En kan ikke diskutere masse sann at de blir misfornøyde. Plutselig så har de en annen lege da, ikke sant?

Sann at – greit, skal du gå til meg så kan du få kolesterolsenkende på hvit resept, det koster deg 10000 mer i året, men han der, han er litt mer luring, så han gir deg det på blå resept.

For en liten del av informantene, som av forskjellige grunner manglet en stor del pasienter for å nå listetaket, var dette et reelt økonomisk problem, mens de fleste betraktet pasientmangel som et potensielt, men usannsynlig økonomisk problem. De fleste var fornøyde med listelengden sin (67,6% av informantene) og de hadde råd til å miste en del pasienter fordi det var lett å kompensere for tapet i listebasert inntekt ved å øke aktivitetsnivået. Gruppediskusjonene inneholder lengre bolker med detaljerte drøftinger av takstsystemet og hvordan en kan få mest mulig ut av det, men det var kun et fåtall av informantene som regnet seg som rasjonerte på intervjudispunktet. Noen var likevel bevisste på at denne situasjonen kunne endre seg i fremtiden. Dette var mer

uttalt i Oslo-gruppene enn i Hordaland-gruppene og reflekterer sannsynligvis det relative fastlegeoverskuddet i Oslo.

En annen side ved FLO som kom frem i gruppediskusjonene, var at listesystemet gjør konkurransesituasjonen mer synlig. Til og med leger med mer enn nok tilgang på pasienter beskrev hvordan den nye oversikten over pasientenes valg av lege gir dem en følelse av uttalt og kontinuerlig evaluering av deres profesjonelle kvaliteter. Både etableringen av listen og de månedlige oppdateringene fra RTV gjorde inntrykk på legene i så måte. Samtidig som det ble uttalt at den nye gjennomskiktigheten gjør det lettere å se om en er i fare for å lide økonomiske tap, var det flere som understreket at denne tilbakemeldingen fra pasientene var mye viktigere av faglige enn av økonomiske årsaker. Hver fastlege har i snitt 12–14 pasientskifter i måneden. Dvs at når en pasient skifter fastlege kan fastlegen ofte knytte dette til en spesiell episode som kan ha utløst skiftet. Leger i Oslo opplever at pasienter anklager dem for å ha for lang liste eller truer med å skifte lege når de mener at fastlegen er for vanskelig tilgjengelig eller at de mottar for dårlig service.

Enkelte informanter beskrev hvordan de etter hvert tok hensyn til slike opplevelser i utøvelsen av portvaktrollen. Den responsen som var hyppigst nevnt i intervjuene var at en bestrebet seg på å forbedre tilgjengeligheten ved legekantoret, gi bedre service og at pasienten får oppfylt forventningene sine. Konkrete eksempler var utvidet telefontilgjengelighet, kortere ventetid for ordinære timer, sykemelding pr telefon, og å oppfylle pasientens ønsker om sykemelding og henvisning.

Fastlegene fortalte at de opplever det som viktigere enn før å unngå konflikter og å tilfredstille pasientene for å vise at en gjør en innsats for sine pasienter. Disse faktorene overskygger tilsynelatende irritasjonen ved å tape diskusjonen med pasienten og kompromittere sin faglige vurdering eller hensynet til rasjonelt ressursbruk. I noen få tilfeller fortalte informantene om eksempler på at de ikke hadde gitt etter for pasientens krav i en konfliktsituasjon. Dette var alltid ut fra faglige motiver og ikke ut fra idealer om prioriteringer i helsevesenet. Et eksempel som ble nevnt flere ganger var når pasienten ønsket B-preparater³ uten at det foreligger medisinsk indikasjon for dette.

Du vil være opptatt av å yte litt service. Det er jo litt forsmedelig hvis de, neste gang du får utskrift fra RTV, ikke er på listen din lenger. Det tyder på at du ikke har gjort jobben din eller at de har vært misfornøyde.

Trass i deres egen følelse av tydeligere konkurranse, mente legene fra Hordaland gjennomgående at pasienter flest ikke er bevisste på at de kan skifte lege og at det på små steder vil være en sosial barriere mot å bytte fastlege.

En annen pussig problemstilling med det å skifte lege – de pasientene som ikke tar noen prosess, og de finner ut at han er ikke doktoren for meg definitivt, og skifter liste – når du møter dem etter at de har skiftet liste, uten at det er, skal vi si en offisiell avgjørelse, så blir det noe unnnvikende, litt sånn pussig, ikke sant? Det er noen greier der, i hvert fall i en liten kommune der alt er gjennomskiktig, og du gjerne har kjent folk over mange år, og så plutselig er de vekke fra lista uten helt å forklare seg, sant, så blir det litt sånn duknakket.

³ B-preparater er beroligende medikamenter, sovemedisiner og enkelte smertestillende preparater som kan være vanedannende.

Flere informanter refererte til et annet aspekt ved konkurransesituasjonen som ser ut til å påvirker legenes adferd. De hevdet at det hersker en indre justis blant legene som sier at det er ukollegialt å ha lang liste, og leger med lange lister ble negativt omtalt i flere gruppeintervjuer. Et par av informantene hevdet at legene ved legevakten legger merke til hvilke fastleger som sender pasienter til legevakten på dagtid fordi de ikke har nok øyeblikkelig hjelp kapasitet selv, og at dette stort sett er leger med meget lange lister. Leger med lister på mer enn 2000 personer ble beskyldt for å ikke være i stand til å gjøre en grundig jobb for alle sine pasienter og at de belastet legevakten og andre kollegaer fordi de ikke klarte å ekspedere henvendelser fra det store antallet listepasienter.

Det er litt sånn indre justis i kollegiet og, jeg har sett på det systemet til allmennlegeutvalget, det er for fastlegene i bydelen, og der var det jo ganske klart sagt fra at de som har altfor lang ventetid, de burde vær så god se å redusere lista si. For det er ikke kollegialt godt nok å ta imot pasienter fra andre leger sine lister til øyeblikkelig hjelp når de ikke selv kan ta vare på sine pasienter.

En uskreven enighet om at pasientene burde fordeles noenlunde likt ser ut til å råde blant legene, og at å holde på en liste med over 2000 pasienter er usolidarisk og vitner om at en lar økonomiske motiver overskygge faglig ansvar. Flere fortalte at de hadde blitt enige internt i praksisgruppen hvilket listetak de skulle be om ved innføringen av FLO. I tillegg til den generelle pasientmangelen, ser det ut til at presset fra kollegaer blir et argument for å holde listelengden på et moderat nivå og heller kompensere ved å gjøre mer for hver enkelt pasient og dermed øke refusjonsinntekten. Ingen av informantene uttalte seg negativt om det å gjøre mer for hver enkelt pasient, dette ble sett på som en lønnsom og moralsk forsvarlig strategi.

Høyere forventninger til legene

Informantene fortalte at de følte økte forventninger, noen ganger i form av krav fra pasientene. Dette ble beskrevet som en markert endring ved innføringen av FLO. I begynnelsen hendte det at pasienter bestilte time bare for å hilse på fastlegen sin. Dette kunne gi legen en følelse av økte, om enn noe uklare, forventninger til den nye ordningen og fastlegens rolle:

Jeg synes de har noe annet i blikket, en litt annen forventning når de kommer inn nå. Og når du ser at det står på journalkortet, okei, det er min pasient, det hysrer mot deg hver gang du slår opp – det er min pasient som er inne her nå. Og har du en 45–50-åring inne, så er det klart at du vet at han skal du følge, han forventer at du gjør noe i forhold til det forebyggende også. Så jeg må si at jeg føler det annerledes nå enn før, sjøl om jeg hadde faste pasienter da også. Men jeg merker veldig forventninger fra pasienter som kommer og sier at du er blitt fastlegen min. Det ligger noe udefinert i luften som jeg aldri opplevde før, sånn at jeg føler meg veldig forpliktet i forhold til dem.

Men forventningene til fastlegen ble ikke alltid oppfattet som så vage. Flere av legene opplevde at pasientene var tydelige på at de forventet at fastlegen skulle ta seg av deres medisinske problem og tilby dem det de måtte be om uten forsinkelser. Noen ganger ble forventningene eksplisitt knyttet til FLO. I tillegg til betegnelsen «advokat» som vi

innførte I gruppediskusjonene, ble ord som «tjener» og «kelner» brukt for å beskrive hvordan informantene noen ganger opplevde sin rolle som fastleger.

En merker forventningene på en litt annen måte, at det er bilen min og buset mitt og legen min og jobben min. Og du ser det på henvisninger og sånt, at de forventer at du skal ordne ting nesten i det øyeblikket de knipser. Så du blir dradd litt mer enn det som er behagelig av og til.

Mitt inntrykk er at det har påvirket forholdet mellom meg og pasientene på den måten at det blir en sterkere binding. Jeg føler et press som jeg ikke gjorde før av en eller annen grunn. Om det kan være fordi jeg har satt meg inn i FLO og vet forventningene til den, eller om det er pasientene som faktisk presser meg, det tør jeg ikke si.

Økt ansvar

Informantene var spesielt opptatte av at FLO innbærer en endret ansvarsstruktur. Ansvaret opplevdes større, men samtidig tydeligere og klarere avgrenset.

Etttersom fastlegen nå i stor grad er den eneste legen pasientene oppsøker, har legene bedre kontroll og oversikt over pasientens helse, men dette betyr også at om det blir begått en feil eller hvis en sykdomstilstand blir oversett, er ansvaret lett å plassere.

Informant 1: Det å overse en cancer-diagnose, ville det oppleves verre nå overfor en fast pasient enn hva det ville ha vært overfor en sånn som gikk stort sett til deg, men som ellers brukte litt andre?

Informant 2: Du ville føle deg – dummere, for å si det sånn.[...]

Informant 1: Ja, du kan regne med at du kan få den igjen, at det der var feil, sant?

Informant 3: Ja, enten bytter de veldig bevisst lege etterpå og da er det jo så synlig.

Informant 1: Du blir jo ikke akkurat portvakt, det blir kanskje det motsatte fordi at, altså rent faglig, ønsker du å få dem tilbake igjen. Før var det liksom ikke så fast, men nå sitter du med ansvaret...

(Utdrag fra diskusjonen i et av gruppeintervjuene)

Enkelte uttalelser fra informantene kan tyde på at det hersker en gjensidig følelse av eierskap mellom fastlegene og listepasientene. Dette skyldes ikke bare barrierer på å skifte fastlege. Legens ansvar for pasientpopulasjonen er understreket som en forpliktelse i legens kontrakt med kommunen (Forskrift av 14. april 2000).

På den annen side er ansvaret begrenset til listebefolkningen. Flere informanter uttrykte lettelse over at de nå kunne avvise og videresende pasienter som ikke var deres, med god samvittighet. Denne tosidigheten ved ansvarsforholdet i FLO, var det flere som beskrev at de hadde et ambivalent forhold til.

Du føler at du har et større ansvar. Du kan liksom ikke bare si at du får gå til legen når du føler for det. Du gjør heller en avtale om tre–fire måneder igjen for å følge opp pasienten og har legitimitet på det. Men samtidig, [når andres pasienter konsulterer], da har du ikke noe

oppfølgingsansvar. Det ansvaret jeg har for andres pasienter, det er her og nå, og da har pasienten selv et ansvar for å oppsøke sin fastlege, og fastlegen har et ansvar for å ta pasienten. Det synes jeg er en kjempefordel for uten kan du bli hengende igjen med en del sårne utskudd.

Legene har imidlertid mistet noe av muligheten til å manipulere med pasientpopulasjonen. Fastlegene nevner at det er blitt vanskeligere å skyve ut vanskelige pasienter.

Jeg tror vel alle konsultasjoner står i en litt større sammenheng, altså det er mindre rent tilfældige. Det var jo en del som kom innom, og som vi visste at det er i dag, og så er det ikke flere ganger. Nå er det en del av et slags skjebnefellesskap som du har med pasienten din. Du må følge opp uansett hva du velger, og det står i en større sammenheng, fordi at du får ham jo tilbake igjen, sjøl om han har vært hos spesialist, så det å henwise løser jo veldig sjelden et problem, det er bare å få hjelp til en vurdering, og så må du sjøl følge opp videre.

Det er lettere for pasienten å bytte lege enn for legen å kvitte seg med ubehagelige pasienter.

Før var det en del av de som lå og fløt, som du håpet på at det var noen andre som tok ansvar for, og tok tak i problemet. Men nå står det ditt navn i journalen, slik at det er du som må ta ansvaret, og ikke la de flyte, og håpe på at – gir dem sykemelding i fire dager, så kommer de til en annen, og så håper jeg at han tar tak i denne vonde ryggen, sant? Det er du som har ansvaret og skal følge opp og stramme inn og ikke la det flyte lenger.

Informantene mente ikke at de kjente pasientene sine bedre ennå, tatt i betraktning den korte tiden FLO hadde eksistert på intervjuutidspunktet. Men mange følte likevel at tilknytningen til pasientene som nærere. Informantene hadde gjennomgående en oppfatning om at ansvaret er større etter reformen, men om en opplever dette som positivt eller negativt, varierte i stor grad. Det var en tendens til at kvinner syntes ansvaret var mer tyngende enn menn. Noen av de kvinnelige informantene mente dette skyldtes at deres mannlige kollegaer i større grad klarte å koble ut tanken på jobben ved arbeidsdagens slutt:

Jeg føler styringen. Og jeg tror kanskje kvinnene føler det mer enn mannlige leger [...] For jeg vet at mennene på kontoret mitt, de bare går de selv om det henger hundre gule lapper der med alt de skal gjøre! Mens vi sitter om kvelden og skriver så alt er effektivt til neste dag.

Ellers var det en del felles elementer som ble trukket frem av dem som følte ansvaret tyngende: Det er vanskelig å koble ut jobben i FLO, en er alene om ansvaret, en må ha greie på hele kroppen fordi en ikke lenger kan «spesialisere seg» gjennom at pasientene går til en for spesielle problemer og til andre med andre typer problemer og en er mer bundet til praksisen fordi en må skaffe vikar ved sykdom eller om en ønsker å ha permisjon. Av positive sider mente flere at det ansvaret ikke hadde økt like mye som kontrollen med pasienten hadde økt, slik at det nå er lettere å gjøre en ansvarlig jobb, ettersom pasienten har et ansvar for å samle «hele kroppen» hos fastlegen, som også får oversikt over tiltak satt i verk av spesialister.

Det er ok å ha bedre kontroll og kanskje forventninger til at jeg i større grad må ta ansvaret og være orientert om alle sider av de som kanskje har gått til flere allmennleger. Før var det lettere egentlig å ikke prøve å ta tak i alle problemstillingene rundt pasienten. Og nå virker det, iallfall for meg, som at jeg har et mer helhetlig ansvar og vet at det preger hvordan jeg tenker og agerer.

Legene hevdet at det mer omfattende ansvaret fikk dem til å arbeide etter mer langsiktige og forebyggende strategier forhold til pasientene. Flere nevnte at de laget en

profil over nye pasienter, spesielt om de var i en risikogruppe, at de kalte inn oftere til kontroll og gjorde grundigere undersøkelser av pasientene. Noen syntes å ha blitt mer risikoaverse, og nevnte faren for at tiden ville bringe «amerikanske tilstander» i forhold til at de kunne bli holdt juridisk ansvarlig eller få erstatningskrav om de skulle gjøre noe feil.

Om henvisninger, forskrivninger på blåresept og sykemelding

Gjennom intervjuguiden (se vedlegg 2) ble portvaktrollen konkret knyttet til aktivitetene henvisninger, forskrivninger på blåresept og sykemelding. Vi har hovedsakelig valgt å legge vekt på de generelle uttalelsene om skjønnsmessige avgjørelser som berører portvaktrollen, fordi informantene sjelden fant det naturlig å diskutere portvaktrollen i forhold til enkeltaktiviteter. En kort oversikt over informantenes holdninger til disse tre aktivitetene kan likevel være av interesse.

Henvisninger

Når det gjelder henvisninger var hovedinntrykket at det er blitt vanskeligere å si nei til pasienter som har forventninger om henvisning. Informantene var i denne sammenhengen opptatte av den nye henvisningsordningen og forholdet til spesialistene. Mange mente at henvisningsordningen er riktig fordi den til en viss grad begrenser bruken av spesialister til oppgaver som fastlegene lett kan ta seg av. Samtidig ble det uttrykt irritasjon over at spesialister ofte avtaler time med pasienten og ber pasienten gi beskjed til fastlegen at de må ha en henvisning. I slike tilfeller mente fastlegene at deres tid blir misbrukt og de følte seg umyndiggjorte som portvakter.

Ellers uttrykte informantene at det kan være vanskelig å forklare pasienter som er vant til å gå til spesialist for eksempelvis gynekologiske kontrollundersøkelser, at dette heretter er fastlegens oppgave. I følge informantenes uttalelser varierer det i hvilken grad fastlegene prøver å overtale slike pasienter til at de ikke trenger henvisning.

Forskrivning på blåresept

Flere informanter hevdet at pasienter sjelden kommer med ønsker om forskrivninger slik at dette i liten grad er en aktivitet som blir induisert av pasientene. Samtidig kom det frem flere eksempler på tilfeller der pasientene ber om å få medisiner på blåresept uten at dette er indisert i følge Blåreseptforskriften. Legene sa at det føles umulig å nekte pasienter å få noe på blåresept når de viser til at andre leger hadde gitt dem det før. Dette ble begrunnet både ut fra redsel for å miste pasienter til andre leger og ut fra resignasjon i forhold til at likevel ville fått det et annet sted. Informantene ga også uttrykk for at de ofte overser retningslinjene for forskrivning på blåresept ut fra egne

medisinske skjønsmessige vurderinger av at grenseverdiene i retningslinjene burde vært satt annerledes. Dette gjaldt blant annet blodtrykksenkende medisiner, kolesterol-senkende midler, astma- og allergimedisiner og steroid-kremer for atopisk eksem.

Sykemelding

Det var et gjennomgående tema i diskusjonene at fastlegene ikke ønsker portvaktrollen i forhold til korttidssykemeldinger og at pasientene stort sett får sykemelding når de ber om det. Dette ble oppfattet som en sak mellom arbeidstaker og arbeidsgiver og at det oppleves vanskelig for legen å vurdere om pasienten kan fungere på sin arbeidsplass. Mange mente at pasientene forventer sykemelding når de ber om det og at uttrykk som «å sykemelde seg» beskriver holdningen til legenes rolle eller mangel på rolle i denne sammenheng. Informantene mente at denne situasjonen ikke hadde endret seg merkbart med FLO.

Av endringer etter reformen, var det flere som nevnte at de nå synes det er lettere å sykemelde pr telefon. Enkelte mente at de nå gjerne gir kortere sykemeldinger på noen få dager om gangen slik at de kan kontrollere pasienten i sykemeldingsperioden.

Diskusjon

Denne undersøkelsen tyder på at fastlegeordningen har ført til at legene i mindre grad prioriterer portvaktfunksjonen, og er mer ettergivende som portvakt i avgjørelser som taes i møte med listepasientene. Legene er i og med FLO blitt mer opptatte av at pasientene skal få oppfylt sine forventninger. Dette ser ut til å skyldes samspill av flere effekter av FLO:

Legene opplever mer press på tilgjengelighet og service fra pasienter og at pasientene har fått mer makt i forhold til legen. Vi registrerte mye oppmerksomhet rundt konkurranse om pasienter og hvordan beholde dem på listen. Det var også tydelig at fastlegene føler at de har fått et større ansvar for sine pasienter.

I tillegg til at primærlegene i mindre grad filtrerer behov fra befolkningen, er det også klart at mange av legene i FLO selv har incentiver til å øke aktivitetsnivået (*tilbudsindusert etterspørsel*) av økonomiske grunner.

Vi fant også at forholdet mellom kollegaer i primærhelsetjenesten har endret seg og at dette har innvirkning på portvaktrollen. På grunn av konkurransesituasjonen presser kollegaer hverandre til å holde listelengden på et moderat nivå. Sammen med et aktivitetsbasert betalingsdel på opp til 70%, gir dette incentiver til å sette listetaket lavt og kompensere for en relativt kort liste med å høyne aktivitetsnivået.

Hovedendringene i praksisstil ser ut til å være bedre tilgjengelighet og service, mer vekt på pasientens ønsker og mer langsiktige strategier og grundige undersøkelser i de kliniske avgjørelsene. Dette kan betraktes som et hopp i en pågående trend mot mer pasientautonomi i kliniske avgjørelser.

Fastlegene opplever at faglige, sosiale og privatøkonomiske insentiver i FLO driver dem til å gjøre så mye som mulig for hver listepasient som kontakter dem. De mener at

dette gir et bedre helsevesen, gjør pasientene fornøyde og er økonomisk gunstig for fastlegene. Samtidig er det grunn til å tro at insentivene til å bidra til å begrense ressursbruken i helsevesenet er blitt tilsvarende svekket (eller forsvunnet) i den nye ordningen.

Hvor stor denne endringen er, er vanskelig å si. Vi hadde ikke muligheten til å samle inn tilsvarende data fra før innføringen av FLO, men vi vet at en stor del av norske allmennleger tradisjonelt har oppfattet seg som portvakter i helsetjenesten. (Getz et al 1994). Angela Coulter (og mange andre) har påpekt at i land hvor pasienter henvender seg direkte til spesialisthelsetjenesten (som f.eks. USA, Tyskland, Frankrike og Sverige) er kostnadspresset høyere enn i land hvor pasientene 'filtreres' gjennom en velfungerende primærhelsetjeneste (Coulter 1998). Samtidig vet vi at mange allmennleger i økende grad, og kanskje med rette, også oppfatter seg som pasientens advokat (Wyller 2000, se også Schei et al 2000).

I en norsk studie fra 1993 av Arnesen og Fredriksen fant man at blant 109 norske allmennpraktikere hadde 93 % erfart en konflikt mellom hensynet til den enkelte pasient ansvaret for det totale helsebudsjett. 68 % rapporterte at de hadde avstått fra å anbefale beste behandling fordi den var for kostbar (Arnesen og Fredriksen 1995).

Vår studie viser at fastlegene mener de i mindre grad utøver portvaktfunskjonen nå enn før FLO, men ettersom Arnesen og Fredriksens studie var basert på en survey, er det vanskelig å sammenlikne resultatene av de to studiene direkte og dermed estimere om endringen er betydelig. Det er mulig at portvaktrollen blir praktisert så lenge legen og pasienten er enige eller når legen klarer å overbevise pasienten om sitt syn, men sjelden når det motsatte er tilfelle. En senere norsk studie (Gulbrandsen et al 2002) viser at mer enn halvparten av primærlegene (før FLO) noen ganger eller ofte vurderte pasientens ønsker som mer avgjørende enn sine egne faglige vurderinger for avgjørelser om tiltak, og at primærlegenes villighet til å innta portvaktrollen er synkende. Forfatterne fremholder også at det moderne fokus på pasientens rett til å bestemme over egen behandling blir en kjærkommen unnskyldning for å unngå den ubehagelige jobben det gjerne er å sette grenser ut fra økonomiske argumenter. I følge våre informanter er norske primærleger aktive portvakter i enda mindre grad enn før FLO. Aktivitetene er i større grad enn før pasientstyrte, men dette fører ikke nødvendigvis til et økt aktivitetsnivå i primær og/eller sekundærhelsetjenesten og dermed til en økning i utgiftene til helsevesenet. Enkelte studier indikerer at kontinuitet i lege-pasient forholdet reduserer kostnader på lang sikt (Hjortdahl & Borchgrevink 1991, Weiss & Blustein 1996), men sammenhengen mellom kontinuitet og ressursbruk er kompleks, f. eks ser en at med økende kontinuiteten går konsultasjonstiden ned og prøvetakning reduseres, men sykemeldinger og henvisninger øker. Studier fra USA viser at velinformerte pasienter gjerne avstår fra «lovende» eller eksperimentelle tiltak, som f. eks fjerning av prostata ved prostata kreft (Flood et al 1996, Woolf et al 1996). Når det gjelder kontinuitet mellom lege og pasient i FLO, var det for tidlig å se noen effekt av dette på intervjuutidspunktet.

I dagens situasjon med relativ knapphet på pasienter i FLO, finner vi at legene også ofte har egne motiver for å øke aktivitetsnivået også uavhengig av portvaktrollen. Vi fant noen eksempler på at rasjonerte leger sier de øker aktivitetsnivået for å tjene mer per pasient gjennom refusjoner. Dette bekrefter andre studier som indikerer at

aktivitetsbaserte betalingsordninger fører til økt aktivitetsnivået, men om aktivitetsbasert finansiering kun øker aktivitetsnivået på legekantoret og begrenser f. eks henvisninger, eller om alle typer aktiviteter øker er uklart (Chaix-Couturier et al 2000, Gosden et al 2002, Iversen og Lurås 2000, Krasnik et al 1990, McGuire 2000, Scott 2000). Når det gjelder hvordan den listebaserte refusjonsdelen virker, ser dette ut til å avhenge av konkurransesituasjonen. Med knapphet på pasienter, har legene incentiver til å gjøre så mye for hver pasient at de ikke skifter lege (Scott 2000, Krasnik et al 1990, Chaix-Couturier et al 2000). Dersom aktivitetsøkningen foregår i primærhelsesektoren på bekostning av aktiviteter i sekundærhelsesektoren, kan dette tyde på en effektiv ressursbruk i tråd med myndighetenes intensjoner om at FLO skal føre til størst mulig andel ressursbruk på et lavest mulig behandlingsnivå.

I den offentlige debatt i Norge i forkant av reformen har det blitt uttrykt en viss bekymring for at barrierene på å skifte fastlege ville begrense konkurransen og dermed redusere pasientenes medvirkning i valg av helsetiltak (Mjør, BT 2001, Fjell 2001). Eksempler på fastleger med mer enn 2000 pasienter på listen har blitt trukket frem for å vise at enkelte fastleger i prinsippet kunne ha en god inntekt uten å se en eneste pasient, mens pasientene ville føle seg bundet til sin fastlege, og at FLO dermed ville føre til at legene gjorde mindre innsats for pasientene enn før. Denne studien viser at fastlegene er klar over at mange pasienter opplever barrierer på å skifte lege, men på grunn av tydeligere konkurransesituasjon og relativ pasientmangel, handler de med tanke på trusselen om å miste pasienter. Fastlegenes holdninger til dette kan tenkes å endre seg med tiden når de erfarer hvor terskelen for å skifte fastlege ligger eller om konkurransesituasjonen endres. Denne studien ble gjennomført mindre enn et år etter at FLO trådte i kraft, og det er ikke sikkert at effektene på konkurransesituasjonen vil fortsette på samme måten i fremtiden.

Metodiske overveielser

Utvalget er ikke tilfeldig, men når en sammenlikner profilen av utvalget med tall for hele fastlegebefolkningen i Norge ser utvalget ut til å representere hoveddelen av fastlegene (Tabell 1). Utvalget skiller seg fra fastlegebefolkningen for øvrig ved at informantene er medlemmer i veiledningsgrupper eller smågrupper for å få eller vedlikeholde spesialitet i allmennmedisin eller samfunnsmedisin. Dette kan tyde på at disse legene er mer enn gjennomsnittlig bevisste på tema som angår legerollen og FLO og at de dermed er mer oppmerksomme på endringer og kanskje oppfatter endringer som større enn det andre fastleger gjør.

En generell utfordring ved fokusgruppeintervjuer er at enkelte informanter kan komme til å dominere gruppen, både når det gjelder taletid og ved å uforholdsmessig påvirke de andre informantenes holdninger. I denne studien registrerte vi mer eller mindre livlige diskusjoner i alle intervjuene, der forskjellige holdninger ofte ble prøvet mot hverandre og utfordret. På den annen side er det alltid vanskelig å gjette det som måtte være usagt. Vi registrerte hver informants andel av samtalen, og det viste seg at denne varierte betydelig informantene i mellom (Tabell 1). Vi finner at de informantene

som snakker mest er de som hadde sterkest uttalt sympati eller antipati for FLO, mens de som snakke lite hadde mer moderate holdninger til ordningen.

I forkant av intervjuene var vi usikre på om det å spørre leger om de lar seg påvirke av økonomiske forhold i sin portvaktrolle, kan oppfattes som at det stilles spørsmål om deres faglige integritet og at dette kan være et tema som legene ikke vil diskutere åpent i et intervju. Vi har analysert intervjuene med tanke på om informantene gir inntrykk av å svare åpent på slike spørsmål og finner flere indikasjoner på at informantene i utgangspunktet kan være uvillige til å drøfte hvordan de lar seg påvirke av økonomiske motiver i sine skjønsmessige valg. Det å la seg påvirke av pasientens ønsker, ser også ut til å være et tema som er problematisk å diskutere med utenforstående. Det ser imidlertid ut som at informantene forandrer innstilling til dette eller glemmer sine forbehold i løpet av intervjuet. I begynnelsen av intervjuene fikk vi ofte svar som kategorisk avviste problemstillingen, men ettersom diskusjonen mellom deltakerne kom i gang var det flere som motsa sitt første svar eller som utdypet dilemmaer som de først hadde hevdet var ikke-eksisterende. Dette er et fenomen som er omtalt i litteraturen om fokusgrupper og som brukes som et argument for å benytte denne metoden til å studere holdninger til sensitive tema (Basch 1987).

Ettersom vi kun har intervjuet leger, er det vanskelig å vurdere i hvilken grad pasientenes forventninger faktisk har endret seg og hvor mye av den rapporterte endringen som springer ut fra legenes egne forventninger til sin rolle i FLO, men for vårt formål er det uansett relevant at legene opplever økt forventingspress fra pasientene og at de bruker dette som en forklaring på egne endrede holdninger til portvaktrollen.

En annen metodisk begrensning med intervjuundersøkelser er at informantene ikke alltid gjør det de sier at de gjør. Dette kan skyldes mangel på oversikt over egne handlinger eller bevisst forledning. Uansett må resultatene tolkes med forsiktighet når det gjelder praktiske konsekvenser av holdningsendringen. Det vil forhåpentligvis etter hvert foreligge studier som viser faktiske endringer på makronivå for en del av fastlegenes aktiviteter.

Et annet forbehold som bør tas i forhold til tolkningen av dette materialet, er at studien er gjennomført mindre enn et år etter at fastlegeordningen trådte i kraft. Endringer i pasientpopulasjon og opplevelsen av økt ansvar for listepasientene, kan tenkes å gå seg til med tiden. Det er mulig at de nye ansvarsforholdene tynger mest i begynnelsen.

Konklusjon og forslag til tiltak

I fastlegeordningen har primærlegen en mer sentral rolle som forvalter av helsevesenets ressurser, og pasientenes muligheter til å «shoppe» mellom leger er redusert. Til tross for dette, indikerer denne studien at portvaktrollen hos allmennlegene er blitt svekket som følge av FLO ved at legene i mindre grad tar hensyn til offentlig ressursbruk i sine skjønsmessige vurderinger. Om dette vil føre til et mindre effektivt helsevesen i Norge, er utenfor rammen av denne studien og muligens for tidlig å si noe om, men ikke desto

mindre bør helsemyndighetene være seg bevisst risikoen for å miste primærlegene som reelle portvakter. Det er et tankekors at målsetningen om å styrke pasientens autonomi kanskje ikke er kompatibelt med å bruke primærlegen som portvakt. Det er også et paradoks at store deler av ressursbruken i helsevesenet styres av portvakter som er i konkurranse med hverandre.

Vi mener det er grunn til å initiere bedre overvåkning av fastlegenes aktiviteter, ikke bare i forhold til faglige kriterier, slik det gjøres i dag, blant annet i forhold til forskrivning av B-preparater, men også av hensyn til prioriteringer og effektivitet. I dag fungerer retningslinjene som setter grenser i forhold til forskrivninger på blåresept i praksis som anbefalinger. Vi mener det er grunnlag for å vurdere om retningslinjene burde vært gjort obligatoriske og at en innførte utvidet kontroll for å avsløre avvik fra regelverket. Det er imidlertid svært viktig at retningslinjer blir utformet i samarbeid med fastlegene for at de skal bli oppfattet som rimelige og akseptert i praksis. Mark Sculpher fra Centre for Health Economics ved University of York, anbefaler helsemyndighetene å lage to sett med retningslinjer; *kliniske retningslinjer* som viser når behandlinger er effektive og *systemretningslinjer* som viser når behandlinger er kostnadseffektive og dermed inkludert i det offentlige helsevesenet (Sculpher et al 2002). Dermed blir legen fritatt for noe av ansvaret ved å nekte ønsket behandling og pasienten får et grunnlag for å vurdere å eventuelt selv betale for behandling. En innskrenkning av fastlegenes skjønn ville gi legene mindre faglig frihet, men samtidig være en støtte når en ser at det er riktig å praktisere portvaktrollen.

Om fastlegene skal pålegges å følge retningslinjene, er det avgjørende at myndighetene følger opp med noe mer kontroll av legenes aktiviteter. Statistisk sentralbyrå har på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet, utredet den tekniske muligheten for sentral registrering av journaldata fra allmennlegetjenesten for statistikkformål (SEDA-prosjektet). I sluttrapporten fra pilotprosjektet konkluderes det med at dette er teknisk gjennomførbart og at slike data vil kunne gi bedret kunnskap om aktivitet i allmennlegetjenesten (Sundvoll og Kvalstad 2002). Når SEDA data etter hvert samles inn på landsbasis vil informasjonen som ligger i slike data også kunne fungere som et kontrollredskap dersom dette skulle være politisk ønskelig. Dette gjøres blant annet i Danmark, der et tilsynsorgan bestående av fastleger kontrollerer praksiser som avviker mye fra snittet i aktivitetsprofil. Dersom dette ikke kan forklares ut fra karakteristika ved pasientpopulasjonen el., kan fastlegen bli sanksjonert ved at han/hun kun får refundert et beløp tilsvarende snittet for danske fastleger (Bentzen 2003)

Avslutningsvis vil vi oppfordre til at det initieres mer forskning på variasjoner i aktivitetsprofil. Dette er har vært et underprioritert felt i forskningslitteraturen om primærlegenes praksis.

Litteratur

- Arnesen, T. og S. Fredriksen (1995) «Coping with obligations towards patient and society: an empirical study of attitudes and practice among Norwegian physicians», *Journal of medical ethics*, 21: 158–161.
- Basch, C. E. (1987) «Focus group interview: An underutilized research technique for Improving theory and practice in health education», *Health Education Quarterly*, 14: 411–448.
- Bentzen, N. (2003) «Fastlegeordningen i praksis – Danmark og Norge». Innlegg på Norges forskningsråds seminar: Evaluering av fastlegereformen. Voksenåsen kurs- og konferansesenter, Oslo, 25. – 26. november 2003.
- Bradley, C. P. (1992) «Factors which influence the decision whether or not to prescribe: the dilemma facing general practitioners», *British Journal of General Practice*, 42: 454-8.
- Chaix-Couturier, C., I. Durand-Zaleski, et al. (2000) «Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues», *International Journal for Quality in Health Care*, 12 (2): 133–142.
- Coulter, A. (1998) «Managing demand at the interface between primary and secondary care», *British Medical Journal*, 316: 1974–1976.
- Fidler, H., J. Lockyer, et al. (1999) «Changing Physicians' Practices: The Effect of Individual Feedback», *Academic Medicine*, 74: 702–714.
- Fjell, K. (2001) «Fastlåst i legeordning», *NHH Silbuetten*, 17: 2.
- Flood, A. B., Wennberg, J. E., Nease, R. F., Fowler, F. J., Ding, J., Hynes, L. M. (1996) «The importance of patient preference in the decision to screen for prostate cancer», *J Gen Intern Med*, 11: 342–349.
- Forskrift av 14. april 2000. I-0988/2-B Fastlegeordningen i kommunene. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Getz, L., S. Westin og B. Paulsen (1994) «Lege og sakkyndig – mellom barken og veden?», *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 114 (12): 1435–1440.
- Giorgi, A. (1985) *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Gosden, T., F. Forland, et al. (2002) *Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians* (Cochrane Review): The Cochrane Library, Oxford: Update Software.
- Gulbrandsen, P., R. Førde og O. G. Aasland (2002) «Hvordan har legen det som portvakt?», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 122: 1874–1879.
- Hjortdahl, P. og C. F. Borchgrevink (1991) «Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations», *British Medical Journal*, 303: 1181–1184.
- Iversen, T. and H. Lurås (1998) «Innføring av fastlegeordningen. Hva med legens tilpasning?», *Sosialøkonomen*, 7: 26–31.
- Iversen, T. og H. Lurås (2000) «Economic motives and professional norms: The case of general medical practice», *Journal of Economic Behavior and Organization*, 43: 447-70.
- Krasnik, A., P. P. Groenewegen, et al. (1990) «Changing remuneration systems: effects on activity in general practice», *British Medical Journal*, 300 (6741): 1698–1701.
- Kvale, S. (1996) *Interviews. An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- McGuire, T. G. (2000). Physician agency. *Handbook of Health Economics*. I A. J. Culyer and J. P. Newhouse: *Handbook of Health Economics*, 1: Chapter 9. Amsterdam: Elsevier Science B.V.
- Mjør, K. (2001) «Fastlegeordningen hemmer den frie konkurransen», *Bergens Tidende* 3.12.2001.
- Naylor, C. D. (1995) «Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine», *Lancet*, 345 (8953): 840–842.

- O'Donnell, C. A. (2000) «Variation in GP referral rates: What can we learn from the literature?», *Family Practice*, 17 (6): 462-71.
- Ot.prp nr 99 (1998–99): *Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen)*: Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Rikstrygdeverket (2002) Styringsdata for fastlegeordningen, 3. kvartal 2002. Oslo: Trygdeetaten.
- Schei, E., O. F. Norheim et al (2000) «Legen - den enøyde samaritan?», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 120 (10): 1207-9.
- Scott, A. (2000) «Economics of General Practice», i Culyer, A. J. og J. P. Newhouse: *Handbook of Health Economics*, 1. Amsterdam: Elsevier Science B.V.
- Sculpher, M., A. Gafni og I.Watt (2002) «Shared treatment decision making in a collectively funded health care system: possible conflicts and some potential solutions», *Social Science & Medicine*, 54 (9): 1369–1377.
- Sosial- og helsedepartementet (2000) *Mål og rammedokument for forskningsbasert evaluering av fastlegereformen. Vedlegg til samarbeidsavtale datert 05.01.2000*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, Helseavdelingen
- Stortingsmelding nr 9 (1974–75) *Sykehusbygging m.v. i et regionalisert helsevesen*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sundvoll, A. og I. Kvalstad (2002) «SEDA – Sentrale data fra allmennlegetjenesten. Sluttrapport fra pilotprosjektet». 2002/13. Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Virji, A. og N. Britten (1991) «A study of the relationship between patients' attitudes and doctors' prescribing», *Family Practice*, 8 (4): 314-9.
- Weiss, L. J. og J. Blustein (1996) «Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans», *American Journal of Public Health*, 86: 1742-7.
- Wolf, A. M. D., J. F. Nasser, A. M. Wolf og J. B. Schorling (1996) «The impact of informed consent on patient interest in prostate-specific antigen screening», *Arch Intern Med*, 156: 1333–1336.
- Wyller, V. B. (2000) «Gi keiseren hvad keiserens er...», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 120 (25): 3062–3065.

Vedlegg 1: Tabell 1

Profil av utvalget i intervjuundersøkelsen samt regional og nasjonal statistikk om fastlegebefolkningen

Variabler	Utvalg*	Min	Max	Hordaland***	Oslo***	Hele landet***
Grupper	11					
Antall fastleger	81(77)			369	447	3692
Mannlige fastleger	58%					70,9%
Alder (gj snitt)	42.7	30	60			46,2
År som allmennlege (gj snitt)	11	0.5	27			
Listetak (gj snitt)	1273	330	2500	1291	1347	1301
Listestørrelse (gj snitt)	1215	330	2000	1132	1139	1152
Åpen liste	38,7%			52%	75,4%	52,5%
Tlfreds med listelengde	67,6%					
Spesialist	44%			53,1%	56,6%	58,9%
Gruppepraksis**	93%					78,3%
Praksis i bykommune	67,5%					
Fylke: Hordaland	80,2%					
Taletid (gj snitt)**	0.008	0.000 9	0.023			

* Data fra spørreskjema utfylt av informantene før gruppeintervju.

** Kvantifiserte data fra intervjumaterialet. Verdiene for taletid er snitt, minimum- og maksimumsverdier av en indeks etter følgende formel: antall linjer i utskrift av den enkelte informant \times antall deltakere i gruppen / totalt antall linjer i intervjuutskriften \times totalt antall informanter

*** Kilde: Rikstrygdeverket:

<http://www.trygdeetaten.no/default.asp?strTema=trygdeetaten&path=tall_mrog_mrfakta&path_sub=s_tyringsdata> og Styringsdata fra Fastlegeordningen, 1. kvartal 2002. Nøkkeltall pr 31.03.2002 og Legeforeningen, Mai 2003: <<http://www.legeforeningen.no/index.db2?id=1469>>.

Vedlegg 2: Intervjuguide

Intervjuguide til gruppeintervju for forskningsprosjektet:
«Legens doble rolle som 'advokat' og 'portvakt' i fastlegeordningen»

- En runde med fornavn og en kort beskrivelse av praksisen.
- Synes du betegnelsene «advokat» og «portvakt» beskriver sentrale aspekter ved din rolle i forhold til pasientene?
- Har listeansvaret påvirket forholdet mellom deg og pasientene?
- Påvirker populasjonsansvaret hvordan du tar skjønnsmessige avgjørelser?
- Hva har det nye avlønningssystemet å si for deg?
- Påvirker avlønningssystemet i FLO hvordan du tar skjønnsmessige avgjørelser?
- Har servicen ved legekantoret endret seg med FLO?
- Kan du gi eksempler på vanskelige avgjørelser om forskrivning på blå resept?
- Kan du gi eksempler på vanskelige avgjørelser om henvisning?
- Kan du gi eksempler på vanskelige avgjørelser om sykemelding?
- Hva er er ulempene ved FLO?
- Hva er fordelene ved FLO?

NOTATSERIE ROKKANSENTERET (ISSN 1503-0946)

Notatene kan bestilles fra Rokkansenteret, tlf. 55 58 97 10,
e-post: post@rokk.uib.no, <http://www.rokkansenteret.uib.no>

2003

- 1-2003 *Tom Christensen og Per Læg Reid*: «Politisk styring og privatisering: holdninger i elitene og befolkningen». Mars 2003.
- 2-2003 *Ivar Bleiklie, Per Læg Reid and Marjoleine H. Wik*: «Changing Government Control in Norway: High Civil Service, Universities and Prisons». March 2003.
- 3-2003 *Badi H. Baltagi, Espen Bratberg and Tor Helge Holmås*: «A Panel Data Study of Physicians' Labor Supply: The Case of Norway». March 2003. HEB.
- 4-2003 *Kjell Erik Lommerud, Frode Meland and Lars Sørgaard*: «Unionised Oligopoly, Trade Liberalisation and Location Choice». March 2003. The Globalization Program.
- 5-2003 *Lise Hellebø*: «Nordic Alcohol Policy and Globalization as a Changing Force». April 2003.
- 6-2003 *Kim Ove Hommen*: «Tilsynsroller i samferdselssektoren». April 2003.
- 7-2003 *Tom Christensen and Per Læg Reid*: «Trust in Government – the Significance of Attitudes Towards Democracy, the Public Sector and Public Sector Reforms». April 2003.
- 8-2003 *Rune Ervik*: «Global Normative Standards and National Solutions for Pension Provision: The World Bank, ILO, Norway and South Africa in Comparative Perspective». April 2003. The Globalization Program.
- 9-2003 *Nanna Kildal*: «The Welfare State: Three Normative Tensions». Mai 2003.
- 10-2003 *Simon Neby*: «Politisk styring og institusjonell autonomi – tre illustrasjoner». Mai 2003.
- 11-2003 *Nina Berven*: «Cross National Comparison and National Contexts: Is what we Compare Comparable?». July 2003. The Globalization Program.
- 12-2003 *Hilde Hatleskog Zeiner*: «Kontrollhensyn og kontrollpraksis. En studie av Food and Veterinary Office (FVO)». August 2003.
- 13-2003 *Nanna Kildal*: «Perspectives on Policy Transfer». August 2003.
- 14-2003 *Erik Allardt*: «Two Lectures: Stein Rokkan and the Twentieth Century Social Science». «Den sociala rapporteringens tidstypiska förankring». September 2003.
- 15-2003 *Ilcheong Yi*: «The National Patterns of Unemployment Policies in Two Asian Countries: Malaysia and South Korea». September 2003. The Globalization Program.
- 16-2003 *Dag Arne Christensen*: «Active Ageing: Country Report Norway». November 2003.
- 17-2003 *Kim Ove Hommen*: «Tilsynspolitik i Norge: Utflytting og autonomi». November 2003.
- 18-2003 *Dag Arne Christensen, Rune Ervik and Ingrid Helgøy*: «The Impact of Institutional Legacies on Active Ageing Policies: Norway and UK as Contrasting Cases». December 2003.
- 19-2003 *Ole Frithjof Norheim og Benedicte Carlsen*: «Legens doble rolle som advokat og portvakt i Fastlegeordningen. Evaluering av fastlegeordningen». Desember 2003.

2002

- 1-2002 *Håkon Høst*: «Lærlingeordning eller skolebasert utdanning i pleie- og omsorgsfagene?». April 2002.
- 2-2002 *Jan-Kåre Breivik, Hilde Haualand and Per Solvang*: «Rome – a Temporary Deaf City! Deaflympics 2001». June 2002.

- 3-2002 *Jan-Kåre Breivik, Hilde Haualand og Per Solvang*: «Roma – en midlertidig døv by! Deaflympics 2001». Juni 2002.
- 4-2002 *Christian Madsen*: «Spiller det noen rolle? – om hverdagen på nye og gamle sykehjem». Juni 2002.
- 5-2002 *Elin Aasmundrud Mathiesen*: «Fritt sykehusvalg. En teoretisk analyse av konkurranse i det norske sykehusmarkedet». Juni 2002. HEB.
- 6-2002 *Tor Helge Holmås*: «Keeping Nurses at Work: A Duration Analysis». June 2002. HEB.
- 7-2002 *Ingvild Halland Ørnsrud*: «Mål- og resultatstyring gjennom statlige budsjettreformer». Juli 2002.
- 8-2002 *Torstein Haaland*: «Tid, situasjonisme og institusjonell utakt i systemer». Juli 2002.
- 9-2002 *Kristin Strømsnes*: «Samspillet mellom frivillig organisering og demokrati: Teoretiske argument og empirisk dokumentasjon». August 2002.
- 10-2002 *Marjoleine Hooijkaas Wik*: «Mangfold eller konformitet? Likheter og forskjeller innenfor og mellom fem statlige tilknytningsformer». August 2002.
- 11-2002 *Knut Helland*: «Den opprinnelige symbiosen mellom fotball og presse». September 2002.
- 12-2002 *Nina Berven*: «National Politics and Global Ideas? Welfare, Work and Legitimacy in Norway and the United States». September 2002. The Globalization Program.
- 13-2002 *Johannes Hjellbrekke*: «Globalisering som utfordring til samfunnsvitskapane». September 2002. Globaliseringsprogrammet.
- 14-2002 *Atle Møen*: «Den globale produksjonen av symbol og kunnskap. Verdsflukt og verdsherredømme». September 2002. Globaliseringsprogrammet.
- 15-2002 *Tom Christensen and Per Læg Reid*: «Complex Patterns of Interaction and Influence Among Political and Administrative Leaders». October 2002.
- 16-2002 *Ivar Bleiklie*: «Hierarchy and Specialization. On Institutional Integration of Higher Education Systems». Oktober 2002.
- 17-002 *Per Læg Reid, Runolfur Smari Steinthorsson and Baldur Thorhallsson*: «Europeanization of Public Administration: Effects of the EU on the Central Administration in the Nordic States». November 2002.
- 18-2002 *Tom Christensen and Per Læg Reid*: «Trust in Government – the Relative Importance of Service Satisfaction, Political Factors and Demography». November 2002.
- 19-2002 *Marit Tjomsland*: «Arbeidsinnvandringssituasjonen i Norge etter 1975». November 2002. Globaliseringsprogrammet.
- 20-2002 *Augustín José Menéndez m.fl.*: «Taxing Europe. The Case for European Taxes in Federal Perspective». December 2002. The Globalization Program.
- 21-2002 *Fredrik Andersson and Kai A. Konrad*: «Globalization and Risky Human Capital Investment». December 2002. The Globalization Program.
- 22-2002 *Fredrik Andersson and Kai A. Konrad*: «Human Capital Investment and Globalization in Extortionary States». December 2002. The Globalization Program.
- 23-2002 *Anne Lise Fimreite, Yngve Flo og Jacob Aars*: «Generalistkommune og oppgavedifferensiering. Tre innlegg». Desember 2002.
- 24-2002 *Knut Grove*: «Frå privat initiativ til kommunalt monopol. Lysverk, sporvegar og renovasjon i Bergen og Oslo 1850–1935». Desember 2002.
- 25-2002 *Knut Grove*: «Mellom 'non-intervention' og 'samfundsvillie'. Statleg og kommunal regulering av økonomisk verksemd i Norge på 1800-talet». Desember 2002.

- 26-2002** *Dag Arne Christensen*: «Hovedtyper av valgordninger. Proporsjonalitet eller politisk styring?». Desember 2002.
- 27-2002** *Jan Erik Askildsen, Badi H. Baltagi and Tor Helge Holmås*: «Will Increased Wages Reduce Shortage of Nurses? A Panel Data Analysis of Nurses' Labour Supply». December 2002. HEB.
- 28-2002** *Sturla Gjesdal, Peder R. Ringdal, Kjell Haug and John Gunnar Mæland*: «Medical Predictors of Disability Pension in Long-Term Sickness Absence. December 2002. HEB.
- 29-2002** *Dag Arne Christensen og Jacob Aars*: «Teknologi og demokrati. Med norske kommuner på nett!». Desember 2002.
- 30-2002** *Jacob Aars*: «Byfolk og politikk. Gjennomgang av data fra en befolkningsundersøkelse i Bergen, Oslo og Tromsø». Desember 2002.
- 31-2002** *Hjørdis Grove*: «Kommunaliseringsprosessen i Århus 1850–1940». Desember 2002.