



Representantforslag 108 S

(2011–2012)

fra stortingsrepresentantene Bent Høie, Sonja Irene Sjøli og Erna Solberg

Dokument 8:108 S (2011–2012)

Representantforslag fra stortingsrepresentantene Bent Høie, Sonja Irene Sjøli og Erna Solberg om å sikre kvalitet og tilgjengelighet i fastlege- og kommunehelsetjenesten

Til Stortinget

Bakgrunn

En helsetjeneste som bygger på god kvalitet i primærhelsetjenesten, inklusive allmennlegetjenesten, er best og billigst, viser internasjonal forskning (Helsedirektoratet 2008a). I Norge er allmennlegetilbudet i kommunene organisert gjennom fastlegeordningen. Ordningen er organisert gjennom et listesystem, der fastlegen er en allmennpraktiserende lege med ansvar for alle personer på sin liste. Alle folkeregistrerte innbyggere har rett til fastlege, samt asylsøkere registrert i folketrygden.

Fastlegene skal sikre befolkningen god tilgang til legetjenester, kontinuitet i tilbudet, faglig oppfølging og de skal være et stabilt holdepunkt ved behov for helsetjenester. Ordningen med ett fast kontaktpunkt var ment å sikre bedre kontinuitet og forutsigbarhet for pasienter, særlig sårbare grupper og kronikere, gi bedre tilgjengelighet til legetjenesten, samt sørge for en bedre og mer hensiktsmessig ressursutnyttelse i helsetjenesten. I tillegg til listeansvaret spiller fastlegene en rolle innen andre allmennmedisinske oppgaver i kommunen, som legevakt, sykehjemsmedisin, skole- og fengselshelsetjeneste, mv.

Fastlegeordningen har, siden den ble innført sommeren 2001, vært en suksess. Fastlegeordningen ble innført på bakgrunn av gode forsøksordninger på midten av 1990-tallet i fire kommuner, Tromsø, Trondheim, Lillehammer og Åsnes. Reformen er et

eksempel på at god pilotering bidrar til at store reformer av et komplekst helsevesen kan lykkes.

Norges forskningsråd konkluderte, i sin evaluering av fastlegeordningen i 2006, med at reformen i hovedsak var vellykket, har nådd sine målsettinger, og at hovedstruktur og -elementer bør bestå. En innbyggerundersøkelse fra 2010 viste også at av det offentlige tjenestetilbudet var fastlegeordningen en av to tilbud befolkningen var mest tilfreds med.

Imidlertid er det utfordringer i fastlegeordningen, som kan og bør rettes på. Det handler om å sikre bedre tilgjengelighet og raskere timeavtale. Siden fastlegeordningen trådte i kraft har nye oppgaver kommet til. Kapasiteten i ordningen er under press. Videre må det iverksettes tiltak for å sørge for fag- og kvalitetsutvikling i allmennmedisinen og blant fastlegene. De utfordringer legetjenesten i kommunene vil møte i årene fremover tilsier også tiltak for å sikre stabilitet og nødvendig rekruttering til primærhelsetjenesten.

En rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet (2008a), «Utviklingsstrategi for legetjenesten i kommunen», fremhever utfordringer knyttet til: den demografiske utviklingen med flere eldre og kronisk syke, samt pasienter med spesielle behov (rus, psykisk helse, fremmedkulturell og -språklig bakgrunn, og utviklingshemninger); rekrutteringsutfordringer med for lav vekst i fastlegehjemler i forhold til oppgaver, mangelfull rekruttering til utkantstrøk og økende snittalder for legene; integrasjon med det øvrige kommunale helsetilbudet, som sykehjem, legevakt og kommunenes helse- og sosialtjenester, samt samhandling med spesialisthelsetjenesten; og, sist, nødvendigheten av mer forskning og kvalitetsutvikling i allmennlegetjenesten.

Selv om hovedtrekkene i fastlegereformen har vært en suksess, er det altså utfordringer som må løses. De kan oppsummeres under overskriftene rekrut-

tering, organisering og kvalitetsforbedring. Det handler om å sikre at nok leger rekrutteres til yrket, at tjenesten, tilbudet til pasientene og kontakten med øvrige deler av helsetjenesten blir organisert på en smartere og mer effektiv måte, og at det sikres kontinuerlig forbedring av kvalitet i både fastlegenes arbeid og den allmenntilleggs utviklingen.

Etter samhandlingsreformen er det også påpekt flere andre utfordringer knyttet til fastlegens arbeid, som bl.a. kontakten med sårbare grupper og pasienter som ikke selv oppsøker lege, behov for mer hjemmebesøk, samt ytterligere forbedring av fastlegenes tilgjengelighet og ventetider på konsultasjon. Fastlegene er til for pasienten, på oppdrag for kommunene. Derfor er det viktig både at pasientene sikres tilgang til og kvalitet fra fastlegene, og at kommunen samarbeider godt, og, når nødvendig, kan styre fastlegetjenesten. Det er viktig at det legges til rette for at disse utfordringene kan løses på en måte som ikke svekker de grunnleggende bestanddeler og kvaliteten i fastlegetjenesten, ved for eksempel å gi altfor mange nye pålegg og oppgaver som trekker oppmerksomhet bort fra pasientarbeid og hindrer legene i å kunne prioritere blant sine pasienter.

I dag er fastlegeordningen regulert gjennom en kombinasjon av lov, forskrift og avtaler mellom partene. Regjeringen har sendt ut på høring et forslag til revidert fastlegeforskrift.¹ Formålet er bl.a. å øke tilgjengeligheten og kvaliteten på fastlegetjenesten. Virkemidlene ser ikke ut til å treffe målsettingene. Tvert imot er det sannsynlig at de foreslåtte reguleringene vil skape et krysspress for fastlegene. Det er foreslått en rekke utvidede og nye oppgaver for fastlegene. Prioriteringsmessige vridningseffekter er ikke vurdert. Forslagene synes i sum å vri aktivitet vekk fra pasientene.

Med de forslag som nå foreligger alene, vil man gjøre en fremtid som fastlege mindre attraktiv. I tillegg vil mindre tid til hver pasient medføre mindre tid til utredning og behandling, og øke antallet henvisninger til spesialisthelsetjenesten, om legene ved kortere konsultasjoner skal klare å innfri forsvarlighetskravet. Som en leder i Dagens Medisin² skrev:

«Spørsmålet er når summen av alle gode hensikter hemmer hovedmålene om økt tilgjengelighet og bedre pasientbehandling.»

Fastlegeforskriften er ikke ledsaget av andre mål og planer fra regjeringen. I sum betyr dette at ingen av de grunnleggende problemene knyttet til å sikre rekruttering, heve kvalitet og forbedre organiseringen av fastlegeordningen blir møtt i denne runden. I dette representantforslaget er målet å bidra med kon-

krete løsninger som kan møte disse utfordringene på en konstruktiv måte med strategiske virkemidler, ikke med symbolpolitikk og kravbasert styring.

Rekruttering

Problembeskrivelse

I perioden 1999 til 2008 var det en stor økning i kapasiteten i allmennlegetjenesten, på 23 pst., det meste i forbindelse med innføringen av fastlegeordningen (Godager og Iversen 2010). Rekrutteringen stagnerte imidlertid etter innføringen (Helsedirektoratet 2008c). Fortsatt er rekruttering en av kjerneutfordringene for primærhelsetjenesten fremover – og i en del distrikter er utfordringen påtakelig allerede i dag.

Ifølge Helsedirektoratets fastlegestatistikk har andelen fastleger over 55 år doblet seg på litt under ti år, fra midten av 2001 til slutten av 2011. I dag er ca. én av tre fastleger over 55 år. Legeforeningens tall viser at i samme periode har antall yrkesaktive leger økt med 4 195 (25 pst.), mens tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at bare 406 av disse (11 pst.) har blitt fastleger. God kapasitet gir kortere ventetider, men i perioden 2001 til 2008 har tallet på ledige plasser per 1 000 personer sunket med over 40 pst., fra 122 til 72 (Godager og Iversen 2010).

Behovet for å sikre rekruttering til fastlegetjenesten har vært fremhevet i en rekke offisielle dokumenter. I forarbeidene til fastlegeordningen skrev departementet at «den mest kritiske faktoren er tilstrekkelig tilgang på leger til primærhelsetjenesten generelt». I sin utviklingsrapport for 2008 skrev Helsedirektoratet at:

«Det er i dag et kapasitetsproblem i fastlegeordningen som fører til et kvalitetsproblem for hele helsetjenesten...» (Helsedirektoratet 2008b).

I høringsnotatet til revidert fastlegeforskrift skriver regjeringen at:

«en større del av veksten i legeårsverk fremover vil skje i primærhelsetjenesten. Gitt dette måler et det viktig at det etableres rammebetingelser for allmennlegetjenesten og fastlegeordningen som bidrar til god rekrutteringsutfordring og en god legefördeling.»

Legeforeningen anslår et behov for å utdanne om lag 500 nye spesialister i allmenntilleggs per år (Legeforeningen 2011). I sitt notat «Underlag for høringsuttalelse til ny fastlegeforskrift» av 17. januar 2012 skriver KS følgende:

«KS tviler på at intensjonen og påleggene i forskriften kan gjennomføres uten betydelig økt legedekning»

og at det bør

¹ <http://www.regjeringen.no/pages/36634101/fastlegeforskrift.pdf>

² Dagens Medisin 3/2012.

«kartlegge[s] behov for legeressurser.»

Helsedirektoratet (2008a) fremhever flere legehjemler for fastleger eller kommunalt ansatte leger, samt økt innsats for å rekruttere nye leger til eksisterende fastlegehjemler og offentlige allmenntmedisinske oppgaver, som tiltak. Arbeidsgruppen bak rapporten tok også opp muligheten for at delelistemodellen åpner for at utdanningsleger kan tidsbegrenset dele liste med erfaren spesialist i allmenntmedisin. Rapporten avslutter med å påpeke at:

«det sentrale avtaleverket for fastlegeordningen bør gjennomgå for å se om det i tilstrekkelig grad legger til rette for at kommunen kan øke legekapasiteten i kommunen og foreta de organisatoriske grep som kan være nødvendig for at kommunen skal kunne ivareta sitt ansvar for legetjeneste til befolkningen og prioriterte grupper og oppgaver.»

Norsk forening for allmenntmedisin har på bakgrunn av denne virkeligheten bedt om en opptrappingsplan for fastlegeordningen, og påpekt at regjeringen ikke har lagt frem:

«noe konkret forslag til hvordan vi skal få en nødvendig økning av tallet på fastleger.»³

Forslagsstillerne mener det er nødvendig at regjeringen utformer en plan for hvordan de vil stimulere rekrutteringen av leger til primærhelsetjenesten, for å løse de utfordringene som er beskrevet.

Utdanningsstillinger

I utdanningsstillinger får unge leger garantert veiledning, videreutdanning, ordnede arbeidsforhold og økonomisk trygghet, i en tidsavgrenset stilling basert på avtale mellom veileder, kommune og utdanningslege. En utfordring ved å sikre rekruttering til primærhelsetjenesten handler om organisering, ikke det faglige innholdet. Med dagens system er det en helt annen økonomisk og faglig sikkerhet forbundet med spesialisering i spesialisthelsetjenesten. Som en kommentar i Tidsskrift for den norske legeforening beskrev:

«En nyutdannet lege i sykehus kan regne med å ha samarbeid med kolleger, veiledning fra erfarne leger, faglige møter i arbeidstiden, vakt i trygge omgivelser og noen å dele ansvaret for diagnostikk og behandling med. I tillegg slipper hun/han å ta opp lån og investere, det er oftere mulighet for barnehageplass, arbeidstiden er regulert og lønnen er konkurransedyktig.» (Brekke m.fl. 2000).

I rapporten «Utviklingsstrategi for legetjenesten i kommunene» (Helsedirektoratet 2008a) fremheves det som et mulig tiltak at kommunene kan gis ansvar

for utdanningsstillinger i allmenntmedisin. Rapporten understreket behovet for nærmere utredning. Det bør prioriteres å få evaluert det statlige ansvaret for «finansiering og veiledning, samt etableringen av struktur for sykehusdelen av spesialistutdanningen» (Helsedirektoratet 2008a). Dette må også sees i lys av behovet for å sikre at nye fastleger er spesialister i allmenntmedisin, ref. forslag under.

Medisinstudiet

Skal man lykkes med å få nok leger i primærhelsetjenesten, forutsetter det at nyutdannede leger søker seg til denne delen av helsevesenet. Det er urovekkende at universitetsansatte i debatten om høringsnotatet til revidert fastlegeforskrift har advart om at det vil være vanskelig for dem å anbefale studenter å spesialisere seg i allmenntmedisin, eller gå inn i fastlegeyrket.⁴

Det er behov for å se om den politiske målsettingen om å øke rekrutteringen til primærhelsetjenesten blir understøttet i dagens medisinstudium ved de norske universitetene. Det finnes forskningsmessig belegg⁵ for at økt oppmerksomhet på allmenntmedisin i studietiden vil kunne påvirke rekrutteringen. Aktuelle temaer som må ses på er forskningsinnsats, undervisningstid og -ressurser, samt mengden utplassering i primærhelsetjeneste i forbindelse med studiet.

Organisering

Flere kolleger som ikke er leger

Det er behov for nytenkning rundt utnyttelse av kompetansegrupper i helsetjenesten. Legeforeningen (2010) skriver at:

«Fastlegen som knutepunkt i primærhelsetjenesten tilsier også en utvikling i retning av at også annet helsefaglig personell i økt grad knyttes til fastlegepraksisen.»

Legeforeningen nevner bl.a. behovet for forsøk med større fastlegesentra med differensierte kommunehelsetilbud, og at det ansettes annet helsepersonell som kan utføre flere oppgaver i samarbeid med eller under veiledning fra fastlegen. Særlig to yrkesgrupper utmerker seg for å spille en rolle her: psykologer og sykepleiere, herunder kliniske ekspertsykepleiere. I Norge har fastlegene ikke god nok mulighet til å anvende seg av hjelpepersonell for å utføre selvstendige konsultasjoner. Forslagsstillerne mener det er nødvendig å endre regelverket på en måte som sikrer bedre pasienthjelp, mindre belastning på en presset legekapasitet og at det best egnede helsepersonell tar seg av de riktige oppgavene i primærhelsetjenesten. Det er viktig at nye tilbud ikke undergraver rollen

³ Hermansen og Roksund 2011.

⁴ Dagens Medisin 2/12: Legeopprør mot fastlegeforskrift

⁵ Ref. høringsuttalelse fra Kristoffersen, m.fl. 2012.

fastlegen har i helsetjenesten, og oversikten over pasientene som fastlegene skal ha. I spesialisthelsetjenesten er det etablert en egen sykepleiertakst i poliklinikk. Finansieringssystemet for fastlegene hindrer derimot at det skjer gunstig flytting av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, og fra legekonsultasjon til oppfølging fra sykepleier/spesialsykepleier. Forslagsstillerne vil imidlertid understreke at det er viktig at fastlegene, som private virksomheter finansiert med offentlige midler, også opplever forutsigbarhet og kontinuitet i rammer for drift.

Psykologer

Psykiske lidelser er den vanligste årsaken for både unge og voksne som besøker lege. Én av ti konsultasjoner har bakgrunn i dette (Godager og Iversen 2010). Forslagsstillerne har tidligere tatt opp et behov for å forsøke en ordning med en godt utbygget allmennpsykologtjeneste i kommunene, som kan ivareta befolkningens psykiske helse. I denne sammenheng vises det til en doktorgradsavhandling av Ingrid Olsson (2007, ref. i Lunde 2007) som fant en stor grad av underdiagnostisering av psykiske problemer, som angst og depresjon, hos fastlegene. Det er behov for å bygge ut et tilbud med allmennpsykologer i kommunene. Det må gjøres både gjennom endringer i lovverket, etablering av en plan for utviklingen og endrede finansieringsordninger. Ordningen bør finansieres gjennom en kombinasjon av statlig refusjon, kommunal medfinansiering og egenandeler. Finansieringsordningen bør motivere og legge til rette for samlokalisering med fastleger, og der psykologer kan ta ansvar for akutte psykologiske lidelser som ikke krever innleggelse.

Sykepleiere

Sykepleiere kan for eksempel bistå i det forebyggende arbeidet, ved å ivareta kontakt med kronikere og andre pasienter med behov for mer bistand i hverdagen og dagliglivet. Diabetessykepleiere er eksempel på en spesialisering som er viktig for å bedre livskvaliteten for diabetikere, med behov for oppfølging, rutiner og hjelp. Kommuneoverlege i Kongsberg, Ole Bjørn Herland, er blant flere som har pekt på at flere land har gode erfaringer med sykepleiere som har spesiell kompetanse på oppfølging av kronikere.⁶

I land som USA, Storbritannia og etter hvert Danmark og Finland, har sykepleiere med spesiell utdanning, blitt gitt ekstra ansvar i primærhelsetjenesten. Erfaringene er gode. I Danmark rapporterte Berlingske Tidende 26. januar 2012 om hvordan legemange-

len er blitt begrenset ved at sykepleiere tar seg av mer pasientkontakt.

Kliniske ekspertsykepleiere, på engelsk «nurse practitioners», bygger på en bachelor i sykepleie samt klinisk erfaring, som utgangspunkt for en mastergrad som gir økt kompetanse, og mulighet til å utføre flere funksjoner i helsetjenesten. De kan utføre flere oppgaver som i dag ligger til allmennlegene i kommunen, gi hjelp på mer hensiktsmessig nivå og bidra til bedre oppfølging av pasienter. Utenlandske studier⁷ har også funnet indikasjoner på at pasienter er mer fornøyd med konsultasjoner med kliniske ekspertsykepleiere enn med leger.

Tid er, som påpekt, en viktig faktor i kontakten med pasienter, særlig i primærhelsetjenesten. Det er viktig for pasientens helse og behandling, og deres opplevelse av kontakten med helsevesenet, at de får god informasjon, blir hørt og vies tid. Derfor er det nødvendig å bedre kapasiteten i leddene som har kontakt med pasientene. Sykepleiere som kan supplere der legene er presset i dag, vil ha en positiv funksjon.

Sykepleiere kan gi bistand til kronikere og eldre, som er voksende pasientgrupper. De kan informere om egenomsorg og ivaretagelse av egen helse, koordinere pasientforløp mellom lege og kommune, og mellom kommune og sykehus. Kliniske ekspertsykepleiere har kompetanse til å foreta en del forskrivning, diagnostisering, henvisninger og enkelte behandlingsprosedyrer. I Storbritannia har man erfaring med at sykepleiere er første kontaktpunkt fremfor leger for pasienter. En systematisk gjennomgang av forskning på deres rolle kontra leger i primærhelsetjenesten (Horrocks m.fl. 2002), fant at erfaringene var gode både med hensyn til subjektivt opplevd og objektivt målt kvalitet.

Sykepleiere kan også spille en viktig koordinerende rolle med mer ansvar delegert til enkeltpersoner fra det kommunale. Som eksempel kan man nevne TRUST-prosjektet, Tiltak for regional utvikling av samhandlingstjenester, som har et opplegg med fastlegesykepleierordning. Dette er et samarbeid med Sykehuset Innlandet Lillehammer og kommunene Øyer, Gausdal, Ringeby og Lillehammer. Hver fastlege gis 1 til 2 faste sykepleiere fra hjemmetjenesten som kontaktpersoner for alle pasienter på legens liste som mottar hjemmetjenester. De orienterer legene om pasientenes helse, får observasjonsinstrukser, ordner resepter m.m. på faste møter. Ordningen skal evalueres av forskningsmiljø ved Universitetet i Oslo (UiO) og Senter for omsorgsforskning, Gjøvik.

Forbedring av det lokale samarbeid

I Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015 heter det at:

⁶ NHS-seminar i Oslo, 1.2.2012.

⁷ Hermansen og Roksund 2011.

«Mange kommuner opplever ... at fastlegene ikke er tilstrekkelig integrert i det kommunale tjenes-teapparatet. Dette til tross for at fastlegene har en sentral rolle i å sikre helhetlige og koordinerte tjenester til pasientene.»

Behovet for forbedret lokalt samarbeid er påpekt i en rekke dokumenter, og i dette spiller de lokale samarbeidsutvalgene (LSU) en helt sentral rolle. Formålet med LSU er, slik det er formulert i Rundskriv I-3/2005:

«... at kommunen og fastlegene i dette forum sammen kan drøfte løsninger som sikrer ivaretagelse av de oppgaver som både kommunen og fastlegene skal sørge for, herunder pasientrettighetene i fastlegeordningen. Det forutsettes så at kommunen bruker avtaleverket mellom kommunen og den enkelte fastlege, innen de rammer som er fastsatt i fastlegeforskriften og sentralt avtaleverk, til å sikre ivaretagelse av de forpliktelser kommunen har, blant annet basert på drøftingene i LSU.»

Også hos legene er dette en oppfatning. Marit Hermansen og Gisle Roksund, hhv. påtroppende og avtroppende ledere i Norsk forening for allmennmedisin, har påpekt om fastlegene at:

«De har ikke vært flinke nok til å utvikle samarbeidet med de øvrige kommunale helsetjenestene.»⁸

Helsedirektoratet (2008a) har bedt om at LSU «styrkes som en arena for samhandling og planarbeid for å løse prioriterte oppgaver innen kommunehelsetjenesten». I direktoratets rapport «Utviklingsstrategi for legetjenestene i kommunen» uttales det at:

«Allmennlegene er en viktig del av kommunens helsetjeneste og bør i større grad integreres i strategiarbeid for hvordan kommunen skal møte fremtidens utfordringer.»

Her nevnes også at de lokale samarbeidsutvalgene kan styrkes som en måte å løse dette på.

Gitt den sentrale rolle LSU-ene spiller, og den fremtredende rolle de får i både dokumenter fra regjeringen og strategidokumenter, er det påfallende at de knapt er nevnt i regjeringens høringsnotat om revidert fastlegeforskrift, og at det ikke foreligger noen planer for å styrke deres rolle. Lokale samarbeidsutvalg er en viktig arena for samarbeid mellom kommuner og fastleger. Forslagsstillerne er positive til at kommunene gis en styringsadgang overfor fastlegene, dersom denne tjenesten ligger under kommunens ansvar for et helsetilbud til befolkningen (sørgeforansvar), men mener at dette forholdet gir best forhold for pasientene når tjenesten først forsøkes utviklet i samarbeid med legene, ikke ved politisk diktat.

⁸ Hermansen og Roksund 2011

Gjennom LSU-ene kan kommunene og fastlegene sammen utvikle serviceerklæringer til innbyggerne, som omtaler tilgjengelighet, ventetid på uprioritert time, sykebesøk, øyeblikkelig hjelp, osv. Slik er det bl.a. gjort i Trondheim. En slik serviceerklæring kan være forpliktende for fastlegene. Brudd på disse vil kunne bli fulgt opp av kommunene. Dette bidrar til å gi pasienter konkrete forventninger, med krav og rettigheter tilpasset lokal kontekst, og preget av legenes egen medvirkning. Klager skal behandles i LSU, og kollegaen det klages mot ved manglende måloppnåelse, får støttekollega som kan veilede. Slik kan man samle en fastlegegruppe som jobber etter klare og gode funksjons- og kvalitetskrav, på en måte som bygger på tillit og samarbeid, ikke krav og kontroll.

Praksiskonsulentordningen

Praksiskonsulentordningen (PKO) er allmennleger som arbeider med kommunikasjon mellom sykehus og primærhelsetjenesten. PKO-ordningen skal sørge for bedre og mer hensiktsmessig samhandling mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten, ved bruk av allmennleger i deltidsstillinger ved sykehuse. Hermansen og Roksund (2011) har beskrevet dem som:

«Talerør inn i spesialisthelsetjenesten, for å sikre en god samforståelse,»

og mener denne ordningen må

«breddes og videreutvikles.»

Legeforeningen har uttalt at praksiskonsulentordningen bør innføres ved alle kliniske sykehusavdelinger hvor den egner seg, og ved et tilstrekkelig nasjonalt omfang bør den evalueres. Helsedirektoratet (2008a) har vurdert PKO som «et godt tiltak i samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten». PKO bør videreutvikles, etableres flere steder, evalueres og utvides og forbedres i tråd med anbefalinger fra en slik evaluering. Det kan være en fordel at praksiskonsulenter lønnes 50 pst. av kommunen, og 50 pst. av helseforetakene, for å understreke den samordningsrollen de har.

IKT-løft i primærhelsetjenesten

Det er behov for bedre IKT-systemer i primærhelsetjenesten. IKT-systemer bør støtte oppunder fastlegens arbeid og kommunikasjon med kolleger, øvrig helsetjeneste og pasienter. Som departementet skriver i sitt høringsutkast til revidert fastlegeforskrift:

«Fra allmennlegenes og Legeforeningens side, og også dokumentert gjennom undersøkelser, er det påpekt for dårlig utnyttelse av IKT-mulighetene.»

Departementet viser også til at Norsk forening for allmennmedisin har tatt initiativ til EPJ-løftet, for å bedre kvaliteten i bruk av elektroniske pasientjournaler hos fastleger, samt privatpraktiserende spesialister.

Forslagsstillerne har merket seg at regjeringen redegjør for en utfordrende og utilstrekkelig situasjon knyttet til IT-løsninger på legekantor, preget av bl.a.

«Uklare regler knyttet til ansvar for utvikling, innføring og finansiering.»

Regjeringen har ikke indikert noen strategi for å følge opp dette. Det bør utformes en plan for å sikre bedre IKT-løsninger på fastlegekontorer, i kommunehelsetjenesten og i kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten. Et bedre IKT-system kan også tilrettelegge for bedre kollegakontakt, faglig utveksling av tilbakemeldinger, innspill m.m.

Smartere bruk av refusjonssystemet

Innretningen på dagens refusjonssystem kan motvirke en del helsepolitiske målsettinger innen fastlegjetjenesten, ved at viktige oppgaver ikke gir refusjon, mens andre oppgaver prioriteres mer enn optimalt grunnet refusjonssystemet. Det er nødvendig å gå gjennom refusjonssystemet for å sikre at det støtter oppunder de helsepolitiske målsettingene, og bidrar til at fastlegenes tid anvendes på ønsket måte. Et eksempel er at dagens regelverk praktiseres svært strengt for refusjon ved hjemmebesøk, mens regjeringens forslag til fastlegeforskrift vil pålegge mer hjemmebesøk. Bruken av hjemmebesøk hadde sannsynligvis vært høyere hvis refusjonen la til rette for dette. Det bør også sees på hvordan refusjonssystemet kan utvides for å legge til rette for bruk av personell som ikke er legeutdannet på fastlegekontorene, for eksempel ved at arbeid som utføres av øvrig helsepersonell ved fastlegekontorene også kan utløse refusjon. Refusjonssystemet gjennomgås med tanke på å endre det slik at det støtter oppunder de oppgaver og prioriteringer som helsepolitiske føringer tilsier.

Legevaktordningen

Legevakten har en sentral plass i primærhelsetjenesten, der allmennlegene spiller en viktig rolle. I Nasjonalt kunnskapssenter for legevaktmedisin (NKLM) sitt forslag til «Nasjonal handlingsplan for legevakt», heter det at legevaktjenesten: «i dag er ein naudetat i bakleksa», som «ikkje har utvikla seg i takt med den medisinske og organisatoriske utviklinga» i resten av helsetjenesten det siste tiåret, og trenger en betydelig opprustning for å ivareta oppgavene sine. Forslagsstillerne vil vise til at denne handlingsplanen inneholder en rekke tiltak som ikke er fulgt opp, men kan bidra til økt kvalitet i legevaktjenesten. Det vises også til NKLMs høringsuttalelse i forbindelse med

behandlingen av Prop. 91 L (2010–2011) ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, som var sterkt kritisk til den manglende oppfølgingen og utviklingen av legevaktjenesten. NKLM bemerket at:

«De oppfattet det som en svekkelse av legevakten sin sentrale rolle, noe som er det motsatte av våre faglige råd, Stortingets mening og slik vi tidligere har oppfattet Departementet og Helsedirektoratet sine føringer.»

Ifølge NKLM er legevakten stort sett preget av lite utviklede organisasjoner. Det gjelder både faglig, administrativt og økonomisk. Det er altså et stort samhandlingspotensial knyttet til en bedre organisering, og solid opprustning av tjenesten.

Legevakten sliter med rekrutteringsproblemer. Selv om fastleger som ikke har fritak har plikt til å delta i legevaktordningen, har det vist seg at bare om lag 50 pst. deltar fullt ut. Alle kommuner har legevaktordninger, selv om måten den er organisert på varierer – og de fleste deltar i interkommunalt samarbeid. Utviklingen mot større legevakter gir kvalitet, fordi flere leger deler på vaktene, hvilket motvirker rekrutteringsproblemer. Det er positivt med mer interkommunalt samarbeid om legevakt, av hensyn til robusthet og kvalitet.

Det bør legges til rette for at det etableres flere legestillinger som i hovedsak er knyttet opp mot legevaktordningen. For å oppnå dette må statusen og det faglige innholdet i denne tjenesten styrkes.

En bedret fastlegedekning vil, ifølge NKLM, begrense presset på legevaktordningen. Bedre fastlegedekning gir færre legevaktkonsultasjoner. Mange av henvendelsene til legevakten er ikke reelt sett akuttmedisinske, men de som er det stiller krav til beredskap. I tallmateriale fra Vaktårnprosjektet kommer det frem at 79,9 pst. av kontakter kunne vente til dagen etter.

Kvalitetsarbeidet i legevakten må styrkes. Forskrifter om internkontroll og akuttmedisin må følges opp bedre fra kommunens side, det bør utvikles administrative og kliniske kvalitetsindikatorer, og det bør være kvalifiserte leger med spesialisering i allmennmedisin på enten vakt eller bakvakt.

Kvalitetsutvikling – tilgjengelighet og rutiner

Realistiske funksjons- og kvalitetskrav

I Innst. 212 S (2009–2010) om samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2009–2010)) uttalte helse- og omsorgskomiteen sin støtte til et arbeid med å fastsette nasjonale funksjons- og kvalitetskrav til fastlegene. Dette er grunnlag for forslagene i høringsnotat om revidert fastlegeforskrift. Imidlertid er fraværet av positive virkemidler for å nå disse målene bekymringsfullt, og kan gjøre det vanskelig å nå målene uten at det går på bekostning av andre viktige hensyn. Høringsnotatet legger opp til at kommunene

kan ilegge sanksjoner dersom de foreslåtte krav om responstid på telefon og ventetid på konsultasjon ikke følges opp. Forslagsstillerne er redde for at dette vil kunne gå utover viktige hensyn for pasientene, samt vridning vekk fra aktiviteter det ikke er knyttet sanksjonstrusler til.

Tid er en kritisk faktor i et lege-pasient-forhold, og pasientenes opplevelse av kvaliteten i kontakt med fastlegen er avhengig av at fastlegen har tid til å høre på deres bekymringer, gi god informasjon og engasjere seg i god dialog med pasientene. I et slikt lavterskeltilbud som fastlegen er for mange sårbare grupper og risikopasienter, så vel som for pasienter som av andre grunner har behov for grundige konsultasjoner og samtaler, er det særlig viktig at fastlegene har tid nok til pasientene sine.

I Legeforeningens rapport «Tillit, tilgjengelighet, trygghet – styrking av allmenntilleggsmedisin og fastlegeordning frem mot år 2020» (Legeforeningen 2010) beskrives dette godt:

«Nok tid til eldre pasienter, pasienter med sammensatte lidelser eller spesielle behov handler om å møte pasienten med forståelse, respektere pasientenes integritet, og å se pasientens unike situasjon slik at den samlede medisinske kunnskap kan appliseres på nettopp denne pasienten. Legens møte med pasienten handler minst like mye om å gi livsmot og stimulere iboende ressurser som å se etter svikt og gjøre tekniske grep.»

Selv om det er behov for å se på fastlegenes arbeid og rutiner, vil en presset timeplan risikere at folkehelseperspektiv, forebygging og lavterskelkontakt svekkes til fordel for å innfri kvantitative målsettinger.

Det er viktig at allmennlegetjenesten i kommunene tilbyr en kort ventetid på konsultasjoner for prioriterte henvendelser, men også for ikke-prioriterte, ettersom fastlegen også skal kunne gi rask og tilgjengelig hjelp i forebyggende øyemed. Imidlertid er det viktig at det ikke settes så rigide krav til rask oppfølging av alle pasienter at fastlegen mister muligheten til å prioritere de mest akutte behovene hos sine pasienter.

Tilgjengeligheten må bedres

Som også departementet påpeker i sitt høringsnotat om revidert fastlegeforskrift, er tilgjengeligheten på legekantorene objektivt sett blitt bedre. Til tross for dette opplever brukerne lavere tilfredshet. Det er fortsatt behov for at pasienter og personer på fastlegens lister raskere får tilgang til lege på telefon, lettere får bestilt konsultasjoner og får disse satt opp på et raskere tidspunkt. Også Wisløff-utvalgets utredning, NOU 2005:3, trakk frem telefontilgjengelighet og ventetid for konsultasjoner som felter som bør følges opp.

I behandlingen av Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015 (Meld.St. 16 (2010–2011)) bemerket helse- og omsorgskomiteen, i Innst. 422 S (2010–2011), at det skal være god tilgjengelighet til fastlegen. Komiteen skrev også at flere fastleger burde vurdere mulighet for drop-in-timer og kvelds åpne kontorer. Enkelte legekantorer har begynt med et system for time på dagen, og uttrykker stor tilfredshet med dette.⁹ Det er viktig at historier og eksempler som dette blir spredd, og kan inspirere fastlegekontorer til å prøve nye rutiner og se om forsøk på bedre tilgjengelighet kan fungere for deres organisasjon.

Åpningstider på fastlegekontorer må også sees i sammenheng med den kommende nye forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (legevaktforskriften).

Bruk av større legekantorer med flere ansatte gir også mulighet for mer fleksibilitet i åpningstidene, samt et mer differensiert tilbud av helsepersonell. Større gruppepraksiser vil også, selv om én lege har hovedansvar for hver pasient, muliggjøre et felles arbeid for å innfri en pasients rettigheter, og dermed bedre tilgjengelighet og service. Ved bruk av felleslister og støttfunksjoner er det viktig at gevinstene ved at pasientene har én ansvarlig lege som er navet i deres kontakt med helsevesenet, ivaretas.

For mange pasienthenvendelser kan det være både vanskelig og tungvint, og ikke minst unødvendig, å oppsøke fastlegens kontor fysisk. Pasientene ønsker også i forkant å gjøre fastlegen oppmerksom på hvilke problemstillinger som ønskes undersøkt og følge opp informasjon i etterkant av konsultasjonen. Mange pasienter har derfor etterlyst IKT-verktøy som gjør det lettere å konsultere og kommunisere med fastlegen sin elektronisk. Et system som muliggjør dette bør utvikles på nasjonalt nivå, med sikte på lokal implementering. Refusjonssystemet må legges til rette for at elektroniske konsultasjoner og arbeid brukes der det er faglig riktig.

Dedikerte sykehjemsleger

Høyres representanter har ved flere anledninger tatt til orde for at det må ansettes flere dedikerte leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, særlig med sikte på sykehjemsarbeid. Sykehjemsleger vil gi mer kontinuitet og kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og være viktig for å nå samhandlingsreformens målsettinger om mer helsehjelp ytt på laveste effektive omsorgsnivå. Det vil også ha den fordel flere steder å kunne begrense behov for å trekke fastlegen vekk fra sin praksis, for å utføre annet allmenntilleggsmedisinsk arbeid for kommunen. En annen mulighet er å åpne for kombinasjon av å etablere en 50 pst. stilling som sykehjemslege, kombinert med en nullliste som fastlege. Det gir kombinasjonen

⁹ Dagens Medisin 21/2011: Bedre med time samme dag

av sikkerhet og mulighet for oppbygging av praksis, som kan bidra til rekruttering til primærhelsetjenesten. Det er nødvendig at leger i kommunen sikres like gode lønnsvilkår som leger i sykehus, og mulighet til faglig oppdatering, utvikling og stimulans.

Kvalitetsutvikling – kompetanse, kvalitetsmåling og forskning

Krav om spesialisering i allmennmedisin

Om lag halvparten av dagens fastleger er ikke spesialister i allmennmedisin. Spesialisering er viktig for å sikre den medisinske kvaliteten i fastlegetjenesten. En nøkkel til god pasientbehandling ligger i at personell har god kompetanse for å gi den best mulige medisinske service. I 2007 nedsatte Helsedirektoratet en arbeidsgruppe som i 2008 la frem rapporten «Utviklingsstrategi for legetjenestene i kommunene» (Helsedirektoratet 2008a). I denne rapporten foreslås det også at alle fastleger bør bli spesialister i allmennmedisin. Forslagsstillerne mener at alle nye fastleger bør være, eller utdanne seg til å bli, spesialister i allmennmedisin.

Forskning og kompetanseutvikling

Det vises til at Legeforeningen har jobbet med opprettelsen av et nasjonalt senter for allmennmedisinsk kvalitetsutvikling. Et slikt senter kan understøtte lokalt kvalitetsarbeid, og sørge for bedre utvikling i fastlegetjenesten.

I Forskningsrådets evaluering av fastlegereformen fra 2006 heter det at forskning og fagutvikling anbefales forbedret i allmennlegetjenesten. Også i Helsedirektoratet (2008c) påpekes behovet for at:

«Omfanget av forskning og fagutvikling i primærhelsetjenesten må styrkes slik at den er mer i balanse med tilsvarende aktivitet i spesialisthelsetjenesten.»

De totale forskningsmidlene til spesialisthelsetjenesten og tilknyttede fagområder lå på ca. 3 mrd. kroner i 2008, mens det for samme år kun var bevilget ca. 30 mill. kroner til forskning i allmennmedisin (Legeforeningen 2010:15). Det er nødvendig å se på hvordan forskning innen allmennmedisin kan styrkes, og hvordan det kan rekrutteres flere forskere innenfor allmennmedisin gjennom bruk av insentivordninger og faglig tilrettelegging.

Kontinuerlig kvalitetsarbeid

Det er viktig at fastlegene bedriver kontinuerlig kvalitetsarbeid. I høringsnotatet om revidert fastlegeforskrift tar departementet opp et krav om rapportering til kvalitets- og styringsformål. Som departementet påpeker, vil:

«Innføring av en rapporteringsplikt for fastlegene, der det blant annet etableres rapportering på oppfyllelse av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav, gjøre det mulig for kommunene å danne seg et bilde av hva fastlegene faktisk gjør.»

Dette må sees i lys av påpekningen av at tjenestene fastlegene leverer er en del av det offentlige helse tilbudet til befolkningen, og at kommunen sitter med det overordnede sørge-for-ansvaret.

Det er imidlertid viktig å understreke at gode kvalitetsindikatorer bør utvikles som ikke øker byråkrattmengden unødvendig. Videre er det viktig at det utvikles et enhetlig og nasjonalt system. Rapporteringssystemene bør utvikles med utgangspunkt i en forståelse mellom departement, fagmiljøene, samt relevante forskningsinstanser. Slik kan det legges til rette for at det kommer data som kan brukes i kvalitetsforbedringsarbeid, også i den enkelte virksomhet, men ikke stjeler for mye tid fra pasientarbeid og kurativ virksomhet.

Ifølge internasjonal forskning¹⁰ er den norske allmennlegetjenesten ikke god nok til å evaluere kvaliteten og tilgjengeligheten i tjenesten. Godager og Iversen (2010) hevder derfor i en rapport ved Helseøkonomisk forskningsprogram at:

«Myndighetene bør utvikle et redskap for å overvåke utviklingen i befolkningens bruk av, tilgjengelighet [sic] til og fornøydhet med fastlegene.»

Kollegagrupper

Kvalitetsarbeidet i kommunen vil styrkes av god dialog og godt samarbeid mellom fastleger enten i kommunen eller i nærliggende kommuner. I dette arbeidet er kollegagrupper sentralt. Det bør være obligatorisk for leger å delta i kollegagrupper. Eksistensen av slike er også med på å skape faglige fellesskap og stimulerende kompetansemiljøer i fastlegetjenesten, noe som kan gjøre yrket mer attraktivt for unge leger.

Bruk av kollegagrupper kan også realisere andre politiske målsettinger, som for eksempel reduksjon av sykefraværet. Om Nav utarbeider sykemeldingsprofiler for fastleger, kan disse brukes som utgangspunkt for diskusjon i kollegagrupper om hvordan legenes praksis kan forbedres. Kollegagrupper kan også brukes av spesialisthelsetjenesten/praksiskon-sulentene som møtested for å diskutere og bli enige om felles henvisningspraksis og oppfølging etter utskrivning.

Samhandlingsmål svekkes

Det er en tverrpolitisk målsetting for samhandlingsreformen i å sikre effektiv bruk av legeressurser, og hindre unødvendige henvisninger til spesialisthel-

¹⁰ Referert i Godager og Iversen 2010

setjenesten. Fastlegens portvokterrolle må ikke svekkes. Som henviser, forebygger og behandler spiller fastlegene en uvurderlig rolle for å nå samhandlingsreformens målsettinger.

I henhold til helsepersonelloven § 4 har fastlegene et ansvar for å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp til sine pasienter. Flere fastleger, bl.a. Legeforeningens leder i Møre og Romsdal, Ottar Grimstad (2012), har påpekt at regjeringens planer undergraver samhandlingsreformens målsetting om å begrense press på spesialisthelsetjenesten. De varslede kravene i høringsnotatet om revidert fastlegeforskrift oppfattes å nødvendiggjøre kortere konsultasjonstider. Da vil forsvarlighetskravet risikere å kun innfris dersom fastlegene inntar en mer liberal henvisningspraksis til spesialisthelsetjenesten. Bekymringen har kommet både fra sykehusene og de regionale helseforetakene. Overlege ved avdeling for samhandling ved Akershus universitetssykehus HF, Jan-Emil Kristoffersen (2012), og administrerende direktør i Helse Nord RHF, Lars Vorland, har uttrykt den samme bekymring. Lars Vorland har påpekt at:

«Hvis hver fastlege øker antallet sykehusinnleggelser med én prosent, betyr det 30 pst. flere innleggelser på landsbasis.»¹¹

Forslagsstillerne vil understreke at dette ikke bare kan motvirke målsettingen om å forebygge sykehusinnleggelser, som det har vært bred enighet om. Det vil også potensielt øke den økonomiske risikoen for kommunene, grunnet innføringen av kommunalt medfinansieringsansvar for en del sykehusinnleggelser fra 1. januar 2012. Således kan de strenge kravene i forslaget til revidert forskrift, gitt mangelen på støttende virkemidler for å innfri dem, gjøre at helsepersonelloven § 4 kan komme i konflikt med samme lov § 6 der ansvaret fastlegene har for at bl.a. kommunen ikke påføres unødvendige utgifter, uttrykkes.

Forslag

På denne bakgrunn fremmes følgende

f o r s l a g :

1. Stortinget ber regjeringen kartlegge behov og legge frem en opptrappingsplan for legedekning i primærhelsetjenesten generelt, og fastlegeordningen spesielt.
2. Stortinget ber regjeringen utrede modeller for hvordan kommunene skal kunne, og stimuleres

til å, opprette flere utdanningsstillinger innen allmenntilleggsmedisinsk spesialisering.

3. Stortinget ber regjeringen fremme tiltak som kan gjøre det mer attraktivt å opprette legestillinger dedikert til sykehjem og bidra til rekruttering av disse.
4. Stortinget ber regjeringen stille krav om at alle nye fastleger skal være – eller utdanne seg til å bli – spesialister i allmenntilleggsmedisin.
5. Stortinget ber regjeringen gjøre det obligatorisk at alle fastleger deltar i kollegagrupper med fastleger i egen, og eventuelt nærliggende, kommuner.
6. Stortinget ber regjeringen styrke allmenntilleggsmedisinsk forskning, herunder bruk av insentivordninger, finansiering og faglig tilrettelegging. Finansieringen bør legge til rette for et samarbeid mellom kommunene, fastlegene, det allmenntilleggsmedisinske kompetansesenteret og universitet/høgskolene.
7. Stortinget ber regjeringen trappe opp innsatsen for å utarbeide en kvalitetsindikator og -rapporteringssystem, herunder brukererfaringer, for kvalitetsutvikling i fastlegestjenesten.
8. Stortinget ber regjeringen fremme forslag om nødvendige endringer i regelverk og finansieringsordninger for å legge til rette for mer bruk av annet helsepersonell enn leger i og tilknyttet fastlegekontorene, herunder refusjonssystemet, for å gjøre det mer attraktivt å bruke sykepleiere, psykologer og jordmødre, i tilknytning til fastlegekontorets arbeid.
9. Stortinget ber regjeringen fremme forslag om å etablere tilbud av allmenntilleggspsykologer i kommunene, gjennom endringer i lovverk, etablering av plan for utvikling og endrede finansieringsordninger. Finansieringsordningen bør legge til rette for samlokalisering med fastlegene.
10. Stortinget ber regjeringen utrede behov for og muligheter for å styrke primærhelsetjenesten og fastlegeordningen gjennom utdanning av og bruk av kliniske ekspertsykepleiere.
11. Stortinget ber regjeringen gjennomgå refusjonssystemet i fastlegeordningen med sikte på å fremme forslag om endringer som gjør at systemet i større grad bidrar til realisering av de helsepolitiske målsettinger for helsetjenesten.
12. Stortinget ber regjeringen vurdere tiltak for å styrke de lokale samarbeidsutvalgene som en arena for samarbeid, samhandling og dialog mellom fastleger og kommunene.
13. Stortinget ber regjeringen videreutvikle ordningen med praksiskonsulenter, bidra til at denne etableres flere steder og blir gjenstand for evaluering.

¹¹ 11 Dagens Medisin (2012): Frykter flere sykehusinnleggelser, publisert 9.2.2012 på <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/frykter-flere-sykehusinnleggelser/>

14. Stortinget ber regjeringen gi en statusrapport i statsbudsjettet for 2013 om oppfølging av NKLMs Nasjonal handlingsplan for legevakt og legge frem plan om videre oppfølging av forslagene.
15. Stortinget ber regjeringen sørge for IKT-løsninger som kan gi bedre kommunikasjon mellom pasienter, fastleger, kolleganettverk, kommune og spesialisthelsetjenesten, herunder modeller for organisering, ansvar, finansiering og implementering.
16. Stortinget ber regjeringen utvikle og pilotere IKT-systemer for implementering hos fastlegekontorene som muliggjør trygg elektronisk dialog og kommunikasjon mellom fastlege og listepasienter. I denne sammenheng må refusjonssystemet tilpasses slik at denne teknologien brukes faglig hensiktsmessig.

25. april 2012

Vedlegg

Referanser

Brekke, M., m.fl. (2000): «Utdanningsstillinger vil øke rekrutteringen til allmennmedisin», *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, **120**.

Godager, Geir og Tor Iversen (2010) *Brukernes erfaringer med fastlegeordningen 2001-2008: Trender i bruk, tilgjengelighet og fornøydhet*. Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo, HERO.

Grimstad, Ottar (2012): «Forskrifta som kan ødelegge samhandlingsreformen og fastlegeordningen», publisert 18. januar 2012 på <http://ottarg.blogspot.com/2012/01/forskrifta-som-kan-delegge.html>

Helsedirektoratet (2008a): *Utviklingsstrategi for legetjenestene i kommunene*.

Helsedirektoratet (2008b): *Skapes helse, skapes velferd – helsesystemets rolle i det norske samfunn*. Utviklingstrekkrapport 2008.

Helsedirektoratet (2008c): *Behov for legeårsverk 2007-2015*. (Vedlegg til Helsedirektoratet 2008a)

Helse- og omsorgsdepartementet (2005): NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste.

Hermansen, Marit og Gisle Roksund (2001): «Tanker om allmennmedisinens fremtid», *Utposten* (4).

Horrocks, Sue, m.fl. (2002): «Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors», *British Medical Journal* **324**.

Kristoffersen, Jan Emil (2012): «Forskriften sykehusene bør frykte», *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, **132** (2).

Kristoffersen, E. S., m.fl. (2012): *Rekruttering til allmennmedisin må styrkes, ikke svekkes*. Høringsuttalelse ifm. revidert fastlegeforskrift, av 17. januar 2012, på

Legeforeningen (2009): *Tillit – trygghet – tilgjengelighet: Styrking av allmennmedisin og fastlegeordning frem mot år 2020*. Den norske legeforening.

Legeforeningen (2011): «Legeforeningens høringsuttalelse om legetjenester i kommunen», publisert 10.1.2011 på <https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/tema/legetjenester-i-kommunene/enkelt svar/8737/>

Lunde, Elin Skretting (2007): «Hva slags problemer går vi til fastlegen med», *Samfunnsspeilet* (3). SSB.

Olssøn, Ingrid (2007): «Angst og depresjon underdiagnostiseres», *Tidsskrift for den norske legeforening*, **127** (4).

