

## **Helsepolitisk debattskrift nr. 3**

Prioritering og tilgjengelighet  
i allmenntmedisinen

Allmennlegen som  
portner og koordinator  
– en forutsetning for gode  
prioriteringer i helsevesenet.



## Forord

Med dette debattskriftet vil Aplf innlede til debatt om prioriteringer i allmennmedisinen.

Debattheftet består av:

**Case:** en dag i allmennpraksis, noen valg som gjøres og hvordan de påvirker hverandre, utarbeidet av Kjartan Olafsson, Aplfs fagutvalg.

**Artikkelen: "Prioritering i allmennmedisinen"** av Odd Jarle Kvamme, Bjarne Bråtveit, Karin Frydenberg og Kjell Maartmann-Moe, Aplf. Dette er både en innføring i begrep og historikk når det gjelder prioritering i helsevesenet, samtidig som den drøfter utfordringene innenfor allmennmedisinen.

**Artikkelen: "Prioritering i allmennpraksis, fastlegens tilgjengelighet"** av Trond Egil Hansen, leder i Aplfs fagutvalg. Her drøftes tilgjengelighet i forhold til prioritering.

I et helsevesen hvor det prioriteres kontinuerlig, er det innenfor allmennmedisinen de fleste prioriteringer blir gjort. Prioriteringer er en del av allmennlegens hverdagsarbeid. Disse gjøres i en strøm av henvendelser på telefon, ved oppmøte, ved konsultasjoner og besøk. Det dreier seg først og fremst om kontakt med pasienter, men også tverrfaglige henvendelser. Prioriteringene kommer til uttrykk gjennom faglige vurderinger, behandlinger, råd og henvisninger. Fordi det allmennmedisinske arbeid er kunnskapsbasert, organisert med klare rammer fra samfunnets side og med klare faglige føringer fra legenes egne faglige organer, gjøres de allmennmedisinske prioriteringer i stadig større grad kvalitetssikret og dermed ensartet.

Likevel er det forskjeller. Ingen dager eller pasienter er helt like. Det er forskjeller i organisering av praksis, og leger kan ha forskjellige interesser, styrker og svakheter. Prioriteringene blir altså en integrert del av hverdagsarbeidet, ikke alltid helt like og ofte lite synlige for lege, pasient eller samfunn.

Derfor er målet med heftet, gjennom diskusjon og refleksjon, å synliggjøre prioriteringsarbeidet, og bli mer bevisst på hvordan vi prioriterer. Hvorfor er det viktig? Riktig prioritering er avgjørende både for den enkelte pasient og samfunnet. Men også for at legen skal være i stand til å gjøre arbeidet sitt på en god måte. I denne sammenheng kan vi si at gode prioriteringer gir bedre prioriteringer.

Mulighetene for undersøkelser og behandling er nærmest uendelige, men ressursene er begrensede. Pasienten som ønsker utredning og behandling

tenker ikke først på samfunnsøkonomi eller legens arbeidstid. Allmenmedisinens arena er nettopp møtet med denne pasienten. Balansen mellom enkeltmenneskets ønsker og forventninger og samfunnets krav til riktig bruk av begrensede ressurser, utfordrer allmennlegens evne til prioritering og kommunikasjon. Allmennlegen utsettes for et krysspess mellom behov fra forskjellige perspektiv. Behovene er ikke alltid sammenfallende. Vi trenger en debatt på hvordan vi møter dette krysspesset. Hvordan organiserer vi oss, hvordan kommuniserer vi en nedprioritering, hvilke implisitte og eksplisitte prioriteringskriterier bruker vi?

Fundamentet for riktig prioritering er kunnskapsbaserte faglige vurderinger som tar med seg kostnad-nytte perspektivet. Skal vi vurderer kostnad-nytte, må vi ikke bare vite hva en prosedyre koster, men alternativkostnadene som følger av så vel å rekvirere den som ikke å rekvirere den. Aplf tror kunnskapen og bevisstheten om kostnader knyttet til pasientforløp kan bedres både hos allmennleger og andre aktører i helsetjenesten.

Små justeringer av hvordan vi prioriterer kan føre til store økonomiske utlegg for samfunnet. Om hver allmennlege daglig skrev en ekstra henvisning til spesialisthelsetjenesten, ville kostnaden for samfunnet måtte beregnes på milliardnivå.

Allmennlegen er først og fremst en selvstendig behandler, men har også en koordinator- og portnerfunksjon i forhold til det øvrige helsevesen, trygdeetat eller arbeidsliv. Odd Jarle Kvamme skriver om dette.

Det store volum av øyeblikkelig hjelp behandling foregår hos allmennlegen. For å kunne ta i mot øyeblikkelig hjelp må allmennlegen prioritere sin tid. Av 12 millioner konsultasjoner gjelder ca 4,5 millioner øyeblikkelig hjelp. Disse prioriteres i forhold til vanlige konsultasjoner.

***Gunnar, som har hatt kløende og rennende nese i 3 måneder, må finne seg i å vente til etter at Åge og Gunvor, som har akutte brystmerter, er undersøkt.***

Allmennlegene legger inn i sykehus ca 10 % av de 4,5 millioner pasientene de ser som øyeblikkelig hjelp. Det betyr at 90 % ikke henvises videre.

***Gunvor legges inn i medisinsk avdeling fordi hun har funn på EKG, og klinikk, som passer med infarkt. Åge sendes hjem med avtale om kontroll fordi allmennlegen med stor grad av sikkerhet kan utelukke hjertesykdom og konkludere med muskelsmerte.***

Ansvar for å være tilgjengelig for egen pasientpopulasjon er en helt sentral del av det å ha et populasjonsansvar. Kravet om tilgjengelighet

står sentralt i publikums forventninger. Tilgjengelighet er også nødvendig for prioritering. Pasientene må nå frem for å få fortelle om sine plager før prioriteringer kan gjøres. Samtidig vil en grenseløs tilgjengelighet til allmennlegen være feil prioritering av allmennlegens tid. En tid som ellers kunne brukes til faglig godt fundert prioriteringsarbeid i kontakt med pasienter ansikt til ansikt på kontoret. Den grenseløse tilgjengelighet fører til at legen ikke blir tilgjengelig for noen. Fagutvalgets leder Trond Egil Hansen skriver om dette i artikkelen om tilgjengelighet og prioritering.

I den allmenmedisinske hverdag vil prioriteringer som gjøres, eller ikke gjøres, gjensidig påvirke hverandre. At Anna har fått mer tid betyr kanskje at Arne får mindre. Men vi har arbeidsmetoder eller teknikker som utjevner disse forskjellene. Arne får kanskje en ny time etter noen dager. Dette belyses gjennom et case hvor vi har beskrevet allmennlegen Pers dag på kontoret i Utvik. Caset er utviklet av Fagutvalgets Kjartan Olafsson. Vi håper denne historien vekker gjenkjennelse og stimulerer til diskusjon om vanlige prioriteringer, hvordan de påvirker hverandre og hvilke grep vi tar for å utjevne de forskjeller som oppstår ved at dagene og pasientene er forskjellige.

*Trond Egil Hansen  
leder, Apf's fagutvalg*

*Jan Emil Kristoffersen  
leder, Apf*

## **Innhold:**

	<b>Side</b>
<b>1. En hverdagshistorie</b>	6
<b>2. Prioritering i allmenmedisinen</b>	11
<b>3. Bakgrunn</b>	12
3.1 Kvifor må vi prioritere mellom helsetenester?	12
3.2 Historiske milepæler for prioriteringsarbeid	12
3.3 Kriterier for prioritering av helsetenester	13
<b>4. Prioritering i allmenmedisinen</b>	14
4.1 Allmenlegen si rolle som portnar	15
4.2 Allmenlegen som koordinator	15
4.3 Møte mellom pasient og fastlege – fastlegane sin kompetanse	16
4.4 LEON	16
4.5 Legitimitet	17
4.6 Åpenheit	18
<b>5. Apf sitt arbeid for prioritering i allmenmedisin</b>	19
5.1 Aktiver breidda av norsk allmenmedisin	19
5.2 Tilgang, og allmenlegen si rolle som portnar og koordinator	20
5.3 Utvikle kunnskap og haldningar til rett prioritering hos allmenlegar	21
5.4 Utvikle hjelpemiddel for prioritering i allmenpraksis	21
5.5 Samarbeid med spesialisthelsetenesta i prioriteringsspørsmål	22
5.6 Kontakt med politikarar og helseadministrasjon	22
5.7 Delta i offentleg debatt	22
<b>6. Fastlegens tilgjengelighet og fastlegens prioriteringer</b>	23
<b>7. Referansar og figurar</b>	28

## 1. En hverdagshistorie

Per som er spesialist i allmenntillegisin er 36 år gammel og jobber i Utvika, ei bygd med 4000 innbyggere. 3000 er bosatt nær legekantoret, de resterende 1000 spredt innenfor en radius på 55 km inkludert noen øyer. Nærmeste sykehus er 150 km borte. De er tre leger pluss turnuskandidat på legekantoret. Befolkningen i Utvika bærer preg av utflytting og har dermed et høyt aldersgjennomsnitt. Per har tilsyn med sjukeheimen en dag i uka. Privat er Per gift med Vigdis og har barna Petter 14, Tore 8 og Line 3.

Det er mandag morgen. Per har vært på ApIf-kurs de to siste arbeidsdagene uka før, noe som medførte at hans kollega Arne måtte ta hans vakt torsdag. Legene på kantoret har i felleskap dekket hans liste. Per skal ta igjen vakten i overmorgen. Hovedtema på kurset var prioritering i allmenntillegisin.

Datteren til Per, Line våkner med høy feber og hoste. Hun kan ikke gå i barnehagen. Etter en kort diskusjon med kona Vigdis beslutter de at hun blir hjemme hos Line fordi konsekvensene av Pers fravær fra legekantoret ville bli så store.

Per ankommer legekantoret kl 08. På vei inn gjennom venterommet ser han sin pasient Amanda (76), som har en avansert ventrikelkreft med spredning, og Arne (32), som han undersøkte og sykmeldte forrige uke for lumbago. Han veksler noen ord med dem og finner ut at ingen av dem har noen timeavtale. Hun har kommet fordi hun har hatt så vondt de siste fire dagene. Hun ønsket ikke at noen "nye" skulle "rote" med medisinene hennes, så hun har ventet tålmodig på at Per skulle komme tilbake. Arne sier han er bedre, men greier ikke gå på jobb enda, han sitter der for å få forlenget sykmeldingen.

Pers rammer for dagen er slik: Han skal ta første pasient inn kl 0830 og har deretter tre til fire pasienter i timen frem til lunsj kl 1200. Siste avtale er kl 1515. Han har avtalt med sønnen Petter å kjøre kl 1600 til nabobygda for å kjøpe fotballsko til kveldens guttelagskamp som starter kl. 1900. Han pleier å ha satt av fem øyeblikkelig hjelp timer daglig, men etter en rask sjekk med resepsjonen får han vite at disse allerede er "booket".

Han ber sin medhjelper i resepsjonen "printe" ut sykmelding for en ny uke til Arne slik at han kan signere den. Han rekker ikke å ta inn Arne til samtale.

Kollega Anders passerer resepsjonen og spør om Per kan komme inn på pauserommet og ta en kaffe fordi det er en del saker som må diskuteres. Det har kommet brev fra kommunen om deltakelse i en arbeidsgruppe, og

i tillegg har de fått noen innspill fra hjemmesykepleien på samarbeidsrutiner og IPLOS systemet. Per sier det dessverre blir umulig, han må ta inn Amanda. Han spør: "Kan vi ta det i lunsjen?".

Amanda får justert sine smertestillende medikamenter, litt trøst og oppmuntring og går fornøyd fra Per kl 0820 med en kontrollavtale til neste mandag.

Per passerer posthyllen hvor han finner en 10 cm høy postbunke han lar ligge, titter på den elektroniske innboksen hvor det ligger 40 dokumenter som han ikke rekker å se på. Derimot ser han over usignerte laboratoriesvar, signerer de ukompliserte, men finner noen han må se nærmere på. Som avtalt har Bengt (48) vært på laboratoriet torsdag for å ta et fastende blodsukker. Dette viser en verdi på 17. På samme liste finner han Lea (42) som har en Hb på 10,1 og ferritin 7, Even (7) som hadde LPK 14 og en urinprøve levert fra hjemmesykepleien, på Tordis (88) som har utslag på nitritt og LPK- det er ikke anført noen symptomer og dyrking er ikke sendt.

Per velger å la prøvene til Lea ligge fordi han vet dette skyldes menorrhagi. Han vil ringe henne en annen dag. Evens prøver utsettes også fordi de var tatt i forbindelse med en luftveisinfeksjon. Per ønsker å få dem kontrollert, men det kan vente. Når det gjelder Tordis og urinen ber han sin medhjelper ringe hjemmesykepleien og spørre om det har vært symptomer på urinveisinfeksjon, eventuelt feber og om de kan komme med en ny prøve slik at man får sendt en dyrkning. Deretter undersøker Per om Bengt står i timeboka, men finner ham ikke. Han ringer selv til Bengt på mobilen hans som heldigvis var innført i journalen.

Bengt blir sjokkert over blodsukkeret. Han har slett ikke lyst til å ha diabetes. Per ønsker å få avklart oppfølgingen, mens Bengt vil diskutere sykdommen. Samtalen blir stressende for dem begge. Per må stoppe samtalen med henvisning til at han må ta inn dagens pasienter. Per bruker en av øyeblikkelig hjelp timene som er satt av neste dag til oppfølging av Bengt. I ventetiden skal han skal spise sukkerfritt og gå tur. For sikkerhets skyld skal han komme innom kontoret på slutten av dagen og måle et blodsukker.

Samtalen avsluttes kl 0840, og ti minutter forsinket kan Per ta inn dagens første pasient som er Olga (72). De er godt kjent etter et 10 års langt lege-pasientforhold og Per vet at det kan bli en tidkrevende konsultasjon. Olga har med huskeliste. Hun begynner på toppen. Hun har vært en del svimmel i det siste. Per spør om han kan få se hele lista. Der står det fem problemstillinger. Første punkt er svimmelhet, andre er magesmerter i nedre del av magen, tredje er henvisning til øyenlege, fjerde er måling av senkingsreaksjon og hemoglobin og siste er fornyelse av resepter på Tenormin og Albyl-E. Per spør hva hun mener er viktigst. Hun synes reseptene er viktigst. "Det med svimmelheten og magen er jo gammelt,

men jeg må jo nevne det". Det er ikke mer å gjøre med dette nå blir de enige om. Blodprøvene ønsker hun å ta "for sikkerhets skyld" – hun har jo hatt både lav Hb og høy SR før. Per aksepterer det og rekvirerer prøvene. Henvisningen til øyenlege vil hun ha fordi det er lenge siden sist, og hun synes at hun ser dårligere. Per kikker raskt i hennes øyne og skriver henvisningen.

Neste pasient er Per Magne 44 som er lærer på ungdomsskolen. Han har en dårlig høyre skulder. Denne har vært smertefull i tre uker og han greier knapt å abduere 90 grader aktivt. Per Magne har vært på "nettet" og lest om skulderdiagnostikk. Han ber om MR skulder fordi dette er "eneste undersøkelse som kan si noe sikkert". Per undersøker og forklarer for Per Magne hva som vil være riktig rekkefølge av tiltak. Per Magne aksepterer å avstå fra MR undersøkelsen, men heller begynne med en NSAIDs kur og noen øvelser. Han får løfte om videre utredning dersom plagene vedvarer.

Før neste pasient ringer en medhjelper fra resepsjonen og sier at de har en fortvilet Gunvald (58) på telefonen. Per undersøkte Gunvald for 14 dager siden for hematospermi, og palperte da en mistenkelig hard prostata. Det ble skrevet henvisning til urolog samme dag under mistanke om prostatakraft. Gunvald fikk time syv uker senere. Da svaret på PSA prøven kom viste den 68. Per hadde da ringt sykehuset og fått fremskyndet urologtimen til i dag. Gunvald ringer fra gangen utenfor urologens kontor. Fortvilelsen skyldes at urologen ønsker å vente med skjelettundersøkelse til etter at biopsisvarene fra dagens undersøkelse er kjent. Han har fått ny oppfølgingstime hos urologen 6 uker frem. Da Per snakket med Gunvald etter nyheten om den høye PSA verdien fortalte han Gunvald at det var overveiende sannsynlig at det dreiet seg om prostatakraft. Gunvald kan ikke skjønne hvorfor man skal "søle bort" 7–8 uker? Per er enig og skriver ut henvisning til skjelettscintigrafi og røntgen thorax.

Per ser nå ytterligere åtte pasienter før han skal gå løs på sine telefontimer. På timelisten er det satt av fem telefoner han skal ta, i tillegg har hjemmesykepleien bedt om en telefonsamtale. Per er kommet 30 minutter etter skjema og det er fem minutter igjen til lunsjtid når Per begynner på telefonlista.

Første telefon er en gjenganger som vil drøfte tilbakevendende magesmerter og hva han skal gjøre med dem. Lett irritert over unødvendige telefoner avsluttes samtalen klokken 1210, og kollegene venter i pauserommet. Per velger å be medhjelperne ringe tilbake til resten av dem som vil snakke med ham på telefon for å høre hva det dreier seg om og sortere ut de som må slippe igjennom til ham.

Telefonen til hjemmesykepleien tar han før lunsj. De ønsker å drøfte en komplisert situasjon med et sykt gammelt ektepar hvor kommunikasjonen med pårørende er dårlig og hele situasjonen er på bristepunktet. De vil at



Per skal legge begge inn på sykehuset for å få avklarte en del medisinske spørsmål og få litt ro rundt situasjonen. Per synes dette er overilt og får hjemmesykepleien med på at de sammen skal gjøre et hjemmebesøk om to dager.

1220 går Per til lunsj og rekker å veksle noen ord med kollegene om henvendelsene som de enes om å utsette til et møte de skal ha om kontorpraksisen om en uke.

1240 starter Per ti minutter forsinket på ettermiddagens pasienter. I løpet av den tredje konsultasjonen blir han avbrutt av telefon fra en medhjelper som forteller at hun har avklart alle telefonene unntatt en. Det dreier seg om en kvinne som har gått fra arbeid etter en konflikt, hun ber om sykmelding. Per ber om at telefonen blir satt over. Kvinnen forklarer bakgrunnen og forteller om søvnvansker og depressive symptomer i et par uker under opptakten til det som skjedde i dag. Per skriver ut en sykmelding på en uke og avtaler time kommende fredag. Hun skal hente sykmeldingen i resepsjonen.

Siste pasient i dag er Magda som kommer for kontroll av blodtrykk. Det er 140/92. Magda spør om ikke det skal måles blodprøver og EKG. Per sjekker i journalen og ser at årskontrollen kan tas om fire mnd. Prøvene utsettes til da. Magda forteller at hun skal til ortoped på sykehuset om to uker. Hun har fått time til en beinmassemåling en uke senere og synes det er slitsomt å måtte reise to ganger. Hun må jo bruke drosje også. Magda bor på en av øyene og har lang reisetid. Hun har prøvd å ringe selv, men ikke lykkes å oppnå kontakt. Per tar telefonen til røntgenavdelingen for henne og får avtalt at beinmassemålingen kan tas samme dag som ortopedbesøket.

Konsultasjonene er ferdig 1530 og Per tar en kikk på posten. All post fra industri kastes uåpnet. Den øvrige post blir sortert etter hastegrad. Noen epikriser blir lagt frem til neste dag, det øvrige lagt tilside som noen forespørsler om trygdeerklæringer og IPLOs diagnoser til hjemmesykepleien.

Før Per går får han beskjed om at Bengt har 15 i blodsukker. Han opprettholder avtalen fra tidligere på dagen. Hjemmesykepleien har ringt og fortalt at Tordis med urinfunnene har mye svie og hyppig vannlating, men ikke feber. Per skriver ut en antibiotikakur og ber medhjelperne formidle denne. I det Per forlater kontoret tenker han at han må komme

en time tidligere på jobb neste dag for å rydde unna uavklart post i innboksen og skrive brev om laboratoriesvar. Så var det fotballschoene.

**Hvilke prioriteringer er gjort?**

**Hvilke prioriteringer ville du gjort annerledes?**

**Hvem er det gjort prioriteringer av hensyn til  
(pasienten, legen, samfunnsøkonomien)?**

**Hva er nedprioritert?**

## 2. Prioritering i allmennmedisinen

**Prioritering i helsetenesta begynner i kontakten mellom pasientog allmennlege, ikkje ved inngangen til spesialisthelsetenesta.**

**Derfor er prioritering eit tema for Aplf**

Med dette skriftet vil Aplf innleie til debatt om kva roller allmennmedisinen skal ha i prioritering av helsetenester. Den primære målgruppa er allmennlegar, men vi ønskjer å kome i dialog med andre legegropper, befolkinga, helseføretak, helseadministrasjon og politikarar.

- Rett og rettferdig bruk og fordeling av helseressursar er nødvendig for eit godt og likeverdig tilbod om helsetenester til befolkinga.
- Diskusjonar om prioritering av helsetenester må føregå både på overordna nasjonalt nivå, i medisinsk fagutvikling og på individuelt nivå i møtet mellom pasient og helsepersonell.
- Helsetenester er ein viktig tryggleiksfaktor for alle. Folk bør inviterast til å delta i diskusjonar om prioritering, både på nasjonalt plan og i møtet med fastlegen sin.
- På vegne av pasientane, faget og vårt samfunnsansvar vil allmennlegane vere premissleverandørar i prioriteringsdebatten.

## 3. Bakgrunn

### 3.1 Kvifor må vi prioritere mellom helsetenester?

- For at pasientar skal få rett og god behandling
- Fordi etterspørselen etter helsetenester er uendelig
- Forsking og teknologiske framsteg utvider raskt det medisinske tilbodet, og tilbod skaper nye behov
- Norge ligg på andre plass i verda med helseutgifter per capita, og utgiftene til helsetenester aukar raskare enn brutto nasjonalprodukt (1)
- Befolkninga i vårt langstrakte land skal ha så likeverdige helsetenester som mogeleg
- Fordeling av helsetenester mellom ulike grupper og regionar skal vere rettferdig
- Overforbruk og underforbruk av helsetenester er eit folkehelseproblem
- Unødvendig utredning og behandling er belastende, og kan vere sjukdomsskapande.

### 3.2 Historiske milepælar for prioriteringsarbeid

1983	Lov om helseteneste i kommunar
1985	Lønning 1 utvalet
1990	Forskrift om venteliste-register
1996	Lønning 2 utvalet
1997	Forskrift om ventetidsgaranti
1999	Lov om pasientrettar
2000	Forskrift om prioritering av helsetenester og rett til helsehjelp i spesialisthelsetenesta. (heimla i lov om pasientrettar).
2001	Innføring av fastlegeordning i Norge
2003	Stortingsvedtak om endringar i pasientrettighetslova (lov av 12. desember. 2003 nr 110)

2004 Ny forskrift om prioritering, med innføring av tidskrav.

Rett til nødvendig helsehjelp i kommunar er fastlagt i kommunehelseslova. Dette er alt som er lovfesta om prioritering i primærhelsetenesta. NOU'ar, andre lover og forskrifter om emnet er retta mot spesialisthelsetenesta. Eigenandelar hos fastlege er auka med 100% siden 1996, noko som betyr mykje for korleis dei vanskelegast stilte nyttar helsetenesta.

### **3.3 Kriterier for prioritering av helsetenester**

#### **Tre hovedkriterier for prioritering, frå Lønning-utvala:**

- |                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| 1. Alvorlegheit            | (behovs-kriteriet)   |
| 2. Behandlingseffektivitet | (nytte-kriteriet)    |
| 3. Kostnadseffektivitet    | (kostnads-kriteriet) |

Pasientar har rett til helsehjelp frå spesialisthelsetenesta når:

1. Pasienten har eit visst prognosetap med hensyn til livslengde, eller ikkje ubetydeleg nedsatt livskvalitet dersom helsehjelp vert utsett
2. Pasienten kan ha forventa nytte av helsehjelpa
3. Forventa kostnad står i rimeleg forhold til tiltakets effekt
4. Det skal føreligge dokumentasjon for alle tre kriterier

#### **Prioriteringsforskriften anno 2006**

I Lønning 1 var behovskriteriet sterkt vektlagt, og dei to effektivitetskriteria var lite vektlagt. Alder, eigenomsorg og sjølvpåført skade/sjukdom ved livsstil skulle til dømes ikkje reknast med. Nå er effektivitetskriteria forskriftsfesta, og det har dermed skjedd ei dreining frå alvorlegheit av sjukdom/skade til større vekting av effektivitet. Kostnadseffektivitet er tatt inn i forskriften på individ-nivå, sjølv om kostnad ikkje er spesifisert i nokon av grunnlagsdokumenta.

Det var i 1985 kanskje rett å begynne med prioritering ved inngangen til spesialisthelsetenesta. Det var neppe rett av Lønning 2 (i 1996) å fortsatt utelate primærhelsetenesta. Nye ti år etter Lønning 2 finst det framleis ingen lovtekst eller eksplisitte kriterier for prioritering i primærhelsetenesta. Det er på høg tid å tenkje prioritering langs heile pasientforløpet. Fastlegen har roller som koordinator og portnar, og er følgeleg sentral i prioriteringsarbeidet. Det som skjer i andrelinja er for det meste bestemt når ein pasient vert henvist, og svært få pasientar vert avvist ved inngangen til andrelinja.

### **Eit fjerde prioriteringskriterium: Dokumentasjon**

God prioritering krev dokumentasjon av alvorlegheit, nytte og kostnad. Tilbodet av helsetenester skal ideelt sett bygge på dokumentasjon av medisinsk nytteverdi. Dette er eit mål som er vanskeleg å oppnå. Mykje av det vi gjer er ikkje-dokumenterte intervensjonar, og vi manglar robuste system for evaluering av gamle og nye behandlingsmetodar.

### **Eit femte prioriteringskriterium? Gruppevise ulikskapar i helse og helsetilbod**

Eit femte prioriteringskriterium bør bygge på det faktum at helsetilstand og ressursar hos grupper i samfunnet er ulik. Norge har forskjellar i helse og helsetiltak mellom sårbarare grupper som eldre, born, unge og risikogrupper. Det er også ulikskapar i helse mellom sosioøkonomisk ulike grupper, i minst like stor grad som land vi samanliknar oss med (Sverige, Danmark, England og Nederland) (3).

Helsesektoren må yte sine tenester slik at det er lik tilgang for alle, og tilbod og innhald i helsetenester må vere slik at dei motverkar gruppebaserte ulikskapar i helse. Store eigenandelar for helsetenester og medikament, kjøp av helsetenester for sjukmelde, private helsetenester med høg eigenbetaling, markedstilpassa allmennlege- og sjukehus tenester og private helseforsikringar aukar ulikskapane i helsetilbod mellom befolkningsgrupper.

## **4. Prioritering i allmenntmedisinen**

- **Portnar og koordinator**  
Allmennlegen har mange roller, til dømes som leiar, kompetanseinnehaver og forvaltar, som ledsager og vitne, -og stundom "advokat" for pasientane, deltakar i fagutvikling og forskning, fordelar av ressurser, koordinator av helsetenester og som portnar til spesialisthelsetenesta.  
Det er særleg portnarrolla og koordinatorrolla som er viktige i prioriteringsarbeid.
- **Prioritering skjer i møtet mellom pasient og fastlege**  
Prioritering av helsetenester begynner i første møte mellom pasient og lege. Dette krev åpent og nært samspel mellom lege, pasient og pårørande. Hinder for det første møtet mellom pasient og lege, t.d. høge eigenandelar, dårleg telefontilgang eller dårleg organisering av timebøker, kan skjule helseproblem og skape vridningseffekter i prioritering av helsetiltak.

- **Lågaste effektive omsorgsnivå**  
LEON-prinsippet må følgjast: Dei oppgåvene som kan løysast i førstelinje, skal utførast der.
- **Legitimitet**  
Prioritering må ha legitimitet blant aktørane, dvs oppfattast som rett og rimeleg fordeling av helsetenester .
- **Åpenheit**  
Prioriteringsarbeid må bestå av åpne prosessar som skjer i samspel mellom styresmakter, helsepersonell, borgarar og media. Åpenheit kan berre sikrast ved at fastlegane er med i prosessar som angår dei og deira ansvarsområde.

#### **4.1 Allmennlegen si rolle som portnar**

Portnar kan bety portvaktar eller portåpnar. Portvaktaren passar samfunnet sine ressursar, portåpnaren er pasienten sin hjelpar. I våre etiske reglar er vi forplikta til å forvalte samfunnet sine ressursar på ein forsvarlig måte. Dette kan skape interessekonflikter, der den enkelte legen må bruke skjønn. Forsterka pasientrettar åleine svekkar allmennlegen si rolle som portvakt og forvanskar oppgåva som portåpnar. Legar kan kjenne seg utsett for press i dialogen med den enkelte pasienten, og pasienten sine krav kan nokon gonger vege tyngre enn legen sin faglege og forvaltningsmessige integritet. Eksplisitte kriterier kan hjelpe legen til å prioritere rett.

#### **4.2 Allmennlegen som koordinator**

Allmennlegen si rolle som koordinator betyr at allmennlegen er hovedansvarleg for at pasienten får rett behandling til rett tid på rett nivå

Rett behandling krev klare medisinske problemstillingar, god samhandling, hensiktsmessig utredningsarbeid og behandling.

Delane av helsetenesta har ulike kulturar, kompetanse, perspektiv og mål. Det vil derfor vere ulike faglege vurderingar av same medisinske problem, som det ikke finst enkle eller samstemte svar på. Dette er ei utfordring til å forvalte ressursar etter prioriteringskriteria. Mange aktørar kan skape uklare ansvarsforhold, meirarbeid for alle og verkar kostnadsdrivende. T.d. vil henvising til spesialisthelsetenesta frå andre enn fastlegen måtte kvalitetssikrast med opplysningar frå fastlegen før andrelinja kan gjere si prioritering. Andre enn fastlegen vil oftast ha avgrensa breiddekompetanse, og dermed setje lågare terskel for henvising enn

fastlegene. Det vil utløyse ekstraarbeid og unødige utredningar for pasientane, og føre til større kostnad og behandlingsrisiko.

Målet om rett behandling krev presise henvisningar, epikriser og tilbakevisningar.

Den aukande bruken av sjukepleiarstyrte poliklinikkar i sjukehus for kronikaromsorg kan i verste fall være et hinder for at fastlegen kan utøve koordinatorrolla for pasientar med samansette sjukdomar.

Fastlegen er den einaste som har krav på å bli informert av alle andre behandlarar, og er dermed den einaste som får full oversikt over gjennomgått og planlagt utredning og behandling. Denne rolla er viktig som grunnlag for prioritering, og for å hindre unødvendig gjentakning av medisinske prosedyrar.

### **4.3 Møte mellom pasient og fastlege – fastlegane sin kompetanse**

Helsetenesta si prioritering begynner i første møte mellom pasient og allmennlege.

Før dette møtet har pasienten sjølv, eventuelt i samråd med pårørende og andre rådgjevarar, gjort prioriteringar. Pasienten sitt utgangspunkt vil påverke legen sine vurderingar.

Når fastlegen henviser ein pasient, er det meste av prioriteringsarbeidet utført. Dersom fastlegen ikke stoppar utredningsforløp som ikke er fagleg godt begrunna, vil sjukehuset sjeldan gjere det.

### **4.4 LEON**

Prinsippet om at helsetenester skal ytast på Lågaste Effektive Omsorgsnivå er gamalt men gyldig. Det er eit viktig prioriteringsmessig standpunkt. Ansvar, ressursar og mynde må følgje oppgåvene.

For fleire pasientgrupper som er studert, er det ikke påvist systematiske forskjellar i effekt av behandling i henholdsvis primær- og spesialisthelsetenesta, føresett at kompetanse og fagleg interesse er på plass. Ut fra prinsippet om lågaste effektive omsorgsnivå meiner Aplf at når effekt og kostnad ved behandling i primær- og spesialisthelsetenesta er lik, skal behandling som hovedregel leggest til primærhelsetenesta. Oppgåver som kan utførast like godt i førstelinje som andrelinje, bør som ein konsekvens flyttast til førstelinje, og ressursar må flyttast med oppgåvene. Nasjonalt Råd for Prioritering støtter dette synet (4).



Ei kvar overføring av pasientar mellom nivå i helsetenesta er ressurskrevande og kan i verste fall gje dårlegare behandling. "Svingdørspasientar" i sjukehus er døme på dette. Vi må begrense antall overføringar der dette ikke er påkrevd ut frå medisinsk nytte og kostnad.

Fastlegane må ha formelle arenaer med sine samarbeidspartar, der ein kan diskutere og treffe avgjerder om kven som skal gjere kva for pasientane, og korleis ein skal samhandle for å få dette til.

## 4.5 Legitimitet

Helsetenester er ein samfunnsrett som har stor interesse hjå folk flest. Folk er opptatt av at tenestene er gode, og at dei vert fordelt på rett vis. Prioritering vil berre få gjennomslag i den grad den vert oppfatta som "rett og rimeleg".

### Legar og legitimitet

Med meir enn 4000 medlemmer er det allmenmedisinske miljøet den største faggruppa i norsk medisin. Lege-intern legitimitet for prioritering handlar mest om haldningar til korleis legar skal forvalte sitt samfunnsøkonomiske ansvar. Legar må oppfatte oppgåva å prioritere som "rett og rimeleg" for at dei vil arbeide etter forskrifter og retningslinjer i sin daglege praksis. Prioriteringsvalg bør deretter skje i samforståing med pasientene, og vere i tråd med pasientrettighetslova og eksplisitte kriterier for tildeling av helsehjelp.

### Pasientar og legitimitet

Det er legitimt at pasientane har ein låg terskel for å søke kontakt med fastlege. Det er urimeleg å forvente at ein person med helseplager sjølv skal definere sin situasjon som så uvesentleg at ein ikkje set fram ønskje om helsehjelp.

### Politikarar og legitimitet

**Vi kan ikkje forvente at fagfolk kan utøve praktisk prioritering utan politisk ryggdekning**

**Vi kan heller ikkje forvente at politikarar kan prioritere utan fagleg ryggdekning. Derfor må vi sikre god dialog mellom politikarar og fagfolk for å skape legitimitet og gjennomføringskraft for overordna vedtak om prioriteringar.**

Autoritative nasjonale politiske prioriteringsvedtak (førsteordens-vedtak) er vanskeleg å få gjort. Norge har hatt mindretalsregjeringar sidan 1960-

talet. Dette er truleg ein av grunnane til at sentrale styresmakter aldri har klart å effektivere prioritering på ein omfattande og systematisk måte. Diskusjonen har vært, og er, prega av politisk opposisjon og opportunisme.

God prioritering krev felles forståing hos politikarar og fagpersonell, og aksept i samfunnet. Legar kan arbeide med prioritering, men dei treng vedtak og retningslinjer frå samfunnsinstitusjonar som Stortinget, Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet for å kunne omsetje prioriteringsvedtak til klinisk praksis.

## 2.6 Åpenheit

Åpenheit og informasjon er viktig i prioriteringss spørsmål. Temaet er godt egna for åpen samfunnsdebatt som kan skape bevisste haldningar i prioriteringss spørsmål hos legar, pasientar, befolkning og politikarar.

Ein har lenge brukt ulike teknikkar for å fordele og begrense tilbodet av helsetenester. Dei mest brukte metodane er kapasitetsbegrensing (ventetider) og pengar (eigenandelar).

Eigenandelar er framleis ein ofte brukt prioriteringsmetode. Til dømes har eigenandelar hjå fastlege auka med over 100% på mindre enn ti år. Det er Stortinget som årleg fastset desse eigenandelane. Kapasitetsbegrensning som prioriteringsverktøy er for tida mindre brukt, og ventelistene er sterkt reduserte.

Alle fordelingsteknikkar kan verke skeivt, og kan føre til både underforbruk og overforbruk.

Eigenandelar kan føre til underforbruk av helsetenester av sårbare grupper, og vere kontraproduktivt etter prioriteringskriteria. Det er neppe klokt å heve terskelen mot å søke legehjelp på lågkostnivået hos fastlegen. England og Danmark har ikkje eigenandelar hos primærlegen, og landa har lågare utgifter til helsetenester per capita enn Norge.

## **5. Apf sitt arbeid for prioritering i allmenmedisin**

- Aktivere breidda av norsk allmenmedisin i prioriteringsspørsmål
- Arbeide med sentrale prioriteringsspørsmål i allmenmedisinen og i grensesnittet mot andrelinjetenesta, som:
  1. Tilgang til helsetenester
  2. Allmenlegen sine rolle som portnar og koordinator
  3. Fordeling av arbeid, ansvar og ressursar mellom primærhelsetenesta og
    - a) spesialisthelsetenesta
    - b) andre helsepersonellgrupper og aktørar.
- Utvikle kunnskapar og haldningar hos allmenlegar til rett prioritering
- Utvikle hjelpemiddel for prioritering i allmenpraksis
- Samarbeide med spesialisthelsetenesta i prioriteringsspørsmål, og etablere formelle samarbeidsarenaer for prioritering
- Være i dialog med politikarar og sentral helseadministrasjon
- Delta i offentleg debatt, for å skape legitimitet for prioritering av helsetenester i alminnelegheit og i primærhelsetenesta spesielt.

### **5.1 Aktiver breidda av norsk allmenmedisin**

Legar prioriterer oftast etter medisinsk alvorlegheit. Dei tek samstundes omsyn til behandlingseffektivitet (nytte) og dokumentasjon (der den finst), men dei tek mindre omsyn til kostnadseffektivitet og samfunnsøkonomi.

Haldningsdanning hos allmenlegar er ei prioriteringsmessig oppgåve. Informasjon om prioritering, kurs, workshops og konferansar kan påverka haldningar og engasjement.

## 5.2 Tilgang, og allmennlegen si rolle som portnar og koordinator

*Applf ønskjer debatt om spørsmål som:*

- **Skal det vere tilgangsbegrensing til fastlegene?**

Er høge eigenandelar eit prioriteringsverkemiddel som Stortinget har valt bevisst, eller er det resultat av svarteper-spel og budsjettforlik utan helsepolitisk tenking?

- **Skal LEON-prinsippet framleis gjelde?**

Skal fastlegen framleis ha roller som portnar og koordinator for helsehjelp, og styre tilgangen til andrelinjetenester? Eller vil samfunnet åpne for tilgang til andrelinjetenester for publikum direkte, eller via en rekke andre aktører i tillegg til fastlegane?

Dersom LEONprinsippet framleis skal gjelde, trengst betre klargjering av oppgåver, ansvar og ressursar. Dersom ein vel å utvatne prinsippet, vil kostnadsveksten eksplodere.

- **Skal primærhelsetenesta og sjukehusa ha felles forvaltningsnivå?**

Applf er heilt klar i dette spørsmålet: Vi vil ikkje ha eit felles forvaltningsnivå for primærhelseteneste og sekundærhelseteneste. Alle grenseflater vil ha sine problem med fordeling og koordinering. Nokon trur at dersom ein forandrar forvaltningsgrenser og fjernar nåverande grensesnitt, vil ein ha løyst problema med samarbeid og prioritering. Dei overser problemet med at nye linjegranser vil føre til nye og ukjente grensesnitt (5, 6).

I fastlegeordninga har ein oppnådd god kostnadskontroll.

Spesialisthelsetenesta har derimot dei siste 5-6 åra vakse tilsvarande dei offentlege kostnadane til heile fastlegordninga, for KVART år! Allmennleger utgjorde 31% av alle yrkesaktive leger i 1985, men dette talet er i 2005 falt til berre 21%. Ei slik utvikling kan ikke vere rett overordna prioritering, jamfør LEON-prinsippet, og ein diskusjon om den relative veksten mellom dei ulike nivå i helsetenesta må koma. (2)

Det er uklokt å smelte saman fastlegeordninga med god kostnadskontroll med spesialisthelsetenesta som historisk har vist seg å ha dårleg kontroll. Etter vår meining skal fastlegeordninga og lokalsjukehusa styrkast, for dei er den mest kostnads- og kompetanseeffektive løysinga samfunnet har for å hjelpe folk flest med deira mest vanlege helseproblem. Dermed har dei også stor prioriteringsmessig verdi.

Nokon hevdar at den ultimate løysinga er at fastlegane (på nytt) skal vere fastlønte. Ingen gruppe helsepersonell er så stabile som

privatpraktiserende allmennleger. Vi minner og om at privat allmennlegepraksis er eit av fundamenta som fastlegeordninga er tufta på.

### **5.3 Utvikle kunnskap og haldningar til rett prioritering hos allmennlegar**

Mangel på god prioritering er eit systemproblem, men har også si årsak i faglege og haldningsmessige variasjonar hos legar.

Ulik fagleg praksis er truleg ei hovedårsak til individuell variasjon i korleis legar prioriterer. Den store variasjonen i klinisk praksis blant legar er eit prioriteringsmessig problem. Årsaker til faglegevariasjonar er lite kjent. Ei årsak er at vi mangler dokumentasjon på kva som er best behandling.

Ei anna årsak er risikotekning, som utløyser medisinske tiltak "for sikkerhets skuld". Det er for lite merksemd på at medisinske handlingar i seg sjølv er ein risiko for helseskade.

Det må vere rom for skjønn. Men dersom ein kan redusere noko av variasjonen, vil forbruket av unødvendige helsetenester gå ned.

### **5.4 Utvikle hjelpemiddel for prioritering i allmennpraksis**

- ***Kvalitet på allmennlegejournalar og henvisingar***

Henvisingar er det einaste grunnlaget spesialisthelsetenesta har for å velge rett tiltak i vidare diagnostikk og behandling. Derfor må allmenntedisinsk dokumentasjon og henvisingar halde høg kvalitet.

- ***Indikatorar for god praksis***

Det skjer arbeid med å lage gode indikatorar for allmenntedisinsk praksis. Slike indikatorar vil påverke arbeidsform, minske variasjonar og kan bli eit verktøy for prioritering.

- ***Utvikle Normaltariffen som eit betre verktøy for prioritering***

I dei seinare åra har Apf lagt fagutviklinga til grunn for korleis avlønninga for allmenntedisinsk arbeide skal vere. Det er viktig at også Staten gjennom forhandlingar bidreg til å utvikle takstsystemet slik at økonomiske stimuli sikrar god prioritering.

## **5.5 Samarbeid med spesialisthelsetenesta i prioriteringsspørsmål**

Som koordinator skal fastlegen ha oversikt over kva tiltak som vert iverksett for sine pasientar, også av andre legar. På den måten kan han/ho redusere unødvendige diagnostiske og terapeutiske tiltak. Aplf vil søke kontakt med andre legegrupper for å arbeide med prioritering langs pasientforløpa.

## **5.6 Kontakt med politikarar og helseadministrasjon**

Det må etablerast betre kontakt mellom fag og politikk.

Politikarar kan ikke gjere førsteordens vedtak om proritering uten at legar, sentral helseadministrasjon og fagmiljø støtter forslaga.

Legar kan ikkje utøve prioritering utan at politikarar har vedteke førsteordens vedtak om prioritering, og utan at sentral helseadministrasjon og fagmiljø støtter arbeidet.

## **5.7 Delta i offentleg debatt**

**Samfunnet kan ikkje bygge sin prioriteringspraksis på mediastyrt anekdotisk kunnskap og informasjon.**

Dette debattskriftet er eit innlegg i den offentlege diskusjonen om korleis samfunnet best kan forvalte ressursar til helseformål. Debatten om prioritering av helsetenester skjer altfor tilfeldig, og er ikkje målretta. Den blusser opp i korte periodar, og har då ofte bakgrunn i at enkeltmenneske med alvorleg sjukdom ikkje får tildelt dyr og til tider eksperimentell behandling i sjukehus.

Samfunnet kan ikkje bygge sin prioriteringspraksis på anekdotisk kunnskap og mediastyrt informasjon. Aplf vil delta i debatten for å sikre pasientar gode og likeverdige helsetenester, rettferdig fordeling, med særskilt hensyn til sårbare grupper.

ApLF vil påverke haldningar hos innbyggjarar og politikarar for at samfunnet skal makte å bruke ressursane i helsetenesta etter prioriteringskriteria, og at det skjer både i primærhelsetenesta og i sekundærhelsetenesta.

## 6. Fastlegens tilgjengelighet og fastlegens prioriteringer

I fastlegeordningen har hver lege med fastlegeavtale et populasjonsansvar. Hver enkelt lege og hver enkelt pasient vet eksakt hvem som hører sammen med hvem. Det betyr at legen ikke bare er lege for de pasienter som til enhver tid velger å kontakte henne/ham, men også kontinuerlig er lege for sin pasientpopulasjon

Ansvar for å være tilgjengelig for egen pasientpopulasjon er en helt sentral del av det å ha et populasjonsansvar. Kravet om tilgjengelighet står sentralt i publikums forventninger. Manglende tilgjengelighet er det som fastlegene oftest blir kritisert for. En lege kan ikke påberope seg å være så populær at ventetiden er åtte uker. Er den det, har legen for mange pasienter på listen i forhold til kapasitet og/eller organisering. Tilgjengelighetskravet er styrende for listestørrelsen: Hvor mange pasienter kan en lege betjene og både ha akseptabel ventetid og levelig arbeidstid og arbeidssituasjon for egen del?

**Hvis legen hele tiden skal være tilgjengelig for alle, vil han i realiteten ikke være tilgjengelig for noen.**

**Vi mener at legen først og fremst må være tilgjengelig for pasienten i møtet mellom lege og pasient.**

**Kravet om å være tilgjengelig for alle andre samtidig må ikke gå på bekostning av dette**

Legen kan imidlertid ikke etterkomme et grenseløst krav om tilgjengelighet. Kravet til legens tilgjengelighet går på bekostning av de arbeidsoppgavene legen holder på med. Lege med akuttansvar må selvfølgelig hele tiden være disponibel for kontakt om akutte situasjoner og være forberedt på å avbryte det som hun/han holder på med for først å håndtere det som haster mest. Men også utenom dette blir legene stadig avbrutt i sine gjøremål av henvendelser fra pasienter, fra legens egne medarbeidere, fra andre leger, og fra eksterne samarbeidspartnere. Å være tilgjengelig for slike henvendelser er nødvendig for smidig samhandling, men det kan ta overhånd slik at legen aldri kan få arbeide med noe uavbrutt. Hvis legen hele tiden skal være tilgjengelig for alle, vil han i realiteten ikke være tilgjengelig for noen. Vi mener at legen først og fremst må være tilgjengelig for pasienten i møtet mellom lege og pasient. Kravet om å være tilgjengelig for alle andre samtidig må ikke gå på bekostning av dette.

I allmennlegens virke både som fastlege og som legevaktlege ligger alltid et prioriteringsansvar. Hun/han må fordele sin egen arbeidskapasitet som en ressurs, slik at populasjonens behov for allmennlegetjenester-/legevakttjenester totalt sett blir best mulig dekket. For å oppnå dette må legen styre sin virksomhet ut fra andre kriterier enn til enhver tid å svare på etterspørsel. Prioriteringens enkle logikk er at å si ja til noe, innebærer nei til noe annet. For pasientene innebærer dette at de reelt sett må konkurrere med populasjonens øvrige medlemmer om legens tid og innsats. Da må de være mest mulig trygge på at legens prioriteringer er begrunnet ut fra faglige og verdimeslige hensyn og ikke for eksempel ut fra økonomiske hensyn eller ut fra hvem som roper høyest.

**Legene må sette pasienter med små krav, men store behov, foran ressurssterke med store krav og små behov for at retten til like helsetjenester skal bli oppfylt.**

I en pasientpopulasjon vil det ikke være fullt samsvar mellom etterspørsel og behov for legetjenester. Det vil være etterspørsel uten reelt behov, og åpenbart vil det i en pasientpopulasjon også eksistere behov for legetjenester uten at dette følges av etterspørsel. Hvordan vi skal forholde oss til underforbrukerne er kanskje det vanskeligste spørsmålet.

Vi tror ikke at vi skal innkalle og undersøke alle. I forhold til underforbrukerne må imidlertid fastlegen selv være aktiv i forhold til å presentere seg og gjøre seg tilgjengelig. Vi tenker i forhold til pasienter med mindre synlige behov (eldre, unge, psykisk syke, kronisk syke, terminalt syke og døende, fattige eller ressursvake) som ikke selv ber om hjelp. Legene må sette pasienter med små krav, men store behov, foran ressurssterke med store krav og små behov for at retten til like helsetjenester skal bli oppfylt.

Legen må forholde seg til den etterspørsel som eksisterer i pasientpopulasjonen etter hennes/hans tjenester. Men etterspørsel er som nevnt ikke det samme som behov. Mye av etterspørselen reflekterer selvsagt åpenbare behov. Men mye av etterspørselen reflekterer ikke reelle medisinske behov. Likevel er det vanskelig å skille ut denne og å styre unna, for uansett hva etterspørselen viser seg å reflektere, er det den vi møter og må forholde oss til. Det vi derimot kan styre, er hva vi tilbyr som svar på ulike typer etterspørsel.

God tilgjengelighet for førstekontakt, for at pasienten skal få presentert problemet, er helt essensielt, bl.a. for å oppdage nyoppstått sykdom tidlig. Men forøvrig må legen bruke sin tilgjengelighet og ulike typer tilgjengelighetsbegrensninger som prioriteringsvirkemiddel.



Konsultasjonsvarighet må tilsvarende styres slik at legen fordeler sin tid som en ressurs, slik at populasjonens behov for allmennlegetjenester-/legevaktjenester totalt sett blir best mulig dekket. Hvis alle konsultasjoner er like korte, eller like lange, vil dette ikke samsvare med pasientenes ulike behov for tid ved konsultasjonene.

Inngangen til våre tjenester er i det daglige styrt av helsesekretær, men bak ligger legens holdninger og de retningslinjer legen har gitt medarbeiderne å arbeide etter. På dette nivået trenger vi prioriteringsverktøy. Prioritering kan fra legens side ikke begynne før pasienten har fått kontakt og presentert problemet. Tilgjengelighetsbegrensninger for kontakt per telefon må unngås fordi det avviser blindt. Men i forhold til det å få time, og spesielt å få time når det passer, er prioritering helt nødvendig.

Allmennlegene må også være tilgjengelig for samarbeidspartnere. Fastlegen er blitt "en adresse for ansvar" for andre instanser som har med pasientene å gjøre: sosialkontor, rusmiddelomsorg, somatiske sykehusavdelinger, psykiatriske institusjoner, barnevern, hjemmesykepleiere etc. Alle disse aktørene har en forventning om å involvere pasientens faste lege i behandling og oppfølging. Det foreligger sannsynligvis et reelt underforbruk av allmennlegetjenester på disse områdene. I fastlegeordningen må allmennlegene være på banen i tverrfaglig samarbeid rundt enkelte pasienter. Ikke desto mindre er vi selv nødt til å sette grenser for samarbeidet omkring pasienter, hvis ikke vi skal legge opp til en praksis der vi ser pasienter halve dagen og sitter i møter resten.

Tilgjengelighetskravet kan heller ikke gå ut over legens behov for regulert arbeidstid, herunder muligheten til å ta nødvendige pauser i løpet av arbeidsdagen.

**Syke er generelt fattigere enn friske, og fattige er generelt sykere enn rike. Det må antas at egenbetaling i større grad begrenser etterspørselen fra dem med store behov, enn fra dem med mindre behov for gode helsetjenester.**

Egenandelene på allmennlegetjenester gjør allmennlegen mindre tilgjengelig enn ønskelig for mange, selv om egenandelene ikke er høye i forhold til samfunnets generelle kostnadsnivå. Egenbetaling kan ha som formål å begrense etterspørselen, da man antar at det alltid vil være en tendens til overforbruk av gratistjenester. Egenandeler kan brukes som et prioriteringsvirkemiddel, hvor man kan styre etterspørselen ved å legge større egenandeler på lavt prioriterte helsetjenester enn på høyere prioriterte helsetjenester.

De siste ti årene er egenandelene hos allmennlege nesten doblet. Egenbetaling for våre tjenester skyldes mest fellesskapets manglende vilje til fullfinansiering. De senere års økninger har ikke vært helsepolitisk begrunnet, men er gjort for å skape balanse i statsbudsjettet.

Egenbetaling som prioriteringsinstrument har svært betenkelige sider. Syke er generelt fattigere enn friske, og fattige er generelt sykere enn rike. Det må antas at egenbetaling i større grad begrenser etterspørselen fra dem med store behov, enn fra dem med mindre behov for gode helsetjenester. Egenbetaling som prioriteringsinstrument bør derfor brukes med stor varsomhet.

Allmennlegetjenestene er befolkningens inngangsport til helsetjenesten. Derfor vil egenandelene på allmennlegetjenestene ramme helt blindt når det gjelder prioritering i forhold til medisinske behov. Hvis egenandelene avskjærer muligheten til konsultasjon med fastlegen, vil ikke pasienten få presentert problemet, slik at prioritering etter behov for videre tiltak i helsetjenesten ikke blir mulig.

For å unngå utilsiktede virkninger av egenbetaling vil det være vesentlig at nivået på egenbetalingen ikke blir for høyt, og at pasienter som ellers ikke vil få dekket viktige behov for helsetjenester, blir skjermet.

**Tilgjengelighetsbegrensninger er prioriteringsvirkemiddel enten vi erkjenner det eller ikke.**

Egenandelene bestemmes av Stortinget. Legeforeningen har gjentatte ganger påpekt at egenandelene hos fastlegen er blitt for høye, og at spesielt ungdom ikke er godt nok ivaretatt med hensyn til å gjøre fastlegen tilgjengelig for dem. Ungdom i alderen 12-20år, som i dag må betale vanlig egenandel, er underforbrukere av fastlegens tjenester. De kan ha behov for kontakt med fastlegen for problemer hvor det kan være vanskelig å be om penger fra foreldrene til egenandelen. Eksempler på dette kan være psykiske og psykososiale problemer, problemer i forbindelse med overgrep/vold, suicidalitet, spiseforstyrrelser, og problemer knyttet til seksualitet, prevensjonsbehov og svangerskap. At ungdom kan få lettere tilgang til hjelp hos fastlegen for slike problemer, må prioriteres høyt.

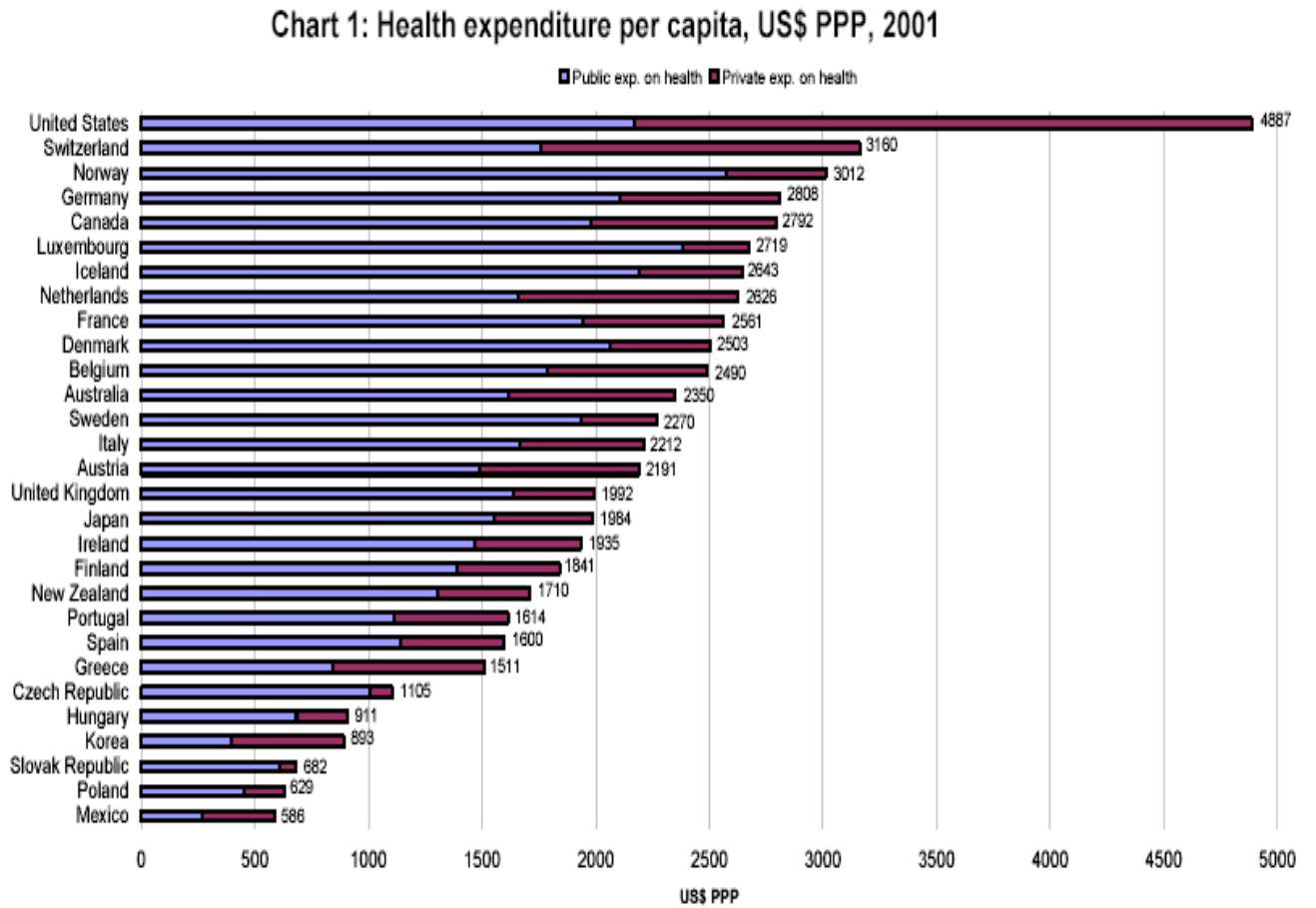
Tilgjengelighetsbegrensninger er prioriteringsvirkemiddel enten vi erkjenner det eller ikke. Det er viktig å sette dette på agendaen. Vi må bevisstgjøre oss selv og våre samarbeidspartnere om hva vi gjør oss tilgjengelig for, mottar og prøver å hjelpe, og hva som blir direkte eller

indirekte avvist. Vi må skaffe oss kunnskap om hvordan våre tiltak for tilgjengelighetsbegrensning virker på ulike grupper, hvilke implisitte og eksplisitte prioriteringskriterier vi bruker, og hvilke virkemidler som er egnet for å gjennomføre prioriteringene. Dette er nødvendig både for å prioritere riktigere, og fordi fastlegens og legevaktlegens tilgjengelighet ikke kan måles mot et grenseløst tilgjengelighetskrav.

## 7. Referansar og figurar

1. Health expenditures per capita. OECD-rapport 2001
2. Vekst i talet allmennleger vs yrkesaktive leger 1985-2005
3. Westin S, Krokstad S: "Folkehelse og sosial ulikhet". I: Larsen, Alvik, Hagestad og Nylenna (red): Helse for de mange. Samfunnsmedisin i Norge. Oslo: Gyldendal 1993.
4. Sintef-rapport til Nasjonalt Råd for Prioritering, hausten 2004.
5. Aplfs debattskrift 1: Lokalsykehusene - en forutsetning for en velfungerende helsetjeneste og sunn samfunnsøkonomi.
6. Aplfs debattskrift 2: Distriktsmedisinske senter-avsporing eller aktivum for befolkningen?

**Figur 1**



Notes:

Australia, Japan, Korea, Luxembourg and Switzerland: 2000

Purchasing power parities (PPPs) provide a means of comparing spending between countries on a common base. PPPs are the rates of currency conversion that equalise the cost of a given 'basket' of goods and services in different countries.

Source: OECD Health Data 2003.

**Figur 2**

