

Fastlegen som helsetjenestens portner

Om den medisinske og helseøkonomiske nytten av fastlegen som pasientens personlige veileder i en kompleks og fragmentert helsetjeneste



Til Legeforeningens sentralstyre

Delrapport 3 fra arbeidsgruppe: "Styrket medisinsk faglig ledelse i primærhelsetjenesten - satsingsområde 3, 2015-2017"

Ekspertbidrag:

Anders Grimsmo: Utvikling og styrking av fastlegens portnerfunksjoner – et bidrag til en bedre helsetjeneste

Geir Godager og Tor Iversen: Portnerrollen og økonomiske incentiver i primærlegetjenesten

Arbeidsgruppe:

Ole Johan Bakke (leder) Sentralstyret og Leger i samfunnsmedisinsk arbeid

Frantz Leonard Nilsen, Spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin

Elizabeth Kimbell, Norsk forening for alders- og sykehjemsmedisin

Petter Brelín, Norsk forening for allmennmedisin

Kari Sollien, Sentralstyret og Allmennlegeforeningen

Nils Kristian Klev, Allmennlegeforeningen

Jon Helle, Sentralstyret og Overlegeforeningen

Redaksjon:

Fagmedisinsk avdeling ved Jan Emil Kristoffersen, Sverre Vigeland Lerum, Hedda Maurud og Tor Carlsen

Avdeling for jus og arbeidsliv ved Aadel Heilemann

Samfunnspolitisk avdeling ved Sara Underland Mjelva

Eksterne bidragsytere:

Professor Anders Grimsmo
Førsteamanuensis Geir Godager
Professor Tor Iversen

ISBN xxx xxx xxx xxx

Innhold

Forord.....	4
Innledning.....	5
Del 1- Legeforeningen og portnerrollen.....	5
Sammendrag av ekspertbidragene.....	11
Anders Grimsmo: Utvikling og styrking av fastlegens portnerfunksjoner – et bidrag til en bedre helsetjeneste.....	11
Geir Godager og Tor Iversen – Portnerrollen og økonomiske incentiver i primærhelsetjenesten	13
Ekspertbidrag	16
Del 2 - Anders Grimsmo: Utvikling og styrking av fastlegens portnerfunksjoner – et bidrag til en bedre helsetjeneste	16
1. Innledning.....	17
2. Bakgrunn	17
3. Effekter av en portnerfunksjon - tilgjengelighet, kontinuitet, bredden av tjenester og koordinering..	18
4. Tilgjengelighet	18
5. Kontinuitet.....	19
6. Tilbud av tjenester.....	20
7. Koordinering	22
8. Alternative løsninger på en portnerfunksjon	22
9. "Case management"	22
10. Bruk av egenandeler.....	23
11. Norge sammenlignet med andre land.....	24
12. Vurderinger av forholdene i Norge	25
13. Portnerrollen mangler en nasjonal strategi	26
14. Hvorfor øker antallet innleggelser i sykehus?	27
15. Høy kontinuitet, men ikke for alle.....	27
16. Er tilgangen av allmennlegeressurser blitt brukt riktig?.....	28
17. Egenandeler synes uegnet som et virkemiddel mot unødvendig bruk av helsetjenester	29
18. Referanser.....	30
Ekspertbidrag	38
Del 3 - Geir Godager og Tor Iversen: Portnerrollen og økonomiske incentiver i primærlegetjenesten.....	38

1. Innledning.....	39
2. Rammeverk	41
2.1 Hva er en henvisningsrate?.....	41
2.2 Portnerrollen og samfunnet	47
2.3 Er politikktiltak for økt diagnostisk presisjon ønskelig for samfunnet?.....	52
3. Resultater fra teoretisk og empirisk forskning	54
3.1 Teoretisk litteratur om kombinasjoner av portvakt/finansieringsordninger.	54
3.2 Regulering av tilgang til spesialisthelsetjenesten i sentrale OECD-land.....	57
3.3 Resultater fra empiriske studier av portnerrollen	60
4. Modernisering av portnerrollen.....	66
5. Oppsummering og diskusjon.....	82
6. Referanser.....	85
A1. Matematisk appendiks	89

Forord

Rapporten du nå leser handler om fastlegens portnerrolle. Samtidig presenterer Legeforeningen ytterligere en rapport om styrket ledelse i primærhelsetjenesten. Begge rapportene er supplert med utredninger gjort av fremstående helsetjenesteforskere. Legeforeningens formål er å bygge et best mulig kunnskapsgrunnlag for utvikling av et moderne medisinsk tilbud i kommunene.

Fastlegens portnerfunksjon var viktig ved innføringen av fastlegeordningen. I ettertid har det vært en avtagende interesse for denne rollen fra myndighetenes side, mens direkte tilgjengelighet til helsetjenester har rykket opp på den politiske dagsorden. Legeforeningen har derfor sett et behov for å avklare om fastlegens portnerfunksjon fortsatt forsvaret sin plass, og om den bør moderniseres.

I denne rapporten presenterer derfor Legeforeningen utfordringer og muligheter ved fastlegens portnerrolle. Vi har hentet kunnskapsgrunnlag fra to ulike fagmiljø for å se på portnerrollen fra både et samfunnsmedisinsk og helseøkonomisk perspektiv.

Anders Grimsmo¹ viser hvordan fastlegens portnerrolle bidrar til en helsetjeneste som gir et mer likeverdig tilbud til alle, med bedre utkomme for pasientene og lavere pris for samfunnet.

Geir Godager og Tor Iversen² har gjennomgått den helseøkonomiske forskningslitteraturen og utviklet teoretiske simuleringsmodeller som viser hvordan portnerrollen er kostnadseffektiv, og hvordan man ytterligere kan øke gevinsten ved å sørge for høyere kvalitet og kapasitet.

Fra begge fagmiljøene gis et entydig svar; Fastlegens portnerrolle er bra for både økonomien og helsen. Men den bør styrkes og moderniseres for å møte morgendagens utfordringer i en aldrende befolkning hvor stadig flere lever med mange samtidige sykdommer og ulike grader av funksjonssvikt.

God lesning!

Marit Hermansen

president

¹ Anders Grimsmo er professor ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk naturvitenskapelige universitet (NTNU) i Trondheim. Han har en omfattende vitenskapelig produksjon innenfor helsetjenesteforskning og samfunnsmedisin, helsefremmende og forebyggende arbeid, trygdemedisin, helsetjenester for utsatte grupper, statistikk og kvalitetsutvikling i primærhelsetjenesten, samhandling og helseinformatikk.

² Geir Godager og Tor Iversen er begge konsulenter i Helseøkonomisk analyse AS. Godager er også førsteamanuensis ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Tor Iversen er professor samme sted.

Innledning

Denne rapporten har tre deler. I første del presenterer Legeforeningen sin politikk knyttet til fastlegens portnerrolle, deretter følger sammendrag av de eksterne bidragene. I andre del drøfter Anders Grimsmo portnerrollen i et medisinsk kvalitetsperspektiv. I tredje og siste del presenterer Geir Godager og Tor Iversen sine vurderinger av portnerrollen i et helseøkonomisk perspektiv.

Del 1- Legeforeningen og portnerrollen

Trenger moderne mennesker en fastlege som rådgiver i valg av sine helsetjenester, eller er det bedre å åpne opp med direkte tilgang til alle eller mange typer helsetilbud? På hvilke områder kan direkte tilgang være hensiktsmessig, og på hvilke områder er koordinering gjennom en portner det beste? Og i så fall, hvem er best skikket til å være portner, i kraft av kompetanse, rolle og relasjon til den enkelte innbygger?

Fastlegen er innbyggernes inngang til helse- og velferdsordninger, som:

- Henvisning til spesialisthelsetjenesten
- Forskrivning av legemidler – blå reseptmedisiner, antibiotika, vanedannende legemidler med mer
- Medisinsk sakkyndig for velferdsordninger knyttet til sykdom og uførhet
- Medisinsk sakkyndig i førerkortsaker, overfor forsikringsselskapene mm.

Legeforeningen understreker viktigheten av denne rollen, men foreslår mer fleksible måter å koordinere tjenestene på enn hva som tradisjonelt har vært tilfellet. Tradisjonelt var portneren en vokter av helse- og velferdsgoder, en portvokter, som kunne synes å stå på utsiden av helsetjenesten og styre strømmen inn. Legeforeningen mener det i dag er riktigere å se på portneren som en behandler, koordinator og navigatør som samarbeider med pasienten og andre tjenester. En avgjørende kvalitet i portnerarbeidet er at det gjøres gode medisinskfaglige vurderinger.

Kontinuitet i lege – pasientforholdet gir portnerrollen kvalitet

Kontinuitet i lege - pasientforholdet er den viktigste faktoren for høy kvalitet på fastlegetjenesten, og følgelig også portnerrollen.

"Recruit and retain"

En viktig faktor for fastlegearbeid av høy kvalitet og med god diagnostisk presisjon er at lege-pasientforholdet er stabilt over tid. Vi vet fra nyere norsk forskning at dette er vanskelig å få til i deler av landet. Abelsen, Gaski og Brandstorp³ skriver i 2016 at i kommuner med under 20.000 innbyggere er stabiliteten i fastlegekorpset svak. Det er vikarstafetter i mange små- og utkantkommuner, og fastleger blir kortere tid her. De 13 første årene med fastlegeordning (2001-2014) var median varighet av en fastlegeavtale nær 6 år. Varigheten var over tre ganger så lang i kommuner med 50 000 innbyggere eller mer (8,37 år), sammenliknet med i kommuner med under 2 000 innbyggere (2,75 år)

I internasjonalt arbeid med rekruttering av leger til utkantstrøk fremheves alltid behovet for ikke bare å rekruttere, men også å beholde legene.

Norsk forskning⁴⁵ fremhever de positive effektene av tilrettelegging for samarbeid og fagutøvelse, herunder godt organisert legevaktsordning. Forskningen viser også til betydningen av at store nok deler av grunnutdanningen legges til primærhelsetjenesten.

EU-initiativet «Recruit & retain»¹⁶ peker i hovedsak på de samme mekanismene, og peker også på "just wages" (rettferdige lønnsbetingelser) som en viktig faktor for å skape stabilitet.

- Kontinuitet i forholdet mellom fastlege og pasient er det viktigste elementet for å styrke presisjon i beslutninger, og har mange andre positive effekter. Rekruttering og stabilitet er derfor det viktigste virkemidlet for å ta ut gevinstene av portnerrollen, særlig redusert forbruk av spesialisthelsetjenester.

³ Birgit Abelsen, Margrete Gaski og Helen Brandstorp: FASTLEGEORDNINGEN I KOMMUNER MED UNDER 20 000 INNBYGGERE. Nasjonalt senter for distriktsmedisin UiT Norges arktiske universitet 2016

⁴ Abelsen B: Rekruttere og beholde. Utposten nr 3 2014

⁵ Mardal VEG, Steensland P: Kva bidreg til at fastlegar blir i distrikt? Utposten nr 3 2014

⁶ Recruit and retain. Northern periphery programme 2001-2013, European union regional development fund May 2014. www.recruitandretain.eu

- For norske forhold innebærer det tiltak som sikrer rekruttering og stabilitet i små- og utkantkommuner.
- Helseledelsen i kommunene må legge til rette for at unge leger kan gå inn i utdanningsstillinger hvor det er en plan for gjennomføring av spesialisering, hvor legen inngår i et robust medisinsk fagmiljø, og har mulighet til å velge fastlønn eller næringsdrift i ulike deler av karrieren.
- Kvalitet er mer enn bare kontinuitet. Det er godt dokumentert at systematisk og kontinuerlig forbedringsarbeid er effektive hjelpemidler i å forbedre klinisk praksis.
- Kvalitetsarbeid må foregå lokalt, basert på relevante data og klinikknær fortolkning. Legeforeningen har etablert SKIL (Senter for kvalitet i legekantor AS) med formål å utvikle og bredde systemer for lokalt kvalitetsarbeid.

Samordning av helsetilbudet til pasienten

Henvisninger er en av flere måter å koordinere tjenester på. Fastlegen henviser når hun enten mangler medisinsk teknisk utstyr eller spesialkompetanse for å hjelpe pasienten med et helseproblem. Henvisningen er best egnet der et helsetilbud gis ved en ansvarsoverføring og en sekvensiell behandlingstilnærming. Særlig for det økende antallet personer med mange kroniske sykdommer ledsaget av ulike grader av funksjonssvikt, er henvisninger ofte ikke like godt egnet, og koordinering av innsats fra ulike behandlere som jobber i team kan være mer effektivt. Teamorganisering har også en kostnadsside og bør derfor bare velges fremfor sekvensielle samarbeidsstrategier når det er sannsynliggjort at det gir bedre resultater for pasienten.

Samordning mellom kommunale medisinske tilbud

I kommunehelsetjenesten er henvisninger som kommunikasjonsform ofte uhensiktsmessig. Samarbeid mellom fysioterapeut og fastlege er et godt eksempel på dette, hvor henvisningsordningen ikke har ført til at pasientene har mottatt koordinerte tjenester. For

personer med langvarige plager fra muskel-skjelettsystemet er det viktig med fortløpende dialog mellom behandlerne. Når henvisningsordningen fra lege til fysioterapeut fjernes må den derfor erstattes med mer hensiktsmessige krav til samhandling som øker sjansene for et godt behandlingsresultat.

På samme måte må det settes standarder for samhandling mellom fastlegekontor, helsestasjon, pleie- og omsorgstjenestene, sykehjem, kommunale psykiske helsetilbud mm.

Lokal helseledelse trenger verktøy for å koordinere lokale helsetjenester på en effektiv og kunnskapsbasert måte. Nasjonale standarder eller en bransjenorm kan være et slikt verktøy. Helseledelsen må bruke dette sammen med god lokalkunnskap for å få til ønsket endring.

Legeforeningen mener at flerfaglige team i mye større grad enn i dag bør brukes i primærhelsetjenesten. For personer med kronisk/alvorlig sykdom og funksjonssvikt og personer med sammensatte medisinske og sosiale hjelpebehov bør det avsettes økte ressurser til både faste teamstrukturer og dynamiske teamdannelser rundt enkeltpasienter.

- Koordinering av tjenester i flerfaglige team skal brukes der vi vet at det gir gevinst for pasienten og samfunnet:
- Flerfaglige primærhelseteam kan bedre helse og funksjonsevne og redusere akuttinnleggelser i sykehus hos personer med sammensatte somatiske og psykiatriske sykdomsbilder og funksjonssvikt.
- Tverrfaglige primærhelseteam påvirker imidlertid ikke sykkelighet eller bruk av spesialisthelsetjenester hos flertallet av personer med somatiske risikotilstander eller livsstilssykdommer med opprettholdt funksjonsnivå.
- Team i primærhelsetjenesten som ikke nyttiggjør seg den kontinuitet og relasjon til pasienten som fastlegen over tid har bygget opp synes ikke å gi merverdi for pasient og samfunn.

Kommunikasjon mellom fastlegekontor og andre aktører i kommunehelsetjenesten må bedres gjennom hensiktsmessige IKT-løsninger. Meldingsstandardene som i dag brukes mellom helseforetak og kommunale pleie- og omsorgstjenester kan med relativt beskjeden utvikling også brukes for fastlegekontor med og uten primærhelseteam.

Noen meldingsstandarder må på plass raskt, flere av dem innen pilotering av primærhelseteam forventes igangsatt (2. kvartal 2018):

- Melding fra helseforetak når fastleges pasient blir innlagt
- Melding fra helseforetak om forventet utskrivningstidspunkt
- Rapport fra helseforetak med legemidler i bruk og oppfølgingsplan på utskrivningstidspunktet
- Elektroniske meldinger mellom andre behandlere i kommunehelsetjenesten og fastlege

Samordning mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten

Legeforeningen mener at det må avsettes mer ressurser for å styrke samarbeidet mellom fastlege og lege i spesialisthelsetjenesten, både gjennom tiltak som øker fastlegens diagnostiske presisjon, og ved å utvikle kommunikasjonsteknologi som skaper rom for legers dialog rundt pasienter. Slik kan kvaliteten i pasientforløpene styrkes mens presset på spesialisthelsetjenesten dempes.

- Finansieringsordninger som oppmuntrer til investering og opplæring i bruk av moderne diagnostisk teknologi kan redusere forbruk av spesialisthelsetjenester. Et godt eksempel på slik teknologi er diagnostisk ultralyd, som nå er tatt i bruk av ca 10% av fastlegene, og som har et stort potensial for å gi mer presis diagnostikk som "bedside" beslutningsstøtte i vel definerte kliniske situasjoner. Fiberoptisk utstyr for undersøkelser i nedre del av tykktarm/endetarm og øre-nese-halsområdet, er andre eksempler. Moderne

beslutningsstøtteverktøy basert på "Big Data" og kunstig intelligens bør i fremtiden også bli en viktig del av fastlegenes diagnostiske armamentarium.

- Bedre dialogverktøy mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten har vært etterspurt av Legeforeningen i lang tid. Dialog mellom fastlege og lege i spesialisthelsetjenesten vil kunne medføre en riktigere prioritering av pasientene, basert på et bedre beslutningsgrunnlag gjennom begges erfaringer og kunnskap. Elektroniske dialogmeldinger er allerede etablert mellom sykehus og kommunale pleie- og omsorgstjenester, og er teknisk sett en lavt hengende frukt, men som må suppleres med tilpasninger av den innsatsstyrte finansiering for å prioritere dialog, for derved å kunne ta ut gevinstene⁷.

Til sammen mener Legeforeningen at disse tiltakene vil innebære et vesentlig kvalitetsløft som styrker portnerrollen som virkemiddel for å skape en helsetjeneste som er bærekraftig og oppleves som sammenhengende av pasienten.

⁷ Helse Vest har nå startet utrulling av elektroniske dialogmeldinger mellom fastleger og helseforetak i hele helseregionen

Sammendrag av ekspertbidragene

Anders Grimsmo: Utvikling og styrking av fastlegens portnerfunksjoner – et bidrag til en bedre helsetjeneste

Gjennom en omfattende litteraturgjennomgang finner Grimsmo at portnerfunksjonen har betydelig innflytelse på forbruk av helsetjenester, behandlingsresultater, kostnader, likhet og pasienttilfredshet. Om lag 90 % av henvendelsene om helsehjelp blir ivaretatt av allmennlegene uten henvisning til spesialist. Han viser også at sammenliknet med andre land er fastlegens portnerfunksjon i Norge neppe fullt utnyttet.

Grimsmo undersøker litteraturen om effekter av portnerfunksjon langs dimensjonene tilgjengelighet, kontinuitet, tilbud av tjenester og koordinering. Høy *tilgjengelighet* er en forutsetning for en fungerende portnerrolle, og vil i tillegg være sosialt utjevnende. Lav tilgjengelighet hos fastlege øker henvendelser til legevakt, skadepoliklinikker og akuttmottak.

Kontinuitet handler om å ha et personlig kontaktpunkt i helsetjenesten over tid hvor det bygges opp et gjensidig tillitsforhold. Grimsmo viser til en rekke positive konsekvenser av kontinuitet som økt pasienttilfredshet, redusert bruk av spesialisthelsetjenester, mer individrettet forebyggende arbeid, bedre etterlevelse av råd og behandling, bedre helse og lavere dødelighet. Kontinuitet er særlig viktig for dem med multiple kroniske sykdommer. Kontinuitet trues i dag av spesialiseringen som følger av den generelle helsetjenesteutviklingen, og av en økende rekrutteringssvikt til allmennmedisin i Norge som i flere andre land.

Et bredt tilbud av tjenester er en viktig del av en godt fungerende portnerrolle. Hva gjelder tverrfaglig sammensetning ved legekantor finner Grimsmo at Norge i gjennomsnitt bare har 2,1 yrkesgrupper representert. Til sammenlikning har Finland 6,9 mot Sveriges 5,9. I Norge er det kun fastlegen som kan utløse refusjoner fra HELFO ved gjennomføring av undersøkelse, behandling, individrettet forebyggende arbeid eller lærings- og mestringsintervensjoner.

Det norske legekantoret har en uhensiktsmessig tilpasning til den voksende gruppen hjemmeboende personer med komplisert medisinsk behandling og nedsatt bevegelighet, og vanskeliggjør hjemmebesøk. Grimsmo finner at Norge skårer svakt på undersøkelser av

koordinering av tjenester, og potensialet for å unngå effekter av god horisontal koordinering eller oppdemming av overlappende laboratorie- og billedundersøkelser hentes ikke ut.

Case management er ikke et entydig begrep, men handler om oppfølging og koordinering av tjenester på vegne av enkeltpasienter, gjerne gjennom en diagnosespesifikk koordinator ofte ved bruk av planer. I norsk eldreomsorg har KS og Helse- og omsorgsdepartementet gjort forsøk med slike ordninger. Grimsmo finner ikke støtte i internasjonal litteratur for at case management reduserer innleggelser i sykehus eller institusjon.

Grimsmo påpeker videre at forbruket av helsetjenester går ned når pasienten må betale en andel av kostnaden. Dette rammer imidlertid utsatte grupper, som personer med kroniske sykdommer og psykiatriske lidelser. Egenandeler bidrar til at pasienter utsetter kontakt med helsetjenesten, og økte egenandeler er også assosiert med flere sykehusinnleggelser.

Sammenliknet med andre land finner Grimsmo at Norge skårer høyt på kontinuitet i allmennpraksis. Han påpeker likevel at Norge har en mangelfull nasjonal strategi for allmennlegetjenesten. Norge skårer svakere på koordinering i helsetjenesten, og norske pasienter rapporterer å være mer avventende til å oppsøke allmennlege enn i andre land. I Norge brukes også data fra allmennlegepraksis og pasienttilfredshetsundersøkelser i liten grad til evaluering av virksomheten. Pasienttilfredsheten med allmennlegetjenesten er likevel funnet å være høyere i Norge enn i mange andre land. Særlig pasienter med kronisk sykdom verdsetter kontinuitet, mens fritt valg av tjenester er mest verdsatt av unge, ressurssterke og personer som stort sett har vært friske.

Fastleger i Norge har i dag ansvar for å vurdere hvilke pasienter som skal henvises videre til spesialisthelsetjenesten. Lignende ordninger finnes i en rekke land, selv om det kan variere hvor streng praksisen med henvisningsplikt er. I omtaler av slike ordninger beskrives legen gjerne som en fagperson plassert ved porten til spesialisthelsetjenesten, og denne legerollen refereres ofte til som «portvakt» eller «portner».

Ordningene er gjerne begrunnet med at de er gunstige for samfunnet ved at henvisningsplikt bidrar til bedre fordeling av samfunnets ressurser. Samtidig har enkelte stilt spørsmål ved hvorvidt og i hvilken grad ordningen bidrar til å oppnå samfunnets målsetninger. Godager og Iversen redegjør for de elementer som inngår i begrepet allmennlegens *henvisningsrate*. De presenterer ett enkelt rammeverk for å identifisere mekanismene som er avgjørende for hvorvidt portnerordninger er ønskelig for samfunnet. Forfatterne bruker begrepet *diagnostisk presisjon* i sin diskusjon av henvisningsrater og hvordan en portnerordning påvirker samfunnets velferd. Det illustreres med talleksemples at den diagnostiske presisjon har stor betydning for henvisningsraten. Når diagnostisk presisjon er høy, blir det færre unødvendige henvisninger til spesialisthelsetjenesten, og samtidig færre feilvurderinger, der pasienter som burde ha blitt henvist, ikke får henvisning.

Illustrasjonen med talleksemples synliggjør også at høye tall for henvisninger fra en legepraksis kan ha tre mulige forklaringer: høy prevalens blant pasientene som vurderes, mange unødvendige henvisninger, eller at det sjelden gjøres uriktig vurderinger om ikke å henvise. Eksempelene viser behovet for varsomhet med å bruke tall for henvisninger i vurdering av medisinskfaglig praksis.

Ved fravær av portnerordning kan pasienten oppsøke spesialisthelsetjenesten direkte etter å ha gjort en «diagnostisk vurdering» på egenhånd. Iversen og Godager viser at dersom kostnadene ved en portnerordning ikke er for høye, er det ønskelig for samfunnet med en portnerordning i tilfeller der det er stor forskjell mellom legens og pasientens diagnostiske presisjon.

Størrelsen på samfunnets gevinst ved å ha en portnerordning sammenlignet med alternativet der pasientene har direkte tilgang til spesialisthelsetjenesten, avhenger av hvor store velferdsgevinster som oppstår når det gjøres riktige henvisningsvurderinger. Dersom det gjøres korrekt vurdering

om å henvise en pasient til spesialisthelsetjenesten, oppstår en velferdsgevinst for samfunnet. Tilsvarende oppstår en gevinst for samfunnet når det gjøres en korrekt beslutning om å ikke henvise. Forfatterne illustrerer med eksempler at det vil variere hvor store gevinstene blir for samfunnet ved korrekte vurderinger.

Ved bruk av en økonomisk modellanalyse undersøkes det hvorvidt det kan være ønskelig for samfunnet å gjøre tiltak for å forbedre den diagnostiske presisjonen i allmennlegetjenesten. Det undersøkes spesifikt virkninger av forbedringstiltak som er av en slik art at fastlegen ikke selv kan implementere dem, som for eksempel organisatoriske tiltak. Forfatterne finner at det ikke kan være optimalt for samfunnet å avstå fra å gjennomføre slike tiltak.

Godager og Iversen går gjennom relevant teoretisk og empirisk litteratur om portvaktordninger. Teoriartiklene som diskuteres, tar for seg spørsmålet om hvordan ressursbruken i samfunnet påvirkes av selve portvaktordningen sammenlignet med ordninger der pasienten har direkte tilgang til spesialisthelsetjenesten, og videre hvordan omfanget av henvisninger påvirkes av betalingssystemet i allmenn praksis under portvaktordninger. Eksempler på betalingssystemer som analyseres, er per capita betaling (CAP), aktivitetsbasert betaling (FFS) og utvidet budsjettansvar (FH), der allmennlegen gis ansvar for behandlingskostnader i spesialisthelsetjenesten. Et vanlig funn er at portvaktordning gir lavere ressursbruk i spesialisthelsetjenesten sammenlignet med om pasientene har direkte tilgang til spesialisthelsetjenesten. Det gjengis også teorieresultater som tyder på at dersom allmennlegen har relativt sterke insentiver for å behandle pasienten selv (et eksempel kan være generøse ytelsesbaserte takster), vil allmennlegen henviser færre, og tallet på henvisninger kan bli færre enn ønskelig for samfunnet. Insentiver til å ta hensyn til behandlingskostnader i spesialisthelsetjenesten vil også trekke i retning av færre henvisninger.

Det er relativt få empiriske studier som tar for seg egenskaper ved portvaktordninger. En rekke studier beskriver betydelig variasjon i henvisninger mellom leger. Forfatterne siterer studier som undersøker om systemer med primærlegen som portner medfører mindre ressursbruk i helsesektoren når det korrigeres for andre variabler som antas å påvirke ressursbruken. Resultatene fra disse undersøkelsene er ikke entydige. Britiske studier som undersøkte virkningen av utvidet praksisbudsjett med ansvar for utgifter i spesialisthelsetjenesten tyder på at utvidet praksisbudsjett bidrar til færre henvisninger. Få studier omhandler imidlertid pasient- og

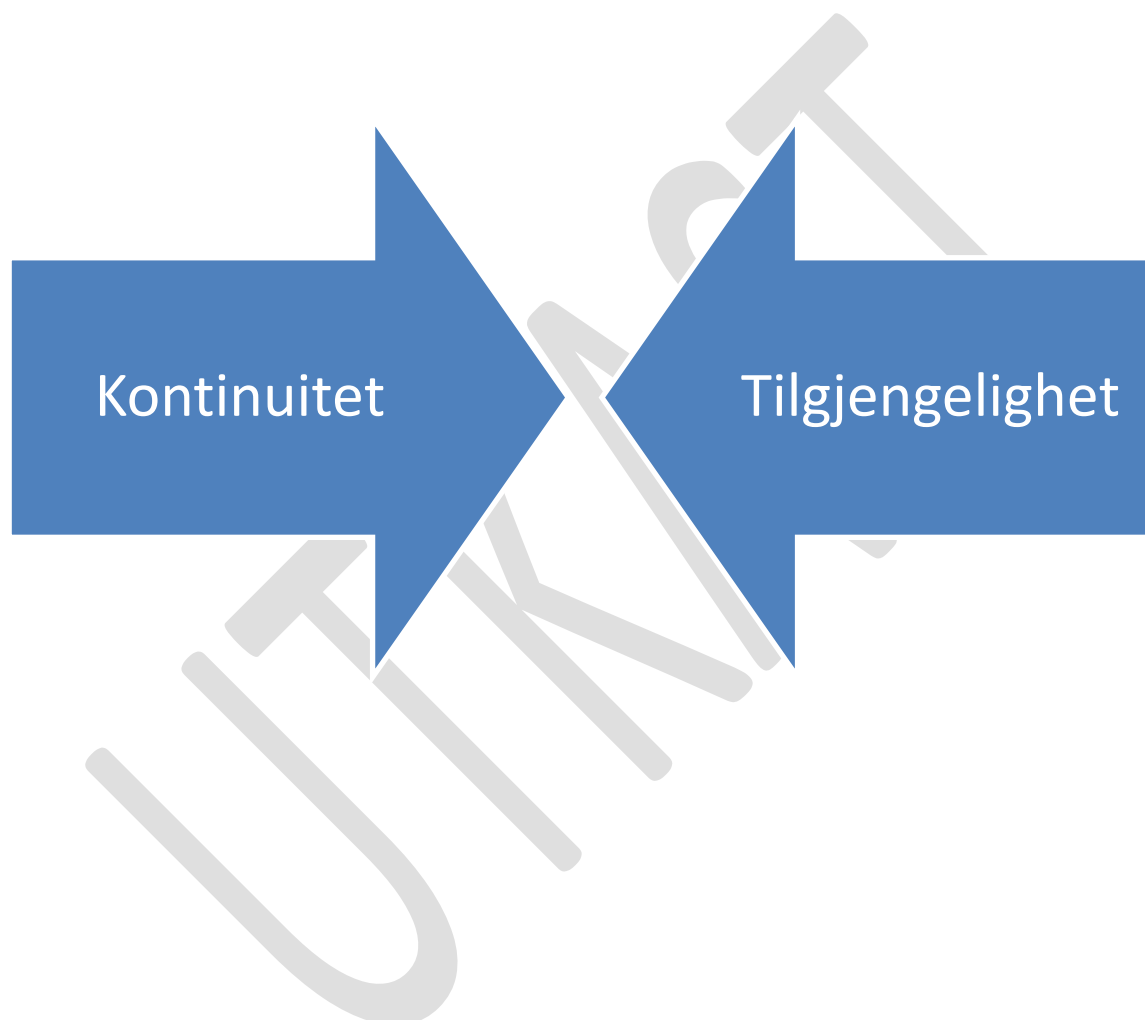
helseeffekter av portnerordninger, og studiene gir ingen klare resultater. Portnerordninger kan ha betydning for ulikhet i bruk av helsetjenester. Det vises bl.a. til en internasjonal studie som viser at bruk av helprivate spesialisthelsetjenester er større i land med fastlegen som portner enn i land uten portnerordning og at merforbruket blir dominert av pasienter i den øverste inntektskvartilen.

Til slutt drøfter forfatterne mulige tiltak for en modernisert portnerrolle i lys av den pågående debatten. Det tas utgangspunkt i modellresonnementene gjennomgått tidligere i rapporten. Her drøftes tiltak for større sensitivitet og spesifisitet av tester i vid forstand i allmennpraksis, betydning av sykdomsprevalens blant pasientene som kommer til fastlegen, samvalg (shared decision-making), økonomiske insitamenter, utvide retten til å henvise også til annet helsepersonell og fjerning av henvisningsplikten for visse tilstander og spesialister. De potensielle forbedringene av slike tiltak må ses i forhold til kostnadene ved tiltakene slik de beskrives rapporten. Med utgangspunkt i drøftingen av de ulike punktene rettes oppmerksomheten særlig mot:

- betydningen av kontinuitet i forholdet mellom henvisende lege og pasient
- finansieringsordninger som oppmuntrer til investering i diagnostisk teknologi
- vurdering av videreutvikling av ordninger for veiledning og kvalitetskontroll
- vurdering av ledelsestiltak som medvirker til kompetanse i bruk av diagnostiske verktøy
- vurdering av bruk av dialogmelding med spesialisthelsetjenesten
- større oppmerksomhet om fornyet vurdering (second opinion) for å redusere forekomst av pasienter som skulle ha vært henvist (falske negative)
- større bevissthet om sentrale elementer av klinisk beslutningsteori blant fastlegene
- utvikling av beslutningsverktøy som fremmer samvalg (shared decision making)
- takster for prosessindikatorer som forbindes med god kvalitet
- argumentene for og mot å utvide henvisningsretten til annet helsepersonell og å fjerne henvisningsplikten for visse spesialiteter og tilstander

Ekspertbidrag

Del 2 - Anders Grimsmo: Utvikling og styrking av fastlegens portnerfunksjoner – et bidrag til en bedre helsetjeneste



1. Innledning

Majoriteten av industrialiserte land har en primærhelsetjeneste hvor allmennleger er tillagt en portnerfunksjon med krav om henvisning og koordinering ved behov for øvrige helsetjenester (1). Erfaringer og forskning har vist at portnerfunksjonen har hatt en avgjørende innflytelse på forbruk av helsetjenester, behandlingsresultater, kostnader, likhet og pasienttilfredshet (2). Sammenlignet med andre land er det forhold som tyder på fastlegens portnerfunksjon i Norge ikke blir optimal utnyttet (3).

2. Bakgrunn

Portnerfunksjonen er omtrent like gammel som fremveksten av helseinstitusjoner og annen spesialisthelsetjeneste (4). I Norge kan ordningen dateres så langt tilbake som til de første årene etter at vi fikk medisinsk fakultet og nasjonalt helsevesen først på 1800-tallet (5). Myndigheter og spesialisthelsetjenesten har vært pådrivere av ordningen. Hovedmotivene har alltid vært kontroll med utgifter til kostbare spesialisthelsetjenester og forhindre overbefolkning spesielt av akuttmottak og poliklinikker i sykehus.

Likevel, ordningen slik vi bedre kjenner den i dag, stammer fra da engelske myndigheter etter krigen bestemte at alle helsetjenester skulle være gratis og likt tilgjengelig for alle (6). Det var den gang var et revolusjonerende skritt. Alle fikk sin personlige allmennlege og allmennlegene skulle sikre pasientene tilgangen til de riktige undersøkelsene og spesialisthelsetjenestene og koordinere behovet for hjelp når det var nødvendig med hjelp fra flere hold. Selv om tilgangen til både fastlegen og spesialisthelsetjenesten ble gratis, medvirket bedre kontinuitet med en fastlegeordning kombinert med en portnerfunksjon til et lavere helsetjenesteforbruk og lavere kostnader (7).

Den engelske modellen ble et forbilde for organiseringen av helsetjenestene i Norden, blant annet for Karl Evang i Norge. Men Norge ventet lenge med å innføre fastlegeordning. Ordningen ble nasjonal først i 2001, og representerte i tillegg en bedre understøtting av pasientrettighetene gjennom et mer forpliktende pasient – lege forhold (8). Fastlegeordningen har som i andre land styrket portnerfunksjonen gjennom økt kontinuitet og har bidratt til mindre bruk av spesialisthelsetjenester (9). Omlag 90 % av henvendelsene om helsehjelp blir ivaretatt av allmennlegene uten henvisning til spesialist (10).

En god portnerfunksjon er assosiert med en allmennlegetjeneste som er lett tilgjengelig, gir personlig kontinuitet over tid, yter et bredt tilbud av tjenester og som effektivt koordinerer behovet for øvrige helsetjenester (11). Disse fire forholdene er blitt operasjonalisert og brukt i et stort antall studier som mål på som mål hvordan allmennlegetjenesten fungerer.

3. Effekter av en portnerfunksjon - tilgjengelighet, kontinuitet, bredden av tjenester og koordinering

Tilbøyeligheten til å bruke egen fastlege er knyttet til både opplevd relasjon til fastlegen og hvordan nasjonale forordninger påvirker organisatoriske forhold i praksisen (12). Det er ikke bare stor forskjell mellom land, men roller og oppgaver lagt til allmennlegetjenesten har over tid vært kontinuerlig i endring (13).

4. Tilgjengelighet

Tilgjengelighet handler om en distribuert og adekvat allmennlege dekning. Skal en portnerfunksjon fungere godt, forutsetter det at kapasiteten er stor nok til både å hjelpe frem de med behov for spesialisthelsetjenester og til å tilby nødvendige tjenester på lavest effektive nivå. En portnerfunksjon med lav tilgjengelighet gjør at folk velger å henvende seg direkte til "åpne akutt tjenester" som legevakt, skadepoliklinikker og akuttmottak (14-16). En lett tilgjengelig allmennlegetjeneste er også assosiert med redusert forskjellbehandling i forhold til geografi og sosialøkonomiske forhold. Fastlegeordningen reduserer også i Norge forskjellsbehandling pga. sosial ulikhet mht. tilgang til helsetjenester (17, 18), selv om forskjellene her fortsatt er ganske store (19). Majoriteten av studier viser at god tilgjengelighet på allmennlegetjenester reduserer innleggelser i sykehus på tvers av en rekke andre forhold (20).

Disse forholdene har som sagt vært hovedmotivet for portnerfunksjonen også i Norge, men bildet ser ikke ut til å stemme lenger. Vi har i følge ulike kilder hatt en betydelig økning i henvisningsraten til spesialisthelsetjenesten de siste 20-30 årene (21). Dette til tross for at mye taler for at tilgjengeligheten har økt gjennom en bedre allmennlegedekning (1), flere kontakter og kortere ventetid (22). Det har heller vært slik at leger med høy kontaktrate eller kommuner med ledig allmennlege kapasitet har hatt høyest bruk av spesialisthelsetjenester (23). På kommunenivå var det nå i 2015 ingen sammenheng mellom kapasitet i fastlegetjenesten og kontakter med spesialisthelsetjenesten (24). Denne utviklingen er ikke Norge alene om, men som man ser tydeligst i noen av de landene med de aller best utbygde helsetjenestene, f.eks. i Sveits og

Nederland. Dvs. også i land med helt annen styring og organisering av helsetjenestene sammenlignet med Norge. Det disse og noen andre land har felles utover stor satsing på helsetjenestene er noe mer grunnleggende. Det har vært en tilrettelegging for utviklingen av helsetjenestene som fortsatt følger i det samme sporet som ble lagt på 60-70-tallet og de utfordringene og løsningene man da hadde. Det var da den kraftige utbyggingen, av spesialisthelsetjenesten især, startet. Vi hadde den gang en helt annen befolkningssammensetning. Det økende gapet mellom hvor utfordringene vokser og hvor investeringer i helsetjenesten kanaliseres ser også ut til å ha svekket portnerfunksjonen, mens mye taler for at rollen burde vært styrket (25, 26).

5. Kontinuitet

Kontinuitet handler om å ha et personlig kontaktpunkt i helsetjenesten over tid hvor det bygges opp et gjensidig tillitsforhold (27, 28). Kontinuiteten og forholdet forsterkes av mandatet allmennlegen har i forhold til å kunne forordne og koordinere de tjenestene som den enkelte opplever å ha eller evt. vil kunne få behov for. En fastlegeordning styrker relasjonen først og fremst gjennom de forpliktelsene det gir allmennlegene (29). Små praksiser (< 10 leger) gir høyest kontinuitet i land uten fastlegeordning (30). I Norge er det nesten ingen praksiser med over 10 leger.

En portnerfunksjon med høy kontinuitet er funksjonell og effektiv fordi det øker pasienttilfredsheten og reduserer bruken av spesialisthelsetjenester og andre tjenester samtidig (9, 31, 32). Reduksjonen er større enn det man har kunnet vise ved innføring av diagnosespesifikke tjenester og behandlingsprogrammer, individuell plan, regulering av listelengde og andre organisatoriske tiltak (7, 32). Det er først og fremst personer med multiple kroniske sykdommer og vanskeligstilte som har størst gevinst av en allmennlegetjeneste med en portnerfunksjon med høy kontinuitet (33). Kontinuitet er også forbundet med mer individrettet forebyggende arbeid, gir bedre etterlevelse av råd og behandling (34) og er assosiert med bedre helse og lavere dødelighet (11, 35).

Pga. økende kompleksitet både i helsetjenesten og i pasientenes behov, har opprettholdelse av god kontinuitet blitt vanskeligere (25, 28). Allmennlegen som første kontakt har vært på retur i nesten alle land i Europa fra 90-tallet. Norge er ett av få unntak (36). I fastlegeordningens opprinnelsesland, England, er andelen pasienter som oppgir at de alltid eller oftest henvender seg

til sin faste lege vært synkende. Parallelt har innleggelser i sykehus i England økt betydelig. Som et mottiltak er det blitt opprettet en ordning med navngitt ansvarlig fastlege hvor allmennleger blir honorert for andelen pasienter over 75 år som de påtar seg et hovedansvar for i koordinering av både helse- og sosiale tjenester. Fire av fem over 75 år er blitt innlemmet i ordningen, men foreløpig er det liten eller ingen effekt på akuttinnleggelser i sykehus (37).

6. Tilbud av tjenester

Frem til 80-tallet hadde de engelske legekantorene en tverrfaglig sammensetning med bredt tilbud av tjenester(38). Organiseringen i England ble et forbilde for utviklingen i Norden med samlokalisering av mange tjenester i helsesentra. I Sverige og Finland og i en del perifere kommuner i Norge er dette fortsatt hovedmodellen. I England og Norge ellers har privatisering bidratt til en betydelig innsnevring av bredden og type tverrfaglige tjenester ved mange legekantor. Det har også vært en forskyvning i praksis mot kurativt arbeid på bekostning av oppsøkende og forebyggende arbeid (36).

Mange mener at et økende tilfang av terapeutiske og diagnostiske prosedyrer som kan anvendes i allmennpraksis vil kunne bidra til færre henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Flere land har av den grunn opprettet takster og andre insentiver for at allmennlegene skal ta i bruk de nye mulighetene. Evalueringer gir ikke et entydig bilde, men effekten av utstyrsnivået på antall henvisninger er i beste fall små og knyttet til begrensede problemstillinger (39). Dette har trolig sammenheng med at avgjørelsen om henvisning tas på grunnlag av langt mer enn bare en enkelt eller noen få prosedyrer (40). Insentiver fører også lett til bruk av prøver der de har mindre eller tvilsom verdi (41). Diagnostiske tester i allmennpraksis har i tillegg en høy forekomst av falsk positive fordi prevalensen av sykdom er langt lavere her enn i spesialisthelsetjenesten.

På praksisnivå er pasientenes opplevelse av kvalitet i allmennpraksis knyttet til bredden av tjenester. Det gir opplevelse av kontinuitet og god tilgang til nødvendige helsetjenester (42). Praksiser som er samfunnsmedisinsk orientert er assosiert med mer forebygging og flere tjenester til pasienter med kronisk sykdom. Det samme gjelder praksiser med bedre teknisk utrustning. Blant annet er mer forebygging knyttet til bruken av elektronisk pasientjournal. Privatpraksis og gruppepraksis er begge forbundet med et bredere tjenestetilbud enn henholdsvis fastlønnet allmennlegepraksis og solopraksis.

En annen tilnærming er å utvide kompetansen i allmennpraksis igjen ved å opprette helsesentre eller andre former for tverrfaglig teamarbeid (43-45), noe man ser i land som de siste par 10-årene har hatt en nasjonal satsing på allmennlegetjenesten (36). Norge skårer under middels på tverrfaglig bemanning i allmennlegetjenesten (46). Tabell 1 viser sammensetningen av personell ved legekontor/helsesentre i Norden. Norske legekontor har i gjennomsnitt 2,1 forskjellige yrkesgrupper. På topp blant sammenlignbare land ligger Finland med 6,9, Spania 6,1, Sverige 5,9, England 5,2 og Nederland 3,9 (42). Norge er det eneste landet i Europa med en fastlegeordning hvor bare fastlegen og ikke annet helsepersonell kan utløse helserefusjoner når det gjennomføres undersøkelse og behandling, individuelt forebyggende arbeid eller læring- og mestringsintervensjoner.

Mange fastlegekontor i Norge har et mangelfullt tjenestetilbud både på kontoret og utad som lite tilpasset den sterkt voksende gruppen av hjemmeboende eldre med omfattende medisinske behov. Sykebesøk har nesten helt forsvunnet, samtidig som antallet hjemmeboende personer med komplisert medisinsk behandling og nedsatt bevegelighet øker. Myndighetene i flere land har derfor iverksatt tiltak for å styrke tverrfaglig samarbeid og bemanning i primærhelsetjenesten. Primærhelsetjenestemeldingen bebuder at norske myndigheter også ser behovet (47). Praksisbaserte team for pasienter med store og sammensatte behov er assosiert med bedre tjenester og resultater (48-50). En rekke modeller for teamarbeid finnes (51, 52), men praksisbaserte team bør være små og medlemmene samlokalisert (53, 54) og fastlegens deltagelse er viktig (54, 55). Erfaringene fra mange land er imidlertid at det er nødvendig å tilrettelegge slik at allmennleger kan delta (56, 57).

Tabell 1 Andel (%) legekontor/helsesentre mht. til tilsetting av annet helsefaglig personell

	Sverige	Norge	Danmark	Finland
Sykepleier	100	40	80	100
Laboratorieutdannet	30	35	30	60
Jordmor	12	5	3	8
Sosionom	58	2	1	72
Fysioterapeut	15	5	0	78
Psykiatrisk sykepleier	8	4	0	75

7. Koordinering

En god portvaktfunksjon med god kontinuitet og koordineringsansvar bidrar til større likhet i tilgang til og forbruk av helsetjenester (58). Av samme årsak reduserer det også sjansen for utilsiktede hendelser ved forskrivning av legemidler (59). Det blir ikke bare færre sykehusinnleggelser, men også færre overlappende laboratorie- og billedundersøkelser (60). God koordinering horisontalt i primærhelsetjenesten er assosiert med lavere kostnader, spesielt når det gjelder utsatte grupper som eldre og personer med psykiske lidelser (61). Forutsetningen for at fastleger skal kunne ivareta en god koordineringsfunksjon overfor utsatte grupper er imidlertid at de har et tjenestetilbud som er tilpasset denne gruppen og at de aktivt deltar i tverrfaglige team. Dette krever tilrettelegging fra myndighetshold (62, 63).

8. Alternative løsninger på en portnerfunksjon

Land hvor allmennleger har en tydelig portnerfunksjon har som vist et lavere forbruk av spesialisthelsetjenester sammenlignet med land uten denne ordningen. Andre løsninger med tilsvarende formål er både forsøkt og er i bruk. Bruk av sykepleiere i første linje på legevakt og ved legesentre representerer en portnerfunksjon i forhold til bruk av allmennleger, men i liten grad i forhold til andre helsetjenester.

9. "Case management"

Case management er ikke et entydig begrep, men handler om oppfølging og koordinering av tjenester på vegne av enkeltpasienter. Vanligvis foreligger det en oppfølgingsplan. En koordinator er ofte en sykepleier, i noen sammenhenger med spesialutdanning i forhold til diagnose, men kan også være annet helsepersonell avhengig av om hva problemstillingen. En koordinator får gjerne tildelt et begrenset antall pasienter. Koordinatoren har en portnerfunksjon i forhold til andre tjenester som pasienten evt. skulle få behov for.

Koordinatorsystemet ble utviklet i USA i samband med nedbyggingen av psykiatriske institusjoner. Modellen representerte en betydelig kostnadsbesparelse, men viste seg å føre til flere innleggelser sammenlignet med et tilbud av ordinære primærhelsetjenester. En årsak var at koordinatoren kunne henvende seg direkte til spesialisthelsetjenesten uten at behovet for innleggelse ble vurdert av pasientens allmennlege. Ordningen ble derfor videreutviklet og erstattet av "assertive community treatment" (ACT) eller "intensive case management" (ICM), hvor hovedforskjellen er blitt at oppfølgingen er mer intensiv med et lite fast kjerneteam, pluss et

organisert støtteapparat. Resultatene er også etterhvert bedre, men enda omdiskutert (64). ACT team er også blitt tatt i bruk i Norge (en europeisk utgave, FACT (65)), men er så krevende i forhold til kompetanse i støtteapparatet at metoden er å betrakte som en spesialisthelsetjeneste selv om den ytes med pasienten boende hjemme.

Økningen i antall eldre med omfattende og sammensatte behov har vakt økt interesse for å anvende koordinatorene også i eldreomsorgen. Majoriteten av de evalueringene som er gjort internasjonalt tyder på at ordningen ikke reduserer innleggelser i sykehus eller institusjon (66, 67). I mange kommuner i Norge blir pasienter med hjemmesykepleier tildelt en såkalt primärsykepleier. Ordningen gir pasientene et personlig kontaktpunkt i hjemmesykepleien, styrker kontinuitet og tydeliggjør ansvarsforhold. Når det gjelder medisinske forhold har primärsykepleieren en koordinerings- og portnerfunksjon i forhold til pasientens fastlege og har styrket samarbeidet og oppfølgingen av pasienter (68). Ordningen er en del av Helse- og omsorgsdepartementets satsing på et Nasjonalt læringsnettverk for gode pasientforløp sammen med KS og Kunnskapsdepartementet.

10. Bruk av egenandeler

Når man leser historier om hva enkeltindivider kan være villig til å betale for tjenester de har stor tiltro til, kan man lett få inntrykk av at det er rom for å bruke egenandeler for å begrense bruk uten at det vil høyne terskelen for søke nødvendig hjelp når det er virkelig behov for det. Slik hensikten er, viser det seg at forbruket av helsetjenester hvor pasienter må betale en andel av kostnaden, nesten alltid går ned. Virkningen av egenandeler er imidlertid mer sammensatt og har i tillegg indirekte virkninger.

Egenandeler reduserer bruken av allmennleger for de som har god helse. I land hvor allmennleger har en portnerfunksjon og det er egenandeler for bruk av offentlige helsetjenester, medfører det en vridning over til private spesialisthelsetjenester. Denne effekten er relativt stor, men kommer nesten utelukkende fra de med høyest inntekt i samfunnet (69).

Hovedeffekten av økt egenandel er uteblivelse og færre kontakter i allmennpraksis.

Sammenhengen er tilnærmet lineær og det er de mest utsatte gruppene, personer med kroniske sykdommer og psykiatriske lidelser som rammes først og mest (70, 71). En sekundær effekt er at det etter økning av egenandel blir flere sykehusinnleggelser (72). I en Canadisk undersøkelse

påviste de at antallet sykehusinnleggelser gikk ned når pasientene opparbeidet frikort for resten av året hos allmennlegen – en sterk indikasjon på at det faktisk er en reel sammenheng mellom økning i egenandeler og flere sykehusinnleggelser (73). Flere innleggelser i sykehus betyr økte utgifter til helsetjenesten totalt.

11. Norge sammenlignet med andre land

I en sammenligning av EU-land, ble Norge rangert som et land med middels godt utbygd allmennlegetjeneste. Andre sammenlignbare land med fastlegeordning skåret alle høyt – Danmark, England, Nederland, Spania og Portugal. Sammenlignet med disse landene har Norge en mangelfull nasjonal strategi for allmennlegetjenesten. Likeledes utgjør allmennlegetjenesten i Norge en forholdsvis lav andel av det totale helsebudsjettet og allmennlegene i Norge er gitt en svak koordineringsrolle, ikke bare i forhold til spesialisthelsetjenesten, men også horisontalt innenfor primærhelsetjenesten sammenlignet med de fleste land. Norge er derimot blant de som skårer aller høyest på kontinuitet i allmennpraksis (3, 46). Svak koordinering bekreftes også i en annen undersøkelse der Norge skårer dårligst av 11 sammenlignbare land (22). Dataene ble samlet inn tre år etter innføringen av fastlegereformen. Halvparten av pasientene i Norge med de mest sammensatte problemene oppgir å ha opplevd problemer i samhandlingen mellom tjenestene, sammenlignet med et gjennomsnitt på en fjerdedel totalt (70). I en nyere undersøkelse fremgår det at norske allmennleger ifølge pasientenes opplevelse skårer over middels på kommunikasjon og samarbeid med pasientene sammenlignet med andre land (42).

Allmennleger i Norge var først ute i verden med tilnærmet full dekning av elektronisk pasientjournal. De er likevel blant de som minst anvender data fra egen praksis til evaluering av virksomheten eller får feedback fra andre kilder med sammenlignbar statistikk. Rutinemessige pasienttilfredsundersøkelser fra egen praksis blir nesten ikke gjennomført av norske fastleger, men er ganske vanlig i mange andre land (22).

Det er stor variasjon mellom ulike land i folks tilbøyelighet til å oppsøke allmennlegetjenester (12). Økt tilbøyelighet er assosiert med opplevelse av tilgjengelighet, god kommunikasjon med legen og spesielt høy kontinuitet. Pasienter i Norge er blant de som oppgir å være mest avventende til å oppsøke allmennlege, både når det gjelder alvorlig sykdom og for mindre alvorlige forhold. Økt tilbøyelighet til å oppsøke allmennlege er ikke forbundet med flere innleggelser i sykehus.

Det er en gjennomgående høy pasienttilfredshet med allmennlegetjenester, inklusive fastlegeordning, i Norge som i mange andre land (74). Portnerfunksjonen representerer likevel en avveining mellom å sikre tilgjengelighet og begrense tilgang til andre helsetjenester (75). Begrensningene i valgfrihet er i den senere tid også blitt trukket frem som et hinder i utvikle mer konkurranse i helsetjenesten. Internasjonale undersøkelser tyder på at opplevelsen av begrensningen er knyttet både til hvordan allmennlegetjenesten er organisert og til pasientenes erfaring med og behov for helsetjenester (76, 77). Først og fremst pasienter med kronisk sykdom verdsetter kontinuitet. Ønsket om valgfrihet er mest uttalt hos yngre mennesker, hos ressurssterke og blant de som stort sett har vært friske (78, 79). Det er derfor i flere land også blitt stilt spørsmål om fritt valg av behandlere og konkurranseutsetting er forenlig med mål om bedre integrasjon av tjenestene og helhetlige pasientforløp (80, 81).

I mange land brukes en standard liste med diagnoser over forebyggbare innleggelser (ambulatory care sensitive conditions) som indikator på hvor godt allmennlegetjenesten fungerer. Listen representerer et sett av diagnoser hvor tidlig og adekvat innsats av allmennlegetjenesten kan redusere behovet for spesialisthelsetjeneste (82). Indikatoren forebyggbare innleggelser er ikke blitt brukt i Norge. I Norge er det ikke som i noen andre land vist en assosiasjon mellom legedekningen og sykehusinnleggelser (84), og antallet sykehusinnleggelser øker, kan man også spørre om tilførselen av allmennlegeressursene blir brukt effektivt. Det finnes detaljerte sammenligner av allmennpraksis i europeiske land, hvor det fremgår store forskjeller i både organisering og tildelte oppgaver, og tydeligvis kapasitet når man sammenholder dette med f.eks. gjennomsnittlig listelengde (85).

12. Vurderinger av forholdene i Norge

Allmennleger i Norge har en portnerfunksjon og vi har en fastlegeordning med stor oppslutning og høy kontinuitet som i flere land (86). Norge har slik de viktigste forutsetningene på plass for en effektiv og god koordinering i bruken av helsetjenester, og i å oppnå høy pasienttilfredshet, spesielt blant pasienter med de mest omfattende og komplekse behovene. Som beskrevet over er det forhold som tyder på at Norge ikke har lyktes med å ta ut potensialet i samme omfang som andre land med tilsvarende ordninger. Resultater fra en norsk undersøkelse viser at vi har en god dekningsgrad ved at en stor andel av befolkningen konsulterer sin fastlege hvert år, men de oppsøker fastlegen sin sjeldnere enn i andre land. Når dette inntreffer samtidig med en høy

forbruk av spesialisthelsetjenester, kan undersøkelser fra andre land tyde på at det foreligger barrierer som gjør at folk utsetter å besøke fastlege (12, 87). Det er derfor god grunn til å undersøke og drøfte nærmere hva som kan være årsakene og hvilke tiltak som kan og evt. bør iverksettes. Sammenligninger mellom land viser at både nasjonal strategi for allmennlegetjenesten, økonomi, kulturelle forhold og organisering virker inn (88).

13. Portnerrollen mangler en nasjonal strategi

Videreutvikling og styrking av portnerrollen og den medisinske koordinatorfunksjonen ble påpekt som sentral både av Wisløff-utvalget (89), i forarbeidene til samhandlingsreformen (90) og i selve reformmeldingen til Stortinget (91). Men i påfølgende Nasjonal Helseplan (92) eller sist Primærhelsetjenestemeldingen (47) er den medisinske portner og koordinatorfunksjonen ikke blitt drøftet. Primærhelsetjenestemeldingen legger ikke skjul på vi kommer langt ned på listen på dette feltet i internasjonale sammenligningsstudier (kap. 10), men følger det likevel ikke opp (93). Fastlegene har i praksis den mest sentrale rollen i koordinering og styring av pasientstrømmene i helsetjenesten. Den mangelfulle oppfølgingen av stortingsmeldingen om samhandlingsreformen når det gjelder styrking av fastlegerollen, kan derfor være en viktig årsak både til at fastlegene nesten ikke ble involvert i reformen og til at Norge som omtalt over, står på stedet hvil i koordineringen av helsetjenestene i internasjonal sammenligningsstatistikk.

Når Norge skårer lavt på en aktiv nasjonal strategi for allmennpraksis og fastlegenes oppgaver og funksjoner, blir det i de internasjonale sammenligningene i hovedsak vurdert ut ifra samhandlingen med spesialisthelsetjenesten (3). En medvirkende årsak til en fragmentert nasjonal ledelse av allmennlegetjenesten hevdes det, er at ansvaret for primærhelsetjenestene er spredt utover til kommunene. Det er da interessant at det også blir kommentert at Norge er et av de få landene der alle primærhelsetjenestene, inklusive fastlegene, er lagt til ett og samme forvaltningsorgan, dvs. kommunestyrene, og at Norge likevel ikke har lyktes med å integrere primærhelsetjenestene bedre (94).

Debatten rundt sykehusstrukturen kan illustrere at det er behov en nasjonal strategi, men som må gå hånd i hånd med et lokalt selvstyre. Kommunene har uttrykt en frykt for å miste lokalsykehusfunksjoner. Man kan da ikke forvente at kommunene vil være opptatt av styrking av fastlegenes portnerfunksjon. Mange opplever rollen som en begrensing i tilgangen til spesialisthelsetjenester og en fare for å svekke grunnlaget for drift av lokalsykehusene.

14. Hvorfor øker antallet innleggelser i sykehus?

En mangelfull overordnet nasjonal understøtting av portvaktfunksjonen kan være et bidrag til at henvisningsraten har økt betydelig. Fastlegene angir at for en fjerdedel av henvisningene forventer de liten eller ingen effekt (21). Foren tilsvarende stor andel av henvisningene begrunner fastlegene det med at de vil sikre seg mot å overse noe. At mange henviser "for sikkerhetsskyld" er i første rekke knyttet til den enkelte leges villighet til å tåle usikkerhet (95). Villigheten kan ha gått ned som følge av medias og tilsynsmyndighetenes økte oppmerksomhet rundt utilsiktede hendelser. Myndigheter forøvrig har ikke i tilsvarende omfang formidlet forståelse for at usikkerheten alltid vil være der. Portnerfunksjonen på dette feltet kan først og fremst styrkes ved enklere og raskere tilgang til pasientopplysninger (f.eks. pasientjournal eller epikrise), og tilgang til bakvakt i sykehus. Feedback og fagfellekonferanse muligheter virker også (40).

En høy innleggelsesrate er ikke bare knyttet til egenskaper ved allmennleger og allmennpraksis, men også befolkningssammensetningen og til kvaliteten på assosierte helsetjenestetilbud. Det kan også skyldes mangelfull diagnostikk, behandling og oppfølging av spesialisthelsetjenesten, mangelfulle pleie- og omsorgstjenester i kommunen, og at pasientene venter for lenge med å ta kontakt med fastlegen som påpekt tidligere (96, 97). Sykehusenes aktivitetsnivå generelt og på spesifikke områder, påvirker i stor grad hvor mange fastlegene henviser. Man finner store geografiske forskjeller som kan tilskrives sykehusene og som henger sammen med finansierungsordningene og sengetall i spesialisthelsetjenestene (98, 99). Innleggelser i sykehusene til elektiv behandling, som endelig bestemmes av spesialistene, har de siste 10 årene økt betydelig mer enn allmennlegenes innleggelser for øyeblikkelig hjelp, og utgjør nå flertallet av innleggelsene. Det finnes derfor en rekke forhold som påvirker henvisningsraten, og som må inngå i en nasjonal strategi som også omfatter spesialisthelsetjenesten, skal man oppnå en stødigere portnerrolle (100, 101).

15. Høy kontinuitet, men ikke for alle

Det er for befolkningen totalt høy kontinuitet i pasient-lege forholdet i Norge (102), og kontinuiteten har vært relativt stabil etter innføringen av fastlegeordningen (36). Forklaringen på økt bruk av spesialisthelsetjenester ligger ikke her. Men forskjellene er store. Mens median varighet av fastlegeavtaler i kommuner med over 50000 innbyggere er 8,4 år, er den bare 2,8 år i kommuner med under 2000 innbyggere (103). Målt på denne måten er muligheten til å få en reel

fastlege vesentlig forskjellig rundt omkring i Norge. Forholdet representerer en utfordring mht. lik behandling når høy kontinuitet er assosiert med både kvalitet og pasienttilfredshet (7, 34). Sammenlignet med forholdene tidligere, har fastlegeordningen i liten grad bidratt til stabilisering av legedekningen i utkantstrøk (104).

Geografisk avstand til helsetjenester, både primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester er en av de mest utslagsgivende i atferd i bruk av helsetjenester i Norge (105). Også henvendelser for øyeblikkelig hjelp av typen "rød respons" går ned med økende avstand (106). Årsakene kjenner vi ikke, og det er uvisst om det kan være et overforbruk sentralt eller underforbruk perifert. Antallet personer som bor grisgrendt er for lavt i forhold til totalpopulasjonen til å kunne forklare hvorfor f.eks. pasientlistene er i Norge i gjennomsnitt er kortere enn i de fleste land. Likevel er det et problem at portnerfunksjonen ikke sikrer lik behandling av pasienter, som jo er et hovedprinsipp i norsk helsetjeneste.

16. Er tilgangen av allmennlegeressurser blitt brukt riktig?

~~Det har vært en vekst i legeårsverk i Norge, og antall allmennleger i forhold til befolkning er høyest blant sammenlignbare land (1, 83). Men som sagt utgjør likevel~~ Utgiftene til allmennlegetjenesten en relativt mindre-liten del av de totale helseutgiftene i Norge. God allmennlegedekning er et kjennetegn for land som blir karakterisert for å ha en sterk primærhelsetjeneste. Når Norge skårer godt under middels når det gjelder prosessresultater i sammenligning med andre land (107), bør man undersøke hvordan veksten i allmennlegeressursene er blitt brukt. Undersøkelser fra land uten fastlegeordning indikerer at hvis en økning allmennlegeressursene i hovedsak går til konsultasjonsarbeid vil forbruket av helsetjenester, f.eks. sykehusinnleggelser, kunne øke hvis utgangspunktet allerede er en høy dekningsgrad kurativt (108); noe som er tilfelle i Norge. Arbeider allmennlegene derimot i større grad tverrfaglig rundt kronisk syke går majoriteten av undersøkelser i retning av redusert helsetjenesteforbruk (20).

I en kartlegging i engelsk allmennpraksis fant man at arbeidsbyrden har økt vesentlig de senere år med flere konsultasjoner per innbygger, lengre konsultasjonstid og det totale omfanget av pasientrettet arbeid (109). Norske allmennleger har også gitt uttrykk for at arbeidsbelastningen har økt (110). Det samsvarer med at antall konsultasjoner per innbygger har økt i Norge. Dette kan være en forklaring på at fastlegenes lister gradvis er blitt kortere, men vi har mangelfulle

kunnskaper om hvorfor de er langt kortere enn i sammenlignbare land. I det som er beskrevet over er det sannsynlig flere forhold – demografi og geografi, organisering, finansiering, bemanning ved legekantorene, og helt konkret hvilke oppgaver som er lagt til allmennlegene i Norge sammenlignet med i andre land.

I Norge ser vi at fastlegene har mindre direkte kontakt med pasienter med de mest omfattende og sammensatte behovene. Blant eldre fortsetter likevel indirekte kontakter å øke (10), hvorav et stort omfang handler om forskrivning av legemidler. Dette forholdet endret seg ikke hverken i samband med innføringen av fastlegeordningen eller samhandlingsreformen, og handler om pasienter som også mottar hjemmesykepleie. Legemiddellistene til pasienter som mottar hjemmesykepleie er lengre og har en mer uhensiktsmessig og risikofylt sammensetning enn det f.eks. sammenlignbare pasienter i sykehjem mottar (111), noe som kan indikere et mangelfullt samarbeid mellom hjemmesykepleien og fastlegene. Norske fastlegers deltagelse i tverrfaglig arbeid er avhengig av mange forhold, blant disse er listelengde, listens sammensetning, legens alder og kommunestørrelse, og ikke minst nasjonal tilrettelegging (112).

17. Egenandeler synes uegnet som et virkemiddel mot unødvendig bruk av helsetjenester

Egenandeler blir brukt med tanke på høyere kostnads-effektivitet. Det få holdepunkter for at de har denne virkningen fordi mange "markedsmekanismer" er satt ut av funksjon i helsetjenesten (113, 114). Økte egenandeler er derimot assosiert med dårligere gjennomføring av behandling og flere sykehusinnleggelser (72, 115). Det rammer først de med størst behov. Når Norge har omtrent den høyeste egenandelen i allmennpraksis i Europa, betyr det trolig også en redusert tilgjengelighet i forhold til fastlegen og utsettelse av besøk, og svekker slik handlingsrommet i portnerrollen. Høy egenandel viser seg også å bidra til at pasienter samler opp problemer som medfører lengre konsultasjoner. Motivet ved å redusere unødige konsultasjoner med egenandeler, representerer ofte bare en forskyvning av tidspunktet for kontakt med negative følger helsemessig for pasientene og økonomisk samfunnet. Sammenligninger med andre land kan tyde på at det er grunn til å undersøke virkningene av egenandelsnivået i Norge.

18. Referanser

1. Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, Anderson C. International profiles of health care systems, 2014. . New York: The Commonwealth Fund; 2015. Available from: http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2015/jan/1802_mossialos_intl_profiles_2014_v7.pdf.
2. Greenfield G, Foley K, Majeed A. Rethinking primary care's gatekeeper role. *BMJ*. [10.1136/bmj.i4803]. 2016;354. Available from: <http://www.bmj.com/content/354/bmj.i4803.abstract>.
3. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *British Journal of General Practice*. 2013;63(616):e742-e50. Available from: <http://bjgp.org/content/bjgp/63/616/e742.full.pdf>.
4. Loudon I. The principle of referral: the gatekeeping role of the GP. *The British Journal of General Practice*. 2008;58(547):128-30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2233970/>.
5. Nylenna M, Larsen Ø. Eyr - portrett av et tidsskrift. *Michael Quarterly*. [Supplement 17]. 2015;12. Available from: http://michaelquarterly.no/index.php?supp_id=232414&a=4.
6. Wikipedia. National health service (England). Wikipedia; 2015 [updated 2015; cited 2016 Nov 4]; Available from: [https://en.wikipedia.org/wiki/National_Health_Service_\(England\)](https://en.wikipedia.org/wiki/National_Health_Service_(England)).
7. van Loenen T, van den Berg MJ, Westert GP, Faber MJ. Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: a systematic review. *Fam Pract*. 2014 Oct;31(5):502-16. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25216664>.
8. Carlsen B, Frithjof Norheim O. Introduction of the patient-list system in general practice Changes in Norwegian physicians' perception of their gatekeeper role. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2003 2003/12/01;21(4):209-13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/02813430310004155>.
9. Hansen AH, Halvorsen PA, Aaraas IJ, Førde OH. Continuity of GP care is related to reduced specialist healthcare use: a cross-sectional survey. *British Journal of General Practice*. 2013;63(612):e482-e9.
10. Brøyn N, Lunde ES, Kvalstad I. SEDA - Sentrale data fra allmennlegetjenesten 2004-2006. Ny statistikk fra allmennlegetjenesten? Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2007. Available from: http://www.ssb.no/emner/03/90/rapp_200715/.
11. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank quarterly*. 2005;83(3):457-502. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16202000>.
12. van Loenen T, van den Berg MJ, Faber MJ, Westert GP. Propensity to seek healthcare in different healthcare systems: analysis of patient data in 34 countries. *BMC Health Services Research*. 2015;15:465. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4600318/>.
13. Grimsø A, Magnussen J. Norsk samhandlingsreform i et internasjonalt perspektiv. Trondheim: Institutt for samfunnsmedisin, NTNU; 2015. Available from: <http://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?c=Page&pagename=evasam%2FHovedsidemal&cid=1253972204829>.
14. Tammes P, Morris RW, Brangan E, Checkland K, England H, Huntley A, et al. Exploring the relationship between general practice characteristics, and attendance at walk-in centres, minor injuries units and EDs in England 2012/2013: a cross-sectional study. *Emergency Medicine Journal*. 2016 October 1, 2016;33(10):702-8. Available from: <http://emj.bmj.com/content/33/10/702.abstract>.
15. Whittaker W, Anselmi L, Kristensen SR. Associations between extending access to primary care and emergency department visits: a difference-in-differences analysis. . *PLoS Med*. 2016;13:e1002113. Available from: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002113>.
16. Fleetcroft R, Noble M, Martin A, Coombes E, Ford J, Steel N. Emergency hospital admissions for asthma and access to primary care: cross-sectional analysis. *British Journal of General Practice*. 2016;66(650):e640-e6.
17. Grasdal AL, Monstad K. Inequity in the use of physician services in Norway before and after introducing patient lists in primary care. *International Journal for Equity in Health*. 2011;10:25-. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141383/>.

18. Finnvold JE, Svalund J. Pasienter i allmennlegetjenesten før og etter fastlegeordningen. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2005. Report No.: 34. Available from: https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_200534/rapp_200534.pdf.
19. Hansen AH, Halvorsen PA, Ringberg U, Førde OH. Socio-economic inequalities in health care utilisation in Norway: a population based cross-sectional survey. BMC Health Services Research. 2012;12:336-. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3508955/>.
20. Rosano A, Abo Loha C, Falvo R, van der Zee J, Ricciardi W, Guasticchi G, et al. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. The European Journal of Public Health. 2012 May 29, 2012. Available from: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2012/05/29/eurpub.cks053.abstract>.
21. Ringberg U. General Practitioners' Decisions to Refer Patients to Secondary Care – Referral Rates, Reasons for Referral and Expected Medical Benefit of the Referrals. Tromsø: UIT Artic University of Norway; 2013. Available from: <http://munin.uit.no/handle/10037/7607>.
22. Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, Sarnak D. International profiles of health care systems, 2015. New York: The Commonwealth Fund; 2016. Available from: <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2016/jan/international-profiles-2015>.
23. Deraas TS, Berntsen GR, Hasvold T, Ringberg U, Førde OH. Is a high level of general practitioner consultations associated with low outpatients specialist clinic use? A cross-sectional study. BMJ Open. 2013 January 1, 2013;3(1). Available from: <http://bmjopen.bmj.com/content/3/1/e002041.abstract>.
24. Godager G, Iversen T. Brukernes erfaringer med fastlegeordningen 2001-2015. HERO WP 2016/10. Oslo: Institutt for helse og samfunn, UIO; 2016. Available from: <http://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2016/10.html>.
25. Wammes JJG, Jeurissen PPT, Verhoef LM, Assendelft WJJ, Westert GP, Faber MJ. Is the role as gatekeeper still feasible? A survey among Dutch general practitioners. Family Practice. 2014;31(5):538-44. Available from: <http://fampra.oxfordjournals.org/content/31/5/538.abstract>.
26. Lewis S. The two faces of generalism. Journal of Health Services Research & Policy. [editorial]. 2014;19(1):1-2. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1355819613511075>.
27. Hjortdahl P. Continuity of Care: General Practitioners' Knowledge About, and Sense of Responsibility Toward Their Patients. Family Practice. 1992;9(1):3-8. Available from: <http://fampra.oxfordjournals.org/content/9/1/3.abstract>.
28. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ. 2003;327:1219. Available from: <http://www.bmj.com/content/327/7425/1219>.
29. Guthrie B, Saultz JW, Freeman GK, Haggerty JL. Continuity of care matters. BMJ. 2008;337:a867.
30. Casalino LP, Pesko MF, Ryan AM, Mendelsohn JL, Copeland KR, Ramsay PP, et al. Small Primary Care Physician Practices Have Low Rates Of Preventable Hospital Admissions. Health Affairs. 2014 August 13, 2014. Available from: <http://content.healthaffairs.org/content/early/2014/08/08/hlthaff.2014.0434.abstract>.
31. Raivio R, Holmberg-Marttila D, Mattila KJ. Patients' assessments of the continuity of primary care in Finland: a 15-year follow-up questionnaire survey. British Journal of General Practice. 2014;64(627):e657-e63. Available from: <http://bjgp.org/content/bjgp/64/627/e657.full.pdf>.
32. Hansen AH, Kristoffersen AE, Lian OS, Halvorsen PA. Continuity of GP care is associated with lower use of complementary and alternative medical providers: a population-based cross-sectional survey. BMC Health Services Research. 2014;14:629. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4267429/>.
33. Hansen J, Groenewegen PP, Boerma WGW, Kringos DS. Living in a country with a strong primary care system is beneficial to people with chronic conditions. Health Affairs. 2015;34(9):1531-7. Available from: <http://search.proquest.com/docview/1712859895?accountid=12870>

<http://content.healthaffairs.org/content/34/9/1531.abstract>.

34. Saultz JW, Lochner J. Interpersonal Continuity of Care and Care Outcomes: A Critical Review. *The Annals of Family Medicine*. 2005 March 1, 2005;3(2):159-66. Available from:

<http://www.annfammed.org/content/3/2/159.abstract>.

35. Maarsingh OR, Henry Y, van de Ven PM, Deeg DJ. Continuity of care in primary care and association with survival in older people: a 17-year prospective cohort study. *British Journal of General Practice*. 2016;66(649):e531-e9.

36. Schäfer WLA, Boerma WGW, Spreeuwenberg P, Schellevis FG, Groenewegen PP. Two decades of change in European general practice service profiles: conditions associated with the developments in 28 countries between 1993 and 2012. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2016 2016/01/02;34(1):97-110. Available from:

<http://dx.doi.org/10.3109/02813432.2015.1132887>.

37. Barker I, Lloyd T, Steventon A. Effect of a national requirement to introduce named accountable general practitioners for patients aged 75 or older in England: regression discontinuity analysis of general practice utilisation and continuity of care. *BMJ open*. 2016;6(9):e011422. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5030554/>.

38. Watton R. The loss of multidisciplinary primary healthcare teams is bad for patient care. *BMJ*.

2013;347:f5450. Available from: <http://www.bmj.com/content/347/bmj.f5450>.

39. van Dijk CE, Korevaar JC, Koopmans B, de Jong JD, de Bakker DH. The primary-secondary care interface: does provision of more services in primary care reduce referrals to medical specialists? *Health Policy*. 2014 Oct;118(1):48-55. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24816225>.

40. Blank L, Baxter S, Woods HB, Goyder E, Lee A, Payne N, et al. Referral interventions from primary to specialist care: a systematic review of international evidence. *British Journal of General Practice*. 2014;64(629):e765-e74. Available from: <http://bjgp.org/content/bjgp/64/629/e765.full.pdf>.

41. Shen J, Andersen R, Brook R, Kominski G, Albert PS, Wenger N. The Effects of Payment Method on Clinical Decision-Making: Physician Responses to Clinical Scenarios. *Medical Care*. 2004;42(3):279-302. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15076830?dopt=Abstract>.

42. Schäfer WLA. Primary care in 34 countries: perspectives of general practitioner and their patients. Utrecht: Nivel, Netherlands institute for health service research; 2016. Available from:

<https://www.nivel.nl/en/news/patients-experience-better-quality-care-countries-where-gps-offer-broader-range-services>.

43. Wijkkel D. Lower referral rates for integrated health centres in The Netherlands. *Health Policy*. 1986;6(2):185-98. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0168851086900072>.

44. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *British Medical Journal*. 2000;320(7234):569-72. Available from:

<http://pubmedcentralcanada.ca/pmc/articles/PMC1117605/pdf/569.pdf>.

45. Grumbach K, Bodenheimer T. Can health care teams improve primary care practice? *JAMA*. 2004 Mar 10;291(10):1246-51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15010447>.

46. Pavlič DR, Sever M, Klemenc-Ketiš Z, Švab I. Process quality indicators in family medicine: results of an international comparison. *BMC Family Practice*. 2015;16(1):172. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-015-0386-7>.

47. Meld. St. 26 (2014-2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015. Available from:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>.

48. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009(3). Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub2>.

49. Griffiths P, Murrells T, Dawoud D, Jones S. Hospital admissions for asthma, diabetes and COPD: is there an association with practice nurse staffing? A cross sectional study using routinely collected data. *BMC health services research*. 2010;10:276-. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2955649/>.

50. Ashworth M, Armstrong D. The relationship between general practice characteristics and quality of care: a national survey of quality indicators used in the UK Quality and Outcomes Framework, 2004–5. *BMC Family Practice*. [journal article]. 2006;7(1):68. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-7-68>.
51. Smith J, Holder H, Edwards N, Maybin J, Parker H, Rosen R, et al. Securing the future of general practice: new models of primary care. London: Nuffield Trust; 2013. Available from: <http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/securing-future-general-practice>.
52. Wodchis WP, Dixon A, Anderson GM, Goodwin N. Integrating care for older people with complex needs: key insights and lessons from a seven-country cross-case analysis. *Int J Integr Care*. 2015;15(Special issue). Available from: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/2249>.
53. Stille CJ, Jerant A, Bell D, Meltzer D, Elmore JG. Coordinating care across diseases, settings, and clinicians: A key role for the generalist in practice. *Annals of Internal Medicine*. 2005;142(8):700-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-142-8-200504190-00038>.
54. Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2008;45(1):140-53. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748907000375>.
55. Eide TB, Straand J, Melbye H, Rortveit G, Hetlevik I, Rosvold EO. Patient experiences and the association with organizational factors in general practice: results from the Norwegian part of the international, multi-centre, cross-sectional QUALICOPC study. *BMC Health Services Research*. 2016;16(1):428. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1684-z>.
56. Hansson A, Friberg F, Segesten K, Gedda B, Mattsson B. Two sides of the coin – General Practitioners' experience of working in multidisciplinary teams. *Journal of Interprofessional Care*. 2008 2008/01/01;22(1):5-16. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/13561820701722808>.
57. Wright B, Lockyer J, Fidler H, Hofmeister M. Roles and responsibilities of family physicians on geriatric health care teams: Health care team members' perspectives. *Canadian Family Physician*. 2007;53(11):1954-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2231491/>.
58. Boerma WGW. Profiles of General Practice in Europe. Utrecht: Maastricht University; 2003. Available from: <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/profiles-of-general-practice-in-europe.pdf>.
59. Green JL, Hawley JN, Rask KJ. Is the number of prescribing physicians an independent risk factor for adverse drug events in an elderly outpatient population? *Am J Geriatr Pharmacother*. 2007 Mar;5(1):31-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17608245>.
60. Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Zapert K, Peugh J, et al. Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. *Health affairs*. 2005 Jul-Dec;Suppl Web Exclusives:W5-509-25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16269444>.
61. Schneider A, Donnachie E, Tauscher M, Gerlach R, Maier W, Mielck A, et al. Costs of coordinated versus uncoordinated care in Germany: results of a routine data analysis in Bavaria. *BMJ open*. 2016;6(6):e011621. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4908874/>.
62. Goodwin N, Sonola L, Thiel V, Kodner DL. Co-ordinated care for people with complex chronic conditions. London: The King's Fund; 2013. Available from: <http://www.kingsfund.org.uk/publications/co-ordinated-care-people-complex-chronic-conditions>.
63. O'Malley AS, Tynan A, Cohen GR, Kemper N, Davis MM. Coordination of care by primary care practices: strategies, lessons and implications. Research brief. 2009 Apr(12):1-16. Available from: <http://www.hschange.org/CONTENT/1058/1058.pdf>.
64. Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. The Cochrane database of systematic reviews. 2010 10/06(10):CD007906-CD. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4233116/>.
65. Nugter MA, Engelsbel F, Bähler M, Keet R, van Veldhuizen R. Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: A Prospective Real Life Study. *Community Mental Health Journal*. 2016;52(8):898-907. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5108818/>.

66. Huntley AL, Thomas R, Mann M, Huws D, Elwyn G, Paranjothy S, et al. Is case management effective in reducing the risk of unplanned hospital admissions for older people? A systematic review and meta-analysis. *Fam Pract*. 2013 Jan 12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23315222>.
67. Stokes J, Panagioti M, Alam R, Checkland K, Cheraghi-Sohi S, Bower P. Effectiveness of Case Management for 'At Risk' Patients in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 2015;10(7):e0132340. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4505905/>.
68. Rosstad T, Garasen H, Steinsbekk A, Sletvold O, Grimsmo A. Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:121. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23547654>.
69. B  r   A. Copayments, gatekeeping, and the utilization of outpatient public and private care at age 50 and above in Europe. *Health Policy*. 2013;111(1):24-33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.03.009>.
70. Sarnak DO, Ryan J. How High-Need Patients Experience the Health Care System in Nine Countries. New York: The Commonwealth Fund; 2016. Available from: <http://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2016/jan/high-need-patients-nine-countries>.
71. Landsem MM. The effect of copayments on the utilization of the GP service in Norway [Master thesis MPA]. London: London School of Economics and Political Science; 2016.
72. Trivedi AN, Moloo H, Mor V. Increased Ambulatory Care Copayments and Hospitalizations among the Elderly. *New England Journal of Medicine*. 2010;362(4):320-8. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs0904533>.
73. Faber M, Voerman G, Erler A, Eriksson T, Baker R, De Lepeleire J, et al. Survey Of 5 European Countries Suggests That More Elements Of Patient-Centered Medical Homes Could Improve Primary Care. *Health Affairs*. 2013 April 1, 2013;32(4):797-806. Available from: <http://content.healthaffairs.org/content/32/4/797.abstract>.
74. Raivio R, Holmberg-Marttila D, Mattila KJ. Patients' assessments of the continuity of primary care in Finland: a 15-year follow-up questionnaire survey. *The British Journal of General Practice*. 2014;64(627):e657-e63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4173729/>.
75. Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice? *BMJ*. 1997;314(7098):1870. Available from: <http://www.bmj.com/content/314/7098/1870>.
76. Kroneman MW, Maarse H, Zee Jvd. Direct access in primary care and patient satisfaction: A European study. *Health Policy*. 2006;76(1):72-9. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851005001235>.
77. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H, et al. Patients in Europe evaluate general practice care: An international comparison. *British Journal of General Practice*. [Article]. 2000;50(460):882-7. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-0033763637&partnerID=40&md5=b1f0a7cbb2b9cbe9c50c3d75e5b2bc5e>.
78. von B  ltzingsl  wen I, Eliasson G, Sarvim  ki A, Mattsson B, Hjortdahl P. Patients' views on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations. *Family Practice*. 2006 April 1, 2006;23(2):210-9. Available from: <http://fampra.oxfordjournals.org/content/23/2/210.abstract>.
79. Ahgren B, Nordgren L. Is choice of care compatible with integrated health care? An exploratory study in Sweden. *The International Journal of Health Planning and Management*. 2012;27(3):e162-e72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/hpm.2104>.
80. Bramwell D, Checkland K, Allen P, Peckham S. Moving Services out of hospital: Joining up General Practice and community services? Canterbury: PruComm; 2014. Available from: <http://www.kent.ac.uk/chss/docs/PRUComm-Moving-Services-out-of-Hospital-Report-V8-final.pdf>.
81. Ahgren B, Axelsson R. A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000-2010. *International Journal of Integrated Care*. 2011;11(5). Available from: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/566>.

82. Ansari Z, Laditka JN, Laditka SB. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. Medical care research and review : MCCR. 2006 Dec;63(6):719-41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17099123>.
84. Deraas TS, Berntsen GR, Jones AP, Forde OH, Sund ER. Associations between primary healthcare and unplanned medical admissions in Norway: a multilevel analysis of the entire elderly population. BMJ open. 2014;4(4):e004293. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24727427>.
85. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson AM, Saltman RB. Building primary care in a changing Europe. Observatory Studies Series 38. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015. Available from: <http://www.healthrights.mk/healthrightsmk/pdf/Publikacii/Opsti/2015/1/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf>.
86. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H, et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. The British Journal of General Practice. 2000;50(460):882-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313852/>.
87. Hansen AH, Halvorsen PA, Førde OH. The ecology of medical care in Norway: wide use of general practitioners may not necessarily keep patients out of hospitals. J Publ Health Research. 2012;1(2). Available from: <http://jphres.org/index.php/jphres/article/view/jphr.2012.e28>.
88. Kringos DS, Boerma WG, van der Zee J, Groenewegen PP. Political, cultural and economic foundations of primary care in Europe. Soc Sci Med. 2013;99:9-17. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24355465>.
89. NOU 2005:3. Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2005. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-03/id152579/>.
90. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenester/fastlegeordningen og spesialisthelsetjenesten - organisatoriske tiltak. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2006. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rapport---samhandling-mellom-kommunale-h/id106609/>.
91. St. meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009. p. 150. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/>.
92. Meld. St. 16 (2010-2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/>.
93. Rørtveit G. Future primary care in Norway: valid goals without clear strategies. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2015;33(4):221-2. Available from: <http://dx.doi.org/10.3109/02813432.2015.1108574>.
94. Osborn R, Moulds D, Schneider EC, Doty MM, Squires D, Sarnak DO. Primary Care Physicians In Ten Countries Report Challenges Caring For Patients With Complex Health Needs. Health Affairs. 2015;34(12):2104-12. Available from: <http://content.healthaffairs.org/content/34/12/2104.abstract>.
95. Pedersen A, Vedsted P. General practitioners' anticipated risk of cancer at referral and their attitude to risk taking and to their role as gatekeeper. Journal of Health Services Research & Policy. 2015 October 1, 2015;20(4):210-6. Available from: <http://hsr.sagepub.com/content/20/4/210.abstract>.
96. Reed RL, Isherwood L, Ben-Tovim D. Why do older people with multi-morbidity experience unplanned hospital admissions from the community: a root cause analysis. BMC Health Services Research. 2015;15:525. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4662024/>.
97. Anell A, Glenngård AH. The use of outcome and process indicators to incentivize integrated care for frail older people: a case study of primary care services in Sweden. Intern J Integr Care. 2014;14:e038. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4272240/>.

98. Song Y, Skinner J, Bynum J, Sutherland J, Wennberg JE, Fisher ES. Regional variations in diagnostic practices. *The New England journal of medicine*. 2010 Jul 1;363(1):45-53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20463332>.
99. van Loenen T, van den Berg MJ, Heinemann S, Baker R, Faber MJ, Westert GP. Trends towards stronger primary care in three western European countries; 2006-2012. *BMC Family Practice*. 2016;17:59. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4884410/>.
100. Blank L, Baxter S, Woods HB, al e. What is the evidence on interventions to manage referral from primary to specialist non-emergency care? A systematic review and logic model synthesis. *Health Services and Delivery Research*, No. 3.24. Southampton: NIHR Journals Library; 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK294331/>.
101. Simmonds RL, Shaw A, Purdy S. Factors influencing professional decision making on unplanned hospital admission: a qualitative study. *British Journal of General Practice*. 2012;62(604):e750-e6. Available from: <http://bjgp.org/bjgp/62/604/e750.full.pdf>.
102. Hetlevik Ø, Gjesdal S. Personal continuity of care in Norwegian general practice: A national cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2012;30(4):214-21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3520415/>.
103. Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. Varighet av fastlegeavtaler. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2015;135(22):2045-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26627292>.
104. Grimsø A. Innføring av fastlegeordning i små kommuner? Rapport 151195. Trondheim: Samfunnsmedisinsk forskningssenter ISM, NTNU; 1995.
105. Lappégard O, Hjortdahl P. The choice of alternatives to acute hospitalization: a descriptive study from Hallingdal, Norway. *BMC family practice*. 2013;14:87. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/87>.
106. Raknes G, Hunskaar S. Geografisk avstand gir ulik bruk av legevakt. *Utposten*. 2013(6):6-9. Available from: http://www.utposten-stiftelsen.no/Portals/14/2013Utposten/UP6_13/06_09_allmennmed%20utf_Utp_6_2013.pdf.
107. Pelone F, Kringos DS, Spreeuwenberg P, De Belvis AG, Groenewegen PP. How to achieve optimal organization of primary care service delivery at system level: lessons from Europe. *Int J Qual Health Care*. 2013 Sep;25(4):381-93. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23407822>.
108. Laditka JN. Physician supply, physician diversity, and outcomes of primary health care for older persons in the United States. *Health & Place*. 2004;10(3):231-44. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S135382920300073X>.
109. Hobbs FD, Bankhead C, Mukhtar T, Stevens S, Perera-Salazar R, Holt T, et al. Clinical workload in UK primary care: a retrospective analysis of 100 million consultations in England, 2007-14. *Lancet*. 2016 Jun 4;387(10035):2323-30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27059888>.
110. Roksund G. Vil fastlegeordningen råtne på rot? *Utposten*. 2016;45(6):13-4. Available from: <http://www.utposten.no/>.
111. Halvorsen KH, Granas AG, Engeland A, Ruths S. Prescribing quality for older people in Norwegian nursing homes and home nursing services using multidose dispensed drugs. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2012 Sep;21(9):929-36. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21913280>.
112. Hetlevik Ø, Gjesdal S. Norwegian GPs' participation in multidisciplinary meetings: A register-based study from 2007. *BMC Health Services Research*. 2010;10:309-. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2999607/>.
113. Tambor M, Pavlova M, Golinowska S, Groot W. Can European Countries Improve Sustainability of Health Care Financing through Patient Cost-Sharing? *Frontiers in Public Health*. 2015;3:196. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4532922/>.
114. Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Financing health care in the European union. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/98307/E92469.pdf.

115. Goldman DP, Joyce GF, Zheng Y. Prescription drug cost sharing: Associations with medication and medical utilization and spending and health. JAMA. 2007;298(1):61-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.298.1.61>.

UTKAS

Ekspertbidrag

Del 3 - Geir Godager og Tor Iversen: Portnerrollen og økonomiske incentiver i primærlegetjenesten

Pasienten ble:	henvist	ikke henvist
Henvisning var korrekt	Sann positiv	Falsk negativ
Henvisning var ukorrekt	Falsk positiv	Sann negativ

1. Innledning

Bakgrunnen for denne rapporten er arbeidet i Den norske legeforening med satsningsområdet "Styrket medisinsk faglig ledelse i primærhelsetjenesten". I tilknytning til dette arbeidet har Legeforeningen bedt Helseøkonomisk Analyse AS utrede hvordan effekten av en modernisert portnerrolle med forsterket ressursinnsats kunne påvirke det overordnede formålet å redusere unødvendig ressursbruk både i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Med "unødvendig ressursbruk" menes reduksjoner i ressursbruk som kan gjøres uten åpenbart negative helseeffekter. Rapporten skal også belyse underproblemstillingene:

1. Hva vet vi om hvorledes fastlegenes portvaktfunksjon og finansieringsordningene regulerer tilgangen til spesialisthelsetjenesten? Disse virkningene ses i forhold til generelle helsepolitiske mål som effektivitet, kvalitet, tilgjengelighet og likhet. Finansieringsordningene vil i denne sammenhengen både omfatte pasientenes egenbetalinger, takstsystemet for fastlegene og finansieringssystemet for spesialisthelsetjenesten.

2. Kan vi tenke oss kombinasjoner av portvaktrollen og økonomiske insitamenter /omfordelinger som vil bidra til en mer hensiktsmessig oppgavefordeling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og herunder en vesentlig styrking av primærhelsetjenesten innenfor både personell, kompetanse og tilgang til medisinsk teknologi?

Fastlegene utfører mindre enn fem prosent av samlet antall årsverk i helse- og omsorgssektoren. Utgiftene til posten «Diagnose, behandling, re-/habilitering» utgjør ca. 9 prosent av de samlede utgiftene til helse- og omsorgstjenester i kommunene. Samtidig har de beslutningene fastlegene gjør i tilknytning til forebygging, diagnostikk og behandling, stor betydning for den samlede ressursbruken i helsesektoren og økonomien som helhet siden fastlegen er portner til en rekke helsetiltak og velferdsordninger. Dette gjelder henvisninger til behandling og rehabilitering i kommunehelsetjenesten i form av fysioterapi og andre tjenester, henvisning til diagnostikk og behandling i spesialisthelsetjenesten, forskrivning av medikamenter på blå resept, samt en rekke velferdsordninger knyttet til sykdom og uførhet.

I denne rapporten er portnerrollen begrenset til fastlegenes beslutninger om henvisning til diagnostikk og behandling i spesialisthelsetjenesten. Siden det er fastlegens portnerrolle vi er opptatt av, er for eksempel legevaktens portnerrolle ikke tema i denne rapporten.

I en tid med stor oppmerksomhet om pasientrettigheter og pasientens valgmuligheter kan en ordning med fastlegen som portner til spesialisthelsetjenesten virke umoderne. Umiddelbart kan det synes som at pasientens helsetjeneste forutsetter at pasienten selv kan bestemme når hun eller han trenger en konsultasjon med spesialist. Ved direkte henvendelse vil også fastlegen spares for en konsultasjon og eventuelt arbeidet med å utforme en henvisning.

Det er dermed behov for en nærmere argumentasjon for fordelene med fastlegen som portner til spesialisthelsetjenesten. På tilsvarende måte trengs en beskrivelse av de mulige fordelene med pasientenes direkte tilgang til spesialisthelsetjenesten. Vi kan da nærme oss en vurdering av hvilke betingelser som må være oppfylt for at fordelene med en portnerordning er større enn ulempene for den enkelte pasient og for samfunnet. En slik vurdering vil også kunne være et grunnlag for en diskusjon av mulige forbedringer i ordningen med fastlegen som portner.

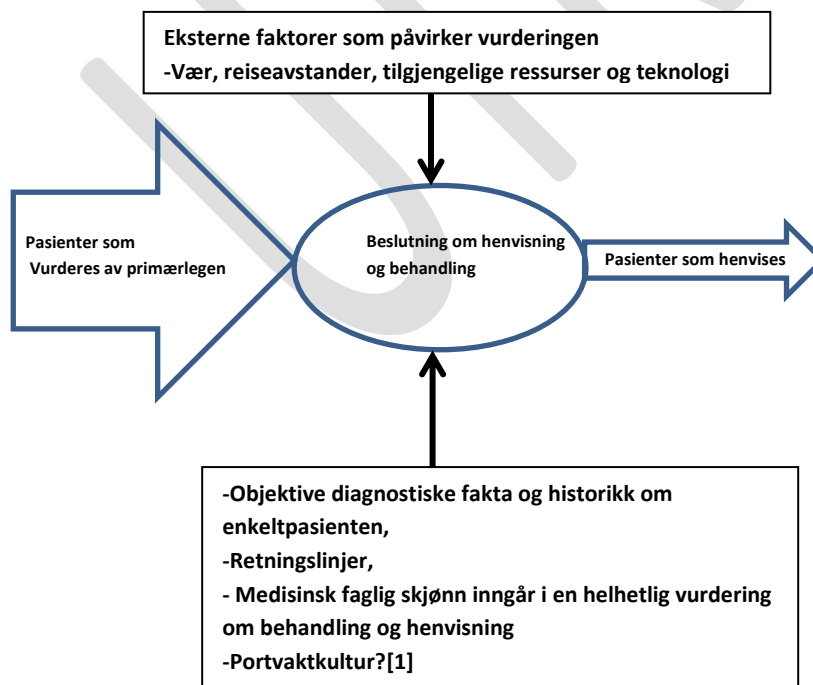
I kapittel 2 av rapporten beskriver vi rammeverket vi bruker for å diskutere problemstillingene. Vi tar utgangspunkt i beslutningsteori som både åpner for at pasienter kan bli korrekt henvist, at de blir henvist når de ikke trengte å bli henvist, at de korrekt ikke blir henvist og at de ikke blir henvist når de skulle ha vært henvist. Innenfor dette rammeverket beskriver vi ulike grunner til at det er variasjon i henvisningsratene blant fastleger og den mulige velferdsgevinsten ved en portnerordning. Vi drøfter også hvorvidt det bør utformes politikktiltak for å forbedre kvaliteten på henvisningene. I kapittel 3 gjennomgår vi nasjonal og internasjonal litteratur om virkninger av portnerordningene på samlet ressursbruk, tilfredshet og sosial ulikhet i tilgang til helsetjenester. Vi presenterer også en oversikt over i hvilken grad portnerordning praktiseres i ulike europeiske land. Kapittel 4 drøfter mulige tiltak for å modernisere portnerrollen. Vi drøfter både tiltak som kan være egnet til å forbedre den diagnostiske presisjon og bruk av økonomiske insentiver for å påvirke pasienter, fastleger og spesialisthelsetjenesten i ønsket retning.

2. Rammeverk

2.1 Hva er en henvisningsrate?

Vi starter med å redegjøre for begrepet *henvisningsrate*, og hvordan begrepene *nødvendig*- og *unødvendig* henvisning kan gis en presis beskrivelse. Spørsmålet om hva som er en korrekt henvisningsrate fra en primærlege, er et normativt spørsmål. Det vil derfor kunne være flere mulige svar, og forskjeller i oppfatninger om hva som er *korrekt*, kan ha sitt utspring i flere kilder. For det første gjelder at to forskjellige leger kan ha ulik oppfatning om foretrukket behandlings- og henvisningsalternativ for en og samme pasient, ved at skjønnsmessige avveininger slår ulikt ut. I tillegg gjelder at foretrukket behandlings- og henvisningsalternativ for en bestemt pasient vil kunne være avhengig av eksterne forhold som blir tatt hensyn til i beslutningsprosessen. Et eksempel vil kunne være der en avveining mellom å legge pasienten inn på sykehus eller la pasienten bli hjemme, påvirkes av hvilke diagnostiske verktøy beslutningstaker har tilgang til, værforhold, reiseavstand, eller om pasienten har pårørende osv. Ultralyd på fastlegekontoret er et eksempel på diagnostisk teknologi som kan redusere omfanget av henvisninger. I noen tilfeller vil en enkel ultralydundersøkelse hos allmennlege kunne gi indikasjon på at pasienten ikke har behov for spesialisthelsetjenester.

Figur 2.1: Elementer som kan tenkes inngå i beslutning om henvisning.



I empiriske studier av henvisninger til spesialisthelsetjenesten vil det altså være en rekke forhold som er uobserverbare for forskeren. Førde m.fl.[1] finner betydelig variasjon i bruk av spesialisthelsetjenester mellom ulike kommuner, og peker på at ulikheter i lokal «henvisningskultur» er en faktor som kan avgjøre befolkningens bruk av spesialisthelsetjenester. Forfatterne mener deler av den observerte variasjonen i henvisninger er uønsket og fører til ulikheter i befolkningens tilgang til spesialisthelsetjenester. Bak en slik konklusjon ligger et premiss om at det i dagens primærlegetjeneste forekommer at pasienter henvises til spesialisthelsetjenesten i situasjoner der det ikke burde vært henvist. Et viktig spørsmål er i hvilken grad det er mulig å påvise uriktige beslutninger om henvisninger, enten der pasienten ikke burde blitt henvist men likevel ble henvist, eller der pasienten ikke ble henvist, men burde ha blitt det.

Trolig er det i en del tilfeller, for eksempel der *faglig skjønn* utgjør en stor del av det samlede beslutningsgrunnlaget, svært vanskelig å påvise for en tredjepart hvorvidt en henvisningsbeslutning var uriktig. For eksempel vil det ved tilfeller av depresjon være vanskelig å fastslå om en bestemt henvisningsbeslutning var korrekt. Mange av elementene som inngår i vurderingen på ett tidspunkt, vil kunne være vanskelig å bevare for eventuell senere vurdering.

Samtidig kan det tenkes kategorier av henvisningsbeslutninger der gode diagnostiske verktøy er tilgjengelige og muliggjør henvisningsbeslutninger som i større grad baseres på objektive kriterier og noe mindre grad på *faglig skjønn*. Ved for eksempel «klemmende brystmerter» eller «kul i brystet» vil det for en tredjepart være enklere å fastslå i ettertid hvorvidt en bestemt henvisningsvurdering var korrekt.

I det følgende forenkler vi den komplekse virkeligheten og tenker oss at henvisningsbeslutninger kan kategoriseres som er enten *korrekte* eller *ukorrekte*. Pasienter antas enten ha tilstand S , eller tilstand F . Tilstand S er en tilstand som er slik at det er korrekt å henvise til spesialisthelsetjenesten, mens tilstand F er en tilstand der korrekt beslutning er *ikke henvise*.

Vi lar p betegne *prevalensraten* til tilstand S og $1-p$ er dermed sannsynligheten for at pasienten har tilstand F . Vi antar at det ved en legekonsultasjon ikke er mulig å vite 100 % sikkert hvorvidt en pasient er type S eller F [2]. Resonnementene som følger er helt analog til beskrivelsen av diagnostiske tester, der testutfall kan kategoriseres i både sanne og falske positive testresultater,

og sanne eller falske negative testresultater. Kvaliteten på diagnostiske tester beskrives gjerne med bruk av begrepene *sensitivitet* og *spesifisitet*. Mens *sensitivitet* brukes om diagnostisk presisjon i de tilfeller pasienten er i tilstand S, omhandler *spesifisiteten* diagnostisk presisjon idet pasienten er i tilstand F.

En rekke ulike elementer inngår i legens diagnostiske vurdering, herunder diagnostiske verktøy, avveininger i forhold til faglige retningslinjer, og rent medisinsk faglig skjønn. Vi lar D^S betegne utfallet der tilstanden i henhold til legens vurdering er S, og D^F betegner situasjoner der tilstanden vurderes til F. Vi lar r betegne legens henvisningsrate og vi har $r=P(D^S)$, der P er et funksjonssymbol. Vi har åpnet for at både korrekte og ukorrekte beslutninger kan bli gjort. Henvisningsbeslutninger gjøres altså i en situasjon som kjennetegnes ved *imperfekt diagnostisk presisjon*. Vi skal nå definere *sensitivitet* og *spesifisitet* i forbindelse med henvisningsvurderinger. Vi lar s_1 betegne sensitivitet, og s_2 betegne spesifisitet og presenterer definisjonen av sensitivitet og spesifisitet i Tabell 2.1.

Tabell 2.1. Definisjon av begrepene sensitivitet og spesifisitet ved henvisningsvurderinger.

	Legens vurdering er D^S	Legens vurdering er D^F
Pasientens tilstand		
S , sannsynlighet p	$Pr(D^S S)=s_1$ Sensitivitet. «Sann positiv». (sannsynlighet for å bli vurdert syk, gitt at pasienten er syk)	$Pr(D^F S)=1-s_1$ «Falsk negativ». (sannsynlighet for å bli vurdert frisk, gitt at pasienten er syk)
F, sannsynlighet 1-p	$Pr(D^S F)=1-s_2$ «Falsk positiv». (sannsynlighet for å bli vurdert syk, gitt at pasienten er frisk)	$Pr(D^F F)=s_2$, Spesifisitet. «Sann negativ» (sannsynlighet for å bli vurdert frisk, gitt at pasienten er frisk)

I vårt stiliserte eksempel består legens henvisningsrate r av henvisninger som resultat av en korrekt vurdering (sann positiv), eller ved en feil vurdering (falsk positiv). Vi antar at legens sensitivitet og spesifisitet er uavhengig av prevalensen, p . Det betyr at sannsynligheten for en korrekt henvisning (sann positiv) er gitt ved ps_1 mens sannsynligheten for en ukorrekt henvisning (falsk positiv) er gitt ved

$(1-p)(1-s_2)$. Henvisningsraten (sannsynligheten for å henwise en tilfeldig person fra populasjonen) er dermed summen av sannsynlighetene for korrekt og ukorrekt henvisning:

Henvisningsrate, sannsynligheten for å henwise en pasient:

$$1) r = ps_1 + (1-p)(1-s_2).$$

Tilsvarende er sannsynligheten for ikke å henwise en pasient

$$2) r^c = (1-p)(s_2) + p(1-s_1)$$

Der første ledd i summen er sannsynligheten for å ikke henwise type F pasient (sann negativ), mens andre ledd i summen er sannsynligheten for å ikke henwise en type S pasient (falsk negativ).

Fra 1) ser vi at en økning i sensitiviteten, s_1 , gir flere henvisninger, uansett størrelsen på p , mens en økning i spesifisiteten, s_2 , gir færre henvisninger.

Talleksempler

Ved bruk av disse definisjonsmessige sammenhengene vil vi i det følgende presentere noen talleksempler som illustrerer hvordan henvisningsraten vil kunne bli betydelig større enn prevalensen. Vi vil vise at en lege med høy sensitivitet og spesifisitet kan ende opp med den samme henvisningsraten som en lege med lav sensitivitet og spesifisitet.

Vi tar for oss ulike kombinasjoner av sensitivitet og spesifisitet og regner ut tall for henvisninger for fire legetyper, I-IV med utgangspunkt i en prevalens $p=0,1$ og at 1000 pasienter vurderes.

Tabell 2.2. Mulige kombinasjoner av sensitivitet og spesifisitet i eksemplene.

	Lav sensitivitet	Høy sensitivitet
Lav spesifisitet	I	II
Høy spesifisitet	III	IV

Ved bruk av 1) og 2) kan vi regne ut antallet korrekte og ikke korrekte henvisninger. Tilsvarende kan vi beregne antallet som (korrekt) ikke ble henvist, og antallet som ikke ble henvist men der en henvisning ville vært det korrekte. I vårt eksempel har legetype IV best diagnostisk presisjon idet både sensitivitet og spesifisitet er høy, mens legetype I har svakest diagnostisk presisjon idet både sensitivitet og spesifisitet er lav. Type II og III skårer mellom I og IV, idet enten sensitivitet eller spesifisitet er lav. Vi presenterer de tallverdiene som inngår eksemplene i tabell 2.3. I resten av rapporten lar vi utfall A referere til «sann positiv», B til «falsk positiv», C til «sann negativ» mens utfall D refererer til «falsk negativ».

Tabell 2.3. Kombinasjoner av sensitivitet og spesifisitet i 3 eksempler.

	Eksempel 1	Eksempel 2	Eksempel 3 (fravær av portner)
Lav sensitivitet	$S_1 = 0.9$	$S_1 = 0.9$	$S_1 = 0.5$
Høy sensitivitet	$S_1 = 0.99$	$S_1 = 0.99$	$S_1 = 0.6$
Lav spesifisitet	$S_2 = 0.85$	$S_2 = 0.80$	$S_2 = 0.5$
Høy spesifisitet	$S_2 = 0.9$	$S_2 = 0.81$	$S_2 = 0.6$

I eksempel 1 blir henvisningene som følger:

	Korrekt henvist (A)	Ukorrekt henvist (B)	Korrekt ikke henvist (C)	Ukorrekt ikke henvist (D)	Antall henviste
Lege I	90	135	765	10	225
Lege II	99	135	765	1	234
Lege III	90	90	810	10	180
Lege IV	99	90	810	1	189

I eksempel 2 blir henvisningene som følger:

	Korrekt henvist (A)	Ukorrekt henvist (B)	Korrekt ikke henvist (C)	Ukorrekt ikke henvist (D)	Antall henviste
Lege I	90	180	720	10	270
Lege II	99	180	720	1	279
Lege III	90	171	729	10	261
Lege IV	99	171	729	1	270

Våre eksempler over illustrerer at selv om både sensitivitet og spesifisitet er høy (Eksempel 1) vil det måtte forekomme unødvendige henvisninger. Vi ser også at forbedringer i diagnostisk presisjon fører til mindre bruk av spesialisthelsetjenester. Vi ser i Eksempel 1 at antallet henvisninger for lege IV blir betydelig lavere enn for lege I. Vi ser også at lave tall for henvisninger kan skjule et uønsket høyt antall «falske negative» (Eksempel 1 Lege III).

I eksempel 2 over ser vi også at det kan være vanskelig for utenforstående å vurdere om diagnostisk presisjon er høy eller lav basert på observerte henvisningsrater. Vi ser i Eksempel 2 at lege I, med lav diagnostisk presisjon, henviser like mange pasienter som lege IV, som har høy diagnostisk presisjon.

I eksempel 3 nedenfor har vi illustrert hvorledes man innenfor dette rammeverket kan tenke seg å beskrive hvordan en ordning med primærlegen som portner bidrar til å redusere etterspørselen etter spesialisthelsetjenester. Det er rimelig å tenke seg at pasienter selv har betydelig lavere diagnostisk presisjon enn leger. Ved fravær av diagnostisk presisjon har vi i dette eksempelet antatt $s_1=s_2=0.5$.

Eksempel 3. Fravær av portner. Pasientens diagnostiske evne avgjør om pasienten søker behandling i spesialisthelsetjenesten.

	Sann positiv (A)	Falsk positiv (B)	Sann negativ (C)	Falsk negativ (D)	opsøker spesialisthelsetjenesten
I	50	450	450	50	500
II	60	450	450	40	510
III	50	360	540	50	410
IV	60	360	540	40	420

2.2 Portnerrollen og samfunnet

I dette avsnittet redegjør vi for hvordan ordninger med primærlegen som portner påvirker samfunnets velferd. Om vi antar at sensitivitet og spesifisitet ved henvisningsbeslutninger er å betrakte som gitte konstanter, vil fastlegens henvisningsrate kunne uttrykkes ved likning (1) i avsnitt 2.1. Når det foretas en vurdering om å henvise eller ei, så er det fire mulige påfølgende utfall, A , B , C eller D . Det er rimelig å tenke seg at samfunnet verdsetter de fire forskjellige utfall ulikt. Vi markerer samfunnets verdsetting av utfallene med $*$, og innfører notasjon for verdsetting av de fire ulike utfallene beskrevet i Boks 1.

Boks 1: Velferd ved fire ulike utfall av en henvisningsvurdering.

u^*_A	velferd ved henvisning av «syk pasient» (nyttensnivået etter behandlingsforløpet i spesialisthelsetjenesten fratrasket behandlingskostnadene) .
u^*_B	velferd ved henvisning av «frisk pasient» (nyttensnivået etter behandlingsforløpet fratrasket totale behandlingskostnader) .
u^*_C	velferd idet en «frisk pasient» ikke henvises (nyttensnivået etter behandlingsforløpet i primærhelsetjenesten fratrasket totale behandlingskostnader) .
u^*_D	velferd idet en «syk pasient» ikke henvises (nyttensnivået etter behandlingsforløpet, fratrasket totale behandlingskostnader)

Med *nyttensnivå* menes det her nyttensnivået personen oppnår etter endt behandlingsforløp. I de totale behandlingskostnader inngår behandlingskostnader både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. For å forenkle framstillingen noe i det videre refererer vi til tilstanden der henvisning er korrekt som «syk tilstand», mens tilstanden der korrekt beslutning er ikke å henvise, som «frisk tilstand».

Vi kan nå diskutere størrelsen på de ulike velferdsnivåene, og gjøre parvise sammenligninger. For gitt tilstand gir korrekt beslutning per definisjon størst velferd. Om vi sammenligner utfallene B og C vil det ut fra definisjonen av *korrekt* og *ukorrekt* henvisningsbeslutning følge logisk at $u^*_B < u^*_C$, altså at utfall for «friske» gir størst velferd om henvisning unngås. Gevinsten for samfunnet ved en riktig beslutning om ikke å henvise er altså $u^*_C - u^*_B$. Tilsvarende har vi for utfallene D og A at $u^*_D < u^*_A$, det vil si at utfall for «syke» gir størst velferd om de oppnår henvisning.

Gevinsten for samfunnet ved henvisning av en syk pasient er altså $u^*_A - u^*_D$. Fastlegens verdsetting av de fire utfallene er sentral, og kan generelt sett være forskjellig fra samfunnets. Vi kommer tilbake til dette i senere avsnitt.

Vi skal se nedenfor at størrelsen på samfunnets gevinst ved å ha en portnerordning sammenlignet med alternativet der pasientene har direkte tilgang til spesialisthelsetjenesten avhenger av hvor store velferdsgevinster som oppstår når det gjøres riktige henvisningsvurderinger.

Dersom det gjøres korrekt vurdering om å henvise en pasient til spesialisthelsetjenesten, oppstår en velferdsgevinst, $u^*_A - u^*_D$. Det vil variere hvor stor en slik gevinst er. Dersom det er betydelige negative helseeffekter av uteblitt eller forsinket henvisning for en helsetilstand, som effektivt kan behandles i spesialisthelsetjenesten uten store kostnader, vil virkningen på samfunnets velferd bli stor. Velferdsnivået u^*_A vil i en slik situasjon være betydelig større enn u^*_D .

Tilsvarende oppstår en gevinst for samfunnet når det gjøres en korrekt beslutning om ikke å henvise, $u^*_C - u^*_B$. Også i denne situasjonen vil størrelsen på velferdsgevinsten variere. Dersom en unødvendig henvisning bidrar til store kostnader i spesialisthelsetjenesten, samtidig som helseeffekten er liten eller negativ, vil virkningen på samfunnets velferd av å unngå en slik unødvendig henvisning bli stor.

For andre par av utfall er ikke rangeringen entydig gitt i utgangspunktet. Noen rangeringer synes imidlertid mer plausible enn andre. I de to tilfeller der fastlegen gjør korrekt vurdering, A og C, synes det rimelig at det er bedre for samfunnet med C (fravær av behov for spesialisthelsetjenester) enn A: $u^*_A < u^*_C$. I utfall C vil pasientene ikke ha behov for spesialisthelsetjenester og behandlingskostnadene vil i tillegg være lavere enn i utfall A.

I tilfeller der fastlegen gjør ukorrekt vurdering synes det rimelig at det er utfallet for de «syke» som representerer det laveste nyttenivået, slik at $u^*_D < u^*_B$.

Om velferdsrangeringen er som beskrevet ovenfor, følger det logisk at velferdsnivået er høyere ved korrekte beslutninger om ikke å henvise, enn ved en ukorrekt beslutning: $u^*_D < u^*_C$. For utfallene A og B er flere rangeringsalternativer mulig. I tabell 2.4 presenterer vi tolkningen av de ulike rangeringene.

Tabell 2.4 Tolkninger av ulike alternativer for samfunnets verdsetting.

Velferdsrangering	Beskrivelse
$u_B^* < u_C^*$	For de «friske» blir velferden størst uten henvisning. (Definisjonssammenheng)
$u_D^* < u_A^*$	For de «syke» blir velferden størst om oppnår henvisning. (Definisjonssammenheng)
$u_A^* < u_C^*$	For korrekte beslutninger, gir tilstander som ikke fører til behandling i spesialisthelsetjenesten større velferd enn de som fører til behandling i spesialisthelsetjenesten.
$u_D^* < u_B^*$	For uriktige beslutninger, er det utfallet for de «syke» som gir lavest velferd
$u_D^* < u_C^*$	Følger logisk om rangeringene ovenfor gjelder.
$u_B^* > u_A^*$	Mulig i et scenario der medisinsk behandling ikke gjenoppretter full helse, slik at helsenivået ved A er betydelige lavere enn ved B samtidig som kostnadsforskjeller mellom A og B er små. Kan også forekomme om kostnadene er betydelig større ved A enn ved B
$u_B^* = u_A^*$	Medisinsk behandling gjenoppretter full helse, slik at helsenivået i A og B er det samme, samtidig er det ikke forskjell på kostnadene i spesialisthelsetjenesten ved A og B tilfeller.
$u_B^* < u_A^*$	Mulig scenario dersom samlede kostnader (i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten) er større ved tilfellet B. For eksempel fordi medisinsk behandling etter henvisning gjenoppretter full helse for tilfellet A, mens full helse for tilfellet B krever behandling og kostnader i primærhelsetjenesten, i tillegg til eventuelle kostnadene som måtte påløpe i spesialisthelsetjenesten.

Velferdsgevinst av portnerordning

Vi kan nå uttrykke forventet velferd (per gjennomførte henvisningsvurdering) for samfunnet av at en allmennlege gjennomfører henvisningsvurderinger med en viss grad av diagnostisk presisjon. Vi betegner nå minimumsnivået til sensitivitet og spesifisitet med $\underline{s}$, portnerens sensitivitet (spesifisitet) er dermed $\underline{s} < s_1 < 1$ ($\underline{s} < s_2 < 1$). Vi antar at legen mottar en betaling M per henvisningsvurdering, og dette er en enhetskostnad for portnerordningen. Ved å kombinere

likning 1 og 2 med verdsettingen av de fire utfallene (Boks 1), kan vi spesifisere et uttrykk for samfunnets velferd med en portnerordning:

$$(3) EU^P = ps_1u_A^* + [1 - p][1 - s_2]u_B^* + [1 - p][s_2]u_C^* + p[1 - s_1]u_D^* - M$$

I likning (3) ser vi at samfunnets velferd er større jo bedre den diagnostiske presisjonen er. Hvis sensitiviteten, s_1 , øker, blir det mest fordelaktige utfallet for de «syke» (utfall A) mer sannsynlig, samtidig som det minst ønskede utfallet for de «syke» (utfall D) blir mindre sannsynlig. Tilsvarende ser vi også at dersom spesifisiteten, s_2 , øker, blir det mest fordelaktige utfallet for de «friske» (utfall C) mer sannsynlig, samtidig som det minst ønskede utfallet for de «friske» (utfall B) blir mindre sannsynlig. Det kan også vises at samfunnets velferd blir lavere jo større sykdomsprevalensen, p , er, dersom velferdsrangeringene er som beskrevet i tabell 2.4.

Vi kan også uttrykke forventet velferd (per gjennomførte henvisningsvurdering) for samfunnet ved fravær av portnerordning, ved å anta at fravær av portner innebærer minimum diagnostisk presisjon $s_1 = s_2 = \underline{s}$:

$$(4) EU^0 = p\underline{s}u_A^* + [1 - p][1 - \underline{s}]u_B^* + [1 - p]\underline{s}u_C^* + p[1 - \underline{s}]u_D^*$$

Den samfunnsøkonomiske gevinsten av å ha portnerordning sammenliknet med alternativet beskrevet ved EU^0 finner vi ved å ta differansen mellom (3) og (4):

$$(5) EU^P - EU^0 = p[s_1 - \underline{s}][u_A^* - u_D^*] + [1 - p][s_2 - \underline{s}][u_C^* - u_B^*] - M$$

Det første leddet i (5) er positivt og har tolkning som økning i forventet velferd som følger av at en portner gir økt sensitivitet, mens tolkningen av det andre leddet, som også er positivt, er økning i forventet velferd som følge av at portner har økt spesifisitet. Av (5) ser vi at portnerordning er samfunnsøkonomisk lønnsomt dersom velferdsøkningen er større enn kostnaden M . Det betyr at kostnaden med å gjennomføre vurderingen, M , har betydning for om portnerordning er samfunnsøkonomisk lønnsomt, og M må være tilstrekkelig liten for at portnerordning skal være ønskelig.

Fra (5) ser vi at portnerordning er mer lønnsom for samfunnet jo

-lavere kostnader forbundet med å gjennomføre henvisningsvurderinger (M),

- bedre diagnostisk presisjon fastlegene har (høy sensitivitet og spesifisitet),
- lavere den diagnostisk presisjon er ved fravær av portnerordning ($\underline{s}$),
- større velferdsøkningen er når «syke» oppnår ved henvisning ($u^*_A - u^*_D$),
- større velferdsøkningen er når «friske» ikke blir henvist til spesialisthelsetjenesten ($u^*_C - u^*_B$).

UTKAST

2.3 Er politikktiltak for økt diagnostisk presisjon ønskelig for samfunnet?

Et viktig spørsmål er hvorvidt det finnes politikktiltak som kan påvirke sensitivitet og spesifisitet i primærlegetjenesten. Dersom diagnostisk presisjon kan bedres gjennom organisering eller tilførsel av spesifikke ressurser til primærhelsetjenesten for eksempel i form av kunnskap, teknologi, eller tiltak av reguleringsmessig art, kan dette gi større velferd for samfunnet som vist i foregående avsnitt. Velferdsgevinstene vil bestå både i ressursbesparelser ved at omfanget av unødvendige henvisninger reduseres, og samtidig helsegevinster gjennom flere korrekte henvisninger og færre tilfeller av «falsk negativ». Vi har gjennomført en økonomisk modellanalyse av virkningene av en modernisering av porterrollen gjennom tiltak som bidrar til å styrke den diagnostiske presisjon i allmennlegetjenesten. De detaljerte analysene gjengis i et matematisk appendiks, mens analyseresultatene og forutsetningene vi har lagt til grunn, oppsummeres her.

I vår analyse antar vi at diagnostisk presisjon avhenger både av legens egen innsats, og en produktivitetsparameter som er utenfor legens kontroll, men som det er mulig å påvirke ved politikktiltak. Produktivitetsparameteren reflekterer den teknologi (i vid forstand) som er tilgjengelig idet vurdering om henvisning gjøres. Eksempler på mulige tiltak kan være organisasjonsmessige grep som kan bidra til bedre diagnostisk presisjon. Et eksempel kan være organisering av et listepasientsystem og andre tiltak som bidrar til mer varige lege-pasient-relasjoner. Et annet eksempel kan være etablering eller implementering av ny kunnskap eller teknologi som øker den diagnostiske presisjonen i allmennpraksis.

Vi tillater i vår analyse at fastlegens verdsetting, av de fire utfallene kan være forskjellig fra samfunnets, men vi antar at rangeringen også for fastlegen er slik at den subjektive velferden er størst i utfallene med korrekt beslutning: $u_B < u_C$ og $u_D < u_A$. Vi antar i vår analyse at fastlegen er rasjonell og selv fastsetter omfanget av sin diagnostiske innsats i henhold til en avveining mellom kostnader og gevinster av diagnostisk innsats, idet ressursinnsats for bedre diagnostisk presisjon har en alternativ anvendelse også innen legepraksisen.

Vi undersøker først virkningene av vårt politikktiltak for bedre diagnostisk presisjon i en situasjon der vi antar at alle kostnader ved politikktiltaket dekkes gjennom tilføring av nye midler til allmennlegetjenesten. Vi finner at politikktiltaket vil gi entydig forbedret diagnostisk presisjon i allmennpraksis, og denne entydige forbedringen i diagnostisk presisjon oppnås selv om det

åpnes for at tiltaket vil kunne medføre at fastlegens egen innsats for diagnostisk presisjon endrer seg.

Denne enkle analysen der vi studerer virkningen på diagnostisk presisjon av et politikktiltak som gjennomføres ved at portnerordningen tilføres nye midler, kan kritiseres: Selv om et politikktiltak bidrar til forbedret diagnostisk presisjon er det nødvendig å undersøke nærmere hvorvidt gevinstene for samfunnet av en modernisert portnerrolle er store nok til å forsvare de økte kostnadene. Vi gjennomførte derfor en analyse der vi tilføyde en betingelse om at moderniseringstiltaket måtte finansieres uten økning av budsjettet, gjennom en reduksjon i betalingen til fastlegene. Vi tilføyde derfor også en betingelse om at tiltaket ikke måtte være ufordelaktig for fastlegene samlet sett.

Ved denne type analyser vil det typisk kunne finnes flere potensielle løsninger for hva som kan være optimalt for samfunnet. Vi valgte derfor å undersøke særskilt om det kunne være optimalt for samfunnet å avstå fra å gjennomføre et moderniseringstiltak som øker den diagnostiske presisjonen. Vi fant i vår modell at det er optimalt for samfunnet å tilpasse seg med tiltak for forbedringer i diagnostisk presisjon utover minimum. En viktig grunn til at vi finner dette entydige resultatet, er at vi har antatt at et tiltak for bedre diagnostisk presisjon bidrar til forbedringer både i sensitivitet og spesifisitet, og videre, at slike forbedringer har stordriftsfordeler, ved at de gjør seg gjeldende for samtlige vurderingene som gjøres i den enkelte praksis.

Vårt analyseresultat kan tolkes som støtte for at tiltak for forbedringer av diagnostisk presisjon «utover minimum» bør gjennomføres. Det er viktig å presisere at dette ikke er det samme som at det alltid er ønskelig å gjennomføre flere tiltak enn det som allerede er gjort. Våre modellresultater illustrerer likevel hvilke mekanismer som gjør seg gjeldende i en situasjon der det vurderes om det bør gjennomføres et politikktiltak med modernisert portnerrolle og forbedret diagnostisk presisjon.

3. Resultater fra teoretisk og empirisk forskning

3.1 Teoretisk litteratur om kombinasjoner av portvakt/finansieringsordninger.

Problemstillingene som teoretiske arbeider om allmennlegens portnerrolle tar for seg, inkluderer spørsmålet om hvordan ressursbruken i samfunnet påvirkes av selve portvaktordningen sammenlignet med ordninger der pasienten har direkte tilgang til spesialisthelsetjenesten, og videre hvordan omfanget av henvisninger påvirkes av betalingssystemet i allmennpraksis under portvaktordninger. Eksempler på betalingssystemer som analyseres, er per capita betaling (CAP), aktivitetsbasert betaling (FFS) og utvidet budsjettansvar (FH), der allmennlegen gis ansvar for behandlingskostnader i spesialisthelsetjenesten.

Teoretiske arbeider som tar for seg allmennlegens rolle i behandling og henvisning av pasienter som har, eller kan ha, behov for behandling i spesialisthelsetjenesten, vil ofte fokusere på en avgrenset problemstilling og gjøre antakelser som forenkler analysene. Eksempler på forenklinger kan være å anta at alle allmennleger har samme verdsetting av pasienters helseforbedringer, anta at alle allmennleger har lik diagnostisk presisjon, anta at alle pasienter er like «utålmodige» med hensyn til å vente på behandling. Videre er en vanlig forenkling som ofte gjøres i teoriarbeider, å se bort fra mangfold med hensyn til typer av spesialisthelsetjenester og dermed muligheten for at pasienter som trenger spesialisthelsetjenester kan oppsøke en type spesialist som er uhensiktsmessig for det aktuelle helseproblemet.

I den nyere teoretiske litteraturen om henvisningsbeslutninger forsøkes det å løse opp restriktive antakelser og håndtere flere problemstillinger samtidig. Vi diskuterer noen av disse nyere arbeider og gjengir hovedresultatene i Tabell 3.1. Studiene tar for seg flere alternative betalingssystemer og introduserer mer mangfold i allmennlegetjenesten, både hva gjelder preferanser og diagnostisk presisjon.

Et vanlig funn er at portvaktordning gir lavere ressursbruk i spesialisthelsetjenesten sammenlignet med om pasientene har direkte tilgang til spesialisthelsetjenesten [3, 2]. I et arbeid av Levaggi og Rochaix [4] åpnes det for at pasienter kan være forskjellige med hensyn til hvor utålmodige de er med hensyn til å vente på behandling. De åpner også for at pasienter med direkte tilgang til spesialisthelsetjenesten vil kunne oppsøke spesialister som ikke er den mest relevante for deres helseproblem. Forfatterne viser at portvaktordning under slike antakelser kan medføre lavere ressursbruk i spesialisthelsetjenesten, men at det for samfunnet likevel kan være

ønskelig å la de mest utålmodige pasientene få anledning til å oppsøke spesialisthelsetjenesten direkte om de samtidig betaler en ekstra egenandel for dette.

Mariñoso og Jelovac [3] undersøker hvordan henvisningsbeslutninger påvirkes av betalingssystemet, og finner at systemer som gir allmennlegen relativ sterke insentiver for å behandle pasienten selv (et eksempel kan være generøse ytelsesbaserte takster), medfører at allmennlegen henviser færre, og tallet på henvisninger kan bli færre enn ønskelig for samfunnet. De finner også at dersom allmennlegen har insentiver til å ta hensyn til behandlingskostnader i spesialisthelsetjenesten, så vil det isolert sett trekke i retning av færre henvisninger.

Allard mfl [2] åpner for at det kan være et mangfold i allmennlegetjenesten, både hva gjelder i hvilken grad allmennleger verdsetter behandlingskostnader og helseforbedringer, og hva gjelder legenes diagnostiske presisjon. Et viktig resultat fra deres analyse er at ingen av betalingssystemene FFS, CAP og utvidet budsjettansvar er entydig best egnet til å gi optimalt omfang av henvisninger til spesialisthelsetjenesten. På grunn av mangfoldet i allmenlegeprofesjonen vil et betalingssystem som gir optimale henvisningsbeslutninger i en spesifikk gruppe av leger, kunne gi uønsket omfang av henvisninger i andre grupper av leger med andre preferanser og diagnostisk presisjon. Hvilket betalingssystem som er å foretrekke for samfunnet, vil videre også avhenge av hvilke hensyn som tillegges størst vekt, herunder hvorvidt det mest tungtveiende hensynet er

a) underforbruk av spesialisthelsetjenester som følge av at pasienter ikke får behandling i spesialisthelsetjenesten i tilfeller der de har behov for det (hensynet til «falsk negativ»),

eller

b) overforbruk av ressurser i spesialisthelsetjenesten som følge av unødvendige henvisninger (hensynet til «falsk positiv»).

En tolkning av analyseresultatene i [2], er at dersom samfunnet i noen grad vektlegger ulempene ved underforbruk, så vil et betalingssystem som inkluderer ytelsesbaserte takster være å foretrekke så sant takstene ikke er altfor generøse, om allmennlegene i betydelig grad verdsetter helseforbedringer hos sine pasienter, og dersom allmennlegene har god diagnostiske presisjon.

Samtidig vil det kunne bli for få henvisninger dersom takstene er for generøse og den diagnostiske presisjonen i allmennlegetjenesten er for svak.

Dersom samfunnet i stor grad vektlegger ønsket om å unngå de unødvendige henvisningene, tyder analyseresultatene i [2] på at betalingssystemer med stor andel per capita betaling, kan gi et større omfang av henvisninger enn det som er ønskelig for samfunnet. Deres analyser viser at det er nødvendig med empirisk kunnskap om preferansene til allmennlegene, diagnostisk presisjon hos allmennlegene og i tillegg samfunnets verdsetting av kostnader og helsetap som følger av ikke-henvisning (falsk negative) og kostnader og helsegevinster ved unødvendige henvisninger (falsk positive).

Om mekanismene bak det teoretiske resultatet at sterke insentiver for pasientbehandling i allmennpraksis gir færre henvisninger [3].

I våre regneeksempler i kapittel 2 beskrev vi hvordan en henvisningsrate blir bestemt av sykdomsforekomst, og legens diagnostiske presisjon, og vi utledet følgende uttrykk for henvisningsraten:

$$(1) r = ps_1 + (1-p)(1-s_2).$$

Dersom allmennlegen i noen grad påvirkes av finansielle insentiver, verdsetter pasienters helseforbedringer, og har anledning til å påvirke sensitivitet s_1 , og spesifisitet s_2 , vil utformingen av betalingssystemet kunne påvirke henvisningsraten (1). Med henvisning til [3] kan vi diskutere hvorledes sterke insentiver for å behandle pasienter innen allmennpraksis vil kunne påvirke henvisningsraten. I deres modell kan legen ved å «anstreng seg mer» forbedre sin diagnostiske presisjon, det vil si øke sannsynligheten for henvisning av en «syk» (øke sensitiviteten s_1) og øke sannsynligheten for ikke å henvise en «frisk» (øke spesifisiteten s_2). I tilfeller der prevalensen er lav, $p < 0.5$, vil økt diagnostisk presisjon og proporsjonal økning i s_1 og s_2 gi reduksjon i henvisningsraten. Dersom legen i noen grad vektlegger pasienters helseforbedringer, vil det bidra til at legen ønsker å anstrenge seg utover minimum for å henvise de som trenger, og samtidig unngå unødvendige henvisninger. Samtidig vil finansielle insentiver kunne påvirke hvor mye en gitt lege ønsker å anstrenge seg i diagnostiseringsarbeidet. Ved sterke insentiver for å behandle pasienter innen allmennpraksis (for eksempel generøse ytelsesbaserte takster som gir legen en positiv nettofortjeneste ved å yte en ekstra tjeneste) vil legen ha sterkere insentiver til å anstrenge

seg for å oppnå større diagnostisk presisjon enn i tilfellet der legen har ren per capita betaling. Det er to mekanismer som kan bidra til dette. For det første vil stor anstrengelse, i form av mer tid og ressurser brukt på diagnostiseringen, kunne gi uttelling i form av utløste takster for selve diagnostiseringsarbeidet, mens disse anstrengelser ikke vil gi større betaling i et per capita system. For det andre vil reduksjonen i andel henviste trekke i retning av større aktivitet i egen praksis, og denne økte aktivitet vil igjen utløse ytelsesbaserte takster. Denne økte arbeidsmengden vil i et per capita system ikke bli kompensert med større betaling.

Tabell 3.1. Teoriartikler som drøfter kombinasjoner av portnerrolle og finansielle insentiver. Virkning av insentiver

	Beskrivelse	Virkning av portvaktordning på ressursbruk.	Finansielle insentiver til å yte tjenester i egen praksis	Finansielle insentiver til å ta hensyn til kostnader i spesialisthelsetjenesten
Referanse	Alle legene antas verdsette pasienters helseforbedringer i lik grad, men har ulik «diagnostisk presisjon». Legen kan selv påvirke sin «diagnostiske presisjon», i betydning sensitivitet og spesifisitet gjennom å anstrenge seg mer.	Gir mindre ressursbruk .	Gir færre henvisninger.	Gir færre henvisninger.
Referanse[2]	Både Allmennlegens verdsettingspreferanser og diagnostisk presisjon påvirker henvisningsraten. En kan ikke generelt rangere FFS CAP eller Fundholding entydig med hensyn samfunnets velferd. Hvilket betalingssystem som er ønskelig vil blant annet avhenge av hvorvidt forventede kostnader ved over-henvisning (utfall B i kapittel 2) er større eller mindre enn forventede kostnader av underhenvisning (utfall D i kapittel 2).	Gir mindre ressursbruk.	Generøs aktivitetsbasert gir færre henvisninger enn per capita. Det kan bli færre henvisninger enn ønskelig. Ren per capita kan gi flere henvisninger enn ønskelig. Ingen betalingssystemer vil gi optimal henvisningsbeslutning for alle leger samtidig.	«Fundholding» gir insentiver som ligner ren FFS betaling i allmennlegetjenesten og bidrar isolert sett til færre henvisninger. Det kan bli færre henvisninger enn ønskelig.
Referanse[4]	To typer spesialist, og mulig å oppsøke «feil» spesialist. Kan være optimalt for samfunnet å la utålmodige pasienter oppsøke spesialisthelsetjenesten direkte, uten henvisning.	Ikke entydig. Hvorvidt portvaktordningen gir mindre ressursbruk i spesialisthelsetjenesten avhenger av hvilke typer informasjonsproblemer som er til stede.		
Refe	Allmennlegen kan velge betalingssystem.		Ingen betalingssystemer vil gi optimal henvisningsbeslutning for alle leger samtidig.	

3.2 Regulering av tilgang til spesialisthelsetjenesten i sentrale OECD-land

Det er stor variasjon blant OECD-land med hensyn til i hvilken grad primærlegen er portner til spesialisthelsetjenesten.

Tabell 3.2 beskriver noen kjennetegn ved organisering av primærlegetjenesten og primærlegens portnerrolle i sentrale OECD-land i 2016. Informasjonen er hentet fra en database om organisering av helsesektoren som OECD nylig har publisert. Databasen er nettbasert og finnes på:

OECD Health Systems Characteristics Survey

(<http://qdd.oecd.org/subject.aspx?Subject=hsc>) . Opplysningene er rapportert inn fra de enkelte landene.

Tabell 3.2 viser varierende praksis med primærlegen som portner i OECD-landene. Av de 14 landene tabell 3.2 beskriver, er det fire som ikke har portnerordninger, fire tilbyr redusert egenbetaling for pasienter med henvisning, mens i de resterende seks er primærlegen portner til spesialisthelsetjenesten.

UTKAST

Tabell 3.2 Primærlegen som portner i Europa 2016

	Østerrike	Belgia	Danmark	Finland	Frankrike	Tyskland	Island
Avlønning primærlegepraksis							
Per capita tilskudd	Nei	Ja	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei
Evt. risikojustert per capita tilskudd		Nei	Nei				Nei
Tjenestebaserte takster	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja
Resultatbaserte takster (pay-for-performance)	Nei	Nei	Nei	Nei	Ja	Nei	Nei
Fast budsjett	Nei	Nei	Nei	Ja	Nei	Ja	Ja
Organisering							
Er befolkningen forpliktet eller oppmuntret til å ha fastlege?	Nei	Redusert egenbetaling hvis fastlege	Redusert egenbetaling hvis fastlege	Ja	Redusert egenbetaling hvis fastlege	Redusert egenbetaling hvis fastlege	Nei
Kan befolkningen velge primærlegepraksis?	Fritt valg	Fritt valg	Begrenset valg	Begrenset valg	Fritt valg	Fritt valg	Begrenset valg
Kan befolkningen velge primærlege innenfor en praksis?			Ja	Ja	Ja		Ja
Primærlegen som portner?	Nei	Redusert egenbetaling med henvisning	Redusert egenbetaling med henvisning	Henvisning kreves i de fleste tilfeller	Redusert egenbetaling med henvisning	Nei	Nei

Tabell 3.2 (fortsetter)

	Italia	Nederland	Norge	Spania	Sverige	Sveits	England
Avlønning primærlegepraksis							
Per capita tilskudd	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Evt. risikojustert per capita tilskudd	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja
Tjenestebaserte takster	Nei	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja
Resultatbaserte takster (pay-for-performance)	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Nei	Ja
Fast budsjett	Nei	Nei	Nei	Ja	Nei	Nei	Nei
Organisering							
Er befolkningen forpliktet eller oppmuntret til å ha fastlege?	Forpliktet	Nei	Redusert egenbetaling hvis fastlege	Forpliktet	Nei	Redusert egenbetaling hvis fastlege	Nei
Kan befolkningen velge primærlegepraksis?	Begrenset valg	Fritt valg	Fritt valg	Begrenset valg	Fritt valg	Ja, men noen valg gir redusert egenbetaling	Begrenset valg
Kan befolkningen velge primærlege innenfor en praksis?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja
Er primærlegen portner til spesialisthelsetjenesten	Henvisning kreves i de fleste tilfeller	Henvisning kreves i de fleste tilfeller	Henvisning kreves i de fleste tilfeller	Henvisning kreves i de fleste tilfeller	Nei	Redusert egenbetaling hvis henvisning	Henvisning kreves i de fleste tilfeller

Tabell 3.2 gir også en oversikt over avlønningsmåter i primærlegepraksis. Halvparten av landene i tabell 3.2 bruker per capita tilskudd (basistilskudd) kombinert med tjenestebaserte takster. Resultatbaserte takster (pay-for-performance) forekommer bare i et mindretall av

landene. Det ser ikke ut til å være noen systematikk i retning av at noen avlønningsordninger forekommer hyppigere sammen med henvisningsplikt enn andre.

Sverige er et land som i de senere årene har tatt i bruk økonomiske virkemidler for å påvirke pasientstrømmer samtidig som kan ha beholdt pasientenes rett til å oppsøke spesialisthelsetjenesten direkte⁸. Anders Anell [6] gjør en sammenligning av primærhelsetjenestens organisering i Sjælland i Danmark og region Skåne i Sverige. Mens henvisningsreglene i Sjælland er omtrent som i Norge⁹, forsøker man å påvirke pasientstrømmene med betalingsordninger i Skåne. Det er delvis kostnadsansvar for diagnostikk som skjer utenom praksisen en pasient er knyttet til. Det er også delvis kostnadsansvar for basislegemiddel. Man forsøker også å påvirke pasientstrømmene ved hjelp av differensierte pasientbetalinger. Dersom pasienten oppsøker spesialisthelsetjenesten på eget initiativ, er pasientbetalingen 50 prosent større enn om pasienten oppsøker spesialisthelsetjenesten etter henvisning fra primærlegen.

3.3 Resultater fra empiriske studier av portnerrollen

Vi har søkt i litteraturl databaser (hovedsakelig Medline og Econlit, også Google scholar) på artikler om portnere til spesialisthelsetjenesten med søkeord som «gatekeep* and health care». Vi er i denne sammenhengen spesielt interessert i resultater fra empiriske undersøkelser. Det er ingen stor litteratur på området.

Fastlegenes motivasjon for og opplevelse av å henvise.

Ringberg et al. [7] finner stor variasjon i fastlegenes begrunnelse for henvisning blant 44 fastleger i Nord-Norge. Medisinsk nødvendighet blir oppgitt som grunn til 93 prosent av henvisningene, pasientens ønske blir oppgitt som grunn i 43,7 prosent av henvisningene, forsikring mot å overse noe blir oppgitt i 27,5 prosent av henvisningene, mens behov for å overbevise pasienten blir oppgitt i 14,6 prosent av henvisningene. Forfatterne finner betydelige ulikheter i begrunnelse mellom mannlige og kvinnelige fastleger og mellom fastleger som har stor og liten henvisningsrate. I [7] finner de at fastlegene antok at en firedel av henvisningene

⁸ SOU 2016:2: «Effektiv vård» foreslår innføring av primærlegen som portner også i Sverige

⁹ Et unntak er fravær av henvisningsplikt for å oppsøke øyelege og øre-nese-hals-leger i Danmark

til spesialisthelsetjenesten ville resultere i liten eller ingen medisinsk nytte for pasientene. Forventet liten eller ingen medisinsk nytte ble hyppigere rapportert i henvisninger fra fastleger med høye henvisningsrater, i henvisninger til privat spesialisthelsetjeneste og når pasientene først luftet spørsmålet om henvisning.

I [8] beskrives og analyseres fastlegenes refleksjoner rundt henvisningsprosessen. De finner at fastlegene opplever prosessen rundt henvisninger til sykehusene som asymmetrisk og tidvis ydmykende. Det er behov mer dialog med sykehusspesialistene.

Betydning av organisasjon og kapasitet

En viktig begrunnelse for innføring av fastlegeordningen i 2001 var å oppmuntre til kontinuitet i forholdet mellom lege og pasient. Kontinuitet medfører at fastlegen får god kjennskap til pasienten og dermed bedre forutsetning for diagnostikk og henvisningsbeslutninger. Ved mer presis diagnostikk blir det både færre falske positive og falske negative beslutninger. Dersom reduksjonen i de falske positive er større enn reduksjonen i de falske negative, vil det også bli en reduksjon i antallet henvisninger til spesialisthelsetjenesten.

Carlsen og Norheim [9, 10] viser at virkeligheten trolig er noe mer komplisert. I utgangspunktet har fastlegens lojalitet delt mellom pasient og samfunn som stiller ressursene til disposisjon. Ved å oppmuntre til kontinuitet i forholdet mellom lege og pasienten vil trolig fastlegeordningen medføre at lojaliteten til pasienten blir relativt større. Det vil kunne medføre at legen blir en mindre streng portner enn før fastlegeordningen ble innført og trekker i retning av at henvisningene til spesialisthelsetjenesten blir flere heller enn færre. Carlsen og Norheims studier er basert på fokusgruppe intervjuer i første halvår 2002, altså et halvt til ett år etter at fastlegeordningen ble innført i juni 2001. I [10] beskriver forfatterne informantenes utsagn: «Informant 1: The patients who want a referral to a specialist have made up their mind beforehand that that's what they want. And then I find it quite difficult to explain to them that they don't need it.

Informant 2: And it takes twice as much time.

Informant 3: I feel in a way that I have to offer good service. I don't want anyone to leave my list. I don't want a bad reputation, do I? I live in the same place that I work and I want to please people.

(Three participants in a specialists' group, Oslo) “

Fastlegeordning kombinert med per capita tilskudd kan dermed synes å stimulere henvisningsraten.

Resultatene fra disse kvalitative studiene støttes av resultater fra kvantitative studier. Iversen og Ma [11] undersøker fastlegenes henvisninger til radiologiske undersøkelser for sine pasienter. Data er fra Helsedirektoratets database for oppgjør med private og offentlige leverandører av radiologiske tjenester. Data inkluderer 4200 fastleger i perioden 2004-2007. Forfatterne sammenligner henvisningsrater i kommuner der mange fastleger har åpne lister med kommuner der få fastleger har åpne lister. Når de kontrollerer for en rekke andre variable finner de at henvisningsraten til radiologiske undersøkelser er større i kommuner der mange fastleger har åpne lister enn i kommuner der få fastleger har åpne lister. I [12] undersøker forfatterne ved hjelp av tverrsnittsdata fra Statistisk Sentralbyrås levekårsundersøkelse koblet med registerdata om pasientene bruker mindre spesialisthelsetjenester i kommuner der det er mange fastleger som har åpne lister. Relativt god kapasitet i primærhelsetjenesten kan medføre mindre bruk av spesialisthelsetjenester siden helsetjenester som er i gråsonen, nå bli utført i primærlegetjenesten. Det kan også være at henvisningene til spesialisthelsetjenesten blir flere fordi fastlegene blir mindre tilbakeholdne med å henvise hvis pasientene ber om det. Siden disse effektene trekker i hver sin retning, blir det et empirisk spørsmål hvilken vei som trekker mest. I de fleste av analyser i [12] finner forfatterne ingen effekter av kapasitet i primærhelsetjenesten målt ved flere typer av indikatorer. I analysene korrigeres det for kapasitet i spesialisthelsetjenesten. Disse empiriske resultatene utdypes i en studie [13] som bruker data fra Norsk Pasientregister koblet med indikatorer på kapasitet i fastlegemarkedet på kommunenivå. De finner at flere åpne lister per 1000 innbyggere er både assosiert med færre innleggelser og flere polikliniske konsultasjoner.

Portner og ressursbruk

En gruppe artikler undersøker om systemer med primærlegen som portner medfører mindre ressursbruk i helsesektoren når det korrigeres for andre variabler som antas å påvirke

ressursbruken. Resultatene fra disse undersøkelsene er ikke entydige. Barros [14] finner ingen sammenheng mellom vekst i ressursbruk i helsesektoren og portnerordning i en analyse av 24 OECD-land. Jimenez-Martin et al. [15] finner fra en analyse av survey-data fra 12 europeiske land at portnerordninger er negativt korrelert med bruken av spesialisthelsetjenester. Bhat og Hamden [16] finner i en analyse av 24 OECD land at portnerordninger bidrar til større effektivitet i helsesektorene. Hadad et al. [17] undersøker sammenheng mellom effektivitet i helsesektoren og livsstilsvariable og institusjoner i OECD-land. De finner at portnerordninger bidrar til at helsesektoren får mindre ut av ressursene når produktet måles i form av leveår. I [18] oppsummeres studier av portnerrollen. Det vises til resultater fra litteraturen uten å gjengi referansene. De sentrale resultater som oppsummeres, er at portvaktordninger medfører mindre tilfredshet med helsetjenesten i befolkningen samtidig som ressursbruken er mindre. Trolig er en av hennes sentrale referanser [19]. De gjør en systematisk litteraturstudie av undersøkelser som omhandler portnerordninger. De refererer 26 studier i 32 publikasjoner. Majoriteten av studiene (62%) er fra USA. De fleste av studiene konkluderer med at portnerordninger er forbundet med mindre bruk av helsetjenester og mindre ressursbruk.

Utvidet praksisbudsjett for å styrke portnerrollen

I mange år har primærhelsetjenesten i Storbritannia betalt et beløp for pasienter som benytter spesialisthelsetjenesten. Fastlegepraksisene får tilført et beløp for delbetaling av pasientenes bruk av spesialisthelsetjenester. Dersom beløpet ikke brukes fullt ut, kan det brukes til å tilføre ressurser til egen praksis. Denne ordningen med utvidet praksisbudsjett har ulike betegnelser, som for eksempel «fundholding» og «global capitation». Utvidet praksisbudsjett har mange likheter med ytelsesbaserte takster i den forstand at begge betalingsmåter oppmuntrer til å behandle pasientene i egen praksis og være mer tilbakeholden med henvisninger. I studiene [20, 21] undersøkes effekten av den britiske fundholding ordningen på 1990-tallet på omfanget av elektive sykehusinnleggelser. De predikerer at avskaffelsen av fundholding systemet oppmuntrer til en økning i antall innleggelser av pasienter hos de tidligere fundholders siden deres kostnader ved å legge inn pasienter har blitt redusert. Det vises i [21] at avskaffelsen av fundholding økte ex-fundholders elektive innleggelser som de tidligere har betalt for, mellom 3,5 % og 5,1 %, og konkluderer med at utvidet praksisbudsjett fremmer fastlegenes portvaktrolle. I en studie fra 2001 [22] rapporteres lignende resultater med data fra innføringen av fundholding systemet.

Helse og tilfredshet

I litteraturgjennomgangen [19] finnes meget få studier som omhandler pasient- og helseeffekter. De få studiene som fins, gir ingen klare resultater. I [23] antydes det at helsesystemer med portner kan medføre forsinket diagnostikk og dermed dårligere behandlingsresultat. De finner imidlertid ikke støtte for en slik hypotese i publisert litteratur. Samtidig rapporteres det i [24] at ett års kreftoverlevelse er mindre i land der allmennlegene er portnere. Deres data omfatter 19 europeiske land (ikke Norge). De advarer mot årsakstolkning av resultatene og etterlyser studier som kan utforske mekanismene som kan ligge til grunn for korrelasjoner de finner.

I den såkalte Commonwealth-undersøkelsen [25] rapporterer norske respondenter noe dårligere erfaringer med sin faste lege enn respondenter i andre land på områder som kommunikasjon, brukermedvirkning og konsultasjonstid. Flere spørsmål om tilgjengelighet og tilgang, som ventetid på spesialist, skårer også dårligere i Norge enn i andre land. Samtidig er svarprosenten i Norge liten (11 prosent) og det er ikke mulig å vite om svarene har sammenheng med det norske portnersystemet. Godager og Iversen [26] beskriver data fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse om svarenes tilfredshet med fastlegen. De finner at respondentene er mer fornøyd med legens henvisningspraksis i 2015 enn hva de var i 2002.

I USA er portnerordninger i private helseforsikringsordninger mindre vanlig enn i Europa. I en amerikansk studie fra 2013 [27] beskrives et skifte som skjedde i andre halvdel av 1990-tallet, som en reaksjon på misnøyen med såkalte «Managed Care» og reguleringen av pasientenes tilgang til spesialisthelsetjenester. Kanskje delvis av kulturelle grunner ble det igjen lagt opp til større valgfrihet med direkte tilgang til spesialisthelsetjenesten. Det er samtidig store variasjoner i USA og i offentlige forsikringsordninger som for eksempel Medicaid er det kontroll med pasientstrømmene blant annet i form av portnerordninger.

Sosial ulikhet

Det er mange undersøkelser som viser at fordelingen av konsultasjoner etter sosio-økonomisk status er forskjellig for allmennlegetjenester og spesialistlegetjenester. Mens de rike er overrepresentert for spesialistlegetjenester, er de fattige overrepresentert for

allmennlegetjenester når det korrigeres for helsetilstand. Dette er senest vist av Devaux [28] i en studie av 18 OECD land (Norge ikke inkludert). Godager og Iversen [29] viser med data fra de norske levekårsundersøkelsene at inntekt påvirker sannsynligheten for konsultasjon med allmennlege negativt og konsultasjon med privat spesialist positivt. Det er ingen effekt av inntekt på kontakt med sykehus. Forfatterne korrigerer for selvoppgitt helse og en rekke variable på etterspørsels- og tilbudssiden. Siden pasientene i systemer med portner henvises til spesialisthelsetjenesten på grunnlag av mistanke om sykdom uavhengig av sosial status, vil man umiddelbart tro et system med allmennlegen som portner vil medføre en sosial utjevning i bruk av spesialisthelsetjenester sammenliknet med et system uten portner. Samtidig vil det i de fleste systemer med allmennlegen som portner være direkte adgang til spesialisthelsetjenesten hvis pasienten betaler fullt ut selv eller via privat helseforsikring. I en studie fra 2013 [30] vises det med utgangspunkt i data fra 13 europeiske land at bruken av slike helprivate spesialisthelsetjenester er større i land med fastlegen som portner enn i land uten portnerordning og at merforbruket blir dominert av pasienter i den øverste inntektskvartilen. Dette gjenspeiles trolig også i sammensetning av personer som har helseforsikring enten privat eller fra arbeidsgiver. Grepperud og Iversen (2011) viser med data fra Statistisk Sentralbyrås Levekårsundersøkelse 2008 at det å være en yngre til middelaldrende mann (25–44 år) med høy inntekt, lavere utdanning og ledende stilling bidrar til å øke sjansen for å være dekket av en arbeidsgiverbetalt behandlingsforsikring. Disse resultatene finner en også igjen i data fra Statistisk Sentralbyrås Levekårsundersøkelse i 2012.

4. Modernisering av portnerrollen.

Fastlegens portnerrolle i nåværende form ble innført på samme tid som fastlegeordningen. Deler av bestemmelsene om henvisninger har blitt kritisert. I siste stortingsmelding om primærhelsetjenesten åpner regjeringen for å revidere sider ved portnerordningen. Det dreier seg blant annet om å gi pasientene direkte adgang til fysioterapi og gi utvidet henvisningsrett til annet helsepersonell enn fastlegene.

I lys av den pågående debatten drøfter vi i denne delen av rapporten mulige tiltak for en modernisert portnerrolle. Vi tar utgangspunkt i modellresonnementene vi har gjennomgått tidligere i rapporten (spesielt kapittel 2). Vi argumenterte der for at portnerordning er mer lønnsom for samfunnet jo mindre kostnader det er forbundet med å gjennomføre henvisningsvurderinger, jo bedre diagnostisk presisjon fastlegene har (høy sensitivitet og spesifisitet), jo lavere den diagnostiske presisjon er ved fravær av portnerordning, jo større velferdsøkningen er når personer med behov for henvisning oppnår henvisning og jo større velferdsøkningen er når personer uten behov for henvisning ikke blir henvist til spesialisthelsetjenesten. Basert på modellresonnementene argumenterte vi også for at det kan være ønskelig å gjennomføre politikktiltak for modernisert portnerrolle og forbedret diagnostisk presisjon. Vi vil i denne delen av rapporten forsøke å konkretisere disse mer generelle betraktningene.

Spesielt vil vi drøfte:

- 1) Tiltak for større sensitivitet og spesifisitet av tester i vid forstand i allmennpraksis
- 2) Betydning av sykdomsprevalens blant pasientene som kommer til fastlegen
- 3) Samvalg (shared decision-making)
- 4) Økonomiske insitamenter
- 5) Utvide retten til å henvise også til annet helsepersonell
- 6) Fjerne henvisningsplikten for visse spesialister og tilstander

De potensielle forbedringene må ses i forhold til kostnadene ved tiltakene slik det ble beskrevet i 2.2.

Vi vil nå beskrive og diskutere nærmere de ulike typene av tiltak.

1. Større sensitivitet og spesifisitet av tester i vid forstand i allmennpraksis.

1.1 Kontinuitet i forholdet mellom fastlege og pasient.

Et viktig formål med fastlegeordningen er å bidra til kontinuitet i forholdet mellom allmennlege og pasient. En helt sentral del av diagnostikk i allmennpraksis baserer seg på sykehistorien. Kontinuitet gjør at mer omfattende sykehistorie og dermed bedre beslutningsgrunnlag er tilgjengelig. Dette vil bidra til større sensitivitet og spesifisitet av testene/redskapene legen gjør bruk av i vid forstand. Det er en stor litteratur som viser at kontinuitet i forholdet mellom lege og pasient bidrar til bedre diagnostikk og behandling, mindre bruk av ressurser [31] og mer fornøyde pasienter [32]. Royal College of General Practitioners [33] refererer resultater fra noen aktuelle studier som støtter beskrivelsene over. De peker også på at kontinuitet i noen tilfeller kan medføre forsinket diagnose siden diagnostikk kan være basert bare på en leges vurdering. I [34] gjøres en systematisk gjennomgang av studier om sammenheng mellom kontinuitet og behandlingsresultat for pasienter med mental sykdom. De finner ingen klare sammenhenger, og peker på varierende og lite presise mål på kontinuitet som en mulig bakgrunn for sine funn.

1.2 Finansieringsordninger som oppmunttrer til investering i diagnostisk teknologi.

Diagnostisk teknologi kan bidra til å forbedre grunnlaget for henvisningsbeslutninger. Det er variasjon i bruk av diagnostisk teknologi i allmennpraksis. For eksempel tyder HELFO sin takstbruksundersøkelse fra 2012 på at om lag ti prosent at fastlegene har utløst takster som følger av ultralyd undersøkelse i registreringsperioden. Ultralyd på fastlegekontoret vil kunne gi nyttig diagnostisk informasjon for tilstander som forekommer hyppig, som for eksempel oppfølging av svangerskap.

I prinsippet kan den samfunnsøkonomiske nytten ved å innføre diagnostisk teknologi i allmennpraksis analyseres ved å undersøke om nytten av bedre diagnostikk er større enn kostnaden ved innkjøp og drift av utstyret, slik vi redegjorde for i mer detalj i kapittel 2. Alt annet likt vil lite kostbart utstyr komme bedre ut av kalkylen enn kostbart utstyr. Det vil også være mer lønnsomt å ha diagnostisk utstyr i en stor fastlegepraksis enn i en liten fastlegepraksis både fordi utstyret bli mer brukt og fordi trening i tolkning av prøvesvar trolig bidrar til færre falske positive og falske negative. Det vil også være mer lønnsomt å innføre

teknologi i allmennpraksis for hyppige forekommende tilstander enn for sjelden forekommende tilstander, siden liten prevalens vil trekke i retning av mange falske positive for ellers like testegenskaper.

Det er dermed generelt viktig med god forståelse av når behandlingsbeslutninger kan baseres på diagnostikk i allmennpraksis og når pasienten bør henvises til diagnostikk i spesialisthelsetjenesten. Et eksempel på analyser som kan bidra til en slik forståelse finnes i en norsk studie [35] fra 2008. Forfatterne undersøker kostnadseffektiviteten ved alternative måter å foreta laboratorieanalyser for å påvise ”magesårsbakterien” *Helicobacter Pylori* (*H.pylori*). Analysen kan gjøres med en hurtigtest (blodprøve) på legekontoet, eller ved at blodprøven sendes til et eksternt laboratorium. Hurtigtesten har dårligere sensitivitet og spesifisitet enn testen ved eksternt laboratorium. Forfatterne finner at man kan akseptere laboratorieinstrumenter ute på legekantorene med noe dårligere analysekvalitet enn på et større laboratorium, hvis ventetiden før svaret mottas fra et eksternt laboratorium forsinker effektiv behandling. Forfatterne konkluderer at samme tankegang som i denne modellen kan brukes i andre situasjoner der kliniske vurderinger må suppleres med informasjon fra laboratorieprøver, røntgen etc.

Diagnostiske tester i allmennpraksis finansieres i dag ved hjelp av prosedyretakster i fastlegetariffen. For eksempel gir «Diagnostisk ultralyd hos allmennlege ved leiesikkerhet ved termin» 109 kroner per undersøkelse. Dersom takstene skal bidra til å betale for selve utstyret, må takstene være større enn det som tilsvarer legens tidskostnad ved undersøkelsen og andre driftsutgifter knyttet til den diagnostiske undersøkelsen. Vi har ikke undersøkt i hvilken grad det er tilfelle i dag. Generelt er det samfunnsøkonomisk uheldig å ha takst per undersøkelse som er større enn driftskostnaden ved å gjøre en undersøkelse. Siden hver undersøkelse da gir en fortjeneste (utstyret er der allerede og er en fast kostnad uavhengig av antallet undersøkelser), er det en økonomisk oppmuntring til et stort antall undersøkelser. Undersøkelser uten noen klar indikasjon vil da kunne forekomme i større grad enn hvis taksten bare dekker driftskostnadene.

Samtidig må stat eller kommune være villig til å betale (deler av) utstyrskostnaden dersom man ønsker å stimulere til bedre diagnostikk i allmennpraksis. En mulighet kan være å gi tilskudd til kjøp av spesifisert diagnostisk teknologi gitt at betingelser med hensyn til størrelse på praksis, tilstrekkelig opplæring etc. er oppfylt. Selve takstene per undersøkelse kan da være mindre eller lik driftsutgiftene inkludert legens og øvrig personells tidsbruk. En annen

mulighet kan være et differensiert basistilskudd avhengig av hvilken teknologi som finnes i en praksis.

1.3 Videreutvikling av ordninger for veiledning og kvalitetskontroll – audits – Nasjonal standard for utstyr i allmennpraksis.

Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (Noklus) har siden 1992 drevet kvalitetskontroll av laboratorieundersøkelser i allmennpraksis med tilbakemeldinger til fastlegene om prøveresultater i forhold til referanseanalyser, samt praksisprofil og kasuistikker som også kan være egnet til diskusjon i kollegagrupper. Noklus lager også vignetter for å prøve ut og gi tilbakemeldinger om kliniske beslutninger til fastlegene. En av disse var et viktig grunnlag for Siri Fauli Munkeruds ph.d. avhandling “Decision-making in general practice – The use of laboratory analyses from a health economics perspective” ved Universitetet i Oslo 2009.

Det eksisterer flere undersøkelser av effekten av tilbakemeldinger om praksis – såkalte audits – i allmennmedisin. Jamtvedt et al. [36] gjør en systematisk gjennomgang av randomiserte studier av audits. De finner at audits kan være effektive hjelpemidler i å forbedre klinisk praksis. Størrelsen på effektene er små til moderate. I Danmark har Audit Projekt Odense (<http://www.apodanmark.dk>) drevet kvalitetsutviklingsprosjekter ved hjelp av blant annet audits siden 1989.

Man kan vurdere å teste ut om audits har et potensiale for å forbedre kvaliteten på henvisningsbeslutninger. I et slikt arbeid er det viktig å legge til rette for nyanserte tolkninger av avvik fra gjennomsnittlig / median henvisningsrate. Dette følger av rammeverket vi gjennomgikk i kapittel 2 og har både sammenheng med variasjon i sykdomsprevalens mellom pasientlister og variasjon i diagnostisk dyktighet.

Man kan også vurdere om det er behov for en standard / instrumentutprøving for annet diagnostisk utstyr på fastlegekontoret tilsvarende det man har for laboratorieutstyr gjennom Skandinavisk utprøving av laboratorieutstyr for Primærhelsetjenesten (SKUP). (<http://www.skup.nu/>)

1.4 Ledelsestiltak som medvirker til kompetanse i bruk av diagnostiske verktøy.

I følge «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» skal den som har det overordnede ansvaret for en virksomhet sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter. Dette medfører plikten til å planlegge, plikten til å gjennomføre, plikten til å evaluere og plikten til å korrigere. Fastlegenes virksomhet har til nå i stor grad vært en individuell virksomhet uten mye ledelse. Det er heller ikke enkelt å utøve slik ledelse siden det er lite data tilgjengelig som beskriver pasientbehandlingen. Det er samtidig grunn til å tro at det er betydelig variasjon i praksis blant fastleger og behov for kompetansehevingstiltak på utvalgte områder. En betingelse for å få dette til er trolig en faglig ledelse både på legekotornivå og på kommunenivå som har legitimitet blant fastlegene.

1.5 Dialogmelding med spesialisthelsetjenesten.

Henvisningen medfører i seg selv ingen dialog mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Henvisningen vurderes av lege i spesialisthelsetjenesten som beslutter om pasienten får rett til nødvendig helsehjelp basert på henvisningens innhold.

En kan tenke seg at dialog mellom fastlege og spesialisthelsetjeneste vil kunne medføre en bedre sortering av pasientene. Dialogen vil kunne medføre et bedre beslutningsgrunnlag basert på begges erfaringer. Det vil kunne medføre både en forbedring av sensitivitet og spesifisitet av testen (i vid forstand) som ligger til grunn for henvisningen.

En dialog forut for en eventuell henvisning vil både kunne medføre færre henvisninger og flere henvisninger, siden det er grunn til å tro at det både blir færre falske positive og færre falske negative. I [37] beskrives hvordan bruk av mer dialog rundt henvisningene kan bidra til færre unødvendige innleggelser og bedre kvalitet på henvisningene.

I en masteroppgave i helseledelse [38] «Fra henvisningsbrev til elektronisk dialog?» utforskes om mer bruk av dialogmeldinger kan medføre bedre grunnlag for henvisningsbeslutninger og bedre ressursbruk. I følge Kristoffersen [38] : «En elektronisk dialogmelding kan sees på som en e-post som sendes gjennom helsenettet fra en helsearbeider til en annen. Meldingen har et hode med mottakers og avsenders adresse, og er knyttet til en pasients identitet. Når en dialogmelding besvares vil den bli synlig i et «dialogtre» eller meldingshierarki omtrent som i en innboks eller utboks, men for dette formål beliggende i pasientens journaler i begge virksomheter.»

Det oppleves som et problem at det per i dag ikke er noen rask og enkel prosedyre der fastlegen kan rådføre seg med spesialisten på sykehus. Det er heller ikke noen rask og enkel prosedyre for hvordan sykehuslegen som vurderer henvisninger, kan innhente supplerende opplysninger fra henvisende lege. Derfor blir dette sjelden gjort.

Funnene i Kristoffersens intervju-undersøkelse peker i retning av at leger både i og utenfor sykehus har positive forventninger til nye elektroniske dialogverktøy, og ønsker å ta slike i bruk når de blir tilgjengelige.

For å stimulere til elektroniske dialogmeldinger kan man eventuelt vurdere å introdusere takster både overfor fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Det er samtidig ikke åpenbart at ressursbruken som elektroniske dialogmeldinger vil medføre, fører til større ressursbruk samlet sett. Sykehuslegene vil kanskje bruke mindre tid på å vurdere bedre begrunnede henvisninger enn i dag. Det er ikke knyttet noen takst til fastlegenes tidsbruk på i tilknytning til henvisninger i dag. Elektronisk dialog vil i noen tilfeller kunne erstatte en henvisning. I andre tilfeller vil henvisningen kanskje kunne bli mindre tidkrevende å utforme. Det kan også være slik at en dialogmelding vil kunne framskynde i tid henvisninger som ellers ville ha vært utarbeidet på et senere tidspunkt.

1.6. Bruk av fornyet vurdering (second opinion) for å redusere forekomst av pasienter som skulle ha vært henvist (falske negative)

Fastlegene vil som regel ha bedre diagnostisk presisjon enn pasienten. En av fordelene med fastlegens portner rolle er da at pasientenes sjanse for å bli falsk positive og måtte gjennomføre unødvendig undersøkelser blir mindre. En potensiell ulempe er at pasienten kan bli falsk negativ hvis testen legen bruker, har liten sensitivitet. Å bli falsk negativ innebærer ikke å bli henvist når pasienten skulle ha blitt henvist. Ved en mulig alvorlig tilstand kan en beslutning om ikke å henvise når pasienten skulle ha blitt henvist, medføre helsetap og vil kunne påvirke legitimiteten til portnerordning negativt i befolkningen. Dette er trolig en viktig grunn til at fornyet vurdering (second opinion) er mulig i fastlegeordningen. Det er en egen takst, takst 2gd, for konsultasjon hos fastlege for fornyet vurdering av pasient tilknyttet fastlegeordningen. Takstbrukundersøkelsen fra HELFO 2012 viser at taksten ble brukt i 0,67 prosent av konsultasjonene. Dette kan tyde på at second opinion hos lege utenfor eventuelt kontorfelleskap ikke forekommer ofte.

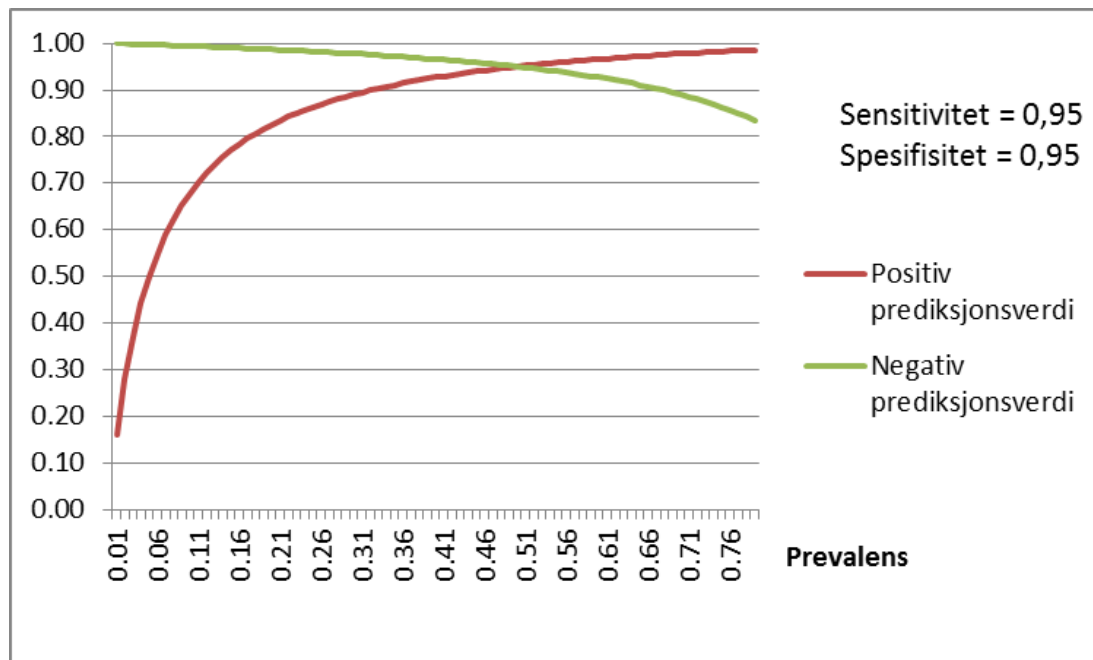
I USA er second opinion ofte forbundet med «managed care» på 1980- og 1990-tallet der en lege som anbefalte kirurgi, måtte få denne beslutningen bekreftet av en lege nummer to (eller annet helsepersonell). Newhouse og Lindsey [39] viser at denne ordningen kan medføre at for få pasienter blir tilbudt kirurgi på grunn av forekomst av falske negative. Dette var nok også en viktig grunn til at ordningen ble svært upopulær i USA.

I Norge vil det heller være en fornyet vurdering for de som ikke blir henvist, som kan være aktuell. En slik fornyet vurdering vil innebære at flere av de som skulle vært henvist i første runde, blir henvist i andre runde. På den annen side, vil noen av dem som heller ikke skulle vært henvist i andre runde, likevel bli henvist (falske positive). Vi har gjort et regneeksempel med en prosent sykdomsprevalens i en befolkning på 1000 personer og sensitivitet lik spesifisitet lik 80 prosent i begge vurderingene. En fornyet vurdering vil da fange opp 16 flere av de som skal henvises (20 prosent flere enn i første vurdering), mens det i andre runde blir henvist 144 personer som ikke skulle ha vært henvist (80 prosent flere enn i første vurdering). En ordning med fornyet vurdering av de negative innebærer derfor en mulig helsegevinst ved at man fanger opp syke som ikke ble henvist i første runde. Det er samtidig mulige kostnader både for pasienter og samfunn ved at en del som ikke skulle ha blitt henvist, likevel blir henvist i andre runde. Det blir dermed viktig å gjøre en avveining av de potensielle helseforbedringene opp mot de potensielle kostnadene ved fornyet vurdering. I de tilfellene der kostnadene ved falske positive er små samtidig som helsegevinstene ved å henvise de som skal henvises, er betydelige, bør kultur og system innrettes slik at det er enkelt for pasienten å få en fornyet vurdering raskt. Motsatt kan man i tilfeller der kostnadene ved de falske positive er store, mens helseforbedringene ved raskt å henvise de som skal henvises, er små, vurdere å være mer restriktiv med fornyet vurdering. Å legge til rette for at slike avveininger blir innarbeidet i vurderingene på en systematisk måte, virker sentralt. En for restriktiv holdning til å tillate fornyet vurdering vil trolig være skadelig for omdømme av fastlegens rolle som portner til spesialisthelsetjenesten.

2. Betydning av sykdomsprevalens blant pasientene som kommer til fastlegen.

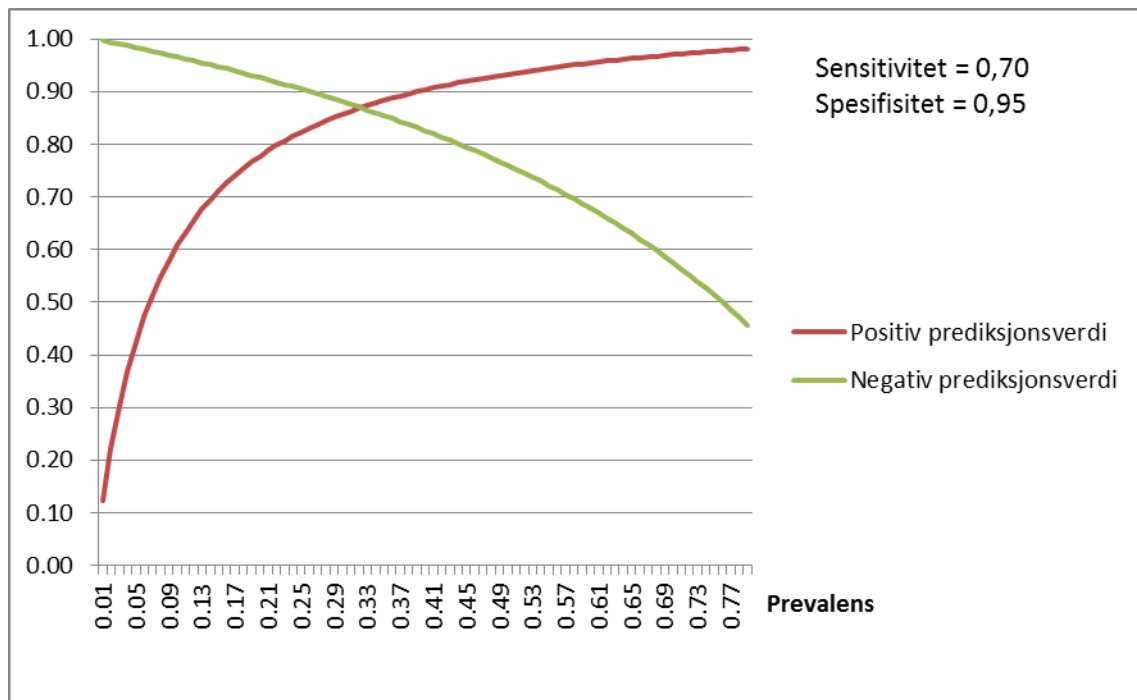
En tests positive prediksjonsverdi angir sannsynligheten for at en pasient med positiv test er syk og skal henvises. En tests negative prediksjonsverdi angir sannsynligheten for at en pasient med negativ test er (nokså) frisk og har ikke behov for henvisning. Prediksjonsverdien avhenger av sensitivitet, spesifisitet og prevalens. Figur 3.1 viser

sammenhengen mellom positiv prediksjonsverdi, negativ prediksjonsverdi og prevalens for sensitivitet og spesifisitet begge lik 0,95.



Figur 3.1 Sammenheng mellom prevalens og prediksjonsverdier

Vi ser at den positive prediksjonsverdien øker med prevalensen. For en prevalens på 0,01 er den positive prediksjonsverdien 0,16, mens den øker til 0,83 når prevalensen øker til 0,2. Det betyr at andelen med positiv test som skal ha henvisning (ekte positive), øker fra 16 prosent til 83 prosent, mens andelen med positiv test som ikke skulle vært henvist (falske positive), reduseres fra 84 prosent til 17 prosent. Den negative prediksjonsverdien blir samtidig mindre ettersom prevalensen øker. For en prevalens på 0,01 er den negative prediksjonsverdien 0,9995, mens den reduseres til 0,9870 når prevalensen øker til 0,2. Det betyr at andelen med negativ test som ikke skal henvises (ekte negative), reduseres fra 99,95 prosent til 98,70 prosent. Det tilsvarer at andelen med negativ test som skulle ha vært henvist, øker fra 0,05 prosent til 1,3 prosent. I en befolkning på 10000 personer innebærer dette en økning i antall falske negative på 95 personer.



Figur 3.2 Sammenheng mellom prevalens og prediksjonsverdier ved mindre sensitivitet

På tilsvarende måte viser Figur 3.2 hvordan den negative prediksjonsverdien faller ytterligere med prevalensen dersom sensitiviteten blir mindre. For en prevalens på 0,20 er den negative prediksjonsverdien nå 0,9268 når sensitiviteten er 0,70. Det tilsvarer 600 falske negative i en befolkning på 10000 personer.

Tester med identisk sensitivitet og spesifisitet vil således ha vidt forskjellige prediksjonsegenskaper avhengig av sykdommens prevalens blant dem som oppsøker fastlegen. Variasjoner i fastlegenes pasientgrunnlag vil dermed kunne resultere i variasjoner i pasienter som ble henvist uten å trenge henvisning og pasienter som trengte henvisning uten å bli henvist. Det er meget viktig å ta hensyn til dette på en systematisk måte dersom man ønsker å sammenligne henvisningsrater mellom fastleger for å trekke slutninger om hva som er berettiget og uberettiget variasjon i henvisningsrater.

Prevalensen blant pasienter som oppsøker fastlegen, kan både avhenge av livsstil, bosted og arbeidsplass og av pasientenes egendiagnostisering før de kommer til legekantoret. Jo bedre pasientene er til å diagnostisere seg selv, jo større er prevalensen og jo mindre er dermed sjansen for å henvise unødvendig. Jo større prevalensen er, jo mindre blir samtidig den

negative prediksjonsverdien og dermed sjansen for ikke å henvise pasienter som burde vært henvist.

Prevalens blant de pasientene som kommer til fastlegekontoret, vil altså være et resultat av de overveielsene pasientene selv gjør når de vurderer om de skal bestille time eller vente og se om symptomene går over av seg selv. Større prevalens blant pasienter som kommer til fastlegen, kan trolig oppnås ved bedre kunnskap om helse og sykdom blant pasientene. Dette er en viktig utfordring nå med lett tilgjengelig informasjon av varierende kvalitet.

Det kan vurderes om det er behov for større bevissthet om sentrale elementer av klinisk beslutningsteori blant fastlegene.

3. Samvalg (shared decision making).

I mange tilfeller er ikke konsekvensene av en beslutning kjent med sikkerhet. I slike tilfeller er det trolig større variasjon i henvisninger og behandlinger enn når konsekvenser av alternative beslutninger kan fastslås med stor sikkerhet. I [40] gis en gjennomgang av ulike grunner til praksisvariasjon samt argumentasjonen for behandlingsprogrammer for å redusere praksisvariasjon. Parallelt med introduksjon av behandlingsprogrammer, påpeker hun, argumenteres det for at man i større grad bør vektlegge pasientenes preferanser i beslutninger der flere behandlinger er aktuelle. I den grad pasientenes preferanser varierer, vil det trekke i retning av at det skal være praksisvariasjon når den kan begrunnes i variasjon i pasientenes preferanser. Bottens artikkel[40] har dermed nær tilknytning til litteraturen som etter hvert har blitt publisert om samvalg (shared decision making). Det kan argumenteres for at samvalg mellom pasient og behandlende lege har et potensial for både bedre behandlingsresultat og mindre kostnader i behandlingen [41, 42]. I [43] beskrives resultatene fra en systematisk litteraturgjennomgang av randomiserte forsøk med beslutningsstøtte som grunnlag for samvalg. De finner varierende resultater, og konkluderer med positiv effekt på beslutningsgrunnlag og kommunikasjon og i noen tilfeller effekt på behandlingsvalg. Disse resultatene samsvarer med funn i et randomisert forsøk med pasienter som henvender seg til akuttmottak i USA med bryst smerter og mulighet for akutt koronarsyndrom [44]. Pasienter som blir tilbudt beslutningsstøtte og samvalg, fikk større kunnskap om risikoen for alternative utfall, og besluttet i samvalg med sin lege i mindre grad å bli innlagt for videre undersøkelser sammenlignet med kontrollgruppen som fikk den vanlige behandling. Forsøksgruppen kom i

større grad til oppfølging på poliklinikken. Det var ingen alvorlige komplikasjoner på grunn av behandlingen av forsøksgruppen.

En prosedyre som trolig kan egne seg for samvalg i allmennpraksis, er PSA (prostata spesifikt antigen) –test for å påvise forstadier til prostata-kreft. Forhøyet PSA-verdi vil være grunnlag for henvisning til spesialisthelsetjenesten. PSA-testen har nokså lav sensitivitet og spesifisitet. Det innebærer både at det er risiko for unødvendig behandling samtidig som det ikke er sikkert at prostata-kreft blir oppdaget. Behandling for prostata-kreft kan ha bivirkninger som urinlekkasje og impotens. Å ta en PSA-test kan dermed ha fordeler og ulemper og det er trolig variasjon blant menn med hensyn til hvordan de vurderer fordelene i forhold til ulempene. Det er variasjon i preferanser. Ved bruk av vår modell fra kapittel 2, idet nytteelementene u_A, u_B, u_C og u_D nå refererer til pasientens opplevelse, vil en person foretrekke å ta en PSA-test hvis:

$$ps_1u_A + [1 - p][1 - s_2]u_B + [1 - p][s_2]u_C + p[1 - s_1]u_D > pU_D + (1 - p)U_C$$

der u_A er nytten ved korrekt henvisningsbeslutning og tidlig igangsatt behandling, u_B er nytten ved falsk positiv, u_C er nytten som ekte negativ og u_D er nytten om helseproblemet forekommer men først oppdages senere. En uvitende pasient vil verken ha oppfatning om testens egenskaper, prevalens eller noen reflektert oppfatning av nytten som er knyttet til de mulige tilstander med og uten test. PSA testing er et case der en samvalgsprosess som gir pasienten kunnskap om mulige ulemper ved falsk positiv (u_B), kan ha innvirkning på pasientens egen vurdering og påvirke behandlingsforløpet videre. Legeforeningen har samarbeidet med Kreftforeningen om PSA testing og det er utviklet en nettquiz for å opplyse potensielle pasienter om sjansen for forekomst av prostata-kreft (<http://www.3minutter.no/>) uten at det så langt er beslutningsverktøy innebygget. Det kan trolig være interessant å prøve ut (digitalt) beslutningsverktøy med samvalg i fastlegepraksis både for å undersøke konsekvenser for pasientenes valg, henvisninger, behandlingsomfang og behandlingsresultat.

4. Økonomiske insitamenter.

Økonomiske insitamenter handler om å påvirke beslutninger ved å endre inntekter og/eller utgifter som alternative beslutninger medfører. En begrunnelse kan være at det er et avvik mellom de privatøkonomiske og de samfunnsøkonomiske konsekvensene av en beslutning og at staten vil bringe større samsvar ved å påvirke inntekter/utgifter – internalisere konsekvensene.

I dette tilfellet kan de økonomiske insitamentene både rette seg mot pasientene, fastlegene og spesialisthelsetjenestene.

Pasientene.

Her kan man tenke seg mange varianter. For det første kan man tenke seg økt egenbetaling for å oppsøke fastlegen. Det vil trolig ikke påvirke noen av de faktorene vi tidligere har beskrevet til å ha betydning for ønskeligheten av portnerordning vurdert fra et samfunnsperspektiv.

En annen mulighet er å la pasientene få mulighet til direkte tilgang til spesialisthelsetjenesten mot å betale ekstra i forhold til pasienter som blir henvist. En slik ordning finnes i Frankrike etter at en frivillig fastlegeordning («preferred doctor») ble innført fra 2004 med redusert egenbetaling i spesialisthelsetjenesten med henvisning fra legen pasienten er registrert hos. Det betyr samtidig at det er mulig å oppsøke spesialisthelsetjenesten direkte mot en større egenbetaling.

Tilsvarende ordning blir nå praktisert i enkelte landsting i Sverige. I region Skåne og i Västra Götalandsregionen må pasientene i 2017 betale SEK 100 for konsultasjon i spesialisthelsetjenesten med henvisning fra allmennlege og SEK 300 uten henvisning. I Stockholms läns landsting er tilsvarende satser SEK 150 og SEK 350. Pasientene med henvisning må også betale egenandel for konsultasjon hos allmennlegen. Den er SEK 200 i Stockholm, så ender man opp med henvisning, blir den samlede egenbetaling den samme som hvis man hadde oppsøkt spesialisten direkte.

Det er lite empirisk kunnskap om den svenske ordningen. Anell [45] oppsummerer det slik: «I Sverige tillämpar också alla landsting finansiella incitament för att styra patienter till primärvården i form av högre patientavgifter till specialistvård utan remiss. Det är dock oklart vilken betydelsen dessa differentierade avgifter har och hur de påverkar vårdsökande bland patienter med olika socioekonomisk bakgrund.» (s. 728)

Vi har tidligere argumentert for at dersom fastlegens diagnostiske egenskaper er bedre enn pasientens, er det samfunnsmessige forbedringer forbundet med en portnerrolle framfor at pasienten oppsøker spesialisthelsetjenesten direkte. Det er samtidig ikke sikkert at fastlegen er bedre både på sensitivitet og spesifisitet. En person som har en lav terskel for å oppsøke lege, kan ha en liten spesifisitet på «testen» vedkommende bruker. Ofte vil spesialisthelsetjenesten ikke finne noe å behandle videre, og pasienten vil være falsk positiv, samtidig som det kan ha

vært en ikke ubetydelig ressursbruk i spesialisthelsetjenesten i forbindelse med diagnostisering. Men det kan tenkes en sjelden gang at spesialisthelsetjenesten er rett adresse uten at pasienten hadde blitt henvist hvis han hadde oppsøkt fastlegen først.

Man vil da kunne argumentere for at det bør være en direkte vei til spesialisthelsetjenesten og at pasientene som henvender seg direkte, bør betale for kostnadene ved de falske positive i form av ekstra egenbetaling.

Det er samtidig et spørsmål om denne muligheten for direkte tilgang til spesialisthelsetjenesten skal være knyttet til den ordinære offentlig finansierte helsetjenesten som i Sverige, eller om det bør være et separat system som er fullt ut betalt av pasientene i form av egenbetaling eventuelt supplert med forsikring.

Dersom muligheten for direkte tilgang er en del av den ordinære offentlige finansierte helsetjenesten, vil pasienter som kommer direkte i spesialistpraksis, kunne bli prioritert framfor pasienter som ankommer seinere på grunn av forsinkelser knyttet til portnerordningen. Dette vil trolig ikke være i samsvar med målet om å tilstrebe lik tilgang til den offentlige helsetjenesten uavhengig av sosial status. Dette er i så fall et argument for at direkte tilgang til spesialisthelsetjenesten i et system med fastlegen som portner, bør være i et helprivat system på siden av det offentlig finansierte helsevesen.

En kan også tenke seg som en generell mulighet at pasientenes egenbetaling til spesialisthelsetjenesten øker så mye at etterspørselen kan tilpasses den tilgjengelige kapasiteten uten portnerordning. Dersom pasientenes diagnostiske presisjon er dårligere enn allmennlegenes, vil sammensetning av pasientene i spesialisthelsetjenesten medføre at de har mindre samlet helseutbytte enn ved en portnerordning. Det kan også være at pasienter med lite økonomiske ressurser i mindre grad vil oppsøke spesialisthelsetjenesten nå enn før.

Fastlegene.

Det er en stor litteratur om hvordan de økonomiske oppgjørsordningene for fastleger påvirker ulike deler av fastlegenes praksis. Det er ikke mange systematiske oppsummeringer av litteraturen. Gosden et al. [46] presenterer en systematisk gjennomgang av studier av ytelsesbaserte takster, per capita takster (basistilskudd) og blandede systemer. På grunn av strenge utvalgsriteriene er det bare fire studier med totalt 640 primærleger og 6400 pasienter som vurderes. Forfatterne finner at ytelsesbaserte takster resulterer i flere legebesøk /

kontakter, besøk til spesialister og diagnostiske og kurative tjenester, men færre sykehus henvisninger og repetisjon av resepter sammenlignet med per capita takster.

Flere land har (i perioder) innført utvidet budsjettansvar ('fundholding' og 'global capitation') i primærhelsetjenesten. I Region Skåne i Sverige er det for eksempel delvis kostnadsansvar for diagnostikk som skjer utenom praksisen en pasient er knyttet til. Det er også delvis kostnadsansvar for basislegemidler.

En overgang til utvidet budsjettansvar innebærer at det blir relativt dyrere for fastlegen å henvise framfor ikke å henvise. Det innebærer at det blir viktigere å unngå falske positive relativt til falske negative enn hva det var før. Det betyr videre at det blir relativt viktigere å bruke tester med høy spesifisitet i forhold til sensitivitet enn hva det var før.

Dersom de økonomiske insentivene virker, vil det derfor bli mindre ressursbruk knyttet til falske positive enn før samtidig som pasienter risikerer forsinket diagnose som resultat av det blir flere falske negative. Det blir dermed viktig å ha en oppfatning av om man er villig til å akseptere denne vridningen. For noen typer av sykdommer betyr det kanskje ikke så mye om diagnosen blir forsinket litt, mens for andre sykdommer kan det være fatalt. En viktig utfordring blir derfor om det går an å utforme et differensiert system som tar hensyn til at kostnadene ved falske positive relativt til falske negative kan variere mellom typer av sykdommer.

Flere land har innført varianter av kvalitetsbasert finansiering i primærhelsetjenesten. Det mest omfattende systemet er det såkalte Quality and Outcomes Framework (QOF) i det engelske NHS. I [47] undersøkes effekten av QOF på sykehusinnleggelser som antas å kunne bli påvirket av kvaliteten på virksomheten i primærhelsetjenesten (ambulatory care sensitive conditions (ACSCs)). Forfatterne finner at veksten i antallet av slike innleggelser har blitt mindre etter innføringen av QOF både for tilstander det er knyttet økonomiske insentiver til i QOF og tilstander det ikke er knyttet økonomiske insentiver til i QOF. Det er en reduksjon i innleggelsene for tilstander det er knyttet insentiver til i QOF relativt til tilstander det ikke er knyttet økonomiske insentiver til i QOF. Forfatterne konkluderer med at QOF ser ut til å ha hatt effekt på innleggelser som antas å kunne bli påvirket av virksomheten i primærhelsetjenesten og mest for de tilstandene som omfattes av QOF.

Det er ingen direkte kvalitetsbasert komponent i avlønningen av fastleger i Norge. Dette er også kontroversielt siden det kan introdusere en usikker avlønningskomponent i individuelle

fastlegers inntekter. En betydelig kvalitetsbasert komponent vil dermed trolig kreve større praksiser med mange pasienter for å redusere inntektsusikkerheten.

Det kan likevel være interessant å utrede nærmere om det kan være prosessindikatorer som forbindes med god kvalitet, som kan legges inn i takstsystemet. Et forsøk en kanskje kan vurdere, er knyttet til henvisninger av pasienter med diabetes type 2. Det er vel kjent at disse pasientene skal ha henvisning til spesialisthelsetjenesten på nærmere fastsatte tidspunkter for kontroll og eventuelle forebyggende tiltak. Her kan en eventuelt vurdere å knytte takster til at dette faktisk blir gjort.

Spesialisthelsetjenesten.

En henvisning må bli akseptert av spesialisthelsetjenesten dersom henvisningen skal være av interesse for pasienten. I Norge vil henvisningene bli vurdert i spesialisthelsetjenesten i forhold til om pasientene har rett til nødvendig helsehjelp. Også ressursene spesialisthelsetjenesten har tilgjengelig samt finansieringsmåten, kan i praksis ha betydning for om en henvisning blir akseptert eller avvist, eventuelt hvor lenge pasienten må regne med å vente før konsultasjon finner sted.

I en nyere studie fra Norge [48] vises det med et eksempel fra endring i oppgjørssystemet for radiologiske undersøkelser fra 2008 hvordan endringer i takster får betydning for antallet undersøkelser som blir tilbudt. Fra 2008 får sykehusene og private leverandører med avtale med de regionale helseforetakene en større del av inntektene som fast tilskudd og en mindre del som produksjonsavhengige takster. Det medførte at de private leverandørene gjorde færre undersøkelser finansiert av det offentlige, ventetidene økte og relativt flere pasienter ble undersøkt i de offentlige sykehusene enn før.

6. Utvide retten til å henvise også til annet helsepersonell.

En fordel med en slik utvidelse er at fastlegen får frigjort tid siden konsultasjoner og arbeid i tilknytning til henvisninger blir redusert. Det kan også være en fordel for pasientene at valgmulighetene blir større. Ulempene er knyttet til at tidsbruk og kostnader for annet henvisende helsepersonell blir større. For det andre vil beslutningsgrunnlaget for annet

helsepersonell kunne være dårligere enn for fastlegene, som har større kunnskap om pasientens helhetlige sykehistorie og har en mer helhetlig medisinsk kompetanse. Omsatt til vår terminologi fra kapittel 2 kan dermed egenskapene til «testene» som ligger til grunn for henvisningsbeslutninger hos annet helsepersonell, være dårligere med konsekvenser for antallet falske positive / falske negative. For det tredje vil fastlegens koordinatorrolle ble svekket med mulige negative konsekvenser for behandling av tilknyttede helseproblemer. Siden det generelt vil kunne være både fordeler og ulemper med utvidelse til flere portnere, vil det kunne finnes eksempler der slik utvidelse kan være fordelaktig for samfunnet, og andre eksempler der slik utvidelse ikke er ønskelig for samfunnet. Dersom utvidelse av til flere portnere gjøres for tilstander der fastlegens helhetlige medisinske kompetanse og kunnskap om pasientens sykehistorie er av stor betydning for å oppnå god diagnostisk presisjon, vil dette tiltaket kunne være ufordelaktig for samfunnet ved at de økte kostnader forbundet med flere unødvendige henvisninger ikke oppveies av fordelene ved økt tilgjengelighet.

7. Fjerne henvisningsplikten for visse spesialister og tilstander.

Konsekvenser av å åpne for direkte tilgang til enkelte helsetjenester, som for eksempel Øre-Nese-Hals leger og øyeleger som i Danmark, kan også diskuteres med referanse til rammeverket vi har benyttet tidligere. Ved fjerning av henvisningsplikt vil pasientens egen diagnostiske evne få større betydning. Vi viste i kapittel 2.2 at den samfunnsøkonomiske gevinsten ved portnerordning er større jo større økning en får i diagnostisk presisjon med portnerordning sammenlignet med fravær av portnerordning. I henhold til dette resultatet vil delvis oppheving av henvisningsplikt altså medføre små endringer i bruk av spesialisthelsetjenester hvis det er liten forskjell i pasientens og fastlegens diagnostiske presisjon, og motsatt, gi stor endring i bruk av spesialisthelsetjenester dersom forskjellen i diagnostisk presisjon er stor. Generelt kan man altså si at hvorvidt det er ønskelig eller ikke med henvisningsplikt, vil være avhengig av karakteristika ved det aktuelle helseproblem.

Det kan være eksempler der henvisningsplikt ikke er ønskelig, enten fordi forsinkelsesaspektet har stor betydning, eller fordi forbedringen i diagnostisk presisjon ved portnerordning er liten. For eksempel vil det trolig være liten forskjell mellom pasienten og legens diagnostiske presisjon i forbindelse med en del akutte traumer, og da er henvisningsplikt ikke ønskelig for samfunnet.

Motsatt kan det være eksempler der forsinkelsesaspektet har liten betydning og portnerordning bidrar til vesentlig forbedring i diagnostisk presisjon. Eksempler her vil kunne inkludere helseproblemer der flere diagnoser forekommer samtidig og symptombildet er komplekst. For pasienten kan det i mange tilfeller være vanskelig å vurdere hvilken del av spesialisthelsetjenesten som kan tilby relevant behandling.

5. Oppsummering og diskusjon.

Ordninger der allmennleger har en portnerrolle, er gjerne begrunnet med at de er gunstige for samfunnet ved at henvisningsplikt bidrar til bedre fordeling av samfunnets ressurser. I denne rapporten redegjør vi for sammenhenger mellom portnerrolle og samfunnets velferd. Vi viser at portnerordning vil være ønskelig samfunnsøkonomisk dersom kostnaden ved å gjennomføre henvisningsvurderinger ikke er for store. Kilden til samfunnsøkonomisk gevinst av en portnerordning er at sannsynlighet for å gjøre korrekte vurderinger om bruk av spesialisthelsetjenester øker dersom vurderingen gjøres av en allmennlege sammenlignet med at pasienten selv gjør vurderingen. Den samfunnsøkonomiske gevinsten vil være større jo større forskjellen i diagnostisk presisjon er mellom fastlegen og den som alternativt vurderer om en enkeltperson skal oppsøke spesialisthelsetjenesten. Vi viser også at den samfunnsøkonomiske gevinsten av en portnerordning kan variere. En portnerordning er mer lønnsom for samfunnet i de tilfeller der en henvisningsvurdering gjennomført av en allmennlege bidrar til en stor økning i diagnostisk presisjon. Hvor stor velferdsgevinsten er av en portnerordning, påvirkes også av størrelsen på både kostnader og helseforbedringer når det fattes korrekte beslutninger. Vi viser at velferdsgevinsten av portnerordning er størst i tilfeller der de korrekte beslutningene har stor effekt på velferden. Rammeverket kan også anvendes til å identifisere mulige scenarier der det kan være ønskelig for samfunnet at enkeltpersoner gis anledning til å oppsøke spesialisthelsetjenesten direkte. Eksempler på situasjoner der portnerordning ikke er ønskelig, er situasjoner der det er liten eller ingen forskjell mellom allmennlegens diagnostiske presisjon og den som alternativt forestår vurderingen om det er ønskelig å oppsøke spesialisthelsetjenesten.

Vi illustrerer med talleksempler at den diagnostiske presisjon har stor betydning for henvisningsraten. Når diagnostisk presisjon er høy blir det færre unødvendige henvisninger til spesialisthelsetjenesten, og samtidig færre feilvurderinger, der pasienter som burde ha blitt henvist, ikke får henvisning. Vår illustrasjon med talleksempler synliggjør også at høye tall for henvisninger fra en legepraksis kan ha tre mulige forklaringer: høy prevalens blant

pasientene som vurderes, mange unødvendige henvisninger, eller at det sjelden gjøres uriktig vurderinger om ikke å henvise. Eksempelene viser behovet for varsomhet med å bruke tall for henvisninger i vurdering av medisinskfaglig praksis.

I vår gjennomgang av internasjonal litteratur om portnerordninger allmennlegers henvisningsbeslutninger går vi gjennom både teoretisk og empirisk litteratur. Problemstillingene som teoretiske arbeider om allmennlegens portnerrolle tar for seg, inkluderer spørsmålet om hvordan ressursbruken i samfunnet påvirkes av selve portvaktordningen sammenlignet med ordninger der pasienten har direkte tilgang til spesialisthelsetjenesten, og videre hvordan omfanget av henvisninger påvirkes av betalingssystemet i allmenn praksis under portvaktordninger. Eksempler på betalingssystemer som analyseres, er per capita betaling (CAP), aktivitetsbasert betaling (FFS) og utvidet budsjettansvar (FH), der allmennlegen gis ansvar for behandlingskostnader i spesialisthelsetjenesten. Hovedresultatet fra teorilitteraturen er at henvisningsbeslutninger kan påvirkes av finansielle incentiver, og ulike betalingssystemer kan ha sine styrker og svakheter. En tolkning av resultatene fra den teoretiske litteraturen er at det kan være fordelaktig og kombinere ulike typer av betalingssystemer.

Den empiriske forskningen som tar for seg portnerordninger er ikke omfattende. Samtidig er det ikke entydige resultater fra forskningen med hensyn hvorvidt portnerordninger bidrar til mer effektiv bruk av samfunnets ressurser. Det er behov for mer forskning på dette feltet. For eksempel kunne en komparativ studie, der det tas utgangspunkt i forskjeller mellom Norge og Danmark, bidra til mer kunnskap relevante spørsmål.

Vi drøfter også mulige tiltak for en modernisert portnerrolle i lys av den pågående debatten. Vi drøfter spesielt tiltak for større sensitivitet og spesifisitet av tester i vid forstand i allmennpraksis, betydning av sykdomsprevalens blant pasientene som kommer til fastlegen, samvalg (shared decision-making), økonomiske insitamenter og utvide retten til å henvise også til annet helsepersonell og fjerning av henvisningsplikten for visse tilstander og spesialister. Vi antyder mulige tiltak det kan være interessant å vurdere nærmere. I den sammenhengen vil igangsetting av kontrollerte forsøk kunne være en god anledning til å utvikle en kunnskapsbasert praksis på området.

I denne rapporten er drøfting og litteraturgjennomgang avgrenset til henvisningsvurderinger i forbindelse med bruk av spesialisthelsetjenester. Allmennlegen har imidlertid også viktige oppgaver som rådgiver og portner i forbindelse med vurdering av pasienters behov for

kommunale pleie- omsorgstjenester. Vi vet at en aldrende populasjon vil føre til at allmennlegene oftere må utføre slike portneroppgaver framover. Det er lite kunnskap om fordeler og ulemper med alternative organisatoriske løsninger for denne portneroppgaven på kommunalt nivå. Samtidig er det grunn til å tro at det er store forskjeller mellom kommunene med hensyn til koordinering og oppfølging av denne portnerrollen. Dette er dermed et felt det kan være både behov for - og muligheter til - å etablerte ny forskningsbasert kunnskap.

UTKAST

6. Referanser

- [1] OH Førde, HJ Breidablikk, and P Øgar. Truar skilnadene i tilvisingsratar målet om likeverdige helsetenester. *Are the differences in referral rates a threat to the goal of equitable health services*, pages 1878–1881, 2011.
- [2] Marie Allard, Izabela Jelovac, and Pierre Thomas Leger. Treatment and Referral Decisions under Different Physician Payment Mechanisms. *Journal of Health Economics*, 30:880–893, 2011.
- [3] Begona Garcia Marinoso and Izabela Jelovac. Gps' payment contracts and their referral practice. *Journal of Health Economics*, 22(4):617–635, 2003.
- [4] Rosella Levaggi and Lise Rochaix. Exit, choice or loyalty: Patient driven competition in primary care. *Annals of Public and Cooperative Economics*, 78(4):501–535, 2007.
- [5] Marie Allard, Izabela Jelovac, and Pierre-Thomas Léger. Payment mechanism and gp self-selection: capitation versus fee for service. *International journal of health care finance and economics*, 14(2):143–160, 2014.
- [6] Anders Anell. Jämförelse mellan almen praksis i region sjælland och primärvård i region skåne. *Institutet för ekonomisk forskning vid Lunds Universitet*, 3, 2014.
- [7] Unni Ringberg. General practitioners' decisions to refer patients to secondary care—referral rates, reasons for referral and expected medical benefit of the referrals. 2015.
- [8] Olav Thorsen, Miriam Hartveit, and Anders Baerheim. General practitioners' reflections on referring: An asymmetric or non-dialogical process? *Scandinavian journal of primary health care*, 30(4):241–246, 2012.
- [9] Benedicte Carlsen and Ole Frithjof Norheim. Introduction of the patient-list system in general practice changes in norwegian physicians' perception of their gatekeeper role. *Scandinavian journal of primary health care*, 21(4):209–213, 2003.
- [10] Benedicte Carlsen and Ole Frithjof Norheim. "saying no is no easy matter" a qualitative study of competing concerns in rationing decisions in general practice. *BMC health services research*, 5(1):1, 2005.
- [11] Tor Iversen and Ching-to Albert Ma. Market conditions and general practitioners' referrals. *International journal of health care finance and economics*, 11(4):245–265, 2011.
- [12] Geir Godager, Tor Iversen, and Ching-to Albert Ma. Competition, gatekeeping, and health care access. *Journal of health economics*, 39:159–170, 2015.
- [13] M Kamrul Islam and Egil Kjerstad. The ambiguous effect of gp competition: The case of hospital admissions. *Health Economics*, 2016.
- [14] Pedro Barros. The black box of health care expenditure growth determinants. *Health Economics*, 1998.

- [15] Sergi Jiménez-Martín, José M Labeaga, and Maite Martínez-Granado. An empirical analysis of the demand for physician services across the European Union. *The European Journal of Health Economics*, formerly: *HEPAC*, 5(2):150–165, 2004.
- [16] Vasanthakumar N Bhat. Institutional arrangements and efficiency of health care delivery systems. *The European Journal of Health Economics*, 6(3):215–222, 2005.
- [17] Sharon Hadad, Yossi Hadad, and Tzahit Simon-Tuval. Determinants of healthcare system's efficiency in OECD countries. *The European journal of health economics*, 14(2):253–265, 2013.
- [18] Izabela Jelovac. Primary care, gatekeeping and incentives. *Encyclopedia of health economics*, 3, 2014.
- [19] Marcial Velasco Garrido, Annette Zentner, and Reinhard Busse. The effects of gatekeeping: A systematic review of the literature. *Scandinavian journal of primary health care*, 29(1):28–38, 2011.
- [20] Hugh Gravelle, Mark Dusheiko, and Matthew Sutton. The demand for elective surgery in a public system: time and money prices in the UK national health service. *Journal of health Economics*, 21(3):423–449, 2002.
- [21] Mark Dusheiko, Hugh Gravelle, Rowena Jacobs, and Peter Smith. The effect of financial incentives on gatekeeping doctors: evidence from a natural experiment. *Journal of health economics*, 25(3):449–478, 2006.
- [22] Bronwyn Croxon, Carol Propper, and Andy Perkins. Do doctors respond to financial incentives? UK family doctors and the GP fundholder scheme. *Journal of Public Economics*, 79(2):375–398, 2001.
- [23] Geva Greenfield, Kimberley Foley, and Azeem Majeed. Rethinking primary care's gatekeeper role. *BMJ: British Medical Journal (Online)*, 354, 2016.
- [24] Peter Vedsted and Frede Olesen. Are the serious problems in cancer survival partly rooted in gatekeeper principles? an ecologic study. *Br J Gen Pract*, 61(589):e508–e512, 2011.
- [25] M Haugum, ØA Bjertnæs, HH Iversen, AK Lindahl, and M Nylenna. Commonwealth funds undersøkelse av helsetjenestesystemet i elleve land: norske resultater i 2016 og utvikling over tid. folkehelseinstituttet; oslo.
- [26] G. Godager and T. Iversen. Brukernes erfaringer med fastlegeordningen 2001 – 2015. *HERO Online Working Paper Series*, 2016.
- [27] Thomas Rice, Pauline Rosenau, Lynn Y Unruh, Andrew J Barnes, Richard B Saltman, and Ewout van Ginneken. United states of america: health system review. *Health systems in transition*, 15(3):1–431, 2013.
- [28] Marion Devaux. Income-related inequalities and inequities in health care services utilisation in 18 selected OECD countries. *The European Journal of Health Economics*, 16(1):21–33, 2015.
- [29] G. Godager and T. Iversen. Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester i Norge. *Helsetjenestens nye logikk*, pages 231–245, 2014.

- [30] Anikó Bró. Copayments, gatekeeping, and the utilization of outpatient public and private care at age 50 and above in europe. *Health policy*, 111(1):24–33, 2013.
- [31] Per Hjortdahl and Christian Fr Borchgrevink. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *Bmj*, 303(6811):1181–1184, 1991.
- [32] Per Hjortdahl and Even Laerum. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *Bmj*, 304(6837):1287–1290, 1992.
- [33] Royal College of General Practitioners. Continuity of care in modern day general practice. 2016.
- [34] Stephen Puntis, Jorun Rugkåsa, Alexandra Forrest, Amy Mitchell, and Tom Burns. Associations between continuity of care and patient outcomes in mental health care: a systematic review. *Psychiatric Services*, 2014.
- [35] Siri Fauli and Geir Thue. Economic consequences of near-patient test results: the case of tests for the helicobacter pylori bacterium in dyspepsia. *The European Journal of Health Economics*, 9(3):221–228, 2008.
- [36] G Jamtvedt, J.M. Young, D.T. Kristoffersen, M.A. O'Brien, and A.D. Oxman. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. cochrane database of systematic reviews 2006, issue 2. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), 2006.
- [37] J. E. Kristoffersen. Unødvendige innleggelser – finns dom? *Utposten* 7/2010, pages 30–35, 2010.
- [38] Jan Emil Kristoffersen. Fra henvisningsbrev til elektronisk dialog? en undersøkelse av legers holdninger og forventninger til en fremtid med elektroniske samtaler om felles pasienter. 2014.
- [39] Joseph P Newhouse and Phoebe Lindsey. Do second opinion programs improve outcomes? *Journal of health economics*, 7(3):285–288, 1988.
- [40] Grete Botten. Medisinske beslutninger; mellom behandlingsprogram og pasienters individuelle valg. *Målrettet mangfold. Senter for helseadministrasjon ved 10 års jubileet*, 1996.
- [41] G. Elwyn. Implementing shared decision making in the nhs. *Bmj*, 341:971, 2010.
- [42] Glyn Elwyn, Dominick Frosch, Richard Thomson, Natalie Joseph-Williams, Amy Lloyd, Paul Kinnersley, Emma Cording, Dave Tomson, Carole Dodd, Stephen Rollnick, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of general internal medicine*, 27(10):1361–1367, 2012.
- [43] Dawn Stacey, Carol L Bennett, Michael J Barry, Nananda F Col, Karen B Eden, Margaret Holmes-Rovner, Hilary Llewellyn-Thomas, Anne Lyddiatt, France Légaré, and Richard Thomson. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*, 10(10), 2011.
- [44] Erik P Hess, Judd E Hollander, Jason T Schaffer, Jeffrey A Kline, Carlos A Torres, Deborah B Diercks, Russell Jones, Kelly P Owen, Zachary F Meisel, Michel Demers, et al. Shared decision making in patients with low risk chest pain: prospective randomized pragmatic trial. *bmj*, 355:i6165, 2016.

[45] A Anell. Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi—en litteraturöversikt. *Rapport till utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso-och sjukvården (S 2013: 4)*, 2015.

[46] Toby Gosden, Frode Forland, Ivar Kristiansen, Matthew Sutton, Brenda Leese, Antonio Giuffrida, Michelle Sergison, and Lone Pedersen. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. *The Cochrane Library*, 2000.

[47] Mark J Harrison, Mark Dusheiko, Matt Sutton, Hugh Gravelle, Tim Doran, and Martin Roland. Effect of a national primary care pay for performance scheme on emergency hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: controlled longitudinal study. 2014.

[48] Tor Iversen and Anastasia Mokienko. Supplementing gatekeeping with a revenue scheme for secondary care providers. *International Journal of Health Economics and Management*, pages 1–21, 2016.

A1. Matematisk appendiks.

Vi kan uttrykke fastlegens forventede nytte målt i penger:

(6)

$$U(e_1, e_2) = M - e_1 - e_2 + ps_1(\beta e_1)u_A + [1 - p][1 - s_2(\beta e_2)]u_B + [1 - p][s_2(\beta e_2)]u_C + p[1 - s_1(\beta e_1)]u_D$$

Vi ser at fastlegens nytte øker med betalingen M , og at endringer i anstrengelser for diagnostisk presisjon påvirker fastlegens nytte gjennom to ulike mekanismer. Økte anstrengelser bidrar på den ene siden til større kostnader, og dette trekker isolert sett i retning av lavere nytte. På den annen side bidrar økte anstrengelser til at sensitiviteten og spesifisiteten øker. Økt sensitivitet trekker isolert sett i retning av økt forventet nytte siden det foretrukne utfallet for de «syke» (A) blir mer sannsynlig, mens det uønskede utfallet (D) blir mindre sannsynlig. Tilsvarende vil økt spesifisitet også trekke i retning av økt forventet nytte isolert, da det foretrukne utfallet for «friske» (C) blir mer sannsynlig, mens det uønskede utfallet for «friske» (B) blir mindre sannsynlig.

Førsteordensbetingelse for optimal anstrengelse i sensitivitet:

$$(7) \quad \beta ps'_1(\beta e_1)[u_A - u_D] = 1$$

Førsteordensbetingelse for optimal anstrengelse i spesifisitet:

$$(8) \quad [1 - p][s'_2(\beta e_2)][u_C - u_B] = 1$$

Fra (7) og (8) ser vi at det er optimalt for legen å tilpasse seg slik at verdien av grenseproduktiviteten til anstrengelser for økt sensitivitet (spesifisitet) blir lik marginalkostnaden til anstrengelsene (høyre side).

Fra (7) ser vi også at dersom fastlegen og samfunnet har sammenfallende verdsetting av korrekt henvisningsbeslutning for «syke»: $u_A^* - u_D^* = u_A - u_D$, så vil fastlegens tilpasning medføre at sensitiviteten blir på optimalt nivå for samfunnet. Samtidig kan det vises at dersom fastlegen i større grad (mindre grad) verdsetter korrekt henvisningsbeslutning for «syke», så vil det medføre at sensitiviteten blir høyere (lavere) enn optimalt for samfunnet.

Tilsvarende ser vi fra (8) at dersom fastlegen og samfunnet har sammenfallende verdsetting av korrekt henvisningsbeslutning for «friske»: $u_C^* - u_B^* = u_C - u_B$, så vil fastlegens tilpasning medføre at spesifisiteten blir på optimalt nivå for samfunnet. Samtidig kan det vises at dersom fastlegen i større grad (mindre grad) verdsetter korrekte henvisningsbeslutninger for de «friske», så vil det medføre at sensitiviteten blir høyere (lavere) enn optimalt for samfunnet.

Hvordan vil modernisering av portnerrollen, med en økningen i produktivitet β , påvirke sensitiviteten og spesifisiteten i allmennpraksis?

Fra (7) ser vi at dersom venstre side skal holdes konstant lik 1 idet β blir større så må s'_1 reduseres. Dette kan bare skje om sensitiviteten øker. Fra (8) ser vi at dersom venstre side skal holdes konstant lik 1 idet β blir større, så må s'_2 bli lavere. Dette kan bare skje om spesifisiteten øker.

Hvordan vil fastlegen endre sin tilpasning hvis produktiviteten β øker som følge av modernisert portnerrolle?

Ved implisitt derivasjon av førsteordensbetingelsene (7) og (8) kan vi uttrykke endringen i anstrengelser ved en marginal økning i produktiviteten, β :

$$(9) \quad \frac{de_i}{d\beta} = \frac{\{s_i'(\beta e_i) + \beta s_1''(\beta e_i)e_i\}}{-\beta^2 s_1''(\beta e_i)}$$

Det første leddet i (9) er positivt og et andre er negativt. Modernisering av portnerrollen, ved å øke produktiviteten i fastlegens diagnostikk har altså to effekter som trekker i hver sin retning: Det første leddet illustrerer at legen har blitt mer produktiv og at en økning i anstrengelsene gir større diagnostiske forbedringer sammenlignet med situasjonen uten produktivitetsøkning, denne virkningen trekker i retning av økte anstrengelser.

Det andre leddet illustrerer at legen på grunn av den økte produktiviteten har større diagnostisk presisjon enn før for samme nivå på anstrengelsene, og at det derfor kan det gi større nytteøkning å reagere på den økte produktiviteten ved å redusere anstrengelsene enn ved å øke den diagnostiske presisjonen ytterligere. Denne virkningen trekker isolert sett i retning av at økt produktivitet fører til reduserte anstrengelser. Økt produktivitet kan gi økt eller redusert anstrengelse. Det kan imidlertid vises at i tilfeller ved redusert anstrengelse vil reduksjonen i anstrengelse aldri være større (i prosent) enn økningen i produktivitet (i prosent). Det ser vi ved å skrive om (9):

(9')

$$\frac{s_i'(\beta e_i)}{\beta e_i} = -s_1''(\beta e_i) \left[1 + \frac{\beta}{e_i} \frac{de_i}{d\beta} \right]$$

Uttrykket i klammeparentesen må være positivt. Det siste Leddet sist i høyre klammeparentes er den prosentvise endringen i anstrengelse ved en prosentvis økning i produktivitet. Denne elastisiteten kan aldri være mindre enn -1: $\frac{\beta}{e_i} \frac{de_i}{d\beta} > -1$. Det kan også vises at $\frac{de_i}{d\beta} \geq 0$ vil gjelde for en rekke plausible spesifikasjoner av $s_i(\cdot)$. Et eksempel er $s_i(\beta e_i) = \frac{\exp(\beta e_i)}{1 + \exp(\beta e_i)}$. For denne funksjonsformen vil vi med $e_i \geq 0$ alltid få

$$\frac{de_i}{d\beta} \geq 0$$

Samfunnets optimale valg av tiltak for økt diagnostisk presisjon i allmenn praksis.

Ved å ta hensyn til fastlegens optimale tilpasning av anstrengelser kan vi uttrykke sensitivitet og spesifisitet i allmenn praksis som en funksjon av produktiviteten β . Vi bruker notasjonen $\tilde{s}_1(\beta)$, og $\tilde{s}_2(\beta)$ for disse relasjonene og vi viste i forrige avsnitt at $\tilde{s}_i'(\beta) > 0$, idet økninger i produktivitet ikke blir utliknet ved at legene reduserer egen innsats. Vi innfører et politikktiltak, som er slik at produktiviteten β kan påvirkes av et politikktiltak. Vi antar at produktiviteten er en lineær funksjon av politiktparameteren B :

$$(10) \quad \beta = 1 + B,$$

der B er bevilgningen til en modernisert portnerrolle med større diagnostisk presisjon.

Tilsvarende bruker vi notasjonen $\tilde{U}(B, M)$ For å uttrykke legens nyttenivå som funksjon av stykkprisbetalingen M og politikktiltaket B . Vi tenker oss at samfunnet ønsker å maksimere den forventede velferden for gitt budsjett, der budsjettet skal fordeles på en fast betaling for å

gjennomføre henvisningsvurderinger, M , og et tiltak for økt diagnostisk presisjon i allmenn praksis, B . Vi tenker oss at budsjetttiltaket B har stordriftsfordeler og påvirker alle vurderinger legene gjør. Vi betegner antall vurderinger med n , og uttrykker budsjettbetingelsen ved:

$$(11) \quad B + nM$$

Der G er størrelsen på samfunnets bevilgning til portvaktordningen. Det er samtidig ønskelig å at legene nyttenivå ikke skal reduseres.

$$(12) \quad \tilde{U}(B, M) \geq \underline{U}$$

Størrelsen på budsjetttiltaket B må være ikke negativ.

$$(13) \quad B \geq 0$$

Samfunnets målfunksjon kan uttrykkes:

$$(14) \quad (B, M) = p\tilde{s}_1(\beta)u_A^* + [1 - p][1 - \tilde{s}_2(\beta)]u_B^* + [1 - p][\tilde{s}_2(\beta)]u_C^* + p[1 - \tilde{s}_1(\beta e^1)]u_D^*$$

Problemet består i å velge M og B som maksimerer (14) idet produktiviteten β er bestemt av et budsjetttiltak (10), at det foreligger et gitt budsjett (11), at fastlegene skal oppnå et bestemt nyttenivå (12), og at størrelsen på budsjetttiltaket B må være ikke negativ (13).

Løsning av problemet

(10), og (11) settes inn i (14), og vi løser problemet med ikke-lineær programmering

Lagrangrange funksjonen kan uttrykkes:

$$(14')$$

$$L = p\tilde{s}_1(\beta)u_A^* + [1 - p][1 - \tilde{s}_2(\beta)]u_B^* + [1 - p][\tilde{s}_2(\beta)]u_C^* + p[1 - \tilde{s}_1(\beta e^1)]u_D^* - \gamma[\underline{U} - \tilde{U}(B, (G - B)/n)] + \mu[B]$$

Likning (15) uttrykker Kuhn-Tucker førsteordensbetingelse for samfunnets optimale valg av produktivitetsfremmende tiltak, B

$$(15) \quad \frac{\delta L}{\delta B} = p\tilde{s}'_1(\beta)[u_A^* - u_D^*] + [1 - p][\tilde{s}'_2(\beta)][u_C^* - u_B^*] + \mu + \gamma \left[\tilde{U}'_B(B, M) - \frac{\tilde{U}'_{M(B, M)}}{n} \right] \leq 0$$

Vi undersøker om $B=0$ er et mulig optimum. Hvis $B=0$, og minimumsskranken på B (13) er bindende,

$\mu > 0$, vil 15 måtte være oppfylt med streng ulikhet, siden det betyr at samfunnets nytte er strengt avtakende i B . Dersom vi har $B=0$, vil siste klammeparentes i (15) enten være strengt positiv, eller alternativt, vil skranken (12) ikke være bindende hvilket gir oss $\gamma = 0$. uansett vil siste ledd i (15) være ikke-negativ. Siden venstre side av (15) består av ledd som kun er positive vil ikke $B=0$ og $\mu > 0$ være en mulig løsning, da det er selvmotsigende at en sum positive ledd til sammen blir strengt negativt. Vi ser derfor at det i vår modell er optimal for samfunnet å tilpasse seg med $B > 0$.

ⁱ Recruit and retain. Northern periphery programme 2001-2013, European union regional development fund May 2014. www.recruitandretain.eu

UTKAST