

Fastlegeordningen – forventninger og erfaringer

Sammendrag

Bakgrunn. Hensikten var å kartlegge allmennlegenes holdninger og forventninger til fastlegeordningen, samt deres erfaringer ett år etter innføringen.

Materiale og metode. 234 spesialister i allmennmedisin besvarte et spørreskjema i 2001 (87 % svar) og 2002 (96 % svar). Holdninger og erfaringer ble kartlagt ved hjelp av en visuell analog skala.

Resultater. Legene hadde i gjennomsnitt 84 konsultasjoner per uke i 2001, 82 i 2002. Andelen solopraktikere var 18 % i 2001, 15 % i 2002 ($p < 0,05$). Bare 4 % hadde sluttet mellom de to registreringene. På forhånd mente legene at fastlegeordningen ville øke kontinuiteten (66 %), ansvaret (62 %) og arbeidsmengden (59 %). Ett års erfaring bekreftet disse forventningene. Oppslutningen om ordningen økte (58 % mot 64 %, $p < 0,001$), men generell tilfredshet avtok (70 % mot 65 %, $p < 0,05$). Oppslutningen om portvaktfunksjonen avtok også (77 % mot 72 %, $p < 0,05$). Leger i forsøkskommunene var sterkere tilhengere av ordningen (82 % mot 63 %, $p < 0,05$) og mer tilfreds (80 % mot 64 %, $p < 0,01$) enn de andre legene.

Fortolkning. Ett år etter innføringen er oppslutningen om fastlegeordningen økende og stabiliteten høy. Likevel er den generelle tilfredsheten synkende. Erfaringene fra fastlegeforsøket indikerer likevel optimisme på vegne av fremtiden.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

> Se også side 1318

Hogne Sandvik

hogne.sandvik@isf.uib.no
 Institutt for samfunnsmedisinske fag
 Universitetet i Bergen
 Ulriksdal 8c
 5009 Bergen

Land med en velfungerende primærhelsetjeneste synes å oppnå bedre resultater til lavere kostnader enn andre land (1), og det anbefales derfor at primærlegene får en mer sentral rolle i helsetjenesten (2). Redskapet for omorganisering har gjerne vært ulike former for listesystemer eller fastlegeordninger.

Man skulle kanskje vente at allmennpraktikerne ville hilse denne utviklingen velkommen, men mange har vært skeptiske. Forsøksprogrammer har gitt til dels motstridende erfaringer (3–9). Legene kan oppleve økt ansvar og stress (10), særlig hvis de ikke kan kontrollere arbeidsmengden sin (listerlengden) (11). Kvinnelige leger og solopraktikere kan være særlig utsatt (7–9, 12). Det fryktes også at primærlegene kan få for omfattende og komplekse oppgaver (13).

Før den norske fastlegeordningen ble innført i juni 2001, bølget diskusjonen høyt (14). Leger som deltok i fastlegeforsøket var gjennomgående positive og anbefalte ordningen (3–5). Det samme gjorde samfunnsmedisinere og akademikere (14). Skepsisen var likevel utbredt (15), og et stort mindretall stemte mot fastlegeordningen i Aplfs uravstemning (16).

Noen måneder før innføringen ble holdningen til fastlegeordningen kartlagt blant et tilfeldig utvalg spesialister i allmennmedisin (17). Denne undersøkelsen viste at legene var relativt tilfreds med den daværende organiseringen, og bekreftet skepsisen til den planlagte reformen. Deltakere i fastlegeforsøket, som allerede hadde flere års erfaring som fastleger, var mer positive. De mente også i større grad at en fastlegeordning ville medføre økt kontinuitet, ansvar og arbeidsmengde.

Hensikten med denne studien var å gjøre en oppfølgende undersøkelse blant de samme legene, etter at alle hadde fått ett års erfaring med fastlegeordningen.

Materiale og metode

Den første delen av studien ble gjennomført i januar og februar 2001. Et tilfeldig utvalg på 300 spesialister i allmennmedisin ble in-

Fakta

- 1.6. 2001 ble fastlegeordningen innført, og pasientene måtte ha henvisning for å få trygdefusjon for behandling hos spesialist
- Et tilfeldig utvalg spesialister i allmennmedisin svarte på et spørreskjema like før og ett år etter innføring av fastlegeordningen
- Oppslutningen om fastlegeordningen er økende, men det er redusert oppslutning om henvisningsordningen
- Leger med erfaring fra fastlegeforsøket er betydelig mer tilfreds enn de andre legene

kludert i en spørreskjemaundersøkelse. Seks av adressatene var ukjente, og 257 besvarte skjemaet (svarandel 257/294 = 87 %). I juni 2002 ble respondentene tilskrevet på nytt, bortsett fra en som hadde gitt beskjed om at han var i ferd med å slutte som allmennpraktiker. Denne gang var tre av de 256 adressatene ukjente og 243 besvarte skjemaet (svarandel 243/253 = 96 %). Ved begge utsendelsene ble det gjennomført en purring. Ni av de 243 arbeidet ikke lenger som fastleger. Det endelige materialet består således av 234 spesialister i allmennmedisin, som alle arbeider som fastleger, og som besvarte begge spørreskjemaene.

I det første spørreskjemaet ble det spurt om kjønn, alder, lokalisering (by/land) og praksistype (gruppe/solo). Spørsmålet om praksistype ble også gjentatt i det andre skjemaet. I begge runder ble det spurt om hvor mange konsultasjoner (ansikt til ansikt med pasienter) legene hadde per uke. I første runde ble det spurt om hvor mange pasienter de ønsket seg på listen i en fremtidig fastlegeordning, i den andre runden ble det spurt om faktisk listetak og listelengde.

Resten av spørreskjemaet bestod av påstander som legene skulle si seg mer eller mindre enig i (tab 1). Dette ble gjort ved å sette et merke på en visuell analog skala. Skalaen var 76 mm lang, markert med «helt enig» i den ene enden og «helt uenig» i den andre. Statistiske analyser ble gjort med millimeter som enhet, men i resultatpresentasjonen er dette omregnet til prosent, hvor 100 indikerer «helt enig» og 0 «helt uenig».

Median alder (48 år) ble brukt til å skille

Tabell 1 Grad av enighet i ulike påstander. Gjennomsnittsverdi (95 % konfidensintervall), målt med visuell analog skala, 100 indikerer «helt enig» og 0 indikerer «helt uenig» (n = 234 fastleger). Undersøkelsen er gjort i 2001 (før innføring av fastlegeordningen) og i 2002 (ett år etter innføringen)

	2001	2002	P-verdi
<i>Før innføring av fastlegeordningen</i>			
Kontinuitet er viktig i forholdet mellom lege og pasient	89 (88–91)	–	–
«Doctor shopping» er et problem	55 (51–58)	–	–
Fastlegeordningen vil medføre at allmennpraksis blir mer omfattende	62 (59–66)	–	–
Fastlegeordningen vil øke kontinuiteten	66 (62–69)	–	–
Fastlegeordningen vil øke mitt ansvar for pasientene	62 (58–66)	–	–
Fastlegeordningen vil øke min arbeidsmengde	59 (55–62)	–	–
<i>Både før og etter innføring av fastlegeordningen</i>			
Allmennleger bør være portvakter og begrense adgangen til spesialister	77 (74–80)	72 (70–75)	< 0,05
Jeg er i prinsippet tilhenger av en fastlegeordning	58 (54–62)	64 (60–68)	< 0,001
Jeg er tilfreds med den nåværende organiseringen av allmennpraksis	70 (67–73)	65 (62–68)	< 0,05
<i>Etter innføring av fastlegeordningen</i>			
Fastlegeordningen har økt kontinuiteten	–	65 (62–69)	–
Fastlegeordningen har økt mitt ansvar for pasientene	–	57 (53–61)	–
Fastlegeordningen har økt min arbeidsmengde	–	62 (58–66)	–
Henvisningsordningen bør gjelde uinnskrenket for alle pasienter	–	59 (55–63)	–
Legen bør kunne åpne en ellers lukket liste for enkelt-pasienter	–	74 (70–77)	–

mellom «unge» og «eldre» leger. Kategoriske variabler ble sammenliknet ved hjelp av khi-kvadrattest, kontinuerlige variabler ved hjelp av t-test. Parvise tester (t-test og McNemars test) ble benyttet ved sammenlikninger før/etter innføring av fastlegeordningen. Statistisk signifikans ble satt til $p < 0,05$.

Resultater

Legenes gjennomsnittsalder var 49 år i 2001, 15 % var kvinner, og 38 % arbeidet i landdistrikter. De hadde i gjennomsnitt 84 konsultasjoner per uke i 2001, og 82 konsultasjoner i 2002. Andelen solopraktikere var 18 % i 2001, 15 % i 2002 ($p < 0,05$). I 2001 ønsket de seg 1 377 personer på listen, men angav i 2002 at listetaket var 1 416. Gjennomsnittlig listelengde var 1 361, og 54 % av listene var fulle. Grad av enighet i de ulike påstandene er gjengitt i tabell 1.

I 2001 hadde kvinnelige leger færre konsultasjoner enn sine mannlige kolleger (72 mot 85, $p < 0,05$), og ønsket seg også færre personer på listen (1 228 mot 1 403, $p < 0,05$). Det var ingen kjønnsforskjell i grad av enighet i de ulike påstandene. I 2002 hadde kvinnene også færre konsultasjoner (72 mot 84, $p < 0,05$), kortere liste (1 157 mot 1 393, $p < 0,01$) og lavere listetak (1 248 mot 1 444, $p < 0,05$). De mannlige legene mente i større grad enn kvinnene at fastlegeordningen hadde økt deres ansvar for pasientene (59 % mot 47 %, $p < 0,05$).

Det var ingen forskjeller mellom unge og eldre leger i antall konsultasjoner, listelengde eller listetak. Yngre leger opplevde i større grad enn eldre at fastlegeordningen hadde økt deres ansvar for pasientene (62 % mot

53 %, $p < 0,05$). De mente også i større grad at henvisningsordningen burde gjelde uinnskrenket for alle pasienter (63 % mot 55 %, $p < 0,05$).

I 2001 hadde leger i landdistrikt færre konsultasjoner enn bylegene (79 mot 87, $p < 0,05$), og ønsket seg også færre personer på listen (1 285 mot 1 433, $p < 0,01$). Før innføringen mente bylegene i større grad at fastlegeordningen ville medføre at deres praksis kom til å bli mer omfattende (65 % mot 57 %, $p < 0,05$) og øke deres ansvar (65 % mot 56 %, $p < 0,05$). I 2002 hadde leger i landdistrikt kortere liste (1 272 mot 1 422, $p < 0,01$) og lavere listetak (1 319 mot 1 467, $p < 0,05$) enn bylegene. Nå var det ingen signifikante forskjeller i antall konsultasjoner eller grad av enighet i de ulike påstandene.

Solopraktikerne var eldre enn leger i gruppepraksis (51 år mot 48 år, $p < 0,05$) og var i 2001 i mindre grad tilhenger av fastlegeordningen enn leger i gruppepraksis (47 % mot 60 %, $p < 0,05$). For øvrig var det ingen signifikante forskjeller mellom solopraktikere og leger i gruppepraksis.

16 av legene arbeidet i forsøkskommune. Disse legene hadde lengre lister enn andre leger (1 685 mot 1 341, $p < 0,05$), men ikke flere konsultasjoner per uke (80 mot 82). Leger i forsøkskommunene var mer tilfreds (80 % mot 64 %, $p < 0,01$) og var sterkere tilhengere av fastlegeordningen (82 % mot 63 %, $p < 0,05$). De opplevde også i sterkere grad at fastlegeordningen hadde medført økt ansvar (75 % mot 56 %, $p < 0,05$), arbeidsmengde (81 % mot 61 %, $p < 0,05$) og kontinuitet (77 % mot 64 %, $p = 0,07$).

Leger i forsøkskommunene mente i noe mindre grad at allmennleger bør være portvakter til spesialisthelsetjenesten (67 % mot 73 %) og var mindre enige i at henvisningsordningen burde gjelde uinnskrenket for alle pasienter (51 % mot 59 %). De mente også i mindre grad at legen bør kunne åpne en ellers lukket liste for enkeltpasienter (65 % mot 74 %). Disse forskjellene var imidlertid ikke statistisk signifikante.

Reduksjonen i alminnelig tilfredshet og den reduserte oppslutningen om portvaktfunksjonen var ikke signifikant ulik i noen undergrupper. Den tilsvarende økningen i oppslutning om fastlegeordningen var høyere blant dem som var solopraktikere i 2001 enn blant dem som arbeidet i gruppepraksis (14 % mot 4 %, $p < 0,05$). Økningen i oppslutning om fastlegeordningen var også større blant dem som hadde fulle lister enn blant dem som hadde åpne lister (12 % mot 3 %, $p < 0,05$).

Diskusjon

Den høye svarprosenten i denne studien gjør det sannsynlig at resultatene er representative for norske spesialister i allmenntidmedisin. Ikke-spesialister ble utelukket for å få en veldefinert og stabil populasjon som også kunne inngå i internasjonale sammenlikninger (17). Den høye stabiliteten illustreres ved at bare 4 % hadde sluttet i løpet av perioden mellom de to registreringene. Gjennomsnittsalder, listelengde og andel fulle lister indikerer også at dette er den stabile ryggraden i norsk allmenntidmedisin (18).

Det kan synes som en motsigelse at man samtidig registrerer en økende oppslutning om fastlegeordningen og en synkende generell tilfredshet. Utslagene er imidlertid relativt små, og man må ta i betraktning at tilfredsheten var ganske høy i utgangspunktet. Det er kanskje riktigere å si at skepsisen til fastlegeordningen har avtatt, men ikke tilstrekkelig til å unngå en redusert tilfredshet. Det er ikke overraskende at de som har fulle lister, er mest tilfreds. Solopraktikerne var mest skeptiske i utgangspunktet, og har derfor et større potensial for å bli positivt overrasket. Noen av dem har dessuten gått sammen i gruppepraksiser.

På forhånd mente legene at fastlegeordningen i noen grad ville øke kontinuiteten, ansvaret og arbeidsmengden. Dette bekrefter de også etter ett års erfaring. Den gjennomsnittlige listelengden er imidlertid helt i tråd med hva de ønsket seg i 2001, og den økte arbeidsmengden skyldes ikke at de har flere konsultasjoner. Også tidligere har det vist seg vanskelig å forklare opplevd arbeidsmengde ved hjelp av konsultasjonsfrekvenser (19). Trolig strekker legene seg lenger for å yte optimal service (20), og dette kan nok medføre at det nedlegges mer arbeid i hver konsultasjon.

Samtidig med fastlegeordningen ble det innført en skjerpet henvisningsordning. Dette medførte at pasientene måtte ha henvis-

ning fra lege for å få trygderefusjon for behandling hos spesialist. Dette var omstridt, og ble aktivt motarbeidet av de praktiserende spesialistene (21). Selv om henvisningsordningen har vært en viktig kampsak for allmennpraktikerne, er oppslutningen avtakende på grasrota. Det er rimelig å anta at dette kan skyldes negative tilbakemeldinger fra pasientene etter at et rigid regelverk ble gjort unødig stivbeint fra spesialistenes side (22).

Det var bare 16 av legene som hadde deltatt i fastlegeforsøket, og studien har derfor ikke statistisk styrke til å påvise annet enn store forskjeller mellom gruppene. Det er likevel åpenbart at disse erfarne fastlegene skiller seg fra resten. De har lengre lister, uten å ha flere konsultasjoner. Dette kan skyldes at de kjenner pasientene sine spesielt godt, og derfor kan avklare flere spørsmål uten å ta pasienten inn til konsultasjon. En alternativ tolking er at de har en større andel pasienter som bruker privatpraktiserende spesialister. Dette kan i så fall forklare at disse legene virker spesielt lunkne til henvisningsordningen.

Det er tidligere funnet synkende tilfredshet blant deltakerne i fastlegeforsøket fra 1996 til 1999 (4), men de rapporterer likevel nå en høy grad av tilfredshet og er sterke tilhengere av fastlegeordningen. I større grad enn andre leger mener de også at ordningen har medført økt kontinuitet, ansvar og arbeidsmengde. Til en viss grad kan dette være utslag av naturlig seleksjon. Forsøkskommunene har hatt fastlegeordning i snart ti år, og det er naturlig at de som trives med ordningen, er blitt værende. Samtidig kan man håpe at den høye tilfredsheten vil vise seg blant deres kolleger når også de har fått mer erfaring med fastlegeordningen.

Fastlegereformen medførte at mange lege-pasient-forhold ble brutt, og dette var en kilde til frustrasjon. I en overgangsfase hadde legene adgang til å ta inn enkelt-pasienter selv om listen deres var full (23), men denne ordningen ble snart avvirket. Mange leger ønsker fortsatt å kunne ta inn enkeltpasienter på ellers lukkede lister, men det er vel grunn til å tro at dette behovet reduseres etter hvert som ordningen går seg til. Dette indikeres også ved at legene i forsøkskommunene i mindre grad ønsket en slik mulighet.

Konklusjon

Ett år etter innføringen er oppslutningen om fastlegeordningen økende og stabiliteten høy blant spesialister i allmenntidmedisin. Likevel er den generelle tilfredsheten synkende, og det er en redusert oppslutning om henvisningsordningen. Erfaringene fra fastlegeforsøket tilsier imidlertid at det er grunn til optimisme på vegne av fremtiden.

Studien ble finansiert av Norges forskningsråd, Solstrandfondet og ApfIs forskningsfond.

Litteratur

Komplett litteraturliste finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

- Fjermestad T, Paulsen B. Populasjonsansvar i allmennpraksis. Tre års erfaringer med fastlegeordning i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 2573–6.
- Paulsen B. Seks år med fastlegeordning – hva mener fastlegene? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 788–91.
- Fjermestad T, Paulsen B. List patient system: straitjacket or a tool for developing general practice? General practitioners' experiences from a pilot project in Norway. Scand J Prim Health Care 2000; 18: 21–4.
- Ostbye T, Hunskaar S. A new primary care rostering and capitation system in Norway: lessons for Canada? CMAJ 1997; 157: 45–50.
- Malterud K, Steinert S, Mo TO. Kjønn, arbeidsbelastning og listeprofil i allmennpraksis. Erfaringer fra fastlegeforsøket. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 2406–11.
- Skogsholm A, Hasvold T. Er fastlegesystemet mer krevende for kvinnelige enn for mannlige leger? Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3417–20.
- Sandvik H. Analyse av fastlegedebatten på Eyr. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3509–12.
- Fosse G, Jøsendal O. Forventninger til fastlegeordningen. Spørreskjemaundersøkelse blant allmennpraktiserende leger i Bergen kommune. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1316–9.
- Sandvik H, Cho HJ. Attitudes to family practice registration programmes. Survey of Korean and Norwegian family doctors. Fam Pract 2002; 19: 72–6.
- Paulsen B. Fastlegeordning – pasientsammensetning og arbeidsbelastning for legene. Praksisveiling i fastlegekommunen Trondheim. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 2797–800.