



UNIVERSITETET I
NORDLAND

HANDELSHØGSKOLEN I BODØ • HHB

MASTEROPPGAVE

”Og der e vi jo, mellom alt av bark og ved!”

En studie av fastlegens rolle som portvakt

Pal Ivan

BE311E Masteroppgave

MBA i helseledelse



Innholdsfortegnelse

FORORD.....	5
SAMMENDRAG.....	6
ENGLISH ABSTRACT	7
1 Innledning.....	8
1.1 MÅL OG PROBLEMSTILLING	8
1.2 AKTUALISERING.....	8
1.3 DEFINISJONER OG AVGRENSNINGER.....	11
1.4 OPPGAVENS STRUKTUR	11
2 Teoretisk grunnlag.....	1
2.1 RELASJONEN PASIENT – FASTLEGE – SAMFUNN	1
2.1.1 <i>Vi bruker mer enn nesten alle andre i verden på helse.....</i>	<i>1</i>
2.1.2 <i>Større vekst i Norge enn i alle nordiske land.....</i>	<i>2</i>
2.1.3 <i>Penger brukt til helsetjenester betyr neppe alt.....</i>	<i>2</i>
2.2 PRIORITERINGEN.....	3
2.2.1 <i>Lønning I utvalget.....</i>	<i>3</i>
2.2.2 <i>Lønning II utvalget</i>	<i>5</i>
2.2.3 <i>Det juridiske grunnlaget.....</i>	<i>7</i>
2.3 FASTLEGEN	8
2.3.1 <i>Fastlegens plass i helsetjenesten og samhandlingsreformen.....</i>	<i>8</i>
2.3.2 <i>Kompetanse.....</i>	<i>9</i>
2.3.3 <i>Kapasitet</i>	<i>10</i>
2.3.4 <i>Portvaktrollen.....</i>	<i>11</i>
3 Metode	13
3.1 VALG AV METODE OG FORSKNINGSDESIGN	13
3.2 INNSAMLING AV DATA OG MIN ROLLE I FORSKNINGEN	13
3.3 VALIDITET OG RELIABILITET	14
3.4 ANALYSEN AV DATAENE.....	15

3.5	FORSKNINGSETISKE VURDERINGER	15
4	Empiri	16
4.1	TIDLIGERE FORSKNING	16
4.2	MIN STUDIE	18
4.2.1	<i>Relasjonen pasient – fastlege - samfunn</i>	<i>19</i>
4.2.2	<i>Prioriteringen.....</i>	<i>22</i>
4.2.3	<i>Fastlegen</i>	<i>27</i>
5	Analyse og diskusjon	30
5.1	RELASJONEN PASIENT – FASTLEGE – SAMFUNN	31
5.1.1	<i>Portvakten klarer ikke stå imot</i>	<i>31</i>
5.1.2	<i>Uerfarne leger må henvise flere</i>	<i>33</i>
5.2	PRIORITERINGEN	34
5.2.1	<i>Når prioriteringen svikter skaper det presedens.....</i>	<i>34</i>
5.2.2	<i>Fastlegen må oftere være portåpner enn portvakt</i>	<i>34</i>
5.2.3	<i>Fastlegene forventer kommunikasjon og tilbakemeldinger</i>	<i>35</i>
5.2.4	<i>Fastlegene kjenner ikke prioriteringsprosessen</i>	<i>36</i>
5.2.5	<i>Rasjoneringen på overordnet nivå kan være utydelig</i>	<i>37</i>
5.3	FASTLEGEN	38
5.3.1	<i>Kan stå for henvisningene, men opplever tidspress.....</i>	<i>38</i>
5.3.2	<i>Har ikke kapasitet eller kompetanse til å overta psykiatrien.....</i>	<i>39</i>
5.3.3	<i>Og der e vi jo, mellom alt av bark og ved!</i>	<i>40</i>
6	Konklusjon	41
	Referanser	42
	Vedlegg	44
	FIGURER	44
	INTERVJUGUIDE	47

Forord

Denne oppgaven er en del av et 90-vektalls masterstudium i helseledelse som Helse Nord har avviklet for tredje gang i samarbeid med Handelshøyskolen i Bodø / Universitetet i Nordland.

Offentlig helsetjenesteproduksjon har stor innflytelse på mange områder i vårt samfunn. Både gjennom måten vi ivaretar befolkningens behov for helsetjenester, måten vi gir fortrinnsrett til dem som trenger det mest og måten vi bruker av samfunnets ressurser.

Som mellomleder i et helseforetak er jeg en liten brikke i en svær offentlig tjenesteproduksjon. Likevel tror jeg faktisk det betyr noe at sånne som oss av og til tar en "time-out" og tenker gjennom det vi gjør i helsetjenesten. Er det nå sikkert at alt som var "sant" da reformene i helsetjenesten ble vedtatt også er "sant" i dag? Eller kan det tenkes at både mellomledere og andre ledere må bli mer opptatt av de store linjene, som for eksempel hva det betyr at alle har rett til likeverdige helsetjenester?

Jeg vet i hvertfall at masterstudiet har gitt meg mye ny og spennende innsikt som jeg tar med meg videre. Jeg vet også at uten de faglige bidragene fra Kari Nyland og Inger Johanne Pettersen, og ikke minst Anita Eide til å binde det hele sammen, hadde studiet ikke holdt i nærheten av det nivået det gjør i dag.

En stor takk til Inger Johanne Pettersen for svært verdifull veiledning gjennom oppgavens ulike stadier. Du har en imponerende evne til å få fram det beste i oss!

Takk også til medstudenter for det fine samarbeidet vi har hatt gjennom studiet. Og til respondenter for å stille og kolleger for å bry seg underveis.

Til slutt den største takken til kone og barn for den støtten dere har bidratt med, mens jeg har holdt på med studiet og oppgaven.

Hammerfest, 18. juni 2012

Pal Ivan

Sammendrag

I forhold til innbyggertallet bruker vi i Norge mer ressurser enn nesten alle andre i verden på helsetjenester. I 1960 var Norge best i verden på helseindikatoren for forventet levealder. I dag ligger 7 land foran oss som alle bruker mindre penger på helse. Er det mulig at vi ikke får nok ut av ressursene vi bruker? Eller kan kanskje det å bruke for mye penger virke negativt på helsa?

Fastlegene har en nøkkelrolle i norsk helsevesen. Denne masteroppgaven har som mål å belyse fastlegens rolle som portvakt på vegne av spesialisthelsetjenesten ved å undersøke hva som får fastlegene til å henvise pasientene. Variasjoner i henvisningsfrekvens kan oppfattes som uttrykk for varierende kvalitet på fastlegenes arbeid i rollen som portvakt. Det er ikke nødvendigvis sant. Det finnes omfattende internasjonal forskning som antyder at egenskaper hos legene og legepraksisen (legesenteret) har betydning. Men samtidig at egenskaper hos pasientene er viktigere som årsak til variasjonene. Og at også tilgangen på spesialisthelsetjenester har betydning.

Studien tyder på at overforbruk og sviktende prioritering ikke kan begrenses effektivt av fastlegene alene. Fastlegene virker godt motiverte til å være portvakter. Men de er likevel i liten grad i stand til å kompensere for overforbruk som initieres fra spesialisthelsetjenesten selv, eller er en følge av sviktende prioriteringsbeslutninger på overordnet nivå. Det mest slående eksemplet her er antallet henvisninger til røntgenundersøkelser med svak medisinsk indikasjon. Antallet MR og CT undersøkelser er doblet i løpet av 6 år. På dette området har vi en situasjon der et urimelig stort tjenestetilbud genererer sin egen etterspørsel.

Fastlegene opplever at de også ofte må være portåpnere fordi pasientene ikke blir mottatt tidsnok i spesialisthelsetjenesten som følge av dårlig organisering. De forventer bedre kommunikasjon og tilbakemeldinger rundt henvisninger. Studien viser at fastlegene har dårlig kjennskap til prioriteringsprosessen i spesialisthelsetjenesten. De opplever utfordringer med hensyn til både sin egen arbeidskapasitet og kompetanse når psykiatrien ber dem overta middels alvorlig syke pasienter. Og i forhold til samhandlingsformen opplever de å bli tillagt omfattende nye oppgaver, samtidig som de beholder alle de gamle.

English abstract

In relation to the population in Norway, we use more resources than almost everyone else in the world on healthcare. In 1960, the key indicator of health, life expectancy, indicated that Norway was the best country in the world. Today, 7 countries are ahead of us, and all are spending less money on health services. Is it possible that we are not getting enough out of the resources we use? Or could spending too much money perhaps have a negative impact on health?

GPs have a key role in the Norwegian health care system. This thesis aims to shed light on the GP's role as gatekeeper on behalf of the specialist healthcare by examining what makes GPs refer patients. Variations in referral rates can be interpreted as expressions of varying quality of the work GPs do in the role of gatekeeper. It is not necessarily true. There is extensive international research which suggests that the characteristics of doctors and medical practice (clinic) are important. However, the characteristics of the patients are more important as cause of the variations. And the supply of specialist health services matters too.

The study suggests that overuse and lack of priority can not be limited effectively by GPs alone. GPs seem to be highly motivated to be the gatekeepers. But they are only to a small extent, able to compensate for the overspending that is initiated from the specialist health services, or that is a result of lack of prioritization decisions at a senior level. The most striking example here is the number of referrals for X-ray surveys with weak medical indication. The number of MRI and CT examinations has doubled in 6 years. In this area we have a situation where unreasonably large service offerings generates their own demand.

GPs often feel that they have to be gate openers, because patients are not received on time in the specialist health services as a result of poor organization. They expect better communication and feedback about referrals. The study shows that GPs have poor knowledge of the prioritization process in specialist services. They experience challenges with regard to both their own work capacity and expertise, when the psychiatry-services asks them to take over the medium-severely ill patients. And in terms of the Interaction-reform, they experience to be given sweeping new tasks, while retaining all the old ones.

1 Innledning

I dette kapitlet beskriver jeg formålet med oppgaven, problemstillingen for studien, min egen innfallsvinkel til temaet prioritering og en skjematisk oversikt over oppgavens struktur.

1.1 Mål og problemstilling

Målet med denne studien er å beskrive fastlegens rolle som portvakt på vegne av spesialisthelsetjenesten, innenfor temaet prioritering i helsetjenesten. Jeg ønsker at leseren skal få innsikt i hvilke effekter funksjonen som portvakt kan ha for spesialisthelsetjenestens ressursbruk, pasientens rettigheter og fastlegens interesser. Derfor har jeg formulert følgende forskningsspørsmål:

Hva påvirker beslutningen når fastlegen henviser pasienten til spesialisthelsetjenesten?

1.2 Aktualisering

Jeg skal kort beskrive utviklingen av mitt forhold til fenomenet prioritering langs en tidsakse fra nyutdannet til lege med over 20 års erfaring:

Som nyutdannet og fersk turnuslege på sykehus i 1990, kjente jeg godt til prinsippet for prioritering av innsatsen i akutsituasjoner på et ulykkessted: *De med de mest alvorlige skadene, men ikke så alvorlige at de ikke er mulige å berge, får disponere det de trenger av helsepersonellens behandlingsskapasitet. De øvrige, som enten er så lite skadet at de kan -, eller så mye at de må -, må vente.* Metoden for denne *triageringen* (fornorsking av det franske verbet *trier*, å sortere) ble grunnlagt av krigskirurger under napoleonskrigene og videreutviklet opp gjennom krigshistorien fram til våre dager (Blagg, 2004). Før dette hadde man ikke nok medisinsk innsikt til å kunne satse på de alvorligst skadde uansett. Da man etter hvert fikk det, oppsto behovet for å bruke ressursene der man kunne forvente størst grad av nytte.

Noen prinsipper for prioritering av elektive¹ pasienter kjente jeg ikke til. Jeg hadde tatt for gitt at pasientene jeg som fersk turnuslege tok imot på sykehuset, var blitt sortert rett av noen før de ble innkalt til sykehuset, enten av lege som hadde henvist dem eller av overlegen som vurderte henvisningene. Etter noen måneder i jobben, var inntrykket mitt at sorteringen kun dreide seg om å administrere køen slik at pasienten ble koblet med rett behandler, kapasitet på operasjonsstue eller lignende. Og altså ikke nødvendigvis i forhold til det enkelte individs individuelle behov.

Etter noen års praksis som allmennlege opplevde jeg at blant pasientene jeg møtte på legekantoret, var det mange som hadde vel så alvorlige helseproblemer som dem jeg hadde møtt på sykehuset. Men verken de selv eller andre hadde tatt initiativ til at de skulle henvises til sykehus, og når jeg tok det opp var de oftest ikke interessert da heller. Samtidig møtte jeg pasienter jeg oppfattet til å ha relativt beskjedne helseproblemer, der enten de selv eller andre insisterte på at de skulle henvises til spesialist. Noen ganger for å få legitimert en redusert arbeidsevne, men oftest for å få forklaring på et symptom. Jeg oppfattet dermed at hvem som skulle undersøkes eller behandles på sykehuset, også måtte være avhengig av initiativ fra pasienten selv og andre. Og videre at min vurdering av om pasienten burde henvises, ikke nødvendigvis ble etterspurt.

Da jeg noen år senere forlot allmennmedisinen for å bli barnelege, hadde det gått 10 år siden jeg første gang tjenestegjorde som fersk sykehuslege. Jeg var nå godt kjent med anbefalingene fra både Lønning-I og II-utvalgene, men opplevde at lite hadde forandret seg med hensyn til at pasienter med forskjellig alvorlighetsgrad av sykdom ofte så ut til å bli prioritert likt, eller egentlig ikke prioritert (i betydningen sortert) i det hele tatt. Dessuten forsto jeg noe jeg aldri hadde skjønt som allmennlege: Jeg visste at pasientene allmennlegene henviser, blir prioritert opp mot andre pasienter som er henvist til sykehuset. Og jeg visste at det i tillegg også finnes en ”intern” kø av pasienter som i praksis konkurrerer med den eksterne om behandlingsskapasitet. Den ivaretar pasienter som tidligere har vært henvist når de skal ha videre utredning, oppfølging eller kontroll etter behandling. Men nå så jeg at det i denne køen også befinner seg et ikke ubetydelig antall ferdigbehandlede pasienter. I stedet for tilbakeføring til kommunehelsetjenesten på vanlig måte, får de bli værende ”i systemet”. Ofte etter ønske fra dem selv eller behandlerne, uten at dette blir sett på som en prioriteringsbeslutning.

¹ Alle som ikke mottas akutt av spesialisthelsetjenesten, betegnes som elektive pasienter.

De siste syv årene har jeg som avdelingsoverlege hatt ansvar for arbeidet med prioritering av pasienter som henvises til Barneavdelingen. Samtidig har jeg medansvar for å bidra til at helseforetaket ivaretar sitt oppdrag når det gjelder ressursbruk. Ingen av delene kan sies å være enkle oppdrag, men begge er løsbare med den rette tilnærmingen. For å ivareta økonomi og ressursbruk, har vi velutviklede informasjons- og kommunikasjonssystemer og et samarbeid med nøkkelressurser basert på felles grunnholdninger og samling om felles mål. For å ivareta prioritering, har vi ikke engang erkjent at oppgavens art er så kompleks at den ikke kan løses av én aktør alene. Ikke har vi identifisert aktørene, ikke har vi definert rammene og ikke har vi etablert systemene som skal sikre informasjonsflyt og kommunikasjon. Selv verktøy som epost og telefon som tas for gitt i samfunnet ellers, fungerer ikke. Og det på tross av at alle er enige i at prioriteringsarbeidet er viktig for alle parter.

Mitt prioriteringsdilemma oppstår fordi jeg daglig må håndtere en uforholdsmessig stor andel av beslutningene uten tilgang på helt vesentlig informasjon. Informasjon som avsender kanskje ikke fant relevant for sin beslutning om å henvise, men som jeg er avhengig av for å prioritere. Det vil si ta stilling til alvorlighetsgrad av sykdom, potensiell nytte sett i forhold til kostnader av behandlingen og hastegrad. Altså ikke bare sette pasientene inn i køen i den rekkefølgen henvisningene kommer inn., men fastsette en plass etter en individuell vurdering av hver enkelt. De fleste som henvises er ikke alvorlig syke og skal derfor ikke prioriteres fram i køen, men noen få kan til gjengjeld være veldig syke. Fasiliten får jeg ikke før pasienten er undersøkt. Derfor vil prioriteringsbeslutninger alltid skje under en viss grad av usikkerhet, det ligger i sakens natur siden prioritering skjer før undersøkelsen.

Relevante opplysninger fra henvisende lege om sykehistorie, undersøkelsesfunn og funksjonsnivå bidrar til å redusere usikkerheten og manglende opplysninger til å øke den. Er usikkerheten for stor, må jeg håndtere den: Enten *redusere usikkerheten* ved selv å skaffe manglende informasjon, for eksempel ved å kalle inn pasienten til en vurdering. Den må i såfall skje senest innen 30 dager fra henvisningen er mottatt. Det tilsvarer en høy prioritet og skyver tilsvarende noen andre bakover i køen fordi ressursbruken på vurderingen tilsvarer ressursbruken på flertallet av pasientene (vanlig poliklinisk konsultasjon hos lege og reiseutgifter for barn og pårørende. Siden avdelingens opptaksområde tilsvarer Østlandet fra Kristiansand omtrent til Hamar, blir ressursbruk til reise for barn og pårørende også vesentlige.) Eller *tildele prioritet* og ta høyde for ”verstefallsalternativet”, altså at pasienten er syk nok til å få høy prioritet. Å ikke håndtere usikkerheten ved å si at

informasjonsmangelen er pasientens problem, blir både uetisk og uforsvarlig og derfor ikke aktuelt. *Mitt dilemma er derfor at uansett hva jeg gjør, blir det feil i en vesentlig andel av prioriteringssakene.*

Kanskje ligger årsaken i gammeldagse holdninger til samarbeid mellom aktører i ulike organisasjoner? Samhandlingsreformen kan kanskje endre på dette?

1.3 Definisjoner og avgrensninger

Problemstillingen inneholder følgende begrep som jeg definerer slik:

- **Beslutningen** betyr her avgjørelsen om å henvise.
- **Henvising** betyr her en formell anmodning om at en helseinstitusjon skal utrede og/eller behandle pasientens helseproblem.
- I studien **forutsettes** det at beslutningen om å henvise skjer etter en forutgående konsultasjon hos fastlegen.

Studien er avgrenset til å gjelde situasjoner som dreier seg om henvisning av pasienter videre fra fastlegen og til spesialisthelsetjenesten. Studien **inkluderer** også situasjoner der pasienten konsulterer en fastlege som ikke er hennes egen fastlege i forbindelse med at legen har vaktberedskap. Det samme gjelder når legen er stedfortreder for en kollega i samme legepraksis. Empirien hentes fra intervju med noen fastleger i et avgrenset geografisk område, og dermed kan resultatene ikke generaliseres.

1.4 Oppgavens struktur

I kapittel 2 presenteres aktuelle teoretiske begrep og rammebetingelser som danner bakgrunn for analyse og diskusjon. I kapittel 3 beskriver jeg metodevalg og studiedesign, samt aktuelle metodologiske svakheter. I kapittel 4 beskrives det empiriske grunnlaget for analyse og diskusjon fra aktuell tidligere forskning og fra min studie. I kapittel 5 drøftes empirien i sammenheng med aktuell teori, foreliggende forskning og egne erfaringer, og i kapittel 6 presenteres studiens hovedfunn og et forslag til videre forskning.

2 Teoretisk grunnlag

I dette kapittelet presenterer jeg først en helseøkonomisk tilnærming til rasjonalet for prioritering i helsetjenesten. Deretter gir jeg en gjennomgang av de formelle premissene for prioritering i spesialisthelsetjenesten og bakgrunnen for dem. Til slutt vil jeg belyse fastlegens plass i den kommunale og nasjonale helsetjenesten, peke på noen av utfordringene fastlegene har i forhold til kapasitet og forventninger som følge av samhandlingsreformen, omtale forhold av betydning for kompetansen hos fastlegene og kort beskrive portvaktfunksjonen.

2.1 Relasjonen pasient – fastlege – samfunn

2.1.1 Vi bruker mer enn nesten alle andre i verden på helse

Siste oversikt over utviklingen i samlede, nasjonale helseutgifter (Statistisk sentralbyrå, 2012) for perioden 1997 til 2009, viser kun små endringer i løpet av de siste årene. I 2009 var helseutgiftene 9,8 % av BNP, mens de i perioden 2002 til 2008 varierte mellom 8,6 og 10% av BNP. Det offentlige dekker 85% av helseutgiftene og denne andelen har også endret seg lite i perioden. Nesten alle helseutgiftene går til løpende drift, kun ca. 3% går til investeringer. Et annet forhold av betydning, er at omkring 25% av Norges BNP stammer fra oljeproduksjon.

Tallene for helseutgifter i nasjonalregnskapet omfatter både offentlige og private utgifter, og er hentet fra ulike offentlige regnskaper, regnskap fra offentlige helseforetak og private sykehus. Utgiftene er definert i henhold til internasjonale retningslinjer gitt i "A System of Health Accounts" (OECD 2000). På tross av retningslinjene, varierer praksis for kategorisering av utgifter mye mellom medlemslandene i OECD. For eksempel når det gjelder den delen av pleie- og omsorgstjenestene som ikke er sykepleietjenester, men nødvendig assistanse til ADL-aktiviteter (Activities of Daily Living, av- og påkledning, matlaging, holde orden i hjemmet) som følge av sykdom eller funksjonshemming. Norge (og de fleste andre OECD-landene), kategoriserer dette som helsetjeneste når assistansen gis i tilknytning til sykepleietjenester. Sverige gjør det ikke. Derfor må man ha kunnskap om slike forhold for å kunne gjøre sammenligninger mellom nasjonene. For 2009 utgjorde for eksempel utgiftene til Pleie- og omsorgstjenester i Sverige 7% av de totale helseutgiftene,

mens de i Norge utgjorde 27%. Men ved sammenligning av endringer over tid, får slike forhold uansett mindre betydning.

Sammenligningstall fra OECD (2011a) for 2009 viser at Norge har Europas nest høyeste BNP pr. innbygger, kun overgått av Luxembourg. Hvis helseutgiftene måles som andel av BNP, ligger Norge omtrent på gjennomsnittet for OECD-landene. Men når man tar hensyn til vårt uvanlig høye BNP i forhold til innbyggertallet (på grunn av oljeproduksjonen) og fordeler helseutgiftene pr. innbygger, er det kun USA som bruker mer penger på helse pr. innbygger. Angående ressursbruk innen helsesektoren, bemerker OECD også at vi har flere ansatte i forhold til folketallet enn de fleste øvrige OECD-land. Pr. 1000 innbyggere hadde vi 4,0 leger (gjennomsnitt i OECD 3,1) og 14,2 sykepleiere (gjennomsnitt i OECD 8,4).

2.1.2 Større vekst i Norge enn i alle nordiske land

Studerer vi endringene i utgifter over tid ved hjelp av sammenlikningstall for helseutgifter pr innbygger (OECD, 2011c), får vi ytterligere en indikasjon på at vi bruker mye ressurser på helse i Norge. I perioden fra 1980 til 1995 lå Norges utgifter på omtrent samme nivå og vekstrate som Danmarks og Sveriges. Sveits lå i en klasse for seg i Europa, vesentlig høyere både i nivå og vekstrate for kostnadene. USA lå tilsvarende i en klasse for seg over Sveits igjen, vesentlig høyere både i nivå og vekstrate for kostnadene. Det mest i øyenfallende nå er kanskje at Norges helseutgifter fra 1995 til i dag har økt vekstraten slik at vi har passert Sveits i nivå og har lagt oss på en lignende vekstrate som USA har.

(Figur 1)

2.1.3 Penger brukt til helsetjenester betyr neppe alt

En av indikatorene som er mest brukt for å sammenligne befolkningens helse på tvers av landegrensene, er forventet levealder for en nyfødt for et gitt årstall i det enkelte land. Indikatoren måler hvor lenge i gjennomsnitt en nyfødt kan forvente å leve, hvis dødeligheten forblir uendret. Så lenge dødeligheten avtar, slik den gjør både i Norge og OECD som helhet, vil den reelle levealderen bli ennå høyere. Men det betyr altså lite for indikatorens funksjon som kvalitetsmål på den helsetjenesten vi har i dag.

En persons helsestatus avhenger ikke kun av sykdomsforekomst eller helsetjenestetilbudet. Derfor vil indikatoren også påvirkes andre forhold av betydning for helsen, som levestandard, livsstil, utdanningsnivå og tilgjengelighet til helsetjenestene. På den

måten kan for eksempel redusert tilgjengelighet til helsetjenester uttrykkes gjennom en synkende forventet levealder, selv om helsetjenestetilbudet er godt.

En faktor som også kan ha betydning for hvor mye nasjonen kan ”oppnå” av helsegevinst gjennom økt ressursbruk på helsetjenester, er utgangspunktet nasjonen har når det gjelder forventet levealder. Tar man utgangspunkt i tall for perioden 1960 til 2009, var situasjonen for Norge at vi lå på topp blant alle OECD-landene i 1960. Siden da har vi hatt en ”forbedring” på kun 7,2 år, mens for eksempel Japan har hatt dobbelt så mye og alle landene med høyere forventet levealder enn Norge i 2009, har hatt større ”forbedring” enn vi (gjennomsnitt 10,9 år).

Blant de 34 medlemslandene i OECD (2011b) ligger Norge for 2009 på 81,0 år i forventet levealder for en nyfødt. Vi tilhører sammen med 21 andre OECD-land gruppen med forventet levealder over 80 år. Japan leder an med en forventet levealder på 83 år. Mellom Japan og Norge ligger Sveits, Italia, Spania, Australia, Israel, Island, Sverige og Frankrike. Verken Japan eller noen av de øvrige landene har tilsvarende høye helseutgifter pr. innbygger som Norge. Det kan derfor se ut som det ikke er noen direkte sammenheng mellom nasjonens samlede helseutgifter fordelt pr. innbygger og forventet levealder. En mulig forklaring er at potensialet for helsegevinst som følge av eksisterende helsetjenestetilbud allerede er utnyttet. Eller at andre tiltak, for eksempel livsstilsendringer og forebyggende tiltak som befolkningen tar ansvar for selv, kanskje er viktigere. En annen mulighet er at høy ressurstilgang kanskje tvert imot bidrar negativt? For eksempel ved å skape et inntrykk av at prioritering ikke er viktig for å sikre tilgang til helsetjenestene for pasienter med dårlig helse? Eller sikre tilgang for dem som skårer lavt på de øvrige parameterne som påvirker forventet levealder (for eksempel levestandard, livsstil, utdanningsnivå, tilgjengelighet)?

(Figur 2)

2.2 Prioriteringen

2.2.1 Lønning I utvalget

Utgangspunktet for at utvalget i 1985 ble oppnevnt av regjeringen, var erkjennelsen av et behov for prioritering. Fram til da, hadde prioriteringer stort sett foregått uten overordnede retningslinjer etter og den enkelte leges medisinske skjønn. Fokuset var på den enkeltes eventuelle behov for å prioriteres opp, sjeldent på konsekvenser for ressursbruk eller ventetid for de øvrige. Det ble etter hvert et betydelig press fra flere hold mot politiske og bevilgende myndigheter, som følge av faglig og teknologisk utvikling innen medisinen. Nye

behandlingsmuligheter ga mulighet for å bedre behandling, av flere individer og med økt ressursbruk. Ofte fikk saker om et alvorlig sykt menneske store oppslag i media. Ikke sjeldent sto både faglige autoriteter i de medisinske miljøene, brukerorganisasjoner og leverandørindustrien sammen om å legitimere, kreve og tilby nye og angivelig effektive behandlingsmetoder som enten lå klart utenfor aksepterte indikasjonssområder eller var svært kostbare. Fra utvalgets mandat (Sosialdepartementet, 1987) framgår erkjennelsen at:

Selv med økte ressurser kan opplevelsen av ressursknapphet øke fremover, fordi de medisinsk-teknologiske mulighetene vokser raskere enn de økonomiske og fordi befolkningen får større forventninger. Dette gapet mellom det vi kan utrette og det vi har råd til, gjør det stadig viktigere å prioritere. For å sikre at vi utnytter de midler vi rår over best mulig, må vi ta stilling til behandlingsmetoder og ressursbruk.

Om sitt *verdigrunnlag* sa utvalget at det tok utgangspunkt i allmenne verdioppfatninger som det er bred enighet om i det norske samfunn.

Det synes selvsinnlysende at de generelle idealer samfunnet bekjenner seg til - idealer som rettferdighet, likhet og frihet - også skal komme til uttrykk i helsetjenesten. Det må også tas for gitt at den allment aksepterte samfunnsforpliktelse over ressursvake og underprivilegerte medmennesker i helsetjenesten skal ytre seg som en prioritert forpliktelse overfor de svakest stilte.

Utvalget fastslo at både på overordnet og laveste beslutningsnivå ”er det rimelig, nødvendig og moralsk forsvarlig å ta økonomiske hensyn, men de to beslutningsnivåer er meget ulike sett fra et medisinsk-etisk synspunkt”. Utvalget konkluderte med fem prioriteringsnivåer, der tiltak innen et høyere nivå skulle avgi ressurser for å sikre et tilbud med tilstrekkelig kapasitet på nivåene under:

1. Livsnødvendige tiltak som har livstruende konsekvenser hvis de ikke iverksettes, gis første prioritet. Eksempel: Akutt kirurgi, akutt psykiatri og nyfødtdisin.
2. Nødvendige tiltak som har katastrofale eller svært alvorlige konsekvenser hvis de ikke iverksettes, gis annen prioritet. Eksempel: Kroniske eller alvorlige sykdommer av somatisk art.
3. Nyttige tiltak som har uønskede konsekvenser hvis de ikke iverksettes, gis tredje prioritet. Eksempel: Moderat forhøyet blodtrykk, vanlige barnesykdommer og ukomplisert brokk.
4. Etterspurte tiltak som har mindre konsekvenser hvis de ikke iverksettes, gis fjerde prioritet. Eksempel: Høyteknologi med moderat nytteeffekt, kunstig inseminasjon og befruktning utenfor kroppen.
5. Etterspurte tiltak som er uten dokumentert nytteverdi, gis femte prioritet. Eksempel: Rutinemessige helsekontroller, screening av friske individer med forhøyet risiko.

Det ble diskusjon spesielt omkring de to laveste prioriteringsnivåene og blant annet gikk Sosialdepartementet i den påfølgende første utgaven av "Nasjonal helseplan (1986-1987)" ut og argumenterte for at behandling av ufrivillig barnløshet skulle oppprioriteres til nivå 3. Selv om det finnes relativt lite dokumentasjon på direkte effekter ved at tiltak faktisk ble prioritert ned som følge av utvalgets anbefalinger, bidro arbeidet til at man både i medisinske miljøer og utenfor, oppfattet at det var både mulig og nødvendig å rangere sykdommer og behandlingstiltak etter en overordnet plan. Utvalget hadde trolig ambisjoner om å få større forståelse for nødvendigheten av nedprioritering enn de kanskje fikk:

Et vilkår for meningsfylt bruk av prioriteringsbegrepet er etter utvalgets oppfatning at det ved enhver omfordeling av ressurser gjøres klart både hvilke(t) formål som flyttes frem og hvilke(t) som flyttes tilbake på den samlede liste over tiltak som skal tilgodeses med offentlige bevilgninger til helseformål. Dersom denne klargjøring mangler, er det erfaringsmessig fare for at det enten ikke lykkes å omsette den aktuelle målsetting i praktisk politikk, eller at omfordelingen av ressurser på tilfeldig måte rammer formål som ikke er tilsiktet ned-prioritert. I begge tilfelle vil resultatet bli avstand mellom politisk målsetting/tilsiktet prioritering og praktisk politikk/faktisk prioritering.

Utvalget påpekte også noen forutsetninger og mulige "risikofaktorer" for å lykkes med prioriteringsarbeidet:

En forutsetning for de politiske beslutninger om prioriteringer som etter utvalgets oppfatning vil bli nødvendige, vil være at det kan etableres en tilstrekkelig enighet i opinionen omkring de grunnleggende prinsipper, målsettinger og retningslinjer for prioriteringer. Dette kan bare skje gjennom åpen og fordomsfri debatt.

Utvalget påpekte også at "et mer gjennomtenkt og begrunnet system av prinsipper og retningslinjer for prioriteringer på alle nivåer i helsetjenesten" var det viktigste tiltaket for en mer realistisk og effektiv prioriteringsprosess.

2.2.2 Lønning II utvalget

Utvalget ble nedsatt i 1996 på bakgrunn av en oppfatning om at prioriteringskriteriene fra Lønning I utvalget ga for stort rom for skjønne og ulike tolkninger, og et behov for retningslinjer for prioritering også på overordnede nivåer. Utvalget introduserte en langt mer moden forståelse av prioriteringsbegrepet enn det foregående utvalget. "Sentrale elementer i begrepet er fordeling av tjenester mellom pasienter, balansering av ressurser mellom de

forskjellige typer av helsetjenester, rangering (eller sortering) av pasientene i riktig rekkefølge og rasjonering av tilbudet” (Sosial- og helsedepartementet, 1997). Det definerte også et skille mellom prioriteringsbeslutninger på overordnet politisk eller administrativt nivå (førsteordens beslutninger) og beslutninger om prioritering av tiltak for den enkelte pasient (andre ordens beslutninger).

Videre foreslo utvalget å ta i bruk metodikk (såkalte medisinske metodevurderinger) for systematisk å sammenligne nytten ved ulike typer medisinsk praksis som støtte for beslutninger på både overordnet og lavere nivå i helsetjenesten. Utvalget konkluderte med at ved siden av kriteriet ”tilstandens alvorlighet” skal også behandlingstiltakets ”nytte” og ”kostnadseffektivitet” inngå i prioriteringsvurderingen, ikke bare fordi det ble ansett hensiktsmessig, men også fordi utvalget var i tvil om prioritering kun basert på tilstandens alvorlighet kunne forsvares etisk.

Utvalget foreslo at ”representative faggrupper” skulle anbefale mer konkrete *prioriteringsprinsipper* innen fagområdene i spesialisthelsetjenesten og dermed klarlegge hva man skulle legge i begrepene alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet for ulike pasientgrupper. Utvalget mente at disse prioriteringsprinsippene så skulle brukes for å klassifisere eller rangere tilstander og tiltak til ulike i *prioritetsgrupper*. Til hjelp for et slikt prioriteringsarbeid på ”overordnet klinisk nivå”, utformet utvalget så ”veiledende definisjoner” for 4 prioritetsgrupper. Det var gruppene I grunnleggende helsetjenester, II utfyllende tjenester, III lavt prioriterte tjenester og IV tilbud som ikke hører hjemme innenfor det offentlig finansierte helsetilbud.

Deretter definerte utvalget rammene for innholdet av sykdomstilstander og behandlingstiltak i gruppene I, III og IV. Men for gruppe II utfyllende tjenester (der flertallet av pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten trolig hører hjemme) unnlot de å definere rammen nærmere. I stedet uttalte de at ”gruppen inneholder tilstander og tiltak som ikke omfattes av gruppe I og III”. Videre la de opp til at tilbudet i gruppe 2 skulle være avhengig av ressurser ved å si at ”denne gruppen vil inneholde en omfattende rekke av tiltak. Men det er ikke opplagt at ressursene vil strekke til for å tilby disse fullt ut”. Vilkåret for å bli prioritert til gruppe I ble satt relativt strengt. Tre kriterier skulle være oppfylt. *Tilstanden* skulle medføre vesentlig reduserte leveutsikter, betydelig redusert funksjonsnivå, eller alvorlige kroniske smerter. Det måtte i tillegg kunne *forventes nytte* etter nærmere angitte krav og til slutt måtte *kostnadene* stå i et rimelig forhold til nytten.

Utvalget definerte ikke sitt *verdigrunnlag* utover at det bekreftet prinsippet om at like tilfeller skal behandles likt, som grunnleggende for prioriteringen:

... hvis én pasient får et tilbud, bør det være et mål å gi alle pasienter i samme situasjon et likeverdig tilbud. Med samme situasjon menes at tilstandens alvorlighetsgrad, tiltakets nytte og kostnadseffektivitet er den samme.

2.2.3 Det juridiske grunnlaget

Pasientrettighetsloven

I 1999 ble Menneskerettsloven vedtatt og dermed skjedde en formell inkorporering av ”menneskerettighetskonvensjonene” i det norske lovverket slik at disse fikk prioritet foran øvrige lover. (Konvensjonene var Europakonvensjonen om menneskerettigheter (1949), FN-konvensjonene om sivile og politiske rettigheter (1966), om kulturelle, sosiale og økonomiske rettigheter (1966) og om barns rettigheter (1991). Dermed måtte alle nye lover forholde seg til en helt ny tilnærming til rettigheter hos brukerne av helsetjenestene. For helsesektoren gjaldt det de nye helselovene som trådte i kraft i 2001 (spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern, pasientrettigheter og helsepersonell) og senere lover.

Utgangspunktet for menneskerettighetskonvensjonene, var den ”overlappende enigheten” (overlapping consensus) som lå til grunn for Verdenserklæringen av 1948 og bekreftet anerkjennelsen av at ”iboende verdighet og av like og uavhengelige rettigheter for alle medlemmer av menneskeslekten, er grunnlaget for frihet, rettferdighet og fred i verden”.

Utgangspunktet for den ”iboende verdigheten” er en lang humanistisk tradisjon fra antikkens tid. I nyere tid er det trolig Immanuel Kant med sitt ”kategoriske imperativ”, som har bidratt mest til å forklare hvordan vi kan forstå menneskelig verdighet: ”Du skal alltid handle slik at du betrakter både deg selv og enhver annen person som et formål i seg selv og ikke bare som et middel.”

Menneskeverdet overstiger alle andre verdier, og er hevet over alt vi ellers tillegger verdi i samfunnet. Menneskets verdighet er i den humanistiske tradisjonen fra Kant begrunnet i menneskets særstilling som det eneste vesen som har frihet og evne til å være sin egen lovgiver, og er forankret i et menneskesyn som legger avgjørende vekt på menneskets frihet og integritet, selvrealisering og selvbestemmelsesrett. Helsetjenesten på alle nivåer, må dermed forholde seg til ”menneskets iboende verdighet” som lovpålagt premiss, og ikke bare i den grad det inngår i den enkelte helsearbeiderens verdigrunnlag.

Prioriteringsforskriften

Det er prioriteringsforskriften (Helse og omsorgsdepartementet, 2000) som ”operasjonaliserer” anbefalingen fra Lønning II utvalget når det gjelder innholdet i prioriteringsgruppe I. Her er imidlertid kriteriene en del forenklet og har fått en annen ”terskel” enn i utvalgets forslag. Vilåret om ”tilstand” og ”forventet nytte” virker mindre strenge, mens vilåret om ”kostnader” er skjerpet:

Vilåret for rett til prioritet i spesialisthelsetjenesten (nødvendig helsehjelp innen konkret frist) er oppfylt når tilstanden uten helsehjelp medfører *et visst* prognosetap med hensyn til livslengde eller *ikke ubetydelig* nedsatt livskvalitet, og pasienten *kan* forventes å ha nytte av helsehjelpen og de forventede kostnadene *står* (ikke bør stå) i et rimelig forhold til tiltakets effekt. (Teksten er forenklet og endringer angitt med kursiv.)

2.3 Fastlegen

2.3.1 Fastlegens plass i helsetjenesten og samhandlingsreformen

Kommunene er etter Helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b) tillagt ”sørge-for ansvaret” for at personer som oppholder seg i kommunen får tilbud om ”nødvendige helse- og omsorgstjenester”. De omfatter oppgaver av både forebyggende og kurativ art. Fastlegen er en lege som har inngått avtale med kommunen om å drive allmennmedisinsk legepraksis under vilkårene for fastlegeordningen.

Legen har dermed ansvar for en definert gruppe av pasienter som har valgt legen selv eller blitt plassert på legens pasientliste. Gruppen har rett til prioritet hos legen sin framfor andre som måtte ønske en legetime. Det normerte antallet på en slik liste er 1500 pasienter for en lege i full stilling. Legen kan være kommunalt ansatt eller næringsdrivende og praksisen kan drives av legen alene eller i gruppepraksis sammen med andre. Legen har også plikt til å delta i kommunens døgkontinuerlige legevaktsordning og kan i tillegg pålegges andre kommunale legeoppgaver innen den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten. Fastlegens plikter er omtalt i merknader til Fastlegeforskriften (Helse- og omsorgsdepartementet, 2000):

Fastlegen skal dekke behovet for allmennlegetjenester på dagtid for de som står på listen. Det skal være mulig å få legetime innen rimelig tid. Fastlegen har videre ansvaret for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling. Fastlegen har dessuten ansvaret for personens journal med oppdatering av sykehistorie og bruk av legemidler.

Innbyggerne på fastlegens liste skal få utført nødvendige allmennlegetjenester, og få henvisning til andre helsetjenester etter behov, få utskrevet helseattester og få legeopplysninger ved søknad om helse-, trygde- og sosialtjenester. Fastlegen skal prioritere personene på listen foran andre, med unntak av lovpålagt øyeblikkelig hjelp-henvendelser eller andre forpliktelser som er pålagt i medhold av lov, forskrift og avtale.

I fastlegepraksisen er legene faglig autonome. Der flere driver praksis sammen kan man søke råd hos kolleger ved behov, men hver og en er faglig ansvarlig for sine vurderinger. Dette i motsetning til spesialisthelsetjenesten med en hierarkisk ledelsesmodell hvor mandatet også innen visse rammer omfatter faglige spørsmål.

I forskriften for fastlegeordningen er ikke innholdet i oppgavene nærmere definert utover dette. Det følger av Helsepersonelloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999) at tjenesten skal være forsvarlig og at ”helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvide pasienter videre der dette er nødvendig og mulig”. Samme lov pålegger helsepersonell å ”sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift”. Utover dette er ikke fenomenet ”henvisning” eller rollen som ”portvakt” omtalt. I høringsutkastet til ny fastlegeforskrift skriver departementet imidlertid et avsnitt om henvisninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a):

Det angis imidlertid ingen krav til kvalitet på disse henvisningene, verken når det gjelder innhold eller når henvisning skrives. På bakgrunn av den store variasjon i henvisningspraksis (Tidsskrift for Den norske legeförening 2011 – Truar skilnaden i tilvisningsratar målet om likeverdige helsetjenester), betydningen av gode henvisninger for at pasientens behov skal kunne vurderes, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 og 2-2, samt målet om at behandling skal skje på laveste effektive omsorgsnivå, mener departementet at det er behov for å stille krav til innholdet i henvisningene. Videre mener departementet at det må stilles krav om at fastlegene, gjennom sin henvisningspraksis, understøtter den oppgavefordeling mellom nivåene som fremgår av regelverk og lovpålagte lokale samarbeidsavtaler. Dette betyr at fastlegene må sette seg inn i de lovpålagte, lokale avtalene som inngås. Disse avtalene vil, slik departementet ser det, være et svært viktig verktøy for å oppnå en riktig oppgave-delning, der lokale forhold hensyntas.

2.3.2 Kompetanse

Fagområdet allmennmedisin er regnet for å være et fag med stor ”bredde”. Legen har primæransvar for utredning og behandling og de fleste tilfeller av sykdom utredes og behandles kun hos fastlegen. Også når pasienten henvises videre, skjer deler av utredning og

behandling hos fastlegen. Oppgaven med å koordinere og samhandle med andre aktører forutsetter oversikt over den øvrige helsetjenesten som allmenntilleggsmedisineren samhandler med. Både den øvrige primærhelsetjenesten (helse- og omsorgstjenesten i kommunen) og spesialisthelsetjenesten. I tillegg er fastlegen tillagt omfattende oppgaver innen ”forvaltning” av ulike velferdsordninger som Arbeids- og velferdsetaten (NAV) har ansvar for.

Bortsett fra kravet i Helsepersonelloven om forsvarlig virksomhet, finnes det ikke tydelige krav til kompetanse hos fastlegen. Faget allmenntilleggsmedisin har som øvrige medisinske spesialiteter i Norge et system for videreutdanning til spesialist i faget. Utdanningen tilsvarer i omfang og dybde utdanningen i ”sykehus-spesialitetene” og går over minimum 5 år. Men utdanningen er ikke et krav for å kunne praktisere som fastlege. I 2008 var andelen av fastleger i Norge som var spesialister i allmenntilleggsmedisin på 39% (Helsedirektoratet, 2010). Fra 2006 har det imidlertid som følge av EU/EØS-samarbeidet vært krav om at leger som mottar refusjon fra NAV formelt må ha oppnevnt en spesialist som veileder. Leger som er ansatt i vikariat kortere enn 2 måneder, er unntatt fra kravet. En rekke land i Europa har krav om at leger som praktiserer i faget allmenntilleggsmedisin også enten må være spesialister, eller under direkte veiledning av en spesialist etter ”mester-svenn prinsippet” tilsvarende som for sykehusspesialitetene.

2.3.3 Kapasitet

Over 80 prosent av de som kontakter fastlegen gjør det mellom 1 og 10 ganger i løpet av et år, mens rundt 13 prosent gjør det 11-20 ganger. Noen bruker fastlegen mye mer, men de er til gjengjeld få (0,3 prosent kontakter fastlegen mellom 51 og 100 ganger og 0,03 prosent over 100 ganger i løpet av et år). (Helsedirektoratet, 2010)

Bortsett fra ved akutthjelp, foretar verken fastlegen eller andre noen prioritering av pasientene. Slik ordningen er regulert, finnes det heller ikke hjemmel for det. Den som bestiller time først, får time først og den som bestiller flest ganger får normalt flest timer. Oppgavene fastlegen har utover selve konsultasjonene må gjøres utenom konsultasjonene og kan i liten grad delegeres til andre. For eksempel telefonkontakt med pasienter, oppfølging av pågående medikamentbehandling, dokumentasjon av konsultasjonene, kontakt med andre deler av helsetjenesten eller kolleger, skriving av henvisningsbrev, søknader om ulike velferdsordninger, oppfølging av behandlingsepikriser, møter i ”ansvarsgrupper” for

kronikere med rettigheter til ”individuell plan” etter Pasientrettighetsloven og møter med NAV.

Som ledd i oppfølgingen av Samhandlingsreformen (Helse og omsorgsdepartementet, 2009) har departementet i høringsutkastet til ny fastlegeforskrift (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a) definert en rekke endringer i kravene til fastlegenes tjenester. For eksempel skjerpede krav til tilgjengelighet, oppsøkende hjemmebesøk og koordinatoransvar for all legemiddelbehandling, utvidet plikt til møtedeltakelse med NAV, og krav til rapportering av virksomhetsdata. Forslaget inneholder også sanksjonsmulighet gjennom å holde igjen økonomisk oppgjør med fastlegen ”i de tilfellene hvor fastlegen ikke utfører tjenestene i tråd med nasjonale og lokale helsepolitiske målsetninger”. Omtrent samtidig med at 2700 av de totalt ca. 4000 fastlegene presenterte en underskriftsliste med protest mot den nye forskriften, varslet departementet våren 2012 at innføring av forskriften er utsatt til 2013.

2.3.4 Portvaktrollen

Det er en vanlig oppfatning at fastlegene ved siden av sitt behandleransvar for pasientene, også er tillagt rollen som ”portvakt” på vegne av andre. For eksempel ved regulering av tilgang til velferdsgoder som sykepengen og uførepensjon, eller av tilgang til spesialisthelsetjenesten. Denne rollen er ikke nødvendigvis verken kontraktfestet eller direkte avtalefestet, men snarere en form for sedvane som er utviklet både i Norge og store deler av Europa gjennom flere hundre års samhandling mellom de legene som tilsvarer dagens fastleger og forvalterne av velferdsgoder og spesialisthelsetjenester. Selv om innholdet i portvaktrollen har variert etter hvert som samfunnet, velferdsordningene og helsevesenet har utviklet seg, har legens oppdrag vært det samme: Å være lege/sakkyndig for pasienten og samtidig sakkyndig for en ekstern oppdragsgiver som pasientens velferd eller helse er avhengig av. Altså en rolle der legen kan bli utsatt for press og forventninger fra flere hold og der legen også personlig kan tape tillit eller ha andre ulemper. Samtidig har trolig også portvaktfunksjonen opp gjennom årene tilført legene en viss mengde både makt og respekt.

Innholdet i rollen og behovet for portvakt varierer. Norge er for eksempel det eneste nordiske landet der sykemeldte beholder full lønn under langvarig sykdom. En rekke land både i Europa og verden for øvrig har ikke noe legekorpset som tilsvarer fastlegene med sin brede kompetanse innenfor medisinen. Tyskland har ”allmennleger” som kun ivaretar deler

av oppgavene som norske fastleger har. Der utgjør de sammen med et stort korps av privatpraktiserende spesialister førstelinjetjenesten. Også i Norge skjer det endringer. Etter moderniseringen av Arbeids- og velferdsetaten har legene i større grad fått en rådgivende rolle enn før. Og etter innføring av Ventetidsgarantiordningen som ble avløst av Pasientrettighetsloven, har spesialisthelsetjenesten i større grad fått beslutningsansvaret i saksbehandling av henvisninger.

Hvis man ønsker å studere henvisningspraksis hos enkeltleger, må man ta i betraktning at enkelte leger kan "tiltrekke seg" pasientgrupper med større sykkelighet eller behov for å måtte henvises. Ved fokus på små enheter av leger, vil det også være nødvendig å kjenne til omfanget av legens kliniske praksis. Noen leger kan ha lavere deltakelse i klinisk arbeid enn andre, for eksempel på grunn administrative oppgaver i legepraksisen eller en bijobb i kommunehelsetjenesten. Man må derfor også vite antall pasienter som *kunne* ha blitt henvist i observasjonsperioden. Og skal man ha kontroll på kvaliteten i legens "henvisningspraksis" må man evaluere om henvisningen er "adekvat" i forhold til problemstillingen (nødvendig for pasienten, til rett tid i sykdomsforløpet), eller om det er en "unødvendig" henvisning. Ideelt sett bør en også vite omfanget av "nødvendige, men ikke sendte" henvisninger. Slike evalueringer kan lett påvirkes av ståstedet til den som vurderer "nødvendigheten" av en henvisning og kan derfor være nødvendig å gjøre i fellesskap mellom avsender og mottaker av henvisningen.

3 Metode

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for mitt valg av forskningsmetode og studiedesign. Jeg vil også beskrive forhold som påvirker studiens kvalitet og kommentere forskningsetiske vurderinger.

3.1 Valg av metode og forskningsdesign

Målet med studien er å beskrive fastlegens rolle som portvakt på vegne av spesialisthelsetjenesten. For å kunne gjøre det må jeg forstå portvaktrollen som fenomen, slik den utøves av fastlegene på vegne av samfunnet til beste for alle. Dette fenomenet er resultatet av en praksis eller samhandling som utøves av mange. Som de fleste andre fenomener, egner portvaktrollen seg dårlig for tilnærming med kvantitativ metode. Det ville i såfall legge begrensninger på hvilke aspekter av fenomenet jeg kan forstå. Jeg ønsker å få en annen type innsikt enn jeg får ved å spørre hvor mange, hvor ofte osv. I stedet vil jeg ha innblikk i fastlegenes verdier, erfaringer og opplevelser med rollen. Jeg har derfor valgt kvalitativ metode med en fenomenologisk tilnærming fordi jeg mener den er best egnet til å belyse karaktertrekk og egenskaper ved fenomenet.

Jeg bruker derfor et kvalitativt forskningsdesign som tar utgangspunkt i informantenes egne vurderinger av fenomenet.

3.2 Innsamling av data og min rolle i forskningen

Som strategi for datainnsamlingen har jeg valgt å bruke et fokusgruppeintervju. Grunnen til det er at jeg tror det er bedre egnet enn et vanlig semistrukturert intervju, fordi dynamikken i en gruppe kanskje kan få fram mer informasjon om samhandlingen som ligger bak fenomenet. Jeg har valgt å ha to fastleger som respondenter. De jobber begge ved samme legesenter. På tross av det, representerer de likevel en bredde i erfaring med fenomenet. De er en av hvert kjønn, en er 33 og den andre 56 år, en har 1 års erfaringsbakgrunn, den andre har 27 års erfaring og er i tillegg også spesialist i allmenntilleggsmedisin. Grunnen til at jeg spurte akkurat disse to, er at jeg gjennom tidligere kontakt med dem har inntrykk av at de er både reflekterte og opptatt av å gjøre en god jobb som fastlege.

I tillegg har jeg på grunn av min rolle som aktør i spesialisthelsetjenesten med 8 års praksis fra ansvar for å vurdere henvisninger, valgt å delta i intervjuet som såkalt åpen, deltakende observatør. Det gir en risiko for å forstyrre både gruppedynamikken og fastlegenes posisjon under intervjuet. Jeg tror det også kan bevirke til å få belyst flere sider av fenomenet og at ulempen dermed kan oppveies.

Jeg har også engasjert en forskerkollega som moderator under intervjuet og utarbeidet en intervjuguide. For å virke begrensende på gruppediskusjonen, har jeg også gitt moderator fullmakt til å prioritere ned noen av spørsmålene hvis det ligger an til tidsnød. Som forberedelse til intervjuet har respondentene fått informasjon om bakgrunn for intervjuet, tema og problemstilling for studien, informasjon om anonymitet og beskjed om at de ikke trenger å gjøre noen spesielle forberedelser. De har ikke fått informasjon om spørsmålene på forhånd. Intervjuet ble tatt opp på lydopptaker.

3.3 Validitet og reliabilitet

Hvis studiens intervjudata er relevante eller representative for fenomenet, er de valide. Det innebærer at de innenfor visse rammer kan brukes til å generalisere fortolkningen av fenomenet. Triangulering har ikke vært aktuell metode for å sikre validiteten her. Ved å ha to respondenter som intervjues samtidig, kan de i noen grad bidra til å korrigere hverandre. Men det har også sine begrensninger og kan også virke motsatt. Den kanskje viktigste faktoren for å ivareta validiteten, er meg selv i rollen som forsker med egen erfaring med fenomenet. Det har gitt mulighet til å la spørsmålene ha et relevant utgangspunkt. Som åpen, deltakende observatør har jeg også hatt mulighet til å komme med en kommentar eller stille respondenten et spørsmål hvis min erfaring med fenomenet tilsier at det er relevant. Også en transparent framstilling av datainnsamlingen og analysen, kan bidra til god validitet. Dermed er empirien autentisk og representativ. Reliabiliteten, eller påliteligheten i en studie som dette, er i utgangspunktet ikke mulig å sikre på samme måte som ved en kvantitativ studie der innenfor visse grenser kan la en annen forsker gjenta den samme datainnsamlingen. Det er ikke like gjennomførbart ved kvalitativ metode. I stedet må min egen erfaringsbakgrunn bidra som et korrektiv også her. Videre styrkes reliabiliteten av at respondentene har lang erfaring og innsikt i de problemstillingene som drøftes.

3.4 Analysen av dataene

Analysen av dataene er gjort etter en forenklet variant av Giorgis fenomenologiske analyse, modifisert av Malterud (1996) som systematisk tekstkondensering. Det betyr at det er fortolkningen av dataene som gir relevante funn. Studien kan derfor ikke generaliseres til andre kontekster enn den jeg studerer i denne studien.

3.5 Forskningsetiske vurderinger

Jeg har ikke samlet inn data som krever spesielle forholdsregler i forhold til personvern eller lignende. Respondentene er anonyme, ikke fordi jeg tror de ville hatt noen problemer med å stå for sine synspunkter, men fordi jeg ikke ønsker at de skal kunne få problemer med å være frittalende gjennom at noen reagerer på et synspunkt og tar det ille opp. Respondentene har fått utskriften av intervjuet til godkjenning. De hadde ingen merknader.

4 Empiri

4.1 Tidligere forskning

Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen (Helse og omsorgsdepartementet, 2009) viser i et kapittelet ”Om behov for å styrke fastlegenes vurderingskompetanse” til at det forekommer 3-5 ganger forskjell i henvisningsfrekvens mellom norske fastleger og hevder at variasjonen kan tilskrives varierende evne til å tåle usikkerhet blant fastlegene. I høringsutkast til ny fastlegeforskrift (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a), viser departementet til en studie med funn av 6,5 ganger forskjell i henvisningsfrekvens mellom 2 kommuner i Sogn og Fjordane og uttaler at

På bakgrunn av den store variasjon i henvisningspraksis (...), mener departementet at det er behov for å stille krav til innholdet i henvisningene.

Studien fra Sogn og Fjordane (Førde et al., 2011) undersøkte variasjon i henvisningsfrekvens til sykehusene i det lokale helseforetaket mellom fastleger i 3 kommuner med lignende bosettingsmønster, reisetid til sykehus, stabilitet i legetjenesten, andel eldre i befolkningen, institusjonskapasitet, antall fastleger pr. 10.000 innbyggere, demografi og dødelighet. Materialet besto av alle elektive henvisninger til Helse Førde som ble vurdert og satt på venteliste i løpet av på et år. Fire kommuner deltok med 3 leger hver. Det framgår ikke informasjon om legene (for eksempel arbeidsmengde i perioden, kjønn, fast ansatt/vikar) eller om pasientsammensetningen. Det framgår at materialet ”i all hovudsak er henta frå eit føretak, Helse Førde”. Trolig er derfor henvisninger til privatpraktiserende spesialister og til andre helseforetak ikke med.

Man har også sammenlignet kostnader (målt i DRG-poeng) og har observert at kommuner med høyt antall henvisninger har lavere kostnader pr. opphold. Forfatterne sammenligner antall henvisninger fra den av de observerte fastlegene med færrest henvisninger, med en lege fra en kommune som ikke inngikk i studien. De konkluderer med at sistnevnte henviser 6,5 ganger så ofte. Og videre at lokale ”henvisningskulturer” kan forklare de store forskjellene mellom enkeltleger og kommuner, som de videre hevder gjør at portvaktfunksjonen blir praktisert svært ulikt blant legene. De påpeker at Sogn og Fjordane

sammen med Nordland og Finnmark fylker, tradisjonelt har hatt et høyt forbruk av spesialisthelsetjenester og forklarer det med at alle fylkene har mange små lokalsykehus.

De hevder videre at dette likevel ikke kan forklare kontrastene mellom kommunene i studien, at årsaken derfor mest sannsynlig skyldes ”praksisforskjeller” mellom fastlegene og at erfaring fra internasjonal litteratur, tyder på at tilgangen til helsetjenester sammen med ulik praktisering av medisinsk skjønn er viktigst som årsak til variasjon i helsetjenesteforbruk. De konkluderer så med (...) at

storsamfunnet må kunne stille og implementere rasjonelle, faglege krav, som nok i ein viss mon vil innskrenke den enkelte primærlegen sin faglege autonomi, men som er nødvendige for å utjamne dei uakseptable skilnadene i tilgangen til det viktige velferdsområdet som helsetenester er.

Forfatterens oppsummering av at erfaringene fra internasjonal forskning er at egenskaper hos legen (deriblant praktisering av medisinsk skjønn) er den viktigste årsaken til variasjon i henvisningsfrekvens, er imidlertid ikke i tråd med flere anerkjente studier på området. Salem-Schatz et al. (1994) konkluderte etter en studie av 37.830 pasienter og 52 legesentre med at egenskaper hos pasientene var årsak til mer enn 50% av variasjonene. O'Donnell (2000) pekte i en oppsummering av 30 års forskning på henvisningsfrekvens, på at observasjon av variasjoner i seg selv ikke er hensiktsmessig, fordi hovedårsaken til variasjon ligger utenfor fastlegens kontroll. (Hun viste her til Reid et al. (1999) som studerte 209.000 innleggelser fra 120 legesentre i London. De fant at det var betydelig variasjon i henvisningsraten mellom legesentrene og at egenskaper ved pasienten var den klart viktigste faktoren for å forklare variasjonen, mens egenskaper ved legesenter/allmennlege bidro kun i ubetydelig grad.)

O'Donnell viser til flere studier som fant at allmennlegene henviser adekvat, selv om en studie fant at spesialistene syntes de kunne avvendet henvisningen i 55% av tilfellene de evaluerte. O'Donnell fant at egenskaper ved legepraksis og allmennlege, kunne forklare <10% av variasjonene, mens egenskaper ved pasientene kunne forklare < 40%. Hun fant også at tilgjengelighet av spesialisthelsetjenester påvirker henvisningsfrekvensen, men at påvirkningen på den observerte variasjonen i henvisningsfrekvens ikke er kjent.

I stedet for å fokusere på de som henviser mye eller lite, anbefalte O'Donnell å rette tiltakene mot å øke andelen av hensiktsmessige henvisninger, uansett henvisningsrate. Videre hevdet hun at press på fastlegene med gransking av deres henvisningspraksis, kan redusere deres vilje til å tåle usikkerhet og å løse pasientens problemer i primærhelsetjenesten, og i

stedet gi en økning i henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Bruk av henvisningsrater til å skape dialog og samarbeid mellom tjenestenivåene, mente hun kan være mer hensiktsmessig.

Godager (2012) anbefalte i en kommentarartikkel til studien fra Sogn og Fjordane, å være forsiktig med å trekke konklusjoner angående forskjeller i gjennomsnitt og varians (spredning) av henvisningsfrekvens, enten det gjelder enkeltleger eller en kommune. Han pekte på at slike sammenligninger ikke gir mening hvis man ikke også kjenner antallet ”unødvendige henvisninger” og ”nødvendige, men unnlatte henvisninger” (fordi det kan være en mer alvorlig medisinsk feil å unnlate en nødvendig henvisning, enn å henvise en som ikke burde vært henvist).

Han demonstrerte så ved hjelp av konstruerte data for 4 kommuner (med identisk pasientpopulasjon og ulik legepopulasjon), at andelen ”unødvendige” og ”nødvendige, men unnlatte” henvisninger kan variere i stor grad, selv om legene i alle kommunene tilsynelatende er ”like flinke” når man ser alle henvisninger under ett. Derfor kan konklusjonen om hva som er ”rett” henvisningspraksis bli feil ved å fokusere på antall henvisninger totalt, uten også å være opptatt av andelen ”unødvendige” og ”nødvendige, men unnlatte” henvisninger.

4.2 Min studie

I dette kapittelet vil jeg presentere resultatene fra undersøkelsen. Undersøkelsen består av et fokusgruppeintervju med to fastleger fra samme legepraksis som respondenter og forskeren i rolle som både observatør og deltaker fra spesialisthelsetjenesten. En forskerkollega var moderator. Intervjuet ble gjennomført på fastlegenes arbeidssted 30. mai 2012. Deltakere: Fastlege 1 er kvinne, født 1979 med 1 års praksis som allmennlege. Fastlege 2 er mann, født 1956, spesialist i allmenntillegener med 27 års praksis som allmennlege. Overlegen, som er forskeren i dette tilfelle, er mann, født 1959, spesialist i barnesykdommer med 8 års praksis med ansvar for vurdering av henvisninger.

Innledningsvis presenterer moderator undersøkelsen mål og problemstilling, inkludert forskningsspørsmålet ”Hva påvirker beslutningen når fastlegen henviser pasienten til spesialisthelsetjenesten?”, som hun også utdyper og følger opp med:

Altså hvordan dere tenker og vurderer i situasjoner der henvisning er aktuelt, men hvor dere fortsatt har flere alternativer (for eksempel ikke henvise og i stedet følge opp selv, avvente og vurdere påny senere, eller henvise nå).

Hva ligger til grunn når dere velger alternativet ”henvisse nå”?

Presentasjonen av samtalen videre er så langt som mulig strukturert etter tema, med enkelte unntak der et resonnement som omhandler flere tema kan ikke gjøre det naturlig. Mange av utdragene fra diskusjonen kan uansett ha relevans i forhold til flere tema. Leseren anbefales derfor å selv ta stilling til hva som er relevant i forhold til hvilket tema, uavhengig av forskerens forslag til struktur.

4.2.1 Relasjonen pasient – fastlege - samfunn

Uttalelsene fra informantene tyder på at uerfarne leger må henvisse mer for å håndtere usikkerhet og opptre forsvarlig. Fastlege 2 kommenterer årsaken til valget av ”å henvisse nå” med at han oftest velger å henvisse når pasienten trenger ressurser som kun finnes på sykehuset:

.og hvis æ ikke skjønner hva pas feiler. Men det synes jeg er mindre dominerende, at jeg henviser for ren diagnostisk utredning. Men det skjer.

Fastlege 1 kommenterer med at når man er ny som lege:

.er det oftere at man føler at man gjør en vurdering, men likevel ønsker at en spesialist kan bekrefte eller gå god for vurderingen. (...) Det tror jeg endres med årene. (...).

Overlegen spør om det er like aktuelt for pasientene å henvisse seg som å sykemelde seg?

Er det noen forskjell på rollen dere har ved spørsmål om henvisning i forhold til sykemelding? Har dere en sterkere faglig plattform?

Fastlege 2 svarer:

Vi har mer ”i ryggen” når det gjelder å ta stilling til henvisning enn når det gjelder å ta stilling til sykemelding. Fordi ved sykemelding er vi langt på vei avhengige av pasientens framstilling av sitt funksjonsnivå. Mens når det gjelder henvisning vet vi mye mer om hva en spesialist faktisk kan gjøre, og hva vi kan gjøre selv.

Dette viser at pasientene kan ikke «henvisse seg», blant annet fordi den faglige plattformen har betydning og bidrar til å unngå unødvendige henvisninger. Fastlege 1 synes ofte hun møter pasienter med en bestilling om å bli henvist, for eksempel foreldre til barn med tonsillitt (halsbetennelse) som sier at **nå** må barnet til spesialist, **nå** må han fjerne mandlene, og kommer for å få en henvisning for å få fjernet mandlene.

Og da har den faglige plattformen betydning. ”Dere har jo ikke vært her for noen behandlingstrengende halsbetennelse. Og ungen snorker ikke og det ser rimelig greit ut

i halsen. Og da vil dere ikke få gjennom en operasjon på den indikasjonen.” Og det går stort sett greit fordi vi vet de tingene der.

Fastlege 2 besvarer spørsmålet fra moderator om oppdraget som portvakt for spesialisthelsetjenesten er vanskelig, og han sammenligner med oppdraget for NAV i forhold til trygdeytelser når han svarer:

Portvaktfunksjonen i forhold til spesialisthelsetjenesten er mindre utfordrende enn i de fleste andre sammenhenger hvor det har store økonomiske og administrative konsekvenser hva vi gjør.

Dette viser at denne portvaktfunksjonen ikke vurderes som den vanskeligste. Det er for eksempel greit å bestille røntgenundersøkelse etter ønske fra pasienten selv om det ikke får behandlingsmessige konsekvenser.

Hvis det er noen gang jeg gjør det etter ønske fra pasienten så er det snakk om henvisninger til røntgenundersøkelse. (...) Fordi selv om det ikke er en veldig sterk indikasjon, så er det vanligvis en liten indikasjon. Det får ingen behandlingsmessige konsekvenser, men det kan ha litt betydning for meg også, for å vite hva vi snakker om. (...)

Uttalelsene peker i retning av at spesialisthelsetjenesten genererer etterspørsel.

Fastlege 2 kommenterer:

Alle vet jo at alle som jobber på sykehuset kan jo gå rett til gynekologisk avdeling og få tatt en celleprøve eller hva som helst. Jeg får jo epikriser, så jeg ser det jo. (...) Det er klart at det sprer forventninger når folk vet at naboen går bare ett inn på spesialistpoliklinikken fordi hun jobber på sykehuset.

Fastlege 1 kommenterer:

Jeg tror (høy ressursbruk i helsetjenesten) skapes av spesialisthelsetjenesten selv ved at de gir inntrykk av at de har et (bredt) tilbud, som de går ut og markedsfører og som genererer henvisninger.

Overlegen spør om hun mener de gjør det uten å se konsekvensene, og hun svarer:

Ja, det kan se ut som de ofte gjør det uten helt å vurdere konsekvensene. Og som at de virkelig ønsker seg flere pasienter. I noen tilfeller kan det se ut som spesialisthelsetjenesten ønsker seg de lette pasientene og helst vil unngå de vanskelige. For eksempel på sammensatt problematikk med flere fag involvert. Det er ikke spesialisthelsetjenesten flink til å takle. Så kan man mistenke at de lager andre tilbud for å ta hånd om de lette tingene i stedet.

Vi ser altså her at når prioritering svikter, ønsker fastlegene å være portvakt. Om kosmetisk kirurgi uten medisinsk indikasjon på det offentliges regning:

Såne ting er det mye av. Og der er det vanskelig, for tidligere var det et krav at det skulle være medisinsk indikasjon, det er vi vant med fra den offentlige spesialisthelsetjenesten. Og så kommer de private klinikkene, som tydeligvis får refusjon og får lov til å gjøre disse tingene (av helseregionen). Pasientene betaler ikke for det og da blir vi konfrontert med det. Da må vi være portvakt og vurdere om vi faktisk skal sende en slik henvisning. Som vi vet kommer til å gå gjennom, men som ikke er rett verken samfunnsøkonomisk eller medisinsk når det gjelder bruk av ressurser.

Uttalelsene her indikerer at man i spesialisthelsetjenesten ikke differensierer mellom fastleger med ulikt erfaringsnivå. Når overlegen spør fastlegene:

Føler dere at spesialisthelsetjenesten har samme forventninger til dere begge om å håndtere slike pasienter selv, eller legger de merke til hvem som sender henvisningen og tar hensyn til det?

svarer fastlege 1:

Nei, jeg oppfatter at de sender samme svar til alle når de avviser henvisningen og ber oss følge opp selv.

og fastlege 2 fortsetter:

De eneste som avviser henvisninger er jo psykiatrien. Og jeg tror ikke de tar noe som helst hensyn til fastlegenes erfaringsnivå. Det kunne de godt gjort. Men jeg tror heller de er mer tilbøyelige til å ta imot de pasientene jeg henviser. Mine henvisninger blir veldig sjeldent avvist fordi jeg vet hva jeg skal skrives for at de skal bli tatt imot. Men jeg tror de er mer tilbøyelige til å ta imot mine henvisninger enn dine og det skulle antakelig vært omvendt.

Når fastlege 1 spør hvorfor det skulle vært omvendt, svarer fastlege 2:

Fordi du har større behov for bistand fra spesialisthelsetjenesten enn det jeg har, på grunn av mindre erfaring.

Overlegen kommenterer:

Hvis du ikke har kompetansen, har du heller ikke alltid muligheten til å ”bevise” at du har en grunn til å henvise.

og fastlege 1 svarer:

Men jeg vil ha den muligheten til å bevise. La oss si at jeg henviser for mye, eller for tidlig. I stedet for at den erfarne kollegaens pasienter blir tatt inn raskere enn mine, ville jeg heller hatt tilbakemelding med veiledning på hvordan jeg kan håndtere saken i stedet for å henvise. For eksempel ta den og den prøven og så henvise. På den måten kan jeg bli bedre. Jeg vil heller ha en slik tilbakemelding enn at de bare tar imot mine pasienter og håndterer dem inn i spesialisthelsetjenesten.

Når overlegen spør om hun noen gang får slike tilbakemeldinger, svarer hun:

Ja, men ikke ofte. Kunne gjerne fått det oftere. Ville absolutt vært hensiktsmessig i forhold til at pasientene ble henvist på rett tidspunkt. Og det ville øke både min kompetanse og min tilfredshet i min jobbhverdag. Og da ville jeg oppleve å ikke bare være en portvakt eller ”sorterer”, men også en som kan fullføre jobben så langt egen kompetanse og ressurser tillater, før pasienten henvises videre. Men det forutsetter at man får tilbakemeldinger.

Uttalelsene ovenfor viser i sum at fastlegenes erfaringsnivå, faglige plattform og kjennskap til spesialisthelsetjenestens oppfatning av hva som bør henvises, har betydning for beslutningen om å henvise. Fastlegene synes ikke portvaktfunksjonen for spesialisthelsetjenesten er den vanskeligste. De oppfatter at spesialisthelsetjenesten genererer etterspørsel etter egne tjenester, uten å forstå konsekvensene og med de enkleste pasientene som målgruppe. Uttalelsene tyder også på at åpenbar prioriteringssvikt kan få fastlegene til å vurdere å ikke henvise. Når spesialisthelsetjenesten avviser henvisninger opplever fastlegene at det skjer uten hensyn til at fastlegene kan ha ulik kompetanse til å følge opp pasientene selv.

4.2.2 Prioriteringen

Følgende uttalelse viser at feil prioritering kan skape presedens:

Æ kan gå litt på akkord med gynekologiske henvisninger, når pasientene bestemt ønsker en henvisning til gynekolog for en prosedyre som jeg enkelt kunne gjort på kontoret. Men hvor de ønsker å gå til gynekolog fordi det har de gjort før. (...)

Overlegen spør:

Kan det spille en rolle for terskelen for hva dere henviser eller ikke, hvor aktiv avdelingen (i spesialisthelsetjenesten) er i forhold til å bidra til prioritering eller ikke?

Fastlege 2 svarer:

(...) det er klart at det sprer forventninger når folk vet at naboen går bare ett inn på spesialistpoliklinikken fordi hun jobber på sykehuset.

Denne respondenten peker også på at det kan være en utfordring å være portåpner videre inn til spesialisthelsetjenesten. Fastlege 2 sier at å være portvakt for spesialisthelsetjenesten er vanskelig

Utfordringen i forhold til spesialisthelsetjenesten er i mindre grad å være portvakt. Det er mer å folk inn dit de faktisk trenger å komme. Det er det som er utfordringen først og fremst, å få dem dit de skal.

Når overlegen spør om det betyr å være portåpner, svarer fastlege 1 svarer ”Ja, å sortere”.

Fastlege 2 supplerer

Ja, å sikre at pasientene faktisk blir tatt imot på riktig sted til riktig tid. Det er en mye større utfordring.

Overlegen spør om det er fordi tjenesten selv ikke klarer å sortere eller å organisere seg?

Fastlege 2 svarer

Ja, er for dårlig organisert og ikke klarer å gi et tilbud til folk når de trenger det.

Når overlegen spør om det er gjelder kun innen enkelte fag eller generelt i

spesialisthelsetjenesten, svarer fastlege 2

Min erfaring er at det blant de instansene jeg samhandler med, i størst grad gjelder spesialisthelsetjenesten på tredjelinjenivå. Altså pasienter som faglig hører til det nivået, men som de har problemer med å administrere inn til riktig sted til riktig tid. Ja, gjøre ordentlige prioriteringer.

Når overlegen spør om fastlegene fortsatt opplever psykiatrien som verre enn andre fag i forhold til å ikke prioritere de sykeste, svarer fastlege 1:

Både og. Mitt inntrykk er at de sykeste får hjelp når de skal. Når vi trenger å få noen inn raskt eller til en akutt vurdering, får vi det til. Det blir en del telefoner hit og dit, men vi får det alltid til.

og fastlege 2 fortsetter:

Inntrykket mitt er at det har skjedd en kompetansehevning i spesialisthelsetjenesten i psykiatrien. De både vet mer hva de gjør og er mer selektive med hva de tilbyr av behandling. Før kunne folk gå der som pasienter i lang tid uten at vi skjønnte hvorfor. Men nå er det selekterte pasienter som får en planlagt behandling som også evalueres.

Dette viser at fastlegene vurderer det slik at psykiatrien prioriterer de sykeste og gjør en bra jobb for dem.

Fastlegen etterlyser bedre verktøy for kommunikasjon og forventer bedre tilbakemeldinger. På spørsmål fra overlegen om hva som må til for at det skal skje, svarer hun:

.En bedre kommunikasjonsform (med spesialisthelsetjenesten). Nå har vi kun mulighet til å kommunisere gjennom henvisninger. Vi har ingen (andre) verktøy.

Overlegen spør om hun forventer du at de som vurderer henvisninger i spesialisthelsetjenesten skal gi tilbakemelding og råd om alternative tiltak, i stedet for bare å ta imot en henvisning som kunne vært unngått, eller som kanskje er sendt for tidlig, og hun svarer:

Ja, selv om det kan medføre merarbeid er det det som er det rette. Det krever nok mye arbeid og må skje kontinuerlig fordi det stadig kommer nye og ferske leger til. Så hvis man starter med en slik jobb, så må man stå i den.

Uttalelsene viser at fastlegene er opptatt av prioritet for sin egen pasient og overlater ansvaret for andre pasienters behov til spesialisthelsetjenesten. Når moderator spør:

Hvordan prioriterer dere i praksis mellom hensynet til pasienten dere har på kontoret og ”den” eller ”de andre” som kanskje hadde trengt kapasiteten i spesialisthelsetjenesten bedre?

svarer fastlege 2:

Vi tenker generelt på ventelistas lengde, hvor lenge pasienten i såfall må vente, hvis vi henviser.

Overlegen spør videre hva de tenker om at lista kan bli for lang, og hensynet til at noen kan være avhengig av en plass foran i køen? Fastlege 2 svarer:

Vi tenker vel i noen tilfeller at køen er for lang, men at det ikke er vår feil. Fordi det er sikkert noen andre som henviser for mye.

Overlegen spør om de er enige i at det er relevant å ta hensyn til dem, og fastlege 1 svarer:

Ja, absolutt. Men hva annet kan vi gjøre enn å skrive samvittighetsfulle henvisninger? Vi kan ikke gjøre så mye annet. Vi kan ikke øke kapasiteten eller forkorte ventetiden. Vi må skrive det som det er og stole på at de som sitter og vurderer henvisningen evner å sortere riktig.

Når overlegen spør om de dermed plasserer ansvaret for helhetstenkingen hos dem som vurderer henvisningene, svarer fastlege 1:

Ja, men indirekte tar vi jo en del av ansvaret ved det at vi ikke henviser ukritisk.

og fastlege 2 fortsetter:

Æ har ikke samfunnsmessige hensyn veldig langt fremme når jeg henviser. Men jeg tenker alltid at unødvendige henvisninger bør unngås for pasientens skyld. Fordi unødige undersøkelser kan føre til unødig kunnskap som pasienten ikke nødvendigvis har godt av.

Uttalelsene ovenfor viser at fastlegene opplever feil prioritering som problematisk for dem. Både ved at tidligere prioriteringsunnvikelser gir press om å henvide unødvendig påny og ved at de må være ”portåpnere” når spesialisthelsetjenesten er for dårlig organisert og ikke klarer å gi pasientene et tilbud når de trenger det. Det gjelder spesielt tredjelinjetjenesten.

Respondentene oppfattes å være fornøyde med at psykiatriens prioritering av de sykeste. De etterlyser bedre verktøy for kommunikasjon og forventer tilbakemeldinger om henvisninger. Uttalelsene vedrørende prioritering generelt, tyder på at de kun er opptatt av hensynet til den enkelte pasient når de henviser og ikke opplever å ha noe ansvar for andre pasienters behov.

På spørsmål fra moderator om hva slags kjennskap fastlegene har til spesialisthelsetjenestens forpliktelser i forhold til prioritering, svarer fastlege 2

Det gjelder noen regler om garanti og forskjellige sårne ting som jeg aldri har prøvd å forstå meg på. (De brevene vi får) er langt på vei uleselige. Men vi klarer å se om pasienten får time og sånt. Og de får alltid time, og så er det om 1 måned eller om 6 måneder, eller noe sånt.

Dette viser at fastlegene ikke forstår prioriteringsprosessen i spesialisthelsetjenesten.

På spørsmål om de har tillit til at vurderingsprosessen i spesialisthelsetjenesten, svarer fastlege 2:

Ja, vurderingene framstår stort sett som ok, med unntak av i tredjelinjetjenesten der jeg har inntrykk av at det er mer usystematisk og ikke alltid fornuftige valg som gjøres.

Fastlegen begrunner dette med at man opplever at de prioriterer ned eller avslår henvisninger.

Ja, de prioriterer ned. I hovedsak slik at folk får mye lengre ventetid enn det jeg opplever som naturlig.

Overlegen spør

Kjenner dere til de to alternativene av prioritet, i forhold til om pasienten får rett til eller ikke rett til en frist for behandling? Det som i lovverket kalles ”rett til nødvendig helsehjelp” og som i praksis betyr rett til prioritet. Er det ting dere har et forhold til, at det er forskjell på de som får den fristen og de som ikke får den?

Fastlegene svarer begge at de ikke gjør det. Fastlegene kjenner altså ikke til prioriteringsforskriften. Men fastlegene har likevel gjennom legerollen et forhold til alvorlighetskriteriet. Overlegen spør videre:

Kriteriet for å tildeles rett til helsehjelp er blant annet utsikter til ikke ubetydelig redusert livskvalitet eller leveutsikter. Er det noe dere har et forhold til når dere henviser, eller ligger det implisitt i vurderingen av sykdommens alvorlighetsgrad når dere henviser?

og fastlege 2 svarer:

Det ligger implisitt, ja. Vi er ikke i det hele tatt opptatt av lovteksten.

Når det gjelder nyttekriteriet så spør overlegen videre:

Det er et element til i lovteksten. Det er at pasienten skal ha nytte av behandlingen. Spesialisthelsetjenesten er pålagt å ta det med i vurderingen av hvem vi skal oppprioritere. Er det noe som er aktuelt for dere å vurdere før dere henviser, å ta nyttekriteriet med i vurderingen av hvem dere henviser? Det ligger kanskje implisitt i faget deres det også, at det både skal være alvorlig nok og at dere skal se en hensikt med det pasienten kan oppnå?

Fastlege 2 svarer ved å vise til at nyttevurderingen hans skjer ved at han sammen med pasienten diskuterer hva som kan oppnås med henvisningen. Uttalelsen nedenfor viser at fastlegene ikke har et forhold til kostnadskriteriet. Overlegen spør :

Det siste (kriteriet) er at kostnadene ved behandlingen skal stå i forhold til nytten. Er det relevant for dere å ta med i deres vurdering om ressursbruken er adekvat?

og fastlege 2 svarer:

”Kostnadene i spesialisthelsetjenesten vet vi lite om”.

Uttalelsene fra respondentene viser også at de opplever gratis kosmetisk kirurgi på grunn av manglende nedprioritering som et tillitsbrudd:

Fordi det strider mot likebehandlingsprinsippet og alminnelig rettferdighet når noen gratis behandling som helt klart ligger utenfor rammen av offentlig helsetjenestes oppgaver, mens andre må betale den selv.

Slik behandling oppleves også å være i strid med fastlegens verdisyn:

Men man vil ikke bidra til at vi får et samfunn hvor du alltid kan gå og fikse sånne ting med kirurgi, ting som kan fikses med trening og lignende. For en del av det kan det. Og kanskje må man også bare innfinne seg med at kroppen forandrer seg etter et svangerskap. Og jeg vil ikke være med på å bidra til at man bare kan gå og bestille seg den type operasjoner gjennom det offentlige. Og det kjenner jeg veldig sterkt på.

Fastlegene oppleves som kritiske til at tredjelinjetjenesten nedprioriterer, men forøvrig har de tillit til vurderingene i spesialisthelsetjenesten. Uttalelsene tyder på at de ikke kjenner til prioriteringsforskriften, men de angir likevel å ha et forhold til alvorlighetskriteriet gjennom legerollen. Nyttevurderingen gjøres i samråd med pasienten.

Informantene oppfattes videre ikke å ha et forhold til kostnadsvurderingen. De oppfattes å se på manglende nedprioritering av kosmetisk kirurgi som ikke er medisinsk indisert, som et både et tillitsbrudd og i strid med deres verdisyn.

4.2.3 Fastlegen

I dette kapitlet vil jeg spesielt diskutere fastleges opplevelse av sine egne roller. Jeg spør derfor som overlege om fastlegene mener de generelt kan ”stå for” henvisningene de sender.

Fastlege 1 svarer

Ja, jeg føler at jeg kan stå for alle henvisningene jeg sender. Det skjer at jeg føler at jeg går litt på akkord med meg selv i forhold til innholdet i henvisningene. Og det skyldes alltid tidspress. Den her henvisningen kunne vært bedre formulert, eller det kunne vært bedre beskrivelse av problemstillingen. Men når jeg sender henvisningen er det fordi jeg mener det.

Uttalelsen viser at respondenten kan stå for henvisningene, men at man ofte har tidspress. Det oppleves at å være portvakt er kjempevanskelig. Moderator spør fastlegene.

Hvordan ser dere på oppdraget som ”portvakt” på vegne av spesialisthelsetjenesten? Er det vanskelig?

Fastlege 1 svarer

Ja, jeg synes det er kjempevanskelig. Ikke bare i på vegne av spesialisthelsetjenesten, men også i hele det samfunnsøkonomiske perspektivet med legeerklæringer og rekvisisjoner. Det er jo noe som vi konfronteres med hele tiden, hver dag og flere ganger om dagen. Jeg synes at vi har et uforholdsmessig stort forvaltningsansvar. Og det gjelder også i forhold til spesialisthelsetjenesten. Det er tungt fordi man må bruke såpass mye tid på det. Man skulle innimellom ønske at man kunne bruke tiden på andre ting. Sånn sett er det tungt å være portvakt generelt.

Fastlegen føler seg ikke kompetent til å følge opp de som nedprioriteres i psykiatrien.

Fastlege 1 fortsetter

Det er verre med de pasientene som er i grenselandet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er en del pasienter som burde hatt behandling i psykiatrien, fordi jeg ikke føler meg faglig kapabel til å håndtere dem. For eksempel pasienter med moderat alvorlige depresjoner eller angstproblemer som jeg ikke føler meg faglig kapabel til å håndtere, men som de i psykiatrien sier vi skal håndteres i primærhelsetjenesten. Og det er et problem for meg.

Uttalensene viser videre at respondentene føler at de verken har kompetanse eller kapasitet til å overta psykiatriens nedprioriterte pasienter. Når overlegen spør ”Hvis du hadde hatt kompetansen, hadde du i såfall hatt kapasitet til å følge opp disse pasientene?” svarer fastlege 1:

Nei, sannsynligvis ikke. Fordi hvis man skal hjelpe disse, må man bruke mye tid over lang tid. Og det har jeg ikke kapasitet til.

Når overlegen kommenterer

Men det er jo store forventninger til at dere skal gjøre dette, blant annet som følge av samhandlingsreformen. Kanskje er det bakgrunnen for at disse pasientene ikke blir prioritert i psykiatrien? At det nærmest er fastslått i ulike nasjonale styringsdokumenter at dette hører hjemme i primærhelsetjenesten?

svarer fastlege 1

Ja, og jeg lurer på hvor de tar det fra? Etter 45 minutter med undervisning om kognitiv terapi på legestudiet, så forventes det at jeg skal kunne hjelpe en pasient som har vært deprimert i to år? Og det kan jeg ikke gjøre. Beklager! Og likevel får vi slike henvisninger i retur med beskjed om at dette må håndteres i primærhelsetjenesten.

De psykiatriske pasientene oppleves med andre ord å være en spesiell utfordring for fastlegene. Et annet poeng er at fastlegene generelt føler at de er under press fra før og at de nå får nye oppgaver gjennom samhandlingsreformen.

Fastlege 1 sier

Man har en stolthet til sitt fag og man ønsker å sende fra seg godt håndverk når man ber om hjelp videre. Men vi (fastleger) er jo også en gruppe leger som rammes veldig av politiske vedtak og endringer som skjer i samfunnet og hva man prioriterer i forhold til kosthold, og generelle samfunnsendringer som vi er nødt til å håndtere og sortere. For eksempel store pasientgrupper med fedme eller hjertesykdom fordi politikerne kanskje ikke prioriterer det riktig.

Overlegen spør om det betyr at fastlegene ikke opplever å få ressurser til å håndtere disse pasientgruppene som de gjennom Samhandlingsreformen er tillagt ansvaret for. Fastlege 1 svarer

Ja, absolutt. Både gjennom Samhandlingsreformen og sist med forslaget til ny fastlegeforskrift hvor vi skal gå ut og være ennå mer proaktive med å hente inn pasienter. Og de skal jo håndteres. Og noen av dem må jo nødvendigvis henvises videre. Så har vi fått høre at hvis vi henviser bare 2% mer, så faller spesialisthelsetjenesten nesten sammen fordi de ikke klarer å ta unna. Og der er vi jo, mellom alt av bark og ved! (...)

Generelt kan vi si at respondentenes uttalelser ovenfor i dette kapitlet viser at de prøver å gjøre en god jobb med henvisningene, men opplever tidspress. Portvaktrollen oppleves generelt som vanskelig, den må utøves hele tiden og ansvaret er stort, også i forhold til spesialisthelsetjenesten.

Uttalelsene tyder også på at de ikke nødvendigvis har verken kompetanse eller kapasitet til de pasientene som prioriteres ned i psykiatrien. Og videre at de føler seg under urimelig press av forventningene i samhandlingsreformen og forslaget til ny fastlegeforskrift.

5 Analyse og diskusjon

I dette kapittelet vil jeg belyse fastlegens rolle som portvakt med utgangspunkt i funn fra egen studie sammenholdt med foreliggende forskning og mine egne erfaringer som aktør på samme arena.

Variasjoner i kvalitet og frekvens av fenomenet henvisning, har vært observert og diskutert internasjonalt i mange år. I Norge har diskusjonen mest fokusert på kvalitet ut fra spesialisthelsetjenestens behov for å forberede pasientbesøket. Etter hvert som spesialisthelsetjenestens ressursbruk har kommet i fokus, har også interessen for fastlegens henvisningsfrekvens økt tilsvarende. Det har vært vanlig å anta at legene som henviser mest, henviser for mye. Bekymring for at noen henviser for lite, har ikke vært tilsvarende hørbar. Politiske myndigheter har også viet temaet oppmerksomhet ut fra en antakelse om at overforbruk av helsetjenester henger sammen med dårlig ivaretagelse av fastlegens portvaktfunksjon. For eksempel hevdet en britisk ”stortingsmelding” i 1989 at det kunne forekomme 20 ganger forskjell i henvisningsfrekvens fra allmennlege til sykehus.

Studien fra Sogn og Fjordane (omtalt i kapittel 4.1) konkluderer med at det høye forbruket av elektive spesialisthelsetjenester fra enkelte kommuner, har sammenheng med et høyt antall henvisninger fra legene der. Det må nødvendigvis henge sammen, i og med at alle besøk hos spesialist (med mindre de er oppfølging etter tidligere besøk), må initieres av en henvisning fra lege. Det som er interessant er hva som er *årsak* til *virkingen* henvisning. O'Donnell fant (i sin oppsummering av 30 års forskning på variasjoner i henvisningsfrekvens i Storbritannia) at det i hovedsak er fire faktorer som påvirker variasjoner i henvisningsfrekvensen:

1. Tilgang på spesialisthelsetjenester (tjenestetilbudet)
2. Egenskaper ved legepraksisen / legesenteret
3. Egenskaper ved pasienten
4. Egenskaper ved legen

Jeg vil drøfte disse faktorene i forhold til forskningsspørsmålet ”Hva påvirker beslutningen når fastlegen henviser pasienten til spesialisthelsetjenesten?”. I kapittel 5.1 drøftes faktor 1 og 2, i kapittel 5.2 drøftes faktor 3 og i kapittel 5.3 drøftes faktor 4.

5.1 Relasjonen pasient – fastlege – samfunn

At offentlig helsetjenestetilbud kan skape stor etterspørsel, forklarer helseøkonomene med at tjenestene kan være både et nødvendighetsgode og et luksusgode, at tilbudet er både bredt og omfattende, og samtidig tilnærmet gratis på grunn av de lave egenandelene. Min erfaring er at helsetjenester som ”vare” også kan generere en tilleggskomponent av etterspørsel utover den som skapes av det helsemessige behovet. For enkelte kan det trolig fylle et sosialt behov og eller gi en form for status å kunne fortelle at man har vært ”hos spesialist”. For eksempel kan en pasient fortelle når han etter flere timers reise kommer til time 6 uker etter å ha blitt henvist, at ”Jo, jeg er frisk for lengst, men synes likevel jeg måtte ta timen her når jeg først hadde fått den.” Høy etterspørsel gir derfor spesielle utfordringer for fastlegene i rollen som portvakt.

Fastlegene i studien gir uttrykk for at det å være portvakt for spesialisthelsetjenesten både er vanskelig, krever mye tid og oppmerksomhet. Men sammenlignet med tilsvarende oppdrag for NAV ”hvor det har store økonomiske konsekvenser hva vi enn gjør” anser de likevel jobben mindre utfordrende. Jeg hadde trodd at det skulle vært omvendt. Muligens er det en konsekvens av at NAV er mer pågående med å kreve begrunnelser for portvaktens tilrådninger enn spesialisthelsetjenesten er. Og det kan også være en konsekvens av at spesialisthelsetjenesten ikke er like flink som NAV til å kommunisere kostnadene av sine behandlingstiltak til fastlegen. Alle har et forhold til at et år med sykepenges har en alternativkostnad, men kanskje ikke det samme når det gjelder et behandlingstiltak? Sånn var det jo (tilnærmet) den gang aktiviteten var stabil og køene lange i spesialisthelsetjenesten.

5.1.1 Portvakten klarer ikke stå imot

Når det dreier seg om røntgenundersøkelser, har trolig fastlegen liten mulighet til å ”stå imot” ønsket fra pasienten om utredning, selv når han i utgangspunktet ikke har funnet undersøkelsen indisert.

Hvis det er noen gang jeg gjør det etter ønske fra pasienten så er det snakk om henvisninger til røntgenundersøkelse. (...) Fordi selv om det ikke er en veldig sterk indikasjon, så er det vanligvis en liten indikasjon. Det får ingen behandlingsmessige konsekvenser, men det kan ha litt betydning for meg også, for å vite hva vi snakker om. (...)

Det er også mitt inntrykk at det har vært en at ”glidning” blant fastleger (og en del spesialister også). Fra at røntgenundersøkelsen ble rekvirert som ledd i utredning før en aktuell behandling som man allerede hadde funnet indikasjon for. Til at undersøkelsen har en verdi i seg selv, selv om man i utgangspunktet ikke finner noen seriøs medisinsk indikasjon. Den er på en måte ”kjekk å ha” for både pasient og lege. Mest for å gi en ”forklaring,” som man allerede har fra før, etter den kliniske undersøkelsen og fastlegens skjønnsmessige vurdering.

Dette er et typisk eksempel på konsekvenser av et urimelig stort tilbud. De mest tilbudte / etterspurte undersøkelsene som for eksempel MR-undersøkelse av et kne, kan man i prinsippet få gjort i en fritt valgt større by (ved hjelp av fritt sykehusvalg) med kun noen dagers ventetid, ofte på dagen. Også uten at det i utgangspunktet foreligger noen sannsynlig operasjonsindikasjon. Undersøkelsene rekvireres ikke bare av leger, men også av kiropraktorer og manuellterapeuter.

Mange av de private røntgeninstituttene kjører skiftarbeid for å ta unna etterspørselen. Skråmm (2008) skriver at MR-undersøkelse av kne var nest hyppigste MR-undersøkelse i 2008, 75% ble gjort av private røntgeninstitutter og rekvirert av allmenmedisinere. Han skriver at den aldersgruppen det gjøres flest undersøkelser av, vanligvis heller ikke trenger operasjon. Derfor er undersøkelsene trolig heller ikke relevante som ledd i kirurgisk behandling. En rapport fra Statens strålevern (2010) viser at både antall utførte MR- og CT-undersøkelser økte til det dobbelte fra 2002 til 2008, mens volumet av konvensjonelle røntgenundersøkelser ble tilsvarende redusert. Og det uten at det (etter det jeg kjenner til) var tilkommet et eneste nytt medisinsk begrunnet indikasjonsområde. I forhold til de konvensjonelle, er dette undersøkelser som er mange ganger dyrere, som ”forbruker” betydelig mer personellressurser til tolkning og som genererer store mengder ”bifunn”. Bifunnene genererer deretter nye røntgen-, spesialistundersøkelser og operasjoner.

Det er forskning nettopp på slike sammenhenger som har gjort amerikanske John Wennberg (2011) til en pioner innen helsetjenesteforskningen. Han begynte allerede på 60-tallet å forske på utilsiktede variasjoner i helsetjenestene i USA og har dokumentert sin forskning meget grundig. Han beskriver ”tilbudsstyrte” helsetjenester som at det er en direkte sammenheng

mellom kapasiteten i helsetjenesten (undersøkelsesmuligheter, ansatte, sengekapasitet) og utnyttelsen av tilbudet. Altså at all kapasiteten blir utnyttet, uavhengig av behov. Er det ikke et behov, så oppstår det som en konsekvens av tilbudet, og ikke motsatt.

Wennberg viser også til at det i slike tilfeller typisk heller ikke er mulig å påvise forbedring i mortalitet eller livskvalitet, og tar det som et tegn på at dette er et overforbruk. MR-undersøkelse av kne på svak eller manglende indikasjon er et eksempel på ”tilbudsstyrte” helsetjenester. Store geografiske variasjoner i om man blir operert i kneet eller ikke når undersøkelsen ikke tilsier åpenbar operasjonsindikasjon, tilsvarer det Wennberg kaller ”preferansestyrte” helsetjenester. De forekommer når en tilstand har flere allment aksepterte behandlingsmuligheter (for eksempel operasjon eller ”konservativ” behandling) og der tilbyderne av den ene behandlingen ”overtaler” pasienten til operasjon. Dermed oppstår geografisk variasjon ved at en ortopedisk avdeling kan operere uforholdsmessig mange knær, mens et annet sykehus med tilsvarende kompetanse har en helt annen fordeling.

5.1.2 Uerfarne leger må henvise flere

Når de to legene kommenterer hva som gjør at de henviser, gir den erfarne et eksempel på at pasienten trenger en konkret behandling eller undersøkelse i spesialisthelsetjenesten, mens legen med ett års erfaring beskriver en henvisning først og fremst for å få en bekreftelse på sin egen vurdering.

Dette er et typisk eksempel på forskjellen mellom ferske og erfarne fastlegers situasjon. Den ferske har ikke nok erfaring til å avklare alt på egenhånd og må for å håndtere usikkerheten og forsvarligheten, henvise flere. Dette er en ”normal” usikkerhet som er en konsekvens av mangel på erfaring, og må ikke forveksles med den type usikkerhet som hos noen få vedvarer også når de får erfaring. Den forekommer også blant leger og er trolig knyttet til personlighet. Min erfaring er at problemet med unødvendige henvisninger fra sistnevnte er relativt lite, trolig fordi de finner måter å kompensere usikkerheten på, for eksempel søke råd hos kolleger før de avgjør om de vil henvise eller ikke.

Min avdeling mottar henvisninger fra hele fylket. Vi har ”åpen telefon” for fastleger som ønsker et råd eller drøfte en eventuell henvisning. Det er ikke noe krav, kun et tilbud. Fastlegekorpset er preget av et erfarent, stabilt mindretall, et flertall av leger med mindre enn 2-3 års praksis, og til enhver tid et høyt innslag av vikarer med varierende erfaringsnivå. Jeg opplever en betydelig variasjon mellom de enkelte legepraksisene når det gjelder måten de

håndterer legenes mangel på erfaring. Noen har en struktur der de erfarne legene aktivt veileder de unge til de kan ta avgjørelsene på egenhånd. Andre har enkeltleger med erfaring, men mangel på kontinuitet slik at de unge ofte ikke har noen å spørre. Og den tredje kategorien har verken struktur eller leger med erfaring, og ofte omfattende bruk av korttidsvikarer.

Der legene uten noen lokalt å spørre bruker oss eller andre ressurser for råd ved behov, får vi lite av tilsynelatende tynt begrunnede henvisninger. Men der de ikke gjør det, opplever jeg både et høyt antall tynt begrunnede henvisninger og har samtidig en følelse av at det noen ganger kan forekomme ”nødvendige, men unnlatte henvisninger”. Både problemet med ”unødvendige” og ”nødvendige, men unnlatte” henvisninger kan trolig i noen grad bedres ved å etablere en permanent ”kommunikasjonskanal” mellom fastlegene og avdelingene i spesialisthelsetjenesten. Men der kontinuiteten er helt fraværende, må det trolig andre tiltak til.

5.2 Prioriteringen

5.2.1 Når prioriteringen svikter skaper det presedens

En av mine informanter uttaler at:

Æ kan gå litt på akkord med gynekologiske henvisninger, når pasientene bestemt ønsker en henvisning til gynekolog for en prosedyre som jeg enkelt kunne gjort på kontoret. Men hvor de ønsker å gå til gynekolog fordi det har de gjort før. (...)

Fastlegen viser til at en avdeling har hatt en praksis med å ta imot pasienter som jobber på sykehuset uten henvisning. Slike ”prioriteringsunnlattelser” kan skape presedens selv om avdelingen ikke lenger tar imot pasienter uten henvisning, fordi det kan være vanskelig å overbevise pasienten om at hun ikke lenger trenger oppfølging av spesialist, når hun tross alt ”trengte” det forrige gang. Dette er også et eksempel på konsekvensen av det Wennberg kaller ”tilbudsstyrte” helsetjenester.

5.2.2 Fastlegen må oftere være portåpner enn portvakt

Fastlegene sier utfordringen i forhold til spesialisthelsetjenesten i mindre grad er å være portvakt, men mer å være portåpner. De mener det særlig gjelder på tredjelinjenivå skyldes at

spesialisthelsetjenesten ”er for dårlig organisert og ikke klarer å gi et tilbud til folk når de trenger det”.

Det kan være flere årsaker til at fastlegene har denne oppfatningen. Fastlegene kan ha rett i at det skyldes dårlig organisering. Hvis pasientene blir tatt imot etter purring fra dem, kan det tyde på det. Men det kan også hende at fastlegene ikke har oppfattet at pasienten var satt på venteliste *uten* ”rett til helsehjelp”. Da blir ikke pasientene prioritert opp og må i stedet stå på venteliste den tiden det tar til pasientene foran har fått time. Og hvis spesialisthelsetjenesten lokalt er mer liberale med å oppprioritere kan det også gjøre at tredjelinjenivået framstår som at de prioriterer ned for aktivt.

Det har tidligere vært et utbredt problem i hele spesialisthelsetjenesten at urimelig mange som *ikke* tilfredsstiller alvorlighetskriteriet i prioriteringsforskriften, likevel får prioritet ”rett til helsehjelp”. For tiden ligger andelen med rett til helsehjelp i underkant av 60% på landsbasis. Det er trolig fortsatt vesentlig høyere enn det burde være og kan ha sammenheng med for lite fokus på behov for opplæring og veiledning av de som prioriterer henvisningene. De såkalte ”prioriteringsveilederne” har etter mitt syn ingen funksjon annet enn på papiret. Prioriteringsarbeidet kunne vært ”vitalisert” betydelig med relativt enkle midler i de enkelte helseforetak.

5.2.3 Fastlegene forventer kommunikasjon og tilbakemeldinger

Fastlegene forventer tilbakemeldinger hvis de sender henvisninger som ikke er optimale i forhold til tidspunkt eller innhold. Men klager samtidig over at det i dag ikke finnes noe system for å kommunisere tilsvarende epost eller telefon, men slik at det både er lovlig og funksjonelt.

Dette problemet oppleves like stort fra spesialisthelsetjenesten. Jeg tror det egentlig skyldes at helseforetakene ikke er villig til å innse at kommunikasjon med fastlegene faktisk er nødvendig på et teknisk nivå som tilsvarer dagens standard. Vi bruker telefon og epost hele tiden i andre sammenhenger både administrativt og privat. Men i jobbsammenheng er det ikke mulig på grunn av formelle og praktiske hindringer som er fullt løsbare. For spesialisthelsetjenesten ville det trolig bidra til å heve presisjonsnivået på henvisningene slik at vi også ville bli i stand til å prioritere mer presist.

Mitt inntrykk er at både fastlegene og spesialisthelsetjenesten kan ha behov for å etablere en felles arena for å kommunisere forventninger og synspunkter til aktuelle henvisnings- og prioriteringsspørsmål. Det kan bidra til å øke andelen av optimale henvisninger både med tanke på når i behandlingsforløpet pasienten skal overføres til spesialisthelsetjenesten, hvilken informasjon spesialisthelsetjenesten får og hvilke forberedelser som eventuelt skal gjøres. En slik arena bør fungere som et nettverk der aktørene sees på som interessenter i en interessentmodell og alle må bidra, men samtidig får felles nytte. Fastlege, pasient og spesialist er aktuelle når det er naturlig, ellers fastlege og spesialist.

5.2.4 Fastlegene kjenner ikke prioriteringsprosessen

En av mine informanter uttaler at:

Det gjelder noen regler om garanti og forskjellige sårne ting som jeg aldri har prøvd å forstå meg på. (De brevene vi får) er langt på vei uleselige. Men vi klarer å se om pasienten får time og sånt (...)

Uttalelsen viser at det er godt kjent at fagfolk og brukere har store problemer med å forstå budskapet i brevene som er basert på sentrale helsemyndigheters mal for svarbrev til pasient og fastlege når henvisningen er mottatt og vurdert. Begrepet ”rett til nødvendig helsehjelp” burde etter mitt syn vært ”oversatt” til vanlig norsk. Hvis det ikke er mulig uten å forandre lov og forskrift, bør de i såfall revideres. Denne ”kommunikasjonssvikten” er etter mitt syn et eksempel på overforenkling når rettigheter lovreguleres på en slik måte at innholdet i rettighetene er gjort utilgjengelig for andre enn jurister.

Lønning II utvalget la forøvrig opp til en langt mer åpen prioriteringsprosess når de definerte ”krav til prosedyrer for prioritering” som ser ut å være ”glemt”:

(...) Derfor er det viktig å understreke at prioriteringsprinsippene ikke er tilstrekkelige i seg selv. Fordi det er usikkerhet og legitim uenighet om prinsipper for prioritering, må veiledende retningslinjer kombineres med rimelige prosedyrer for prioritering som ivaretar:

- Åpenhet for å sikre innsyn, offentlig debatt og mulighet for korreksjon
- Berørte parters interesser skal bli hørt
- Berørte parters verdisyn skal bli hørt
- Alle skal behandles med lik respekt

Dette ”verdisynet” tilsvarer det som Norman Daniels og James Sabin har utviklet til et ”verktøy” for å ivareta rettferdighet i prioriteringsprosessen (”accountability for reasonableness” eller ”ansvarlighet for rimeligheten” på norsk). Det bygger igjen på John Rawls: A theory of justice. Dette er relativt ambisiøse mål å gjennomføre i det daglige prioriteringsarbeidet. Daniels og Sabin verktøy har også vist seg vanskelig å anvende i praksis. Likevel bør det være mulig å finne en middelvei som ivaretar intensjonen med utvalgets ”krav til prosedyrer for prioritering” i større grad enn i dag.

5.2.5 Rasjoneringen på overordnet nivå kan være utydelig

En annen mulig årsak til at fastlegene ser ut til å være ”dekoblet” fra de nasjonale prioriteringsprosedyrene, kan være at prioriteringsansvaret er flyttet helt ned på laveste nivå i den nasjonale helsetjenesten. Dermed blir de overordnede verdiene i prioriteringsarbeidet usynlige for både brukere og fastleger.

Som prioriteringsansvarlig i en enhet i spesialisthelsetjenesten, opplever jeg at rasjonering av helsetjenestetilbudet i uforholdsmessig stor grad skjer ”bottom-up” som en del av ”det indre liv” i spesialisthelsetjenesten. Kun noen få innvidde kjenner til prosessene, de er sjeldent oppe til debatt i fagmiljøene og aldri offentlig (uten som ledd i en eventuell klagesak). Den ned- eller omprioriteringen som skulle ha skjedd ”top-down” fra lovgivere og forvaltning, er tilnærmet usynlig og gir dermed heller ingen ”prosess” i det offentlige rom som kan bidra til aksept eller forståelse for nødvendigheten av å prioritere noe ned når andre ting prioriteres opp. Dette ble gjort til et vesentlig poeng allerede av Lønning I utvalget.

Et vilkår for meningsfylt bruk av prioriteringsbegrepet er etter utvalgets oppfatning at det ved enhver omfordeling av ressurser gjøres klart både hvilke(t) formål som flyttes frem og hvilke(t) som flyttes tilbake på den samlede liste over tiltak som skal tilgodeses med offentlige bevilgninger til helseformål. Dersom denne klargjøring mangler, er det erfaringsmessig fare for at det enten ikke lykkes å omsette den aktuelle målsetting i praktisk politikk, eller at omfordelingen av ressurser på tilfeldig måte rammer formål som ikke er tilsiktet ned-prioritert. I begge tilfelle vil resultatet bli avstand mellom politisk målsetting/tilsiktet prioritering og praktisk politikk/faktisk prioritering.

En typisk overordnet ”prioriteringsunnlattelse” er for eksempel at man ved innføring av reformer unnlater å ta hensyn til at reformene ofte er kostnadsdrivende i seg selv, og kan bidra til uønskede prioriteringseffekter. Pettersen et al. (2008) skriver om veksten i helseutgifter pr. innbygger i perioden 1995-2005:

Det har med andre ord vært en i internasjonal sammenheng svært kraftig utgiftsvekst i denne periode. Det er naturlig å se denne i sammenheng med flere kostnadskrevede norske reformer. Disse kostnadsdriverne er spesielt innsatsstyrt finansiering (1997), opptrappingsplanen for psykisk helse (1999), fastlegereformen (2001), helseforetaksreformen (2002) og pasientrettighetsloven (2004).

Derfor kan man muligens si at den pågående gjennomføringen av samhandlingsreformen er problematisk ved at det ikke synliggjøres hva som skal prioriteres *ned*, hvis effekten av reformen blir mer ressursbruk enn forutsatt. Vi har trolig på mange områder innslag av det Wennberg kaller ”tilbudsstyrte” helsetjenester, blant annet som følge av de nevnte reformene. En videre betydelig utvidelse av antall leger og andre helsearbeidere i primærhelsetjenesten, kan derfor meget vel gi helt motsatt effekt av den ”overtakelsen av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten” som ideologene bak reformen forutsatte.

Hvis Wennberg får rett, vil situasjonen med ”manglende kommunikasjon av nødvendige, men upopulære budskap” passe godt med det Hood (1995) påpeker som mulighet for svarteperspill mellom politikere og byråkrater. Det kan i neste omgang medføre både urimelige kostnader og slitasje i spesialisthelsetjenesten som organisasjon og bidra til manglende satsing på grupper med uløste helsebehov. Et eksempel på en slik gruppe er personer med dårlig tannhelse, der Norge ligger langt etter andre land: I følge OECD (2011b) lå Norge i 2009 som nr. 23 av 24 sammenlignede land i forhold til tilgjengelighet til tannhelsetjenester for dem med lavest inntekt, for eksempel minstepensjonister.

(Figur 3)

5.3 Fastlegen

5.3.1 Kan stå for henvisningene, men opplever tidspress

Ja, jeg føler at jeg kan stå for alle henvisningene jeg sender. Det skjer at jeg føler at jeg går litt på akkord med meg selv i forhold til innholdet i henvisningene. Og det skyldes alltid tidspress.(...)

Fastlegene gir uttrykk for tidspress som hovedårsak til henvisninger som er mangelfulle med hensyn til innhold. Dette kan i neste omgang medføre at prioriteringen i spesialisthelsetjenesten blir feil på grunn av ufullstendig opplysning av saken. Dette vil ofte medføre for høy prioritet fordi den som vurderer ”tar høyde for” at den manglende informasjonen tilsier at pasienten heller bør undersøkes før enn siden. Det gjøres for å unngå at pasienten blir skadelidende for en ufullstendig henvisning.

Grytten et al. (2005) fant at kvinnelige fastleger vanligvis har en mer arbeidskrevende pasientsammensetning på sine lister (med behov for flere konsultasjoner og flere tjenester) enn sine mannlige kolleger. De fleste kompenserer det ved å velge å ha kortere pasientlister enn de mannlige kollegene.

Tidspress eller manglende kapasitet i fastlegens praksis, kan også føre til at legen må avslutte egen oppfølging av pasienten tidligere enn nødvendig og i stedet henvise pasienten til det (ofte) eneste stedet som er mulig, nemlig spesialisthelsetjenesten. Utenfor vanlig arbeidstid er dette vanlig når legevaktberedskapen i kommunene går på minimumskapasitet. Men en del kommuner og legepraksiser har på grunn av rekrutteringsproblemer og dårlig organisering ofte påfallende dårlig kapasitet også innenfor normal arbeidstid og konsekvensen kan da bli at legen må henvise pasienter for å ivareta hensynet til forsvarlighet.

En av utfordringene for både kommunene og fastlegene, er å fordele fastlegenes arbeidskapasitet mellom ulike oppgaver som alle krever sin andel av legenes tilgjengelige arbeidstid. Ved siden av fastlegejobben, gjelder det oppgaver som sykehjemslege, helsestasjonslege, skolelege, lege for hjemmesykepleien, rusmiddeltjenesten, foruten oppgaver som kommuneoverlege, smittevernlege, legevaktoverlege med mer.

5.3.2 Har ikke kapasitet eller kompetanse til å overta psykiatrien

Det er verre med de pasientene som er i grenselandet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er en del pasienter som burde hatt behandling i psykiatrien, fordi jeg ikke føler meg faglig kapabel til å håndtere dem. For eksempel pasienter med moderat alvorlige depresjoner eller angstproblemer som jeg ikke føler meg faglig kapabel til å håndtere, men som de i psykiatrien sier vi skal håndteres i primærhelsetjenesten. Og det er et problem for meg.

Fastlegen omtaler her en problemstilling som har flere sider. Mitt inntrykk er at inntil effekten av bedre organisering og prioritering inntraff i løpet av siste halvdel av 00-tallet, brukte den psykiatriske spesialisthelsetjenesten mye av ressursene sine på pasienter med middels alvorlig sykdom, mens fastlegene tok seg av de med lettere sykdom. Senere har psykiatrien som følge av både opptrappingsplanen og målrettet prioriteringsarbeid, fokusert ressurser over mot pasienter med mer alvorlig sykdom og pasientgrupper som tidligere ikke hadde noe tilbud, slik som rusklinter.

Konsekvensen for fastlegene er at de blir utfordret både i forhold til kapasitet og kompetanse. Kompetansemangel kan til en viss grad løses gjennom videreutdanning, men krever ressurser både i form av tid og penger. Fra før er fastlegene ”bundet” til å vedlikeholde en anselig bredde av kunnskap. Innen enkelte områder må de ha kunnskap på et nivå som for bare noen få år siden ble ansett å ”tilhøre” spesialisthelsetjenesten. Det gjelder for eksempel akuttmedisin og kanskje etter hvert også middels alvorlig psykiatri.

5.3.3 Og der e vi jo, mellom alt av bark og ved!

Fastlegen får spørsmål om hun føler seg under press i forhold til ressurser nå ved innføring av samhandlingsreformen:

Ja, absolutt. Både gjennom Samhandlingsreformen og sist med forslaget til ny fastlegeforskrift hvor vi skal gå ut og være ennå mer proaktive med å hente inn pasienter. Og de skal jo håndteres. Og noen av dem må jo nødvendigvis henvises videre. Så har vi fått høre at hvis vi henviser bare 2% mer, så faller spesialisthelsetjenesten nesten sammen fordi de ikke klarer å ta unna. Og der e vi jo, mellom alt av bark og ved! (...)

Men mangel på kapasitet, er kanskje den største utfordringen. Fastlegene er allerede bundet til en avtale med hver enkelt listepasient om å være lege for dem når de trenger det. Det er erfaringsmessig lite som tilsier at listepasienter flest skal få mindre bruk for fastlegen sin med det første og på mange av arbeidsområdene har det skjedd en utvikling som medfører større tidsbruk enn før. For eksempel sykefraværsoppfølging. Derfor er det ikke vanskelig å dele fastlegens bekymring for hva som skjer når de får nye oppgaver og i tillegg beholder alle de gamle. Dette handler trolig også om fravær av prioritering.

6 Konklusjon

Min studie viser at det kan ikke utelukkes at vi har et betydelig overforbruk av helsetjenester i Norge, blant annet som følge av eksepsjonelt høye oljeinntekter med påfølgende ”bevilgningskraft”. Dette er ikke bare et økonomisk problem, men også når det gjelder fordeling av helsetjenester etter intensjonene i prioriteringsforskriften. Det kan ikke utelukkes at både Norges svakere utvikling i forventet levealder og vår svært dårlige plassering blant OECD-landene innen distribusjon av tannhelse, skyldes sviktende prioritering.

Studien tyder på at overforbruk og sviktende prioritering ikke kan begrenses effektivt av fastlegene alene. Fastlegene virker godt motiverte til å være portvakter, men er likevel i liten grad i stand til å kompensere for overforbruk som initieres fra spesialisthelsetjenesten selv, eller er en følge av sviktende prioriteringsbeslutninger på overordnet nivå. Det mest slående eksemplet her er når det gjelder henvisninger til røntgenundersøkelser med svak medisinsk indikasjon. På dette området har vi typisk ”tilbudsstyrte” helsetjenester (Wennberg, 2011).

Studien viser videre at prioriteringen fungerer ikke optimalt, verken på overordnet nasjonalt nivå eller lokalt i spesialisthelsetjenesten. Situasjonen på nasjonalt nivå kan ligne på et svarteperspill hvor ingen vil ”kommunisere det upopulære, men nødvendige budskap” om hva som skal prioriteres ned. Å overlate all ”nedprioritering” til laveste nivå, bryter klart med tilrådningsen fra Lønning-utvalgene.

Studien tyder også på at fastlegene har lite kunnskap om vilkårene i prioriteringsforskriften og i liten grad forstår brevene om utfallet av prioriteringsvurderingene. Prioriteringen i spesialisthelsetjenesten kan trolig forbedres hvis henvisningene inneholder mer prioriteringsrelevant informasjon, ved bedre opplæring og mer åpne prioriteringsdiskusjoner. Det er behov for mer forskning for å avklare om prioriteringen skjer etter intensjonene.

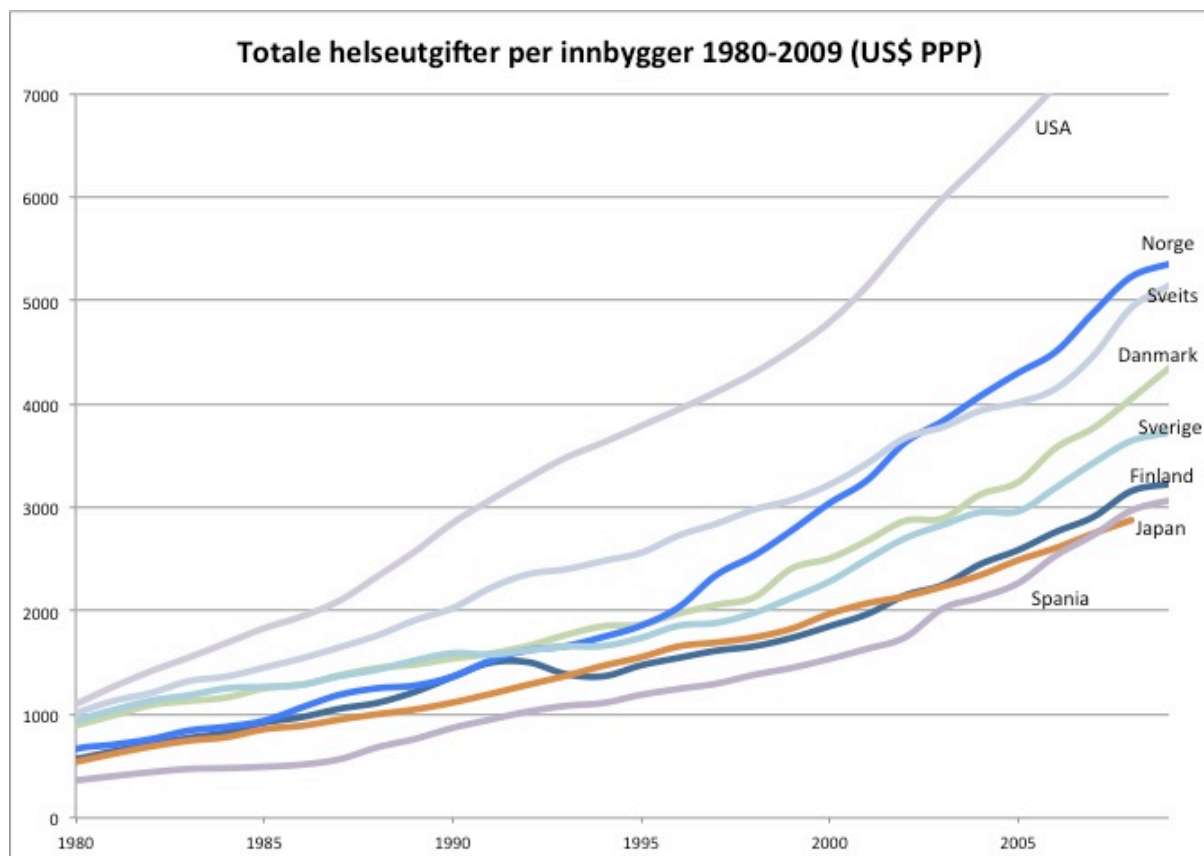
Referanser

- Blagg, C. R. (2004). Triage: Napoleon to the present day. *J Nephrol*, 17(4), 629-632.
- Førde, O. H., Breidablik, H. J., & Øgar, P. (2011). [Do differences in referral rates threaten the goal of equity in health care?]. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 131(19), 1878-1881. doi: 10.4045/tidsskr.10.1450
- Godager, G. (2012). [Forskjeller i henvisningsrater truer ikke målet om likeverdige helsetjenester]. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 132(3), 277-278. doi: 10.4045/tidsskr.11.1477
- Grytten, J., Skau, I., & Aasland, O. G. (2005). [Differences in workload for male and female physicians]. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 125(13), 1850-1852.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2000). Prioriteringsforskriften Oppsøkt 20.05.12, fra <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20001201-1208.html>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2009). St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, Oppsøkt 20.05.12, fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) Oppsøkt 20.05.12, fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html - map002>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2000). Forskrift om fastlegeordning i kommunene Oppsøkt 20.05.2012, fra <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20000414-0328.html>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011a). Høringsnotat om revidert fastlegeforskrift Oppsøkt 20.05.12, fra <http://www.regjeringen.no/pages/36634101/fastlegeforskrift.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011b). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-20110624-030.html>
- Helsedirektoratet. (2010). Data fra allmennlegetjenesten IS-1808 Oppsøkt 20.05.12, fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/data-fra-allmennlegetjenesten/Sider/default.aspx>
- Hood, C. (1995). The New Public Management in the 1980s: Variations on a theme. *Accounting, Organizations and Society*, 20(2/3), 93-109.
- Malterud, K. (1996). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring*. Oslo: TANO.
- O'Donnell, C. A. (2000). Variation in GP referral rates: what can we learn from the literature? *Fam Pract*, 17(6), 462-471.
- OECD. (2011a). Briefing note for OECD Health Data 2011: How Does Norway Compare Oppsøkt 20.05.2012, fra <http://www.oecd.org/dataoecd/43/23/40905066.pdf>
- OECD. (2011b). Health at a glance 2011: OECD indicators.
- OECD. (2011c). OECD Health Data 2011, Total expenditure on health, /capita, US\$ purchasing power parity. Retrieved 20.05.12 <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

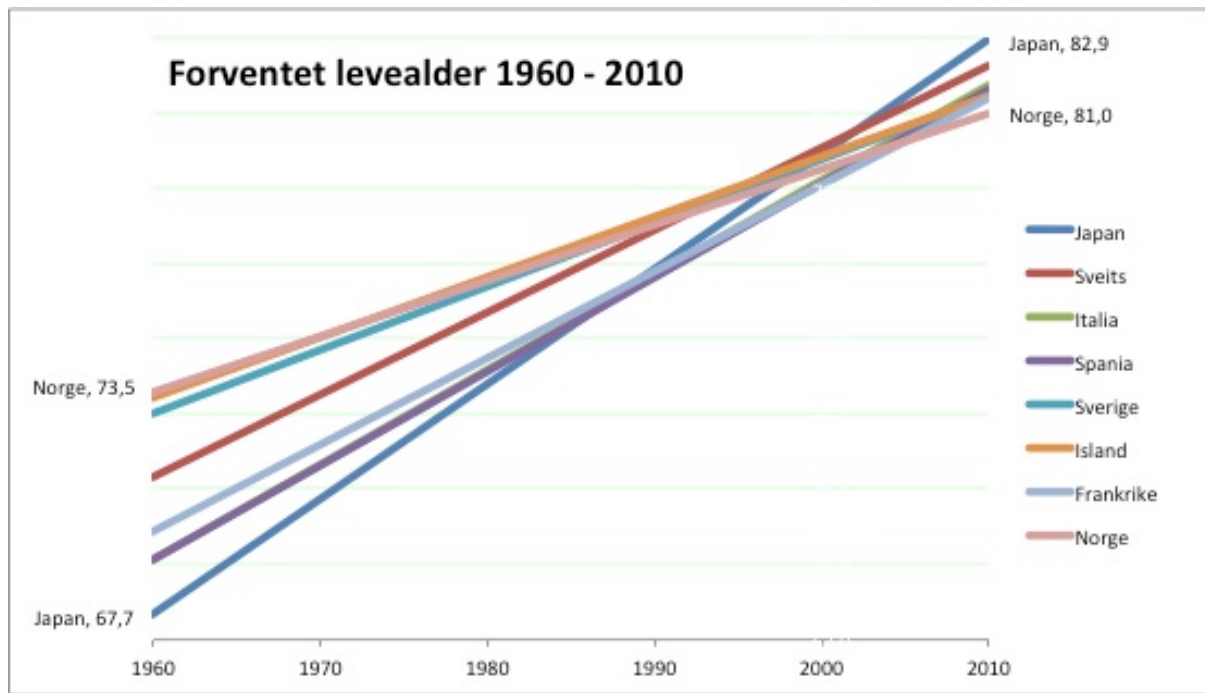
- Pettersen, I. J., Magnussen, J., Nyland, K., & Bjørnenak, T. (2008). *Økonomi og helse. Perspektiver på styring*. Oslo: Cappelen.
- Reid, F. D., Cook, D. G., & Majeed, A. (1999). Explaining variation in hospital admission rates between general practices: cross sectional study. *BMJ*, 319(7202), 98-103.
- Salem-Schatz, S., Moore, G., Rucker, M., & Pearson, S. D. (1994). The case for case-mix adjustment in practice profiling. When good apples look bad. *JAMA*, 272(11), 871-874.
- Skråmm, I. (2008). MR kne – hvor nyttig er det? *Utposten*, 2008(3), 10-11.
- Sosial- og helsedepartementet. (1997). NOU 1997:18, Prioritering på ny (Lønning II) Oppsøkt 20.05.12, fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1997/nou-1997-18.html?id=140956>
- Sosialdepartementet. (1987). NOU 1987:23, Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste (Lønning I)
- Statens strålevern. (2010). Radiologiske undersøkelser i Norge per 2008 *Strålevern Rapport* (Vol. 12).
- Statistisk sentralbyrå. (2012). Helseregnskap 1997-2011 Oppsøkt 20.05.12, fra <http://www.ssb.no/helsesat/>
- Wennberg, J. E. (2011). Time to tackle unwarranted variations in practice. *BMJ*, 342. doi: 10.1136/bmj.d1513

Vedlegg

Figurer



Figur 1.



Figur 2.

6.1.2 Unmet need for a dental examination, by income quintile, European countries, 2009



Source: EU-SILC.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932525647>

Figur 3.

Intervjuguide

Pal holder altså på med en masteroppgave i helseledelse med tema prioritering i helsetjenesten. Målet med studien er å belyse fastlegens rolle som portvakt på vegne av spesialisthelsetjenesten ved hjelp av kvalitativ forskningsmetode og intervju. Han ønsker å analysere hvilke effekter funksjonen som portvakt kan ha for pasientens rettigheter, spesialisthelsetjenestens ressursbruk og fastlegens interesser. Forskningsspørsmålet hans er:

Hva påvirker beslutningen når fastlegen henviser pasienten til spesialisthelsetjenesten?

Altså hvordan dere tenker og vurderer i situasjoner der henvisning er aktuelt, men hvor dere fortsatt har flere alternativer (for eksempel ikke henviser og i stedet følge opp selv, avvente og vurdere påny senere, eller henviser nå).

- 1 Hva ligger til grunn når dere velger alternativet ”henviser nå”?
 - Kun egen faglig vurdering av tilstanden?
 - Pasientens ønske?
 - Ønske fra andre parter i saken?
 - Kollegenes oppfatning eller praksis i tilsvarende saker?
 - Spesialisthelsetjenestens oppfatning eller praksis i tilsvarende saker?
 - Hva med hensynet til egne behov?
 - Kapasitet i praksisen?
 - Tillit fra pasientene?
 - Kravet om forsvarlig legepraksis? (Bl.a. egen kompetanse)
 - Behovet for å ikke miste pasienten som kunde?
 - Behovet for å ikke ende opp i en konflikt som kan unngås?

- 2 Hvordan ser dere på oppdraget som ”portvakt” på vegne av spesialisthelsetjenesten?
 - Er det komplisert?
 - Kommer det i konflikt med oppdraget med å være ”pasientens advokat”?
 - Hva er egentlig deres jobb? Å holde porten igjen, eller å åpne den når det trengs?

- 3 Med unntak av USA har Norge verdens høyeste ressursbruk når utgiftene til helsetjenester fordeles per innbygger.
 - Er dere kjent med at enkelte mener at dere er en stor del av problemet?
 - Hva er deres oppfatning?
 - Hvilke andre faktorer har betydning? (Kapasitet og tilgjengelighet på tjenestetilbudet, forventninger hos pasienten, annet?)
 - Er det andre som må gjøre mer, for eksempel spesialisthelsetjenesten eller helsemyndighetene sentralt?

- 4 Som fastleger er dere medansvarlig for å ikke ”påføre samfunnet unødvendige utgifter” (Helsepersonelloven og Legeforeningens etiske regler).
 - Hvordan gjør dere det i praksis?
 - Hva må til for at dere skal lykkes?
 - Trenger dere bidrag fra andre for å lykkes bedre?
 - Har pasientene også et ansvar?
 - Hvordan kan det ”ansvaret” i såfall mobiliseres?

- 5 Hvordan prioriterer dere i praksis mellom hensynet til pasienten dere har på kontoret og den eller de andre som kanskje hadde trengt kapasiteten i spesialisthelsetjenesten bedre?
- Problemstillingen lite aktuell fordi det er kapasitet til begge?
 - Ikke deres jobb å prioritere de andre, det må ivaretas av andre?
 - Opplever dere dette som et etisk dilemma i beslutningssituasjonen?
 - Kan dere ha nytte av å involvere andre i diskusjonen da (for eksempel pasienten, eller spesialisthelsetjenesten)?
 - Er det noe dere diskuterer med hverandre?
- 6 Kjenner dere til spesialisthelsetjenestens forpliktelser i forhold til prioritering (prioriteringsforskriften, vilkår for ”nødvendig helsehjelp” det vil rett til behandling innen tidsfrist osv.)
- Til veilederne i de enkelte fagene også?
 - Ser dere det som deres oppgave å bidra til at slik prioritering skjer?
 - Også når det gjelder bidra med tilstrekkelig informasjon til eventuelt å nedprioritere en henvisning?
 - Eller å avvise?
 - Opplever dere variasjon i spesialisthelsetjenestens prioriteringspraksis som et problem?
 - Hvorfor?
 - Har dere tanker om hva som må til for å bedre vilkårene for at ”de rette” pasientene blir prioritert av spesialisthelsetjenesten?