

Utvikling av nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – fastlegevirksomhet og øvrige allmennlegetjenester

Notat

Oktober 2010

kunnskapssenteret

Bakgrunn: Kunnskapssenteret har fått i oppdrag av Helsedirektoratet på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomføre et prosjekt som skal munne ut i vurderinger av elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Denne delrapporten gjør rede for status, utfordringer og muligheter med hensyn til å utvikle og implementere et nasjonalt kvalitetssystem for fastlegetjenesten og øvrige allmennlegetjenester.

Hovedbudskap: • En forutsetning for å etablere et godt nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten, er å få på plass et velfungerende IT-system. • Krav til spesialistutdanning og til vedlikehold av spesialitet for å arbeide selvstendig som allmennlege vil sikre en formell kompetanse, og bidra til at legene forpliktes til kontinuerlig faglig videreutvikling. Kompetansebasert etterutdanning, basert på individuelle læreplaner, kan vurderes for å sikre reell faglig utvikling. • Det kan vurderes å legge inn spesifikke krav om deltakelser i kvalitetsforbedringsarbeid, samt ferdigheter i forhold til kunnskapsbasert praksis, både for å oppnå spesialiteten, men særlig for den femårige resertifiseringen

(fortsetter på baksiden)

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavs plass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
Notat: ISBN: 978-82-8121-374-6

Oktober 2010

kunnskapssenteret

(fortsettelsen fra forsiden) av spesialiteten. • Det er behov for støtte og veiledning for å få gjennomført lokalt kvalitetsforbedringsarbeid på en systematisk måte som en integrert del av ordinær allmennlegevirksomhet. • Legeforeningen har etablert Senter for allmennmedisinsk kvalitetsutvikling (SAK), og er i gang med utredning av innhold og organisering av SAK. En eventuell nasjonal enhet som skal koordinere de mange og fragmenterte initiativ, samt få fart på arbeidet med kvalitetsforbedring, og ha ansvar for utvikling, implementering og videre utvikling, bør ha tett kontakt og nært samarbeid med SAK. Det kan vurderes om det er hensiktsmessig og mulig at SAK blir en integrert del av en slik nasjonal enhet for kvalitet i primærhelsetjenesten.

Tittel	Utvikling av nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – fastlegevirksomhet og øvrige allmennlegetjenester
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	John-Arne Røttingen, <i>direktør</i>
Forfattere	Signe Flottorp, <i>forsker</i> Bjørnar Nyen, <i>seniorrådgiver</i> Trond Egil Hansen, <i>leder i Allmennlegeforeningen</i> Gisle Roksund, <i>leder i Norsk forening for allmennmedisin</i> Endre Sandvik, <i>direktør, Legevakten i Oslo</i> Janecke Thesen, <i>leder i Allmennmedisinsk kvalitetsutvalg</i>
ISBN	978-82-8121-374-6
Prosjektnummer	609
Rapporttype	Notat
Antall sider	44
Oppdragsgiver	Helsedirektoratet
Nøkkelord	Kvalitetssystem, primærhelsetjenesten, fastlege, allmennlege
Sitering	Flottorp S, Nyen B, Hansen TE, Roksund G, Sandvik E, Thesen J. Utvikling av nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – fastlegevirksomhet og øvrige allmennlegetjenester. Notat 2010. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Oslo, 2010.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Senteret er formelt et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet, uten myndighetsfunksjoner. Kunnskapssenteret kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, oktober 2010

Hovedbudskap

Status og utfordringer

Fastlegeordningen har som formål å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten ved å sikre at mennesker som er bosatt i Norge skal kunne få en fast allmennlege å forholde seg til. Nesten alle innbyggere er tilknyttet ordningen. Ordningen er i hovedsak vellykket, brukerundersøkelser viser at folk er fornøyde med fastlegeordningen og de fleste fastlegene trives i jobben. Det er likevel flere utfordringer og rom for forbedringer, og vi trenger mer kunnskap om kvaliteten av legetjenestene både for å kunne drive lokalt kvalitetsforbedringsarbeid og for å kunne følge med.

Sett i forhold til oppgaver og ansvar, og i lys av Samhandlingsreformen, er det behov for å styrke allmennlegetjenesten både i volum og kvalitet. Siden 1990 har antall legeårsverk økt med 42 prosent i primærhelsetjenesten og med 93 prosent i spesialisthelsetjenesten. Primærlegeandelen er i samme periode redusert fra 35 prosent til 28 prosent. Det er nødvendig å øke utdanningskapasiteten for å få flere spesialister i allmennmedisin.

Internasjonale og nasjonale erfaringer

Internasjonalt er det økende erkjennelse av primærhelsetjenestens betydning, og av behov for reformer i helsetjenesten for å styrke primærhelsetjenesten generelt og allmennmedisinen spesielt. Flere ulike tilnærminger har vært brukt internasjonalt for å fremme kvalitet, blant annet:

- Akkreditering av allmennleger/praksis
- Utvikling av kliniske kvalitetsindikatorer og monitorering av praksis
- Pay for performance - betaling etter ytelse og kvalitet i helsetjenesten
- Måling av pasienttilfredshet med allmennpraksis
- Praksisinitiert kvalitetsforbedringsarbeid, bl.a. bruk av læringsnettverk og derved utviklet kapasitet og kunnskap om forbedringsarbeid
- Partnerskap mellom helsemyndigheter og fagmiljøene

Nasjonalt er det særlig det allmennmedisinske fagmiljøet i Legeforening som har vært pådriver i kvalitetsutviklingsarbeidet.

Implementering av elementene i et nasjonalt kvalitetssystem

Det er viktig å bygge videre på gode nasjonale prosjekter og erfaringer.

Det er også viktig å lære av internasjonale erfaringer samt oppsummert forskning om effekten av tiltak for kvalitetsforbedring.

En forutsetning for å etablere et godt nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten, er å få på plass et velfungerende IT-system. Til tross for at elektroniske pasientjournaler har vært i utstrakt bruk i norsk allmennmedisin i en årrekke, er det fortsatt behov for en stor og målrettet satsning for å få på plass funksjonelle løsninger for elektronisk pasientjournal, både i forhold til trygg og sikker pasientbehandling, og for å kunne høste data for lokalt kvalitetsforbedringsarbeid og for monitorering av kvalitet i praksis.

Implementeringen av de ulike elementene bør skje ved en partnerskapsmodell mellom sentrale aktører og myndighetene basert på en konsensusmodell i et tillitsfullt samarbeid.

Krav til spesialistutdanning og til vedlikehold av spesialitet for å arbeide selvstendig som allmennlege vil sikre en formell kompetanse, og bidra til at legene forpliktes til kontinuerlig faglig videreutvikling. Kompetansebasert etterutdanning, basert på individuelle læreplaner, kan vurderes for å sikre reell faglig utvikling.

Det kan vurderes å legge inn spesifikke krav om deltakelse i kvalitetsforbedringsarbeid, samt ferdigheter i forhold til kunnskapsbasert praksis, både for å oppnå spesialiteten i allmennmedisin, men særlig for den femårige resertifiseringen av spesialiteten.

Det er behov for støtte og veiledning for å få gjennomført lokalt kvalitetsforbedringsarbeid på en systematisk måte som en integrert del av ordinær allmennlegevirksomhet.

Legeforeningen har vedtatt å etablere Senter for allmennmedisinsk kvalitet (SAK), og er i gang med utredning av innhold og organisering av SAK. En eventuell nasjonal enhet som skal koordinere de mange og fragmenterte initiativ, samt få fart på arbeidet med kvalitetsforbedring, og ha ansvar for utvikling, implementering og videre utvikling, bør ha tett kontakt og nært samarbeid med SAK. Det kan vurderes om det er hensiktsmessig og mulig at SAK blir en integrert del av en slik nasjonal enhet for kvalitet i primærhelsetjenesten.

Innhold

HOVEDBUDSKAP	2
INNHold	4
FORORD	6
INNLEDNING	7
Mandat	7
Målet med et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – fastlegevirksomheten og øvrige allmennlegetjenester	7
METODE	9
KVALITETEN I FASTLEGEVIRKSOMHET OG ØVRIGE ALLMENNLEGETJENESTER - STATUS OG UTFORDRINGER	11
Fastlegeordningen	11
Den forskningsbaserte evalueringen av fastlegeordningen	12
Risiko og sårbarhet i allmennlegetjenesten - rapport fra Helsetilsynet	14
Utviklingstrekk i helsesektoren – rapporter fra Helsedirektoratet	14
Rapport fra Legeforeningen om styrking av allmennmedisin og fastlegeordning	17
KUP's strategi for kvalitetsutvikling i norsk allmennmedisin	19
Samhandlingsreformen	20
Kompetanse: grunn-, videre- og etterutdanning i allmennmedisin	20
Samordning av utdanningsløpet	20
Forslag om krav til spesialitet i allmennmedisin	20
Økt behov for spesialister i allmennmedisin	21
Forslag om utdanningsstillinger i allmennmedisin	21
Forslag om ny ordning med nybegynnerstillinger for leger	22
Innholdet i utdanningen - livslang læring	23
Styring og ledelse – kommunene og fastlegene	25
Mangel på krav om faglige og kvalitetsmessige standarder	25
Mangel på informasjon om kvalitet i primærhelsetjenesten – Commonwealth Funds undersøkelse blant allmennleger	26
NORSKE OG INTERNASJONALE TILNÆRMINGER TIL ARBEID MED KVALITET I ALLMENNLEGETJENESTEN	28
Kvalitetsutvikling i allmennmedisinen – norske erfaringer	28

Spesialistutdanningen i allmennmedisin (videre- og etterutdanning)	28
Kvalitetssikringsfondene	28
Allmennmedisinsk forskningsfond	29
Senter for Allmennmedisinsk kvalitet (SAK)	29
Nasjonale kompetansesentra	30
Allmennmedisinske forskningsenheter	30
Pågående initiativ og prosjekter	31
Prosjektet "Forskningsbasert etterutdanning og kvalitetsforbedring i allmennpraksis" (FEK)	32
Data fra allmennlegetjenesten	32
Elektronisk pasientjournal, EPJ-løftet og det moderne IT-legekontor	33
Praksiskonsulentordningen (PKO)	34
Utvikling av kvalitetsindikatorer i allmennpraksis - pilot	35
Kvalitetsutvikling i allmennmedisinen – internasjonale erfaringer	35
Akkreditering av allmennleger/praksis	35
Utvikling av kliniske kvalitetsindikatorer	35
Pay for performance	36
Måling av pasienttilfredshet med allmennpraksis	36
Rutinemessig monitorering av praksis	36
Praksisinitiert kvalitetsforbedringsarbeid	36
IMPLEMENTERING AV ET NASJONALT KVALITETSSYSTEM	38
Behov for et nasjonalt system som støtter lokalt kvalitetsforbedringsarbeid	38
Det viktigste er et velfungerende IKT-system	38
Partnerskapsmodellen	39
Bygge på eksisterende arbeid og strukturer	39
Krav til spesialistutdanning og resertifisering	39
Støtte og veiledning i lokalt kvalitetsforbedringsarbeid	40
REFERANSER	41

Forord

Kunnskapssenteret har fått i oppdrag av Helsedirektoratet på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomføre et prosjekt som skal munne ut i vurderinger av elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, med frist 10.10.10.

Ifølge oppdragsbrevet skal del 1 av prosjektet beskrive og vurdere styrker og svakheter ved ulike alternativer, og det skal foreslå hvilke elementer som bør inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. Del 2 av prosjektet skal beskrive hvordan det nasjonale kvalitetssystemet kan utvikles og dernest implementeres i tjenestene, delt opp i fire deler, herunder fastlegevirksomhet og øvrige allmennlegetjenester.

Denne delrapporten gjør rede for status, utfordringer og muligheter med hensyn til å utvikle og implementere et nasjonalt kvalitetssystem for fastlegetjenesten og øvrige allmennlegetjenester.

Undergruppen for dette delprosjektet har bestått av:

- Prosjektleder: forsker, Signe Flottorp, Kunnskapssenteret
- Bjørnar Nyen, seniorrådgiver, Kunnskapssenteret
- Trond-Egil Hansen, leder i Allmennlegeforeningen
- Gisle Roksund, leder i Norsk forening for allmennmedisin
- Endre Sandvik, direktør, Legevakten i Oslo
- Janecke Thesen, leder i Allmennmedisinsk kvalitetsutvalg

Denne delrapporten er ment som en støtte i arbeidet med å utvikle et godt nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. Kunnskapssenteret takker medlemmene i undergruppen for innsats og engasjement til tross for korte frister.

Anne Karin Lindahl
Avdelingsdirektør

Gunn Vist
Seksjonsleder

Signe Flottorp
Prosjektleder

Innledning

Mandat

Som ledd i Kunnskapssenterets oppdrag om å bidra til utvikling av et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten er det etablert et delprosjekt med fokus på fastlegevirksomhet og øvrige allmennlegetjenester.

Målet med et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – fastlegevirksomheten og øvrige allmennlegetjenester

Et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten skal i samarbeid med aktørene i primærhelsetjenesten ta initiativ til, iverksette, støtte og koordinere tiltak som kan bidra til at brukere og pasienter får primærhelsetjenester av god kvalitet. Forslag til nasjonalt kvalitetssystem er nærmere beskrevet i hovedrapporten. Her vil vi kort gjøre rede for hva vi mener med helsetjenester av god kvalitet, i forhold til allmennlegetjenestene.

Hva som er helsetjenester av god kvalitet for brukere og pasienter bestemmes av samfunnets føringer, lovverkets krav og det som ut fra et faglig og profesjonsetisk perspektiv gir best mulig tjenester til brukerne. Ifølge Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015) innebærer dette at tjenestene (1):

- Er virkningsfulle
- Er trygge og sikre
- Involverer brukere og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av god kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Arbeid for å kvalitetssikre fastlegetjenesten og øvrige allmennlegetjenester, må ta hensyn til det spesielle ved allmenntilleggs virksomhet. Et uttrykk for dette er de sju teser for allmenntilleggsmedisin, som var resultatet av en tenkedugnad i regi av NSAM (Norsk selskap for allmenntilleggsmedisin) 2000-2001 (2):

1. Hold lege-pasient-forholdet i hevd
2. Gjør det viktigste
3. Gi mest til dem med størst behov
4. Bruk ord som fremmer helse
5. Sats på etterutdanning, forskning og fagutvikling
6. Beskriv praksiserfaringene
7. Ta ledelsen

Som ledd i en strategi for kvalitetsutvikling i norsk allmennmedisin foreslo Allmennmedisinsk kvalitetsutvalg (KUP), et utvalg i Norsk forening for allmennmedisin (NFA) i Den norske legeforening en åttende tese som inkluderer de seks dimensjonene i nasjonal kvalitetsstrategi:

8. Gi tjenester av god faglig kvalitet (3)

Den fagspesifikke konteksten må ta hensyn til ulike former for allmennmedisinsk virksomhet. Hovedformene er kontorpraksis, inkludert akutte situasjoner og planlagte sykebesøk, og legevakt. Allmennlegene driver også offentlig allmennlegearbeid i sykehjem, i fengsler, på helsestasjoner og i skoler. I tillegg driver de forskning og undervisning, kvalitetsutvikling, og mange er tilsatt som praksiskonsulenter i foretakene.

Kvaliteten av allmennlegetjenesten bestemmes i hovedsak av det som skjer i de mange enkeltmøter mellom lege og pasient. I en god konsultasjon vil legen både etablere en god relasjon med pasienten, og gjøre et godt faglig arbeid. For pasienten handler det for det første om å bli sett og anerkjent. Dette er en forutsetning for at pasienten kan ha tillit til legen. Da kan pasienten ta opp spørsmål og bekymringer som oppleves som pinlige eller skambelagte. Informasjonen som en pasient gir på grunnlag av en tillitsfull relasjon kan være avgjørende for legens mulighet til å gi ikke bare empatisk og omsorgsfull, men også virkningsfull diagnostikk og behandling. For det andre vil pasienten selvsagt også ønske og forvente at legen iverksetter virkningsfulle undersøkelser og behandlinger som er trygge og sikre, når det er mulig og nødvendig. Slike faglige beslutninger bør tuftes på den beste tilgjengelige kunnskap. Da kan legen sammen med pasienten vurdere fordeler og ulemper ved ulike valg, i lys av pasientens og samfunnets preferanser og verdier, og tilgjengelige ressurser.

Metode

Det har vært etablert en undergruppe for dette delprosjektet. Signe Flottorp har vært prosjektleder og Bjørnar Nyen har vært intern medarbeider fra Kunnskapssenteret. Eksterne medlemmer i undergruppen har vært Gisle Roksund, leder i Norsk forening for allmennmedisin, Trond Egil Hansen, leder i Allmennlegeforeningen, Janecke Thesen, leder i Allmennmedisinsk kvalitetsutvalg KUP og Endre Sandvik, direktør, Legevakten i Oslo. Kunnskapssenterets ledelse hadde bedt om å få med representanter for hjemmesykepleien, spesialisthelsetjenesten, brukere, legesekretærtjenester og legevaktsfunksjonen. Det var imidlertid sterkt begrenset tid til å få til en omfattende prosess i undergruppen. Vi valgte derfor ikke å oppnevne egne representanter for alle disse gruppene, men vi forsøkte å ivareta disse synspunktene i rapporten.

Bjørnar Nyen og Signe Flottorp hadde møte med tre av de eksterne medlemmene i gruppen 15.09.10, og med det fjerde medlemmet i gruppen 16.09.10. For øvrig har vi hatt utveksling via e-post.

Vi har tatt utgangspunkt i beskrivelser av status og utfordringer for kvaliteten i vid forstand i fastlegetjenesten og øvrige allmennlegetjenester. Vi har ikke gjort systematiske søk etter litteratur, men har benyttet litteratur og kilder som var samlet inn. Vi har vurdert og oppsummert sentrale dokumenter fra forskningsmessige evalueringer, offentlige myndigheter og Den norske legeförening.

Vi har videre tatt utgangspunkt i et notat fra Kunnskapssenteret om norske og internasjonale tilnærminger til arbeid med kvalitet i allmennlegetjenesten når det gjelder forslag til virkemidler og tiltak for kvalitetsarbeid (4).

I den foreliggende rapporten har vi viet status og utfordringer i fastlegevirksomhet og øvrige allmennlegetjenester størst plass. Vi mener det er viktig å ta utgangspunkt i dagens virkelighet når det gjelder fastlegevirksomhet og øvrige allmennlegetjenester i kommunene.

For at det skal bli sammenheng i beskrivelsen, og for at denne delrapporten skal kunne leses som et selvstendig dokument, har vi valgt å gjenta noe av informasjon som er gitt i notatet om kvalitetsarbeid i allmennlegetjenesten (4).

Fordi del 1 av rapporten, med elementene i kvalitetssystemet, først har blitt avklart i siste fase av prosjektperioden, har det ikke vært mulig å gjøre en konkret og detaljert vurdering av hvordan de ulike enkeltelementene kan utvikles og implementeres i legetjenesten i kommunene. Det har derfor også vært svært begrenset mulighet for medlemmene i undergruppa å komme med detaljerte tilbakemeldinger på utkastet til delrapport.

Vi viser til noen generelle norske og internasjonale erfaringer fra arbeid med kvalitetsutvikling. Vi har ikke tatt mål av oss å gi en systematisk og uttømmende beskrivelse av alle slike erfaringer, og erkjenner at viktige eksempler kan være utelatt. Til sist oppsummerer vi noen forutsetninger for vellykket implementering.

Innen rammen av dette delprosjektet har vi ikke hatt ressurser til, og vi har heller ikke sett det formålstjenlig, å gjøre en systematisk gjennomgang av kvalitetssystemer for allmennlegetjenesten, eller av effektene av ulike kvalitetsforbedringstiltak. Vi har referert noen av de mest relevante systematiske oversiktene på dette feltet.

Kvaliteten i fastlegevirksomhet og øvrige allmennlegetjenester - status og utfordringer

Fastlegeordningen

Fastlegeordningen er en nasjonal ordning som bygger på et trepartssamarbeid mellom Kommunenes sentralforbund (KS), staten og Legeforeningen.

Fastlegeordningen ble innført i 2001, og er regulert av egen forskrift (5). I følge § 1 i denne forskriften er formålet med fastlegeordningen ” å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten ved å sikre at mennesker som er bosatt i Norge skal kunne få en fast allmennlege å forholde seg til. Fastlegeordningen skal gi befolkningen større trygghet gjennom bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten.”

Det er opp til den enkelte innbygger om vedkommende vil være med i ordningen eller ikke. Nesten alle innbyggere er tilknyttet fastlegeordningen. Pr. 30.09.2009 stod kun 0,4 % (ca. 20 000) av landets befolkning utenfor ordningen. Det er registrert 3 983 fastlegelister som omfatter 4,8 millioner innbyggere (6).

I 2008 ble det foretatt i overkant av 16,3 millioner henvendelser til fastleger og rundt 1,3 millioner henvendelser til legevakt. Det er flere kvinner enn menn som oppsøker fastlege. Kvinner sto for nesten 60 % av alle kontakter. Kjønnforskjellene er mindre ved bruk av legevakt, her var i underkant av 53 % av henvendelsene fra kvinner (6).

Aldersgruppen 0-9 år utgjør om lag 12 % av befolkningen, men står for nesten 20 % av alle henvendelser til legevakten i løpet av et år. Aldersgruppene over 70 år bruker både fastlegen og legevakt mer enn deres andel av befolkningen skulle tilsi (6).

I 2006 viste tall fra NAV at 72 % av kvinnene og 59 % av mennene var til én eller flere konsultasjoner hos fastlegen (7). Av de som kontaktet fastlegen i 2008, var det 82 % som gjorde det 1-10 ganger i løpet av året, mens 13 % gjorde det 11-20 ganger. Det finnes også en del ”storforbrukere” av fastlegetjenester: nær 5 % hadde fra 21-50 kontakter, mens 0,3 % hadde fra 51 til over 100 kontakter i 2008 (6).

Brukerundersøkelser viser at folk er tilfreds med fastlegeordningen (8). Gjentatte undersøkelser viser at fastlegeordningen er en av de offentlige tjenestene som folk er mest fornøyde med (9). I 2009 gjennomførte Direktoratet for forvaltning og IKT (DIFI) en innbyggerundersøkelse som hadde som formål å gi økt innsikt i innbyggernes oppfatninger og erfaringer på en rekke tjenesteområder (10). I rapporten vurderes fastlegetilbudet i kommunene som godt, uavhengig av kommunestørrelse. Legevakttilbudet vurderes som positivt (flere positive enn negative), men her anslås det å foreligge et forbedringspotensial. Tilfredsheten med legevakttilbudet er langt lavere i de store byene og i regionene Oslo/Akershus og Sør-Østlandet enn i resten av landet.

Fastlegen er som regel pasientens første kontakt med helsetjenesten. Fastlegen er den fagpersonen som har lengst sammenhengende kontinuitet i pasientrelasjonene, i gjennomsnitt 7,7 år.

Et viktig mål ved fastlegeordningen har vært å sikre befolkningen tilgjengelighet til allmennlege. Ved innføringen av fastlegeordningen var det 277 lister uten lege, og åtte kommuner måtte suspendere ordningen. Antallet lister uten lege gikk gradvis ned de første årene. Per 30.09.2009 var 72 lister uten lege. Trenden med reduksjon av antallet har stoppet litt opp, men antallet ligger nær det laveste som er observert. Bare 1,7 prosent av listene var uten lege, med til sammen 44 600 innbyggere tilknyttet ubemannede lister.

Innføringen av helseforetaksreformen i 2002 flyttet på nytt oppmerksomheten fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten. Fra 2002 har antall legestillinger på sykehus vokst kraftig, mens tilveksten i allmennlegetjenesten har vært minimal, på tross av at legenes arbeidsbyrde har økt etter innføring av fastlegeordningen.

Vi mangler systematisk kunnskap om kvalitetsutfordringene i fastlegevirksomheten og øvrige allmennlegetjenester. Vi har forsøkt å samle og oppsummere fra noen av de viktigste kildene som belyser kvalitetsutfordringene i allmennlegetjenestene i kommunene.

Den forskningsbaserte evalueringen av fastlegeordningen

Den forskningsbaserte evalueringen av fastlegeordningen var ikke rettet mot den medisinskfaglige virksomheten, men hadde vekt på fire hovedtema som angår tjenestens kvalitet (11):

- Legedekning
- Tilgjengelighet
- Kontinuitet
- Effektivitet

Selv om hovedkonklusjonen fra den forskningsbaserte evalueringen var at ordningen var vellykket, identifiserte evalueringen noen utfordringer i forhold til de fire hovedtemaene (11).

Parallelt med fastlegeordningen bedret legedekningen seg betraktelig, og stabiliteten blant fastlegene er høy. Det er likevel fortsatt problemer med legemangel i enkelte kommuner. I noen kommuner har man vært for tilbakeholdne med å søke om nye hjemler, med den følge at innbyggerne ikke har reelle muligheter for å bytte fastlege. Reformen la grunnlaget for en styrking av allmennmedisinsk offentlig legearbeid i sykehjem, helsestasjon og skoler, men så langt har dette ikke skjedd. Kommunen kan pålegge en fulltids fastlege 7,5 timer offentlig arbeid per uke. Evalueringen viser imidlertid at dette potensialet ikke er utnyttet, trolig av økonomiske årsaker.

Tilgjengeligheten er bedret, men pasientene er mindre tilfreds med ventetid på time og telefontilgjengelighet enn med de fleste andre aspekter ved fastlegeordningen. Dette skyldes trolig at forventningene til tilgjengelighet har økt mer enn den faktiske økningen i tilgjengelighet. Det er ikke noe som tyder på at listelengde har betydning for tilgjengeligheten, men fastleger som har for få pasienter har bedre tilgjengelighet og mer tid for pasientene sine.

De fleste pasientene er svært tilfredse med det personlige forholdet de har til sin fastlege. Legene er ydmyke over å ha blitt valgt, og det kan synes som de har blitt mer service-innstilte. Men de føler også at pasientene har fått mer makt gjennom reformen og at de er blitt mer krevende.

Det er indikasjoner på at portvaktrollen er blitt svekket som følge av fastlegeordningen, og det er et økende antall pasienter som henvises til andrelinjetjenesten. Tidligere praksisregistreringer fra norsk allmennpraksis tyder på at pasientene har blitt henvist videre til spesialist eller sykehus i knapt 10 % av konsultasjonene (12). Tilsvarende henvisningsfrekvens (per legekontakt) i Statistisk sentralbyrås Levekårsundersøkelse var 12,9 % i 2001 og 15,3 % i 2003. Om en også tar hensyn til at de som var blitt henvist hadde fått i gjennomsnitt 1,6 henvisninger, ender vi opp med 20,6 % og 24,5 %. Opplysningene fra respondentene i levekårspanelet vil være beheftet med betydelig usikkerhet sammenlignet med en fortløpende praksisregistrering, men med så store utslag er det likevel grunn til å anta at det de senere årene har vært en sterk økning i henvisningsfrekvensen fra allmennpraksis. Den viktigste årsaken til dette er nok likevel ikke fastlegeordningen som sådan, men økende kapasitet i spesialisthelsetjenesten; tilbud skaper etterspørsel.

Både fastlegene selv og deres samarbeidspartnere setter pris på at fastlegeordningen klart definerer hvem som har ansvar for hver enkelt pasient. Det er likevel et potensial for bedret samarbeid på flere nivå.

Kommunale myndigheter er stort sett tilfreds med fastlegenes arbeid, ifølge evalueringsrapporten. De har små styringsambisjoner. Styringsredskapene er først og fremst avtaleverket, samt dialog og samarbeid.

Risiko og sårbarhet i allmennlegetjenesten - rapport fra Helsetilsynet

Helsetilsynet utarbeidet i 2004 en rapport om risiko og sårbarhet i allmennlegetjenesten (13). Rapporten gir en god beskrivelse av det allmenntilleggs fagfeltet. Til å identifisere problemområder og vurdere konsekvens og sannsynlighet for uønskede hendelser ble det benyttet et ekspertpanel med representasjon fra det allmenntilleggs fagmiljøet, samt en gjennomgang av ulike kunnskapskilder. Alvorlighetsgraden var avgjørende for hva som ble tatt med i sammenfatningen. Andre områder med forventet sårbarhet er omtalt i et vedlegg til rapporten. Ekspertpanelet la hovedvekt på to sårbare områder som pekte seg ut:

- øyeblikkelig hjelp-plikten
- tilbudet til personer med kroniske tilstander

Disse områdene involverer faglighet, organisering, tilgjengelighet og ikke minst kommunikasjon og intern og ekstern samhandling. Sammenfatningen omtaler disse områdene, hvor svikt kan føre til stor risiko for pasienter:

1. Mangelfull refleksjon rundt egen praksis
2. Svikt i utredning og behandling
3. Svikt i håndteringen av øyeblikkelig hjelp tilstander
4. Sviktende oppfølging av "utsatte pasientgrupper"
5. Mangelfull tilgjengelighet

Utviklingstrekk i helsesektoren – rapporter fra Helsedirektoratet

Rapporten "Data fra allmennlegetjenesten" publisert 28.09.10 viser at det i 2008 var registrert 3 969 fastleger, mot 2 703 i 2002, en økning på 7,2 % (6). I samme periode har befolkningsøkningen vært på 5,4 %. Tallet på fastleger er noe høyere hvis en inkluderer leger som har hatt korte vikariater og leger som er i permisjon. Andelen kvinnelige fastleger har økt fra 29 % i 2001 til 34 % i 2008.

I følge SSB er nærmere 20 % av fastlegene innvandrere (6). Av disse er nesten 25 % født i Norden, 32 % er født i resten av EU/EØS-området, mens rundt 30 % er fra regionen som omfatter Asia, Afrika, Latin-Amerika og Oseania utenom Australia og New Zealand.

Rekrutteringen til fastlegeordningen har ikke vært så stor som ønskelig. Gjennomsnittsalderen for fastlegene er økende. I 2001 var gjennomsnittsalderen 46,2 år, mens den i 2008 var 48,3 år. Bare en av fire er under 40 år.

Gjennomsnittlig listelengde på landsbasis er 1 190, med store fylkesvise variasjoner (6). Fastlegenes gjennomsnittlige listelengde har vært svært stabil i årene 2001-2008. Det er i snitt bare 6 innbyggere mer på liste i 2008 enn i 2001. I samme tidsrom har imidlertid antallet fastleger økt med 8,4 %. Det innebærer at mange fastleger har gjennomført en reduksjon i sine lister. Kvinnelige leger har i snitt noe kortere lister enn mannlige leger, henholdsvis 1 101 og 1 234.

Andelen åpne lister (lister med minst 20 ledige plasser) var 45,6 % i 2008, mot 54,1 % i 2001. Det er stor fylkesvis variasjon i andelen åpne lister (6).

Andelen fastleger med spesialitet i allmenntilleggsmedisin har vært relativt stabil de siste årene på i underkant av 40 % (6). Igjen er det stor fylkesvis variasjon. Til tross for at det er en nasjonal målsetning at antallet legeårsverk i primærhelsetjenesten skal øke mer enn veksten av legeårsverk i spesialisthelsetjenesten, har utviklingen de senere år gått i motsatt retning (6). For hver ny lege i primærhelsetjenesten i 2008 kom det i overkant av 2,5 nye legeårsverk i spesialisthelsetjenesten.

Sosial- og helsedirektoratet drøftet i rapporten "Utviklingstrekk i helse- og sosialektoren" fra 2007 sentrale utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten (14). I Norge har utgiftene til kommunale helsetjenester, eksklusive pleie- og omsorg i kommunene de siste årene, hatt en lavere vekst enn den gjennomsnittlige veksten for helsetjenesten. I de fem første årene med fastlegeordning har sykehusene hvert år rekruttert rundt 400 av de nye legene, mens knapt 40 har gått til primærhelsetjenesten. I tillegg har mange fastleger under 50 år søkt seg over i sykehusspesialiteter, særlig psykiatri. For å nå overordnede helsepolitiske utfordringer, mente Sosial- og helsedirektoratet det er viktig at primærhelsetjenesten styrkes både faglig og kapasitetsmessig.

Rapporten konstaterer at fastlegen har en viktig rolle som medisinsk rådgiver, behandler og koordinator, men stiller spørsmål ved om fastlegen har nok tid til å utføre alle sine oppgaver, samt om det finnes grupper som ikke ennå har fullt utbytte av fastlegen. Helsesøstre, sykepleiere, fysioterapeuter og jordmødre gir ofte uttrykk for at de ønsker et tettere samarbeid med fastlegen. Leger på sykehus, og praksiskonsulentene som skal være bindeledd mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, gir uttrykk for at fastlegen er vanskelig å få tak i. Fastlegene har i sin landsomfattende vurdering av distriktpsikiatriske sentre (DPS) pekt på at de savner veiledning og bedre samhandling.

Med utgangspunkt i utfordringene for fastlegetjenesten anbefalte Sosial- og helsedirektoratet i rapporten fra 2007 (14):

- å vurdere hvordan primærhelsetjenesten kan styrkes faglig og kapasitetsmessig, særlig skolehelsetjenesten, helsestasjonene, kommunelegefunksjonen og allmennlegefunksjonen
- at kommunene bidrar til en styrking av arbeidet i lokale samarbeidsutvalg (LSU) og det lokale allmennlegeutvalget for å få til bedre dialog og samhandling mellom kommuneleger og fastleger
- at kommunene utnytter hele den avtalefestede timeressursen fastlegene har til offentlig allmennmedisinsk legearbeid
- å styrke fastlegenes rolle i det psykiske helsearbeidet i kommunene
- å videreutvikle praksiskonsulentordningen for å bidra til fastlegenes evne til samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, ikke minst med hensyn til psykisk helse for barn og unge, og i forhold til arbeidsrettet rehabilitering
- å gi forskning i allmennmedisin stabile og gode vilkår, for å bidra til rekruttering og fagutvikling
- å endre spesialistreglene i allmennmedisin slik at det blir krav om deltagelse i offentlige allmennlegetjenester
- at det gjennomføres en vurdering av hvorvidt de prioriterte pasientgruppene får tilstrekkelig oppmerksomhet fra blant annet fastlegene med de insentivene som ligger i dagens finansieringssystem
- en gjennomgang av sammenhengen mellom finansieringssystemenes virkemåte og prioriteringer i kommunehelsetjenesten og mellom nivåene i helsetjenesten
- at finansieringsordningene for legetjenesten i kommunene gjennomgås for å sikre at de er i tråd med nasjonale og lokale helsepolitiske mål

Direktoratet anbefalte i denne rapporten også å iverksette nye monitoreringstiltak nasjonalt, regionalt og kommunalt for å følge med på sentrale områder som har betydning for kvaliteten i leveransene, ved å:

- hente erfaringer fra andre land, ta bevisste valg om veien videre
- avklare hensikten med følge-med aktiviteter på ulike nivåer
- skille ulike helse- og sosialområder i videre planlegging
- fullføre kvalitetssirkelen: Ikke bare planlegge og registrere, men også evaluere og handle
- forankre strategier i tjenestene
- harmonisere nasjonal strategi og lokalt faglig engasjement (14)

I Utviklingstrekkrapport 2008 fra Helsedirektoratet ble anbefalingen om å styrke primærhelsetjenesten gjentatt og tydeliggjort (15). Oppsummeringen av hovedbudskapene fra rapporten starter slik:

”Primærhelsetjenesten må være grunnelementet i det norske helsesystemet. Sett i forhold til oppgaver og ansvar, er det i dag behov for å styrke og målrette innsatsen i primærhelsetjenesten. Primærhelsetjenesten utenom pleie og omsorg bruker under femten prosent av de totale utgifter til helsetjenesten og mindre enn en fjerdedel av spesialisthelsetjenestens utgifter. Dette forholdet har vært relativt stabilt de siste ti årene. Samtidig har utgifter til helsetjenesten blitt fordoblet i den samme perioden. Siden 1990 har antall legeårsverk økt med 42 prosent i primærhelsetjenesten og med 93 prosent i spesialisthelsetjenesten. Primærlegeandelen er i samme periode redusert fra 35 prosent til 28 prosent.”

Rapport fra Legeforeningen om styrking av allmennmedisin og fastlegeordning

Legeforeningen har utgitt rapporten ”Tillit – Trygghet – Tilgjengelighet. Styrking av allmennmedisin og fastlegeordning frem mot år 2020.” for å inspirere arbeidet med utviklingen av kommunehelsetjenesten, allmennmedisinen og fastlegeordningen (16). Vi siterer herfra ”Legeforeningens åtte punkter for en styrket allmennmedisin”:

1. Fastlegeordningen – et godt fundament for en styrket kommunehelsetjeneste

Kommunehelsetjenesten er grunnmuren i helsetjenesten, det er hit befolkningen kommer først med sine helseproblemer.

- For at primærhelsetjenesten skal kunne ta på seg økt ansvar og økte oppgaver, må fastlegeordningen styrkes både ifht. volum, kvalitet og finansiering.
- Befolkningen skal tilbys likeverdige helsetjenestetilbud uansett bostedskommune. Nasjonale faglige kvalitetsstandarder for behandling er nødvendig for å oppnå lik kvalitet.
- Mange kommuner er for små for å kunne ta på seg økt ansvar og større oppgaver. Kommunene må samarbeide om legevakt og et tilstrekkelig antall institusjonsplasser i kommunehelsetjenesten

2. Fastlegen som lavterskeltilbud må videreutvikles

Primærhelsetjenesten bør generelt være et lavterskeltilbud med god kapasitet og kort ventetid.

- Større fastlegepraksiser gir mulighet for bedre tilgjengelighet, mer hensiktsmessig oppgavedeling mellom ulike yrkesgrupper og økte investeringer i utstyr og personell
- For å sikre tilgjengelighet til fastlege er det vesentlig at nivået på egenbetalingen ikke blir for høyt, og at pasienter som ellers ikke vil få dekket viktige behov for helsetjenester, blir skjermet

3. Fastlegens koordinerende rolle må understøttes

Fastlegen er den fagperson som over tid blir kjent med pasientene på en personlig måte og kan se sammenhengene mellom sykdom, helse og folks levde liv.

- Det må legges til rette for at fastlegen kan foreta flere sykebesøk til egne pasienter
- Fastlegen må kunne legge inn pasienter på institusjoner i kommunehelsetjenesten
- Fastlegen må ha et entydig kontaktpunkt i pleie- og omsorgstjenesten
- Fastlegen må ha mer tid til rådighet for pasienter som trenger det

4. Kvalitetsarbeidet i allmennmedisin må intensiveres

Kvalitetsutvikling er helt sentralt for å kunne tilby en trygg fastlegeordning.

- Det gir trygghet for befolkningen at alle fastleger deltar i løpende systematisk forbedringsarbeid i egen praksis
- Nye fastleger uten spesialitet i allmennmedisin bør være under utdanning til å bli spesialist i allmennmedisin og må ha kvalitetssikret veiledning av spesialist i allmennmedisin

5. Allmennmedisinsk forskning er nødvendig

Forskning foretatt i spesialisthelsetjenesten gir ikke nødvendigvis svar på de viktigste problemene i allmennmedisin.

- Satsning på primærhelsetjeneste forutsetter en kraftig økning i satsningen på allmennmedisinsk forskning.
- Det er nødvendig med stimulerings tiltak som gjør at flere allmennleger blir forskere

6. Det er behov for økt forebyggende innsats og et styrket kommunalt tilbud

Strukturelle og sektorovergripende tiltak på samfunnsnivå må være det primære forebyggende virkemiddel på nasjonalt og lokalt nivå.

- Et av de viktigste forebyggende tiltakene er å sikre barn en trygg oppvekst og sunne levevaner
- Fastlegene har en sentral plass i individuelt forebyggende helsearbeid, sekundærforebygging og bidra til fagutviklingen på området
- Kvaliteten på helsetjenestetilbudet i sykehjem må styrkes. Legedekningen må økes

7. Rammevilkårene må legges til rette for en god allmennlegetjeneste

Helsetjenestens rammer kan fremme eller hemme god kvalitet, fagutvikling og samhandling.

- Et fullverdig helsenett med velfungerende og sikker kommunikasjon må etableres snares. Hensynet til personvern og taushetsplikt må veie tungt i vurderinger av nye elektroniske løsninger
- Næringsdriftsmodellen er den mest hensiktsmessige og fremtidsrettede driftsformen i allmennpraksis som fører til høy kapasitet og høy kvalitet.

- Sterkere pasientrettigheter gjennom muligheten til å bytte fastlege, med direkte økonomiske konsekvenser for fastlegen, er viktig bidrag til incitament for kvalitet, serviceinnstilling og tilgjengelighet.

8. En hensiktsmessig ansvars og oppgavefordeling mellom 1. og 2. linjetjenesten

Helsetjenesten må utvikles dynamisk og helhetlig.

- Primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten må bygges ut i takt med befolkningens behov og fagets utvikling og aldri på bekostning av hverandre

KUP's strategi for kvalitetsutvikling i norsk allmenntjenestemedisin

Allmenntjenestemedisinsk kvalitetsutvalg (KUP), et utvalg i Norsk forening for allmenntjenestemedisin (NFA) i Den norske legeforening har vedtatt en strategi for kvalitetsutvikling i norsk allmenntjenestemedisin: "Trygg hos fastlegen og på legevakta" (3). Strategien tar utgangspunkt i en situasjonsbeskrivelse med fornøyde pasienter og faglig arbeidsglede blant fastlegene, men med kapasitets- og kvalitetsproblem, og en beskrivelse av allmenntjenestemedisinen og primærhelsetjenesten som usynlig i norsk offentlighet og for styrende organer.

Strategien tar utgangspunkt i at fastlegeordningen videreføres med en kapasitetsøkning i allmenntjenestemedisinen, og at allmenntjenestemedisinsk legevakt reorganiseres i tråd med forslagene i Handlingsplan for legevakt.

KUP anbefaler videre en strategi som bygger på situasjonsbeskrivelsen, mål/delmål og verdigrunnlaget. KUP sier at strategien også må ta hensyn til det beskrevne gapet mellom idealer og realiteter, og erfaringer med utprøving og implementering av kvalitetsprosjekter.

Hovedmål er at kvalitetsarbeid skal være en integrert del av virksomheten ved ethvert legekantor og enhver allmenntjenestemedisinsk legevakt. Verdigrunnlaget er NSAMs syv teser supplert med den nasjonale kvalitetsstrategien.

Tre grep anbefales for å fremme kvalitetsutvikling etter de mål som er skissert:

1. Et konsistent fokus i grunn, videre og etterutdanning på at forbedringskunnskap, tverrfaglig refleksjon i egen praksis (ReP) og fungerende kvalitetssystemer (OiH) er sentrale områder i praksis.
2. Utvikling av en sentral ressurs- og utviklingsenhet for kvalitetsarbeid i allmenntjenestemedisin (SAK) som kan yte praksisstøtte og som også utdanner kvalitetsveiledere. Det må sikres god finansiering slik at en snarlig og bred satsning på utviklingsarbeid i allmenntjenestemedisin er gjennomførbart.
3. Et hovedfokus på pedagogiske virkemidler og interne stimuleringsiltak framfor ekstern kontroll.

Samhandlingsreformen

Helsetjenesten, inkludert allmennlegetjenestene, utfordres ved at stadig flere av oss lever med kroniske sykdommer, det blir flere eldre med behov for helse- og omsorgstjenester og mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer trenger bedre tjenester. For at samfunnet skal kunne møte disse utfordringene, og for at brukerne i større grad selv skal kunne mestre sine liv uten unødig avhengighet av helsetjenesten, er det et økende behov for tjenester som kan styrke brukeren, og samordne tiltak rettet mot brukerne.

Samhandlingsreformen, St.meld.nr.47 (2008-2009) tar utgangspunkt i tre utfordringer, nemlig at:

- pasientbehandlingen i Norge ikke koordineres godt nok
- det satset for lite på forebygging
- utviklingen i demografi og sykkelighet truer bærekraften i den offentlige helsetjenesten

Intensjonen i meldingen er at mer ansvar for og utførelse av helsetjenester flyttes til kommunene. Dette forutsetter økt kapasitet og kompetanse i kommunehelsetjenesten, samt en ideologisk endring både i helsevesenet og i samfunnet forøvrig.

Vi mangler gode data for å beskrive samhandling mellom fastlegene og andre aktører i kommunehelsetjenesten, og mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten. Vi har også lite systematisk kunnskap om i hvilken grad og på hvilken måte fastlegene driver forebyggende arbeid.

Kompetanse: grunn-, videre- og etterutdanning i allmennmedisin

Samordning av utdanningsløpet

Kvaliteten av grunnutdanningen til helsepersonell i primærhelsetjenesten er av stor betydning. Det er avgjørende at unge leger har en god allmennmedisinsk utdanning og er forberedt på tverrfaglig virksomhet i primærhelsetjenesten, med et fornuftig samarbeid med og hensiktsmessig bruk av ressursene i spesialisthelsetjenesten. For at vi skal få kompetente allmennleger, er det viktig å sikre en best mulig samordning av utdanningsløpet fra studiestart til fullført spesialistutdanning.

Forslag om krav til spesialitet i allmennmedisin

Pasientene bør kunne forvente å møte fastleger som engasjerer seg for å holde seg faglig oppdatert og som arbeider kontinuerlig, sammen med medarbeiderne, med å

sikre og forbedre kvaliteten av praksis. Legeforeningen arbeider for at det bør bli obligatorisk å være spesialist i allmennmedisin for å arbeide selvstendig som allmennlege i Norge, og Helsedirektoratet har også fremmet et slikt forslag.

Økt behov for spesialister i allmennmedisin

Det har vært mangelfull vekst i allmennlegetjenesten gjennom flere år, og det er beregnet et allmennlegeunderskudd i forhold til oppgavene i kommunehelsetjenesten på om lag 2 000 allmennleger.

I følge den ferske rapporten "Data fra allmennlegetjenesten" er om lag 39 % av fastlegene (inkludert vikarene) spesialister i allmennmedisin (6). Basert på en annen registrering av fastleger er andelen spesialister 56 % (16). De siste årene er det godkjent ca. 150-200 spesialister i allmennmedisin per år (6;16). Det er beregnet at utdanningskapasiteten sannsynligvis må økes til anslagsvis 450-600 nye spesialister per år, altså en tredobling, for å oppnå en nødvendig økning i antall spesialister. Dette krever at man særlig øker veiledningskapasiteten i allmennmedisin, og rekrutterer og utdanner veiledere i allmennmedisin i mye større omfang enn tidligere (16).

Forslag om utdanningsstillinger i allmennmedisin

Som ledd i Samhandlingsreformen er det i Statsbudsjettet 2011 foreslått 5 millioner kroner til utprøving av en ordning med fastlønte utdanningsstillinger for spesialisering i allmennmedisin i 2011 (17). Helse- og omsorgsdepartementet ønsker et modellforsøk som kan gi grunnlag for en utvidet og eventuelt permanent ordning med fastlønte utdanningsstillinger i allmennmedisin. Målsetningen med forsøket er å styrke legerekutteringen i kommunene og øke legenes kompetanse i tråd med Samhandlingsreformens intensjoner. Tiltaket kan også tenkes å ha en gunstig effekt på legevaktjenesten gjennom at noen av dagens vikarleger erstattes av utdanningskandidater med tilhørighet i distriktet. Målet er at modellen gjør det attraktivt for etablerte fastleger å påta seg veilederansvar for utdanningsleger, og bidrar til at allmennleger i større grad fortsetter i yrket fram til pensjonsalder. Etter Helsedirektoratets oppfatning bør det derfor utvikles en modell som kan ha stor overføringsverdi til hele landet, dvs. at både små distriktskommuner og store vekstkommuner bør inkluderes i forsøket. Modeller bør være tilrettelagt for fortløpende evaluering, og den bør være enkel å administrere. Svein Steinert har på oppdrag fra Helsedirektoratet levert en skisse til et slikt forsøk med fastlønte utdanningsstillinger i allmennmedisin (18).

Legeforeningen går inn for at det opprettes utdanningshjemler i allmennmedisin slik som det er i andre spesialiteter. Legeforeningen mener at leger i spesialistutdanning bør kunne velge mellom fast lønn, eller om de skal arbeide i forhold til normaltariffen slik som fastlegene for øvrig (16).

Det må vurderes hvorvidt leger skal ha midlertidig ansettelse i disse utdanningsstillingene i kommunene. Arbeidsmiljøloven slår fast at faste stillinger er hovedregelen og at andelen midlertidige stillinger skal begrenses. Helse- og omsorgsministeren har uttalt at leger i spesialisering i størst mulig grad skal få tilbud om fast stilling (19), men denne pressemeldingen omtaler spesialistutdanning i sykehus.

Forslag om ny ordning med nybegynnerstillinger for leger

Helsedirektoratet har 20. 08.10 oversendt Helse- og omsorgsdepartementet sin tilrådning om nybegynnerstillinger for leger. Etter en offentlig høringsrunde har Helsedirektoratet foreslått at dagens turnustjeneste avvikles og erstattes av en ny ordning med toårig nybegynnerstilling for leger, ett år i sykehus og ett år i kommunehelsetjenesten. De viktigste innsigelsene i høringen er i følge Helsedirektoratet:

- at omleggingen under visse forutsetninger vil gi mindre breddekompetanse og mindre erfaring med håndtering av akutte tilstander og sammensatte lidelser
- svekket tilgang av leger til distriktene ved overgang til søknadsbasert tilsetning i stedet for dagens ordning med sentral loddrekning og sentraldirigerte forpliktelser både for turnuslege og arbeidsgiver
- manglende insentiver for kommuner og helseforetak til å opprette nybegynnerstillinger for leger ved bortfall av dagens statlige instruksjonsadgang
- at styrket legedekning i kommunene ikke bør utgjøres av nyutdannede leger, men erfarne leger
- at økonomisk pressede kommuner ikke gis økonomisk kompensasjon fra Staten for økte utgifter til flere leger
- at man er bekymret for å avvikle ordningen med sentral loddrekning av turnussted
- økte administrative, kvalifikasjonsmessige og økonomiske forpliktelser for kommuner og helseforetak til behandling av søknadene og problemer med å differensiere mellom søkerne og forhindre nepotisme

Helsedirektoratet mener å ha tatt hensyn til høringene, men dette er f. eks. Legeforeningen sterkt uenig i.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Det helsevitenskapelige fakultet ved Universitetet i Tromsø og Universitetssykehuset i Nord-Norge utarbeidet en felles høringsuttalelse til forslaget om nybegynnerstillinger for leger, og ser behovet for endringer i turnustjenesten som en gylden anledning til å starte mer gjennomgripende endringen av den norske legeutdanningen (20). Uttalelsen har følgende hovedpunkter:

- Antall studieplasser i Norge bør økes

- En større del av grunnutdanningen bør foregå desentralisert med mer vektlegging av allmenn- og samfunnsmedisin
- Autorisasjon bør gis etter godkjent grunnutdanning
- Turnustjenesten bør omgjøres til 12 måneders basisutdanning (nybegynnerstillinger) med klare kompetansemål
 - 6 måneder i sykehus med fokus på akutte tilstander
 - 6 måneder i allmennmedisin med fokus på kroniske tilstander og allmennlegevakt
- Lokalisering av nybegynnerstillinger til de fire helseregionene bør styres av staten for å sikre god legefördeling
- Fordeling av kandidater til nybegynnerstillingene bør fortsatt skje ved loddtrekning
- Universitetene bør kvalitetssikre utdanningsstedene og opptak av kandidater til nybegynnerstillinger (eksamen). Universitetene bør også utdanne veiledere
- Godkjent basisutdanning er nødvendig for videre spesialistutdanning
- Godkjent spesialistutdanning er nødvendig for å praktisere selvstendig som lege, også i allmennmedisin
- Gruppebasert utdanning styrkes i grunn-, basis- og spesialistutdanning

Slike strukturelle forhold som innholdet i grunn-, videre- og etterutdanningen, og organisering av turnustjenesten er viktige rammebetingelser for å sikre rekruttering, kompetanse, og kvalitet i allmennlegetjenesten.

Innholdet i utdanningen - livslang læring

Innholdet i grunn-, videre- og etterutdanningen er viktig for å sikre at den faktisk fører til god kvalitet i tjenestene. Metoder for å lære i praksis (individuell og teambasert), god tilgang til valid og relevant forskningsbasert kunnskap, og opplæring i kunnskapsbasert praksis (kunne stille spørsmål, søke etter informasjon, kritisk vurdering, vurdere lokale forhold, pasientens preferanser, etiske, ressursmessige og kulturelle forhold) er viktige elementer, i tillegg til kompetanse i forbedringskunnskap.

Uansett hvor god grunnutdanningen og spesialistutdanningen er, har leger og annet helsepersonell behov for en kontinuerlig livslang opplæring og faglig utvikling. Grunnutdanningen er ikke tilstrekkelig for å holde tritt med ny kunnskap, endret sykdomsbilde, og nye utfordringer i helsetjenesten. I økende grad er pasientene og samfunnet oppmerksomme på at det er for stor variasjon i kvaliteten i helsetjenesten, både knyttet til den enkelte lege, og til den enkelte institusjon eller kommune.

I forbindelse med at EU har lansert temaet "Investing in Europe's health workforce of tomorrow: scope for innovation and collaboration", ble det utarbeidet en såkalt policy brief om hvordan man kan skape forutsetninger for livslang læring av et

canadisk forfatterteam (21). Her beskrives the CanMEDS Physician Competency Framework. Dette rammeverket ble utviklet av the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada på 1990-tallet, og oppdatert i 2005. Det er et eksempel på et konkret rammeverk for kontinuerlig etterutdanning som adresserer behovet for ulike kompetanser i legepraksis. CanMEDS rollene "communicator", "collaborator", "manager", "health advocate", "scholar", og "professional", utgjør til sammen kjernekompetansen som er "medical expert". Dette rammeverket har inspirert legeutdanningen i flere land.

Horsley og medforfattere beskriver ulike strategier for videre- og etterutdanning (21). For å adressere barrierer og utnytte mulighetene ved livslang læring slik at kvaliteten i behandlingen av pasientene kan bedres, må legene selv, helsetjenesten og de som leverer etterutdanningstilbudene ta et felles ansvar. Helsetjenesten kan støtte livslang læring ved å legge forholdene til rette og støtte arbeidsforhold som fremmer læring. De som er ansvarlige for helsetjenesten og utdanningen må sørge for en infrastruktur som gir en stor bredde av aktiviteter som leger og legenes medarbeidere og team kan bruke for å vurdere sin egen praksis. Måling og vurdering av praksis må bli sett på som en prosess som har til hensikt å identifisere områder av praksis hvor det er behov for videre læring. Derfor må praksismålingene skje i et miljø som er trygt, uten frykt for feil eller trusler om påtale.

Et annet dokument i denne EU-prosessen belyser effektene av å gi feedback til helsepersonell om egen praksis som et middel for å forbedre kvaliteten og sikkerheten i helsetjenesten (22). Tilgjengelig dokumentasjon indikerer at tilbakemelding av praksismålinger (audit og feedback) kan være en effektiv måte å bedre profesjonell praksis. Effektene er vanligvis små til moderate. Likevel kan slike begrensede effekter være verdt innsatsen. Generelt har ulike tiltak for å forbedre praksis liten til moderat effekt, om de er virkningsfulle.

Effekten av audit og feedback er størst når det er størst avstand til ønsket praksis. Effektene ser også ut til å øke når intensiteten av tilbakemeldingene er sterkere. Kvalitative studier antyder at måten tilbakemeldingene blir gitt på er viktig. Det er kanskje mer sannsynlig at en lege vil forbedre uheldig praksis dersom tilbakemeldingen blir gitt som en positiv og konstruktiv støtte, med konkrete råd om hva som bør forandres: "actionable feedback". Tilbakemeldinger som blir gitt i en fordømmende form uten nærmere forklaring på hva som kan forbedres, kan føre til negative reaksjoner, og de kan være lite veiledende i forhold til hvordan kvaliteten i praksis kan forbedres.

Kostnadene ved å registrere praksisdata og gi tilbakemelding vil variere avhengig av lokale forhold, inkludert tilgjengeligheten av pålitelige rutinedata.

Kurs, møter, konferanser, seminarer, symposier, foredrag og workshops er vanlig aktiviteter i videre- og etterutdanning for leger. Deltakelse i slik undervisning er

obligatorisk for å få spesialitet i allmennmedisin i Norge. Hensikten er å forbedre profesjonell praksis og derved pasientutfall.

Forsetlund og medarbeidere (23) inkluderte 81 studier som evaluerte effektene av slik undervisning i en Cochrane-oversikt som undersøkte effektene av ulike former for videre- og etterutdanning. Forfatterne konkluderte med at slike møter alene eller kombinert med andre tiltak kan forbedre praksis. Effektene var små til moderate, varierte mellom studiene, og effekten kan sammenliknes med det som oppnås ved andre tiltak rettet mot profesjonelle, som audit og feedback og praksisbesøk. Få studier har sammenliknet ulike typer undervisningstiltak med hverandre. Det var ikke mulig å forklare forskjellene mellom studiene, men det så ut til at kurs med en blanding av interaktivt og didaktisk opplegg hadde større effekt enn kurs med bare en av delene. Kurs og møter så ut til å ha svært liten effekt på kompleks profesjonell atferd, mens det var lettere å endre enkle atferdsmønstre. Effekten var større for mer alvorlige i forhold til mindre alvorlige utfall.

Styring og ledelse – kommunene og fastlegene

Samhandlingsreformen har rettet søkelys på utfordringer knyttet til legenes rolle i primærhelsetjenesten og behovet for videreutvikling av fastlegeordningen.

I henhold til rammeavtalen mellom Kommunenes Sentralforbund (KS) og Den norske legeforening, skal kommunen ta initiativ til at det blir opprettet et allmennlegeutvalg der alle allmennleger er deltakere, og et samarbeidsutvalg som skal ha like mange representanter fra allmennlegene som fra kommunen (24). Disse utvalgene skal bidra til god samhandling mellom kommune og fastlege.

KS og Legeforeningen har nylig gjennomført en kommunekartlegging om lokale samarbeidsutvalg (LSU) og allmennlegeutvalg (ALU). Foreløpige resultater ble presentert på en felleskonferanse mellom KS Rogaland og Legeforeningen 29.09.10 (25). Undersøkelsene viser at LSU og ALU brukes og oppleves som nyttige. Dette avkrefter noe av inntrykket om at det mangler kommunale arenaer for samhandling. Samtidig viser undersøkelsene vilje og behov for videreutvikling og forbedring. I noen kommuner er det utfordringer på området, men kartleggingen viser at mange kommuner uttrykker at de har god kontakt og godt samarbeid med fastlegene.

Mangel på krav om faglige og kvalitetsmessige standarder

Vi vet at det er til dels store forskjeller i kvaliteten av tjenestene som brukerne mottar. Helsepersonell skal i henhold til § 4 i Helsepersonelloven "utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig" (26).

Det mangler imidlertid krav om faglige og kvalitetsmessige standarder, og det mangler krav til spesialistutdanning samt kompetanse i kunnskapshåndtering og kvalitetsforbedring for å arbeide som allmennlege i Norge.

Mangel på informasjon om kvalitet i primærhelsetjenesten – Commonwealth Funds undersøkelse blant allmennleger

I dag er det ikke mulig for brukere, helsepersonell, ledere i primærhelsetjenesten eller myndigheter på kommunalt og statlig nivå å få god informasjon om kvaliteten i primærhelsetjenesten, inkludert allmennlegetjenestene.

I 2009 deltok Norge for første gang i Commonwealth Funds internasjonale helsesystemundersøkelse. Undersøkelsen ble gjennomført våren 2009 i elleve land: USA, Italia, Canada, New Zealand, Australia, Storbritannia, Tyskland, Nederland, Frankrike, Sverige og Norge (27;28). I 2009 var det allmennleger i de enkelte land som vurderte hvor godt nåværende helsesystem fungerer. Både egen praksis og samhandling med spesialisthelsetjenesten ble vurdert.

Undersøkelsen viste at Norge har dårligere resultater på undersøkelsens hovedområder enn både de europeiske landene og alle landene samlet. Dette gjelder områdene koordinering, kvalitetsmåling og kvalitetsvurdering, generering av lister, insentiver, tilgjengelighet og elektronisk funksjonalitet. Det området Norge relativt sett har dårligst resultater på, er rutiner for kvalitetsmålinger og kvalitetsvurderinger. For eksempel var det 5 % av fastlegene som oppgir å ha rutiner for å motta og gjennomgå data om pasienters erfaringer og tilfredshet med behandlingen. Bare hver fjerde fastlege oppga å ha rutiner for å motta og gjennomgå data om kliniske resultater. Tilsvarende tall for Europa er henholdsvis 50 % og 60 %. Et annet område som Norge relativt sett fikk dårligst resultater på, gjaldt legenes oppfatning av journalsystemenes mulighet til å generere ulike typer informasjon om pasientene, for eksempel lister over pasienter etter diagnose. I følge denne undersøkelsen var det kun 4 % av fastlegene i Norge som mente det var lett å generere fire typer informasjon, mot 26 % for Europa og 24 % for alle landene samlet.

Det var også flere positive resultater for Norge. Norske fastleger er i hovedsak mer fornøyd med helsevesenet og egen arbeidssituasjon enn primærleger i andre land. For eksempel rapporterte 57 % av fastlegene i Norge at helsevesenet fungerer ganske bra, mot 40 % i Europa og 34 % i alle landene samlet. Hele 90 % av fastlegene i Norge var svært fornøyd eller fornøyd med å arbeide som lege, tilsvarende tall var 75 % for Europa og 72 % for alle landene.

Spørreskjemaet som er benyttet i undersøkelsen, er primært utviklet i USA. Det vil alltid være en diskusjon om bruken av skjemaer fra andre land er relevant andre

steder, og om de verdier som ligger til grunn for spørsmålene stemmer overens med andre lands verdier. Det var utenfor undersøkelsens ramme å operasjonalisere hva god kvalitet betyr i Norge og sammenholde dette med skjemaets innhold. Når resultater i undersøkelsen beskriver som "dårligere" enn andre, betyr dette i forhold til de standarder og verdier som ligger i spørreskjemaet, og i forhold til hvordan spørsmålene er formulert og oppfattet. For eksempel svarte allmennlegene i Norge i denne undersøkelsen at vi ikke har tilgjengelig legevakt på heldøgnsbasis. Dette er åpenbart feilaktig, og tyder på at legene har misforstått spørsmålet, og forskerne har ikke gått tilstrekkelig inn i denne typen vurderinger.

Dette er viktige aspekter som bør tas inn i tolkningen av resultatene fra undersøkelsen, i tillegg til vurderinger av organisatoriske og andre kulturelle forhold. I Norge er det ingen krav om å innhente og vurdere data fra egen praksis. I enkelte land er innsamling av kvalitetsindikatorer en integrert del av virksomheten. For eksempel innebærer det såkalte Quality of Framework som ble innført i Storbritannia i 2003 at allmennlegene får bestemt 25 % av sin avlønning på grunnlag av en rekke kliniske og organisatoriske kvalitetsindikatorer.

Commonwealth Fund undersøkelsen var bakgrunnen for at Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 4.12.09 ba Kunnskapssenteret om å vurdere hovedfunnene sett i lys av internasjonal utvikling på området og St. meld. nr. 47 om Samhandlingsreformen. Kunnskapssenteret ble bedt om å komme med anbefalinger om og forslag til prosess for oppfølging av rapporten gjennom ordninger for kvalitetsutvikling i allmennmedisinen. Dette resulterte i notatet om norske og internasjonale tilnærminger til arbeid med kvalitet i allmennlegetjenesten (4).

Norske og internasjonale tilnærminger til arbeid med kvalitet i allmennlegetjenesten

Vi viser til tidligere notat fra Kunnskapscenteret når det gjelder en oppsummering av norske og internasjonale tilnærminger til arbeid med kvalitet i allmennlegetjenesten (4). Dette notatet er ikke uttømmende, men det har ikke vært mulig eller hensiktsmessig innen rammen av dette delprosjektet å gjøre en ny gjennomgang av litteraturen på området, eller av erfaringene nasjonalt og internasjonalt. Her gjengir vi kort informasjon om noen av tilnærmingene som er nærmere omtalt i notatet. Vi har også lagt til noen nye momenter.

Kvalitetsutvikling i allmennmedisinen – norske erfaringer

Spesialistutdanningen i allmennmedisin (videre- og etterutdanning)

Allmennmedisin har vært en legespesialitet siden 1986. Allmennlegen må fornye sin spesialitet hvert femte år. Ingen andre legespesialiteter har foreløpig et slikt krav til resertifisering. Videre- og etterutdanningen følger regelverket i spesialistreglene i allmennmedisin som igjen bygger på "Målbeskrivelse og gjennomføringsplan for allmennmedisin" (29;30).

Kvalitetssikringsfondene

Alment praktiserende lægers forening tok initiativet til Den norske legeforenings fond for kvalitetsforbedring av legetjenester utenfor sykehus som ble opprettet etter avtale mellom Staten, Kommunenes Sentralforbund og Den norske legeforening i 1991. Hensikten med fondet var å sikre høy kvalitet i utøvelse og drift i legepraksis. Fra 2009 er fondene for legetjenester i og utenfor sykehusene slått sammen til ett fond med betegnelsen Den norske legeforenings fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (Fond for kvalitet og pasientsikkerhet).

I 1997 ble laboratedelen skilt ut i et eget fond: Den norske legeforenings fond for kvalitetssikring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus, som yter tilskudd til NOKLUS. Nittini prosent av landets legekontor som har laboratorium deltar i NOKLUS.

Allmenmedisinsk forskningsfond

I normaltarrifforhandlingene i 2006 mellom Staten, KS og RHFene på den ene siden og Legeforeningen på den andre siden ble det protokollert rammer for etablering av Allmenmedisinsk forskningsfond fra 2007.

Senter for allmenmedisinsk kvalitet (SAK)

Rapporten "Tillit-trygghet-tilgjengelighet" (16) og KUPs strategi for kvalitetsarbeid (3) er omtalt i forrige kapittel.

Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet bevilget i desember 2009 2 millioner kroner til utvikling av Senter for allmenmedisinsk kvalitet (SAK), basert på prosjektbeskrivelsen "Trygg hos fastlegen, trygg på legevakta" (3).

I følge prosjektbeskrivelsen er formålet å etablere et senter som kan ta et hovedansvar for utvikling og implementering av kvalitetsarbeid inkludert pasientsikkerhet i norsk allmenmedisin. SAK skal understøtte lokalt kvalitetsarbeid og representere kvalitetsledelse for norsk allmenpraksis, herunder utdanning av kvalitetsveiledere som kan yte praksisstøtte ved utvikling og implementering av kvalitetsverktøy. Nasjonale aktivitets- og prosessindikatorer bør i hovedsak høstes som en gevinst av systematisk lokalt kvalitetsarbeid, og i den grad det er mulig baseres på elektronisk uttrekk av pasientjournaldata. Viktige elementer vil være utvikling av ulike kvalitetsverktøy, herunder faglig fundert videreutvikling av de elektroniske pasientjournalssystemene (EPJ). Det er viktig med et nært samarbeid med myndighetene slik at systemer og verktøy utvikles i samarbeid og fungerer i samspill med hverandre.

Hovedfokus er at legekantor og legevakt skal

- fungere best mulig for den enkelte bruker og brukergruppe
- utnytte forbedringspotensial avdekket gjennom systematisk kvalitetsarbeid for stadig å bedre kvaliteten og bli en lærende organisasjon
- drive konkret tverrfaglig kvalitetsutviklingsarbeid integrert i den daglige driften av legekantoret/legevakten
- ha oppmerksomhet på nødvendig kvalitetsutvikling av samhandlingsprosesser i grenseflatene mot andre tjenester (foretakene, ambulansetjenesten, andre kommunale tjenester, apotek, NAV med flere)

Praksiskonsulentene (PKO-ordningen) er et viktig redskap til å sikre kvalitet i samhandling mellom første- og andrelinjenivåene. Det foreslås å vurdere å styrke PKO-ordningen faglig via SAK, samt å vurdere modellen utvidet til andre samhandlingsfelt, f eks PKO-NAV, PKO-kommune osv.

Dersom kvalitetstenkning og kvalitetsarbeid skal bli en vane på legekantoret og legevakta, trenger allmennlegene verktøy, tid og rom. Kvalitetsarbeidet må tilrettelegges utenfra, ikke bare være opp til den enkelte leges interesse og samvittighet. All erfaring med kvalitetsarbeid viser at det både må komme fra grasrota, og samtidig være forankret i ledelsen lokalt, regionalt og nasjonalt.

I prosjektbeskrivelsen heter det videre at SAK bør etableres som en organisatorisk struktur som kan representere kvalitetsledelsen i det allmenntedisinske fag. Det må sikres god finansiering slik at en snarlig og bred satsing på utviklingsarbeid i allmenntedisin er gjennomførbart.

Faglig fundert videreutvikling av de elektroniske pasientjournalssystemene er tenkt å være en sentral del av prosjektet.

SAK er organisert som et prosjekt i to deler. Den ene handler om organisering og økonomi, den andre om det faglige innholdet, herunder verktøy, veiledere, læringsnettverk, IKT/EPJ, PKO/samhandling.

Nasjonale kompetansesentra

Det er kun tre nasjonale medisinske kompetansesentre med direkte tilknytning til primærhelsetjenesten. Det er etablert 45 nasjonale medisinske kompetansesentre for spesialisthelsetjenesten, 16 nasjonale kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger tilknyttet de regionale helseforetakene, samt enkelte nasjonale kompetansesentre innenfor rusmiddelbehandling, psykisk helse og rehabilitering tilknyttet spesialisthelsetjenesten. Noen nasjonale kompetansesentre har oppgaver knyttet både til forebyggende arbeid, kommunale tjenester og behandling i spesialisthelsetjenesten. En viktig oppgave for alle kompetansesentrene er å drive veiledning og rådgivning innen eget fagområde til helsetjenesten – inkludert primærhelsetjenesten. De tre nasjonale medisinske kompetansesentra for primærmedisin Antibiotikasenteret for primærmedisin i Oslo (2006), Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin i Bergen (2004) og Nasjonalt senter for distriktsmedisin i Tromsø (2007) er viktige aktører for å fremme forskning, fag- og kvalitetsutvikling i allmenntedisinen.

Allmenntedisinske forskningsenheter

I 2006 ble det etablert allmenntedisinske forskningsenheter ved de fire største universitetene. Legeforeningen etablerte i 2007 et eget allmenntedisinsk forskningsfond.

Det er enighet om at forskning innen allmenntedisin, på allmenntedisinens premisser, er vesentlig for faglig utvikling og kvalitet i fastlegevirksomhet og øvrige allmenntelegetjenester.

Pågående initiativ og prosjekter

Det fins flere initiativ og prosjekter fra norsk allmennmedisin. Listen under er ikke fullstendig.

- *Timesammedag* er en måte å administrere timeboken på. Timesammedag-konseptet går ut på at 30-65 % av timene i timeboka er ledige ved dagens begynnelse slik at de som henvender seg får en konsultasjonen med sin fastlege samme dag om legen er til stede. Mer informasjon: www.timesammedag.no
- *Telefonråd* er et elektronisk oppslagsverk som redegjør for håndtering av den første kontakten i luka eller på telefonen med pasientene ved legevakter og fastlegekontorer. Telefonråd ble første gang utgitt i 2004 i et samarbeid mellom Den norske legeforening, Lærdals fond for akuttmedisin og GRUK (nå Seksjon for kvalitetsutvikling i Kunnskapssenteret). Telefonråd består av to oppslagsverk som dekker henholdsvis tidskritiske henvendelser (Norsk indeks for medisinsk nødhjelp), og rådgivning ved generelle allmennmedisinske problemstillinger (Medarbeiderråd for legevakter og allmennlegekontorer). De to bokverkene er knyttet sammen gjennom krysshenvisninger mellom de aktuelle kapitlene.
- *RAVE3* er et elektronisk uttrekksprogram fra elektronisk pasientjournal (EPJ) som primært ble utviklet i Sverige, men gjennom et samarbeid med Mediata AS ved Svein Gjelstad er det laget en norsk versjon. RAVE3- programmet gir rapporter som er tilgjengelige for legekontoret med det samme. Man slipper dermed ventetiden på at rapporten bearbeides sentralt. Samtidig kan man velge å sende data sentralt, for eksempel til diabetesregisteret, og få tilbake regionale og/eller nasjonale tall for benchmarking etter noen tid. En nærmere presentasjon av RAVE3 (på svensk) kan lastes ned her: http://www.legeforeningen.no/asset/41967/1/41967_1.ppt
- *Argus* er et medisinsk beslutningsstøtteprogram, som ligger "bak" EPJ-programmet når dette er i bruk. Argus tilbyr risikoberegninger, forslag til tiltak, påminninger om for eksempel røykesluttsamtaler, varsler om legemiddelinteraksjoner osv på den pasienten hvis journal du har oppslått i journalsystemet. Argus fungerer sammen med alle de vanligste EPJ-systemene i Norge. Argus er utviklet av Magne Rekdal i firmaet Emetra AS. Han er assosiert medlem av NFAs referansegruppe. Mer informasjon: <http://www.emetra.no/Argus/Argus.pdf>
- *NOKLUS*. Nesten alle fastleger (99,8 %) deltar i frivillig kvalitetssikring av sin laboratorievirksomhet via NOKLUS, Mer informasjon: www.noklus.no/
- *Referansegruppe for praktisk kvalitetsarbeid* ble etablert av Norsk forening for allmennmedisin (NFA) i 2004. Referansegruppas medlemmer formidler lysbildeserier og tips om utvalgte emner via sin nettside (<http://www.legeforeningen.no/id/151599.0>). Til nå har referansegruppa laget programposter om telefontilgjengelighet, hvordan redusere ventetiden, laboratorie kvalitet, bedre flyt i hverdagen, ventetidsregistrering, den effektive pasientjournalen, brukerundersøkelser, forebygging av faglige feil,

internkontroll, ventetid på venterommet, hvor velorganisert er legekantoret (Maturity Matrix).

Prosjektet "Forskningsbasert etterutdanning og kvalitetsforbedring i allmennpraksis" (FEK)

Prosjektet "Forskningsbasert etterutdanning og kvalitetsforbedring i allmennpraksis" (FEK) ble ledet av en gruppe i Kunnskapssenteret, og finansiert av Legeforeningens kvalitetssikringsfond. Prosjektet omfattet blant annet en bredt sammensatt konsensusprosess med deltakere fra allmennlegeforeningene, KUP, Helsesekretærforeningen, de akademiske allmennmedisinske miljøer, Sosial- og helsedirektoratet, KS og FFO, og observatører fra de nordiske land.

Konsensuspanelet hadde flere møter og drøftet erfaringer med kvalitetsarbeid i norsk og nordisk allmennpraksis samt oppsummert forskning om effekter av tiltak for videre- og etterutdanning og kvalitetsforbedring.

Konsensuspanelet ble enige om ni konkrete tiltak (31):

- utarbeiding av en nasjonal plan
- styrking av veilederfunksjonen
- firmauavhengige praksisbesøk
- andre praksisnære tiltak
- personlig læreplan
- kompetansesenter for legekantorene
- samhandlingsprosjekt for bedre utnytting av henvisninger og epikriser
- tverrfaglighet som verktøy og økt brukermedvirkning

Dette arbeidet er ikke fulgt opp.

Data fra allmennlegetjenesten

Helse- og omsorgsdepartementet etablerte i 2000 pilotprosjektet SEDA – sentrale elektroniske data fra allmennlegetjenesten. Statistisk sentralbyrå fikk oppdraget med å gjennomføre pilotprosjektet, som hadde som mål å gi økt kunnskap om allmennlegers praksis ved innsamling av sentrale aktivitetsdata fra fastlegenes pasientjournaler. Etter pilotprosjektet ble det etablert et nytt og utvidet prosjekt, som i større grad skulle vektlegge elektroniske løsninger for innsamling av data fra allmennlegene, samt utarbeide offisiell statistikk ut fra disse dataene.

Helsepersonelloven gir i utgangspunktet kun åpning for innsamling av data til forskningsformål. Dette prosjektet ble derfor tidsavgrenset og organisert som et forskningsprosjekt. En eventuell videreføring av prosjektet til en permanent ordning med innsamling av data fra fastlegene er ikke mulig uten en endring i helsepersonelloven mht. å kunne bruke innsamlede data også til kvalitetsforbedring. Erfaringene fra prosjektet var at det var tidkrevende å bearbeide data og lage statistikk med utgangspunkt i de forskjellige pasientjournalssystemene. SSB utarbeidet ny offisiell statistikk med data fra fastlegene, og dette var ment å danne

grunnlag for en eventuell senere permanent datainnsamling. SSB utarbeidet også praksisprofiler med statistikk for den enkelte lege som hadde bidratt med data, slik at de fikk informasjon om egen virksomhet og kunne måle denne mot gjennomsnittet blant de legene som deltok i prosjektet. Datasettet ble utviklet med tanke på at de skulle være mest mulig nyttige for legens utvikling og kvalitetsforbedring av egen praksis. Arbeidet har siden avslutningen av prosjektet ikke blitt videreført.

Den ferske rapporten "Data fra allmennlegetjenesten" opplyser i forordet at Helsedirektoratet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å foreslå et system for data fra allmennlegetjenesten. Datagrunnlaget skal tjene et tredelt formål:

- planlegging og styring
- forskning og fagutvikling
- kvalitetsforbedring (6)

Det heter videre: "Lokale og nasjonale myndigheter har behov for data som gir grunnlag for planlegging og styring, og som gir muligheter for å evaluere tiltak og korrigere utviklingen innen allmennlegetjenesten. I dag finnes det få data som dekker dette behov."

Den foreliggende rapporten bygger på datakildene KOSTRA (KOMMUNE-STAT-RApportering) og Levekårsundersøkelsen fra Statistisk sentralbyrå, KUHR (kontroll og utbetaling av helserefusjoner), fastlegeregisteret og stønadsregnskapet som viser folketrygdens utgifter. Det er pr. i dag ingen datakilder som på en systematisk måte kan gi informasjon om den faglige kvaliteten i allmennlegetjenestene.

Elektronisk pasientjournal, EPJ-løftet og det moderne IT-legekontor

IT i stadig økende grad tas i bruk i helsesektoren. IT fremheves i flere sammenhenger, blant annet i Samhandlingsreformen (St.meld.nr.47 (2008-2009)), som et viktig virkemiddel for å yte gode helsetjenester i hele pasientforløpet og understøtte helsepolitiske mål.

Det er imidlertid flere utfordringer når det gjelder monitorering av kvalitet i allmennlegetjenestene. Til tross for flere års innsats for elektronisk pasientjournal (EPJ) er det fortsatt problemer med funksjonaliteten i forhold til pasientbehandlingen, bruk av EPJ i kommunikasjonen mellom ulike aktører og med pasientene, og bruk av EPJ til uttrekk av prosessdata for monitorering av kvalitet for lokalt kvalitetsforbedringsarbeid.

Det har i flere år vært stor misnøye og frustrasjon hos leger pga. sviktende IKT systemer. Som en del av det forberedende arbeidet med Senter for allmenntilleggs kvalitet (SAK) ble det etablert en "Referansegruppe for EPJ- og elektronisk samhandling" innenfor Norsk forening for allmenntilleggsmedisin. Denne

referansegruppen har dradd i gang det såkalte EPJ-løftet i samarbeid med prosjektledelsen i SAK, som et konstruktivt forsøk for å gjøre noe med situasjonen (32). EPJ-løftet er lansert for å bidra til en funksjonell allmennlegejournal som kan samhandle med de andre systemene for pasientidentifiserbare data. SAK ser på elektronisk pasientjournal som et av de viktigste områdene i det framtidige senterets arbeid.

Referansegruppen stiller sin kompetanse til disposisjon og kommer med et konkret løsningsforslag utarbeidet i samarbeid med IT kompetente personer fra KITH og leverandørene, og anbefaler at ELIN modellen som har gitt resultater før videreføres. Med EPJ-løftet håper man også å styrke og utvide gruppen av IKT interesserte leger. Det er viktig for fremtidig dialog og prosjekter mellom allmennleger, myndigheter og IKT-miljøer.

Det er uklare spilleregler knyttet til ansvar for utvikling, innføring og finansiering av IT-løsningene, og dagens modell for samarbeid mellom myndigheter, brukerne/helsevirksomhetene og leverandører er ikke god nok for å sikre at nye IT-løsninger tas i bruk i samsvar med forventningene, i følge Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet har derfor tatt initiativ til et prosjekt, "Det moderne IT-legekantor – prinsipper for utvikling, innføring og endring av IT-løsninger", som skal beskrive hensiktsmessige virkemidler for å sikre en koordinert innføring av IT-løsninger på legekantor (33). Den ferske rapporten viser hvordan mange prosjekter stopper opp før de siste avgjørende faser med pilotering, evaluering, ferdigstillelse og bredning. Helsedirektoratet peker på konkrete løsningsforslag for hvordan myndighetene bør koordinere sine krav/behov/bestillinger som har konsekvenser for IT-systemene på legekantor, og tiltak som skal bidra at IT-løsninger raskere innføres og tas i bruk på legekantorene.

I strategien for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre 2010–2020 er et av målene å få et pålitelig kunnskapsgrunnlag fra primærhelsetjenesten, og muligheter for analyser av pasientforløp. Rapporten foreslår å utrede og foreslå en modell for datagrunnlag fra primærhelsetjenesten (34).

Norsk senter for elektronisk pasientjournal (NSEP) er et tverrfaglig forskningsmiljø ved NTNU der det utføres forskning vedrørende utvikling, bruk og nytte av elektronisk pasientjournal systemer og pasientjournal opplysninger.

Praksiskonsulentordningen (PKO)

Praksiskonsulentordningen (PKO) er et nettverk av erfarne allmennleger som er ansatt i deltidstilling (5 – 40 %) ved en sykehusavdeling/sykehus.

Praksiskonsulentenes primær oppgave er å bidra til utvikling av et godt samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er foreslått å utvide ordningen til andre samhandlingsfelt som NAV og kommunen.

Utvikling av kvalitetsindikatorer i allmennpraksis - pilot

KUP har med støtte fra Kvalitetssikringsfondet i Legeforeningen og med veiledning fra Kunnskapssenteret utviklet kvalitetsindikatorer i allmennmedisin for følgende praksisområder (35):

- Praksisorganisering
- Lege/pasientforholdet
- Sikre tjenester
- Rettferdige tjenester
- Klinisk praksis - kronisk sykdom
- Klinisk praksis - akutt sykdom

Det er nylig iverksatt et pilotprosjekt i Grenlandsområdet der det skal høstes erfaringer om hvilken nytte bruk av disse indikatorene har for legekontorers systematiske forbedringsarbeid gjennom deltakelse i et veiledet læringsnettverk over seks måneder.

Kvalitetsutvikling i allmennmedisinen – internasjonale erfaringer

Internasjonalt er det økende erkjennelse av primærhelsetjenestens betydning, og av behov for reformer i helsetjenesten for å styrke primærhelsetjenesten generelt og allmennmedisinen spesielt. Både profesjonsforeninger og myndigheter er engasjert i arbeidet med å utvikle kvaliteten i allmennmedisinen, med ulike modeller og virkemidler.

Vi vil her nevne noen eksempler på modeller og erfaringer som kan inspirere arbeidet med å utvikle kvaliteten i norsk allmennmedisin. Vi viser for øvrig til tidligere notat fra Kunnskapssenteret for mer utførlig informasjon (4). Eksempelene er ikke nærmere drøftet i undergruppen, og er listet her for å illustrere ulike tilnærminger.

Akkreditering av allmennleger/praksis

Denne modellen finnes bl.a. i Nederland, der man siden 2005 har hatt et frivillig akkrediteringsprogram for allmennpraksis.

Utvikling av kliniske kvalitetsindikatorer

Denne tilnærmingen finnes bl.a. i Danmark og i England. I Danmark drives arbeidet i regi av Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed, DAK-E. DAK-E støttes ved at de danske regioner årlig bevilger ca. 25 mill DK til dette: 12 mill på en sentral enhet, og 4 mill til hver av 3 regionale enheter. Det er mer informasjon om DAK-E her:

<http://www.dak-e.dk/>.

Pay for performance

Internasjonalt er det en økende interesse for systemer med betaling etter ytelse og kvalitet i helsetjenesten. I England ble det i 2004 etablert et "Quality and outcomes framework" (QOF) da myndighetene reforhandlet den nasjonale avtalen med allmennlegene. Kvaliteten måles ved en rekke kliniske indikatorer for flere vanlige kroniske sykdommer. Praksis belønnes i forhold til andelen av pasientene som oppfyller definerte mål, samt for organisatorisk kvalitet og for å gjennomføre brukerundersøkelser. Evalueringer antyder at QOF har hatt en viss positiv effekt på områdene som premieres, men systemet har også negative effekter (36-38). Dessuten har målingene vist at det var bedring i kvaliteten i engelsk allmennpraksis også i årene før innføring av QOF.

<http://www.nice.org.uk/aboutnice/qof/qof.jsp>

Måling av pasienttilfredshet med allmennpraksis

Dette gjøres for eksempel både i Danmark og England. I Danmark heter modellen "DANPEP" (DANSke Patienter Evaluerer almen Praksis), og er en metode "hvor pasienter i en spørreskemaundersøgelse evaluerer deres læge og lægepraksis". Resultatene fra undersøkelsene brukes både for å sette fokus på den pasientopplevde kvaliteten, men også for å skape endring i allmennpraksis.

Rutinemessig monitorering av praksis

Dette finnes i både Danmark og Nederland. I Nederland har man siden 1991 hatt et system som heter The Dutch National Information Network of General Practice (LINH). Kjernen i systemet er et representativt utvalg av 80 praksiser hvor det arbeider mer enn 150 allmennleger. Per i dag kan man hente ut detaljert informasjon om diagnostisering og behandling i forbindelse med den enkelte pasientkontakt.

www.linh.nl

Praksisinitiert kvalitetsforbedringsarbeid

Et eksempel finnes i England hvor Improvement Foundation (tidligere NPDT) har arbeidet for å utvikle kapasitet og kunnskap i forbedringsarbeid. De har drevet forbedringsprogrammer som bølger av læringsnettverk og brukt enkle verktøy som flytskjema og forbedringssirkelen. Mer enn 5000 praksiser har deltatt i løpet av 8 år.

Et interessant regionalt initiativ finnes i British Columbia (BC), Canada (39;40). Arbeidet i BC er inspirert av det engelske arbeidet på området. Utviklingsarbeidet drives som et samarbeid mellom helsemyndigheter og legeforening. I 2002 ble "The General Practice Services Committee" (GPSC) etablert av helseministeriet (MoH) i British Columbia (BC) i samarbeid med BC Medical Association (BCMA) med mandat å finne løsninger på utfordringen med å få til en god allmennlegetjeneste i BC. Utgangspunktet var en felles forståelse av at det var behov for en bred satsning

på bedre kvalitet i primærhelsetjenesten og særlig av allmennlegetjenesten.

Mandatet ble fornyet gjennom avtaler mellom MoH og BCMA i 2004 og i 2006. I 2007 fikk man på plass "2007 Physician Master Agreement" med avtale om at 382 mill. canadiske \$ (ca 2,3 mrd NOK) ble avsatt over fire år for å støtte opp under arbeidet med åtte prioriterte områder. BC har 4,4 mill innbyggere, altså noe mindre enn Norges 4,8 mill.

Lokalt og regionalt dannes det "Division of Family Practice" som arbeider i partnerskap med GPSC og the Ministry of Health Services (MoHS). Sammen identifiserer de problemene med pasientbehandlingen i området og utvikler løsninger.

På begge nivåer brukes konsensus-prinsippet - de gjennomfører det de sammen blir enige om.

I Danmark prøver man i et 3-årig pilotprosjekt ut et "Center for PraksisUdvikling" (CPU) med utgangspunkt i allmennmedisinmiljøet på Fyn. CPU etablerte høsten 2009 et kontor i Region Syd-Danmark, med ambisjon om å få tilsvarende kontorer i de fire andre regionene. CPU er et kompetansesenter der det enkelte legekantor kan henvende seg for å få støtte til forbedring av kvalitet på faglighet, organisasjon og/eller kommunikasjon. Kvalitetsveilederne observerer legekantoret ved to besøk, og leder to møter der legekantorets personale formulerer sitt eget kvalitetsprosjekt. Veilederne gir støtte til nødvendige prosesser og beslutninger for at legekantoret kan nå prosjektmålene sine.

Implementering av et nasjonalt kvalitetssystem

Behov for et nasjonalt system som støtter lokalt kvalitetsforbedringsarbeid

Kvalitetsforbedringsarbeid har til nå i stor grad vært drevet av ildsjeler lokalt og nasjonalt. Vi har flere eksempler på gode tiltak og prosjekter, særlig i Legeforeningens regi, men også gjennom tidligere nasjonale kvalitetsstrategier, samhandlingsprosjekter (Helsedialog) og KS-prosjekter. Legeforeningen har vist engasjement gjennom bl.a. Kvalitetssikringsfondene, KUP, SAK, og gjennom internasjonale kontakter (4). Hittil har det vært et mangelfullt offentlig engasjement og ansvar, utover de viktige områdene som gjelder utdanning og autorisasjon av helsepersonell og tilsyn med helsetjenestene, samt arbeidet i regi av Helsedirektoratet støttet av Kunnskapscenteret, for å utarbeide kunnskapsbaserte faglige retningslinjer og veiledere.

Det viktigste er et velfungerende IKT-system

Proessen omkring prosjektet for å utvikle forslag til et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten, har vist at det er stor enighet om at det aller viktigste for å få full effekt av de andre elementene, er å få på plass et velfungerende IKT system både på tvers av de ulike tjenesteområdene og ikke minst på tvers av nivåene i helsetjenesten. Dette gjelder også for fastlegetjenesten og øvrige allmennlegetjenester.

Data som skal støtte lokalt kvalitetsforbedringsarbeid og refleksjon over egen praksis bør fortrinnsvis kunne innhentes basert på elektronisk pasientjournal og administrative data innhentet rutinemessig, uten ekstra belastning for lege, medarbeider eller pasient. Til tross for flere års innsats for og utstrakt bruk av elektronisk pasientjournal (EPJ) i fastlegetjenesten, er det fortsatt problemer med funksjonalitet i forhold til oppfølging av pasienter, samt for bruk av EPJ i kommunikasjonen mellom de ulike nivåer og aktører.

Vi mangler brukervennlige systemer for bruk av EPJ til uttrekk av prosessdata for monitorering av kvalitet og for lokalt kvalitetsforbedringsarbeid. Allmennlegene har

tatt initiativ til et nasjonalt EPJ-løft der problemene detaljbeskrives i et notat. I samarbeid med KITH utarbeides det nå, som beskrevet i forrige avsnitt, et knippe prosjekter som skal videreutvikle allmennlegenes EPJ. Videre er det gjort viktig arbeid med uttrekksprogrammer via SEDA, NOKLUS og RAVE. RAVE brukes nå i utprøving av læringsnettverk med tema "Kvalitetsindikatorer i allmenmedisin".

Finansiering og lovmessige forhold vedrørende datainnhenting for kvalitetsforbedring må avklares. Det er også viktig å sørge for gode prosesser for valg av kvalitetsindikatorer, konferer Kunnskapssenterets rapport med forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten (41). Bruken av data som registreres må også avklares. Disse utfordringene er belyst i rapport fra Helsedirektoratet om det moderne IT legekantoret (33), samt i Helseregisterprosjektet (34).

Partnerskapsmodellen

For at et nasjonalt kvalitetssystem faktisk skal bidra til bedre kvalitet i primærhelsetjenesten, er det nødvendig at alle aktører samarbeider godt og tillitsfullt. Implementeringen av de ulike elementene bør derfor skje ved en partnerskapsmodell mellom sentrale aktører og myndighetene basert på en konsensusmodell. Arbeidet med å utvikle rammer og føringer og implementering av et nasjonalt kvalitetssystem skjer i et kontinuerlig partnerskap mellom myndighetene og sentrale aktører når det gjelder kvalitet i kommunehelsetjenesten.

Bygge på eksisterende arbeid og strukturer

Når det gjelder kvalitetsarbeid i allmennlegetjenesten, er det mye godt arbeid å bygge på, både nasjonalt og internasjonalt. I størst mulig grad bør en bygge videre på eksisterende strukturer og tiltak, vurdere tilgjengelig dokumentasjon og innhentede erfaringer, og arbeide for å få disse implementert, i stedet for å etablere nye ordninger. Fordi vi i stor grad mangler god kunnskap om effekten av de fleste tiltakene, er det også viktig å sørge for god evaluering.

Krav til spesialistutdanning og resertifisering

Krav til spesialistutdanning og vedlikehold av spesialitet for å arbeide selvstendig som allmennlege vil sikre en formell kompetanse, og bidra til at legene forpliktes til kontinuerlig faglig videreutvikling.

Hvis det stilles krav om obligatorisk spesialistutdanning for å praktisere som fastlege, er det avgjørende at innholdet i videre- og etterutdanningen er godt, slik at det bidrar til at vi utdanner gode og kompetente allmennleger. Kompetansebasert

etterutdanning, basert på individuelle læreplaner, kan vurderes for å sikre reell faglig utvikling.

Det kan vurderes å legge inn spesifikke krav om deltakelse i kvalitetsforbedringsarbeid, samt ferdigheter i forhold til kunnskapsbasert praksis, både for å oppnå spesialiteten, men særlig for den femårige resertifiseringen av spesialiteten.

Støtte og veiledning i lokalt kvalitetsforbedringsarbeid

Det er behov for støtte og veiledning for å få gjennomført lokalt kvalitetsforbedringsarbeid på en systematisk måte som en integrert del av ordinær allmennlegevirksomhet.

Legeforeningen har vedtatt å etablere Senter for allmennmedisinsk kvalitet (SAK), og er i gang med utredning av innhold og organisering av SAK, slik vi har beskrevet ovenfor.

En eventuell nasjonal enhet som skal koordinere de mange og fragmenterte initiativ, samt få fart på arbeidet med kvalitetsforbedring, og ha ansvar for utvikling, implementering og videre utvikling, bør ha tett kontakt og nært samarbeid med SAK. Det kan vurderes om det er hensiktsmessig og mulig at SAK blir en integrert del av en slik nasjonal enhet for kvalitet i primærhelsetjenesten.

Referanser

1. ...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten (2005-2015). Oslo; Sosial- og helsedirektoratet; 2005.
2. Sju teser for allmennmedisin. En oppsummering av NSAMs tenkedugnad 2000- 2001. Tidsskr Nor Lægeforen 2003;123:495.
3. Trygg hos fastlegen og på legevakta. KUP's strategi for kvalitetsutvikling i norsk allmennmedisin. Oslo: Allmennmedisinsk kvalitetsutvalg (KUP). Den norske legeforening; 2009. <http://www.legeforeningen.no/id/151920.0>
4. Lindahl Anne Karin (ed), Bjertnæs Øyvind, Flottorp Signe A, Nyen B, Nylenna M, Reinar, Røttingen John-Arne. Norske og internasjonale tilnærminger til arbeidet med kvalitet i allmennlegetjenesten. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 3-2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010.
5. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. FOR 2000-04-14 nr 328. <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20000414-0328.html>
6. Data fra allmennlegetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00304/IS-1808_Data_fra_al_304439a.pdf
7. Nossen JP. Hva foregår på legekantorene? Konsultasjons-statistikk for 2006. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet; 2007. NAV rapport 2007:4. Tilgjengelig fra: www.nav.no/binary/805363647/file.
8. Legetjenester og pasienter med ikke-vestlig bakgrunn. Landsomfattende Omnibus 7. - 13. mai 2008. Oslo: Respons, på oppdrag fra Den norske legeforening; 2008. <http://www.legeforeningen.no/id/144519.0>
9. Norsk kundebarometer. Brukertilfredshet i offentlig sektor. Oslo: Handelshøyskolen BI; 2010. <http://www.kundebarometer.com/index.php?content=nkbhome>
10. Innbyggerundersøkelsen: inntrykk av å bo i kommunen og i Norge. Oslo: Direktoratet for forvaltning og IKT; 2009. DIFI rapport 2010:1. Tilgjengelig fra: www.difi.no/filearchive/rapport-innbyggerundersokelsen-2010.pdf. Oslo: Direktoratet for forvaltning og IKT; 2010.

11. Sandvik H. Evaluering av fastlegereformen 2001 - 2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter. Oslo: Norges forskningsråd; 2006.
http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00007/rapport_7350a.pdf
12. Hunskår S. Allmennmedisin. 2. utgave 2003. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2003.
13. Allmennlegetjenesten - en risikoanalyse. En rapport om risiko og sårbarhet i allmennlegetjenesten. Oslo: Statens helsetilsyn; 2004.
http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2004/helsetilsynetrapport13_2004.pdf
14. Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren 2007. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007.
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00016/IS-1443_16144a.pdf
15. Skapes helse, skapes velferd - helsesystemets rolle i det norske samfunnet. Oslo: Helsedirektoratet; 2008.
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00051/Utviklingstrekk_i_he_51899a.pdf
16. Tillit - trygghet - tilgjengelighet. Styrking av allmennmedisin og fastlegeordning frem mot år 2020. Oslo: Den norske legeforening; 2009.
http://www.legeforeningen.no/asset/43195/1/43195_1.pdf
17. Finansdepartementet. Prop. 1 S (2010-2011) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2011. Statsbudsjettet.
18. Steinert S. Skisse til forsøk med fastlønte utdanningsstillinger i allmennmedisin. Utredning i forbindelse med samhandlingsreformen på bakgrunn av oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet. 2010 Aug.
19. Helse- og omsorgsdepartementet. Flere yngre leger får faste stillinger. Pressemelding 30.09.10.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressemelder/pressemeldinger/2010/Flere-yngre-leger-far-faste-stillinger.html?id=615814>.
20. Høringsuttalelse: Rapport IS-1783: Nybyrjarstilling for legar - praktisk og pedagogisk oppfølging av nyutdanna legar.
21. Horsley T, Grimshaw J, Campbell C. How to create conditions for adapting physicians' skills to new needs and lifelong learning. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010, Joint HEN-Observatory Policy Brief, No. 14; 2010.
22. Flottorp SA, Jamtvedt G, Gibis B, McKee M. Using audit and feedback to health professionals to improve the quality and safety of health care. (Policy summary). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies: 2010.

23. Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(2):CD003030.
24. Rammeavtale mellom Kommunenes Sentralforbund (KS) og Den norske lægeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene. ASA 4310 for perioden 2010 - 2011. <http://www.legeforeningen.no/id/1138.0>
25. Kommuner og fastleger må tenke sammen. 29.09.10. <http://www.legeforeningen.no/id/165501.0>
26. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64.
27. Schoen C, Osborn R, Doty MM, Squires D, Peugh J, Applebaum S. A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009: perspectives on care, costs, and experiences. *Health Aff (Millwood)* 2009;28(6):w1171-w1183.
28. Holmboe O, Bjertnæs ØA, Bukholm G, Nguyen K, Helgeland J, Røttingen JA. Commonwealth Fund-undersøkelsen i 2009 blant allmennleger: Resultater fra en komparativ undersøkelse i 11 land. Rapport fra Kunnskapscenteret nr 24-2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten, 2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten; 2009.
29. Målbeskrivelse og gjennomføringsplan for allmennmedisin. Målbeskrivelse for spesialistutdanningen i allmennmedisin (videre- og etterutdanning) . Oslo: Den norske legeforening; 2009. http://www.legeforeningen.no/asset/44756/1/44756_1.pdf
30. Spesialistregler i allmennmedisin. <http://www.legeforeningen.no/id/56767.0>. 2010.
31. Flottorp S, Bjerkeland E, Baerheim A, Forland F, Forsgren B, Hagerup J, et al. Hvordan bedre kvalitet og videre- og etterutdanning i allmennpraksis? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2005;125(5):601-2.
32. NOTAT Innspill EPJ-løft. Prosjektorganisering og metode. Oslo: Den norske legeforening; 2010.
33. Det moderne IT-legekontor - Myndighetskoordinering. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/_det_moderne_it_legekontor___myndighetskoordinering___720074
34. Gode helseregistre – bedre helse. Strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre 2010–2020. Hovedrapport fra forprosjektet Nasjonalt helseregisterprosjekt. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2009.
35. Kvalitetsindikatorer i norsk allmennmedisin. Rapport fra KUP. Oslo: Den norske legeforening; 2005. http://www.legeforeningen.no/asset/37527/1/37527_1.pdf

36. Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *N Engl J Med* 2009;361(4):368-78.
37. Mannion R, Davies HT. Payment for performance in health care. *BMJ* 2008;336(7639):306-8.
38. Doran T, Fullwood C, Kontopantelis E, Reeves D. Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework. *Lancet* 2008; 372(9640): 728-36.
39. Nyen B. Satsning på kvalitet i allmennlegetjenesten i British Columbia, Canada - noe å lære for oss i Norge? Notat. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010.
40. Primary Health Care Charter: a collaborative approach. Ministry of Health, British Columbia; 2010.
http://www.impactbc.ca/files/documents/Primary_Health_Care_Charter_may_29.pdf
41. Rygh L, Helgeland J, Braut GS, Bukholm G, Fredheim N, Frich JC, et al. Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten, Rapport fra Kunnskapssenteret nr 16 – 2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010.