

Fastlegeordningen – trender, utfordringer og fremtid. Hva skal til for å stabilisere fastlegeordningen?



Tor Magne Johnsen

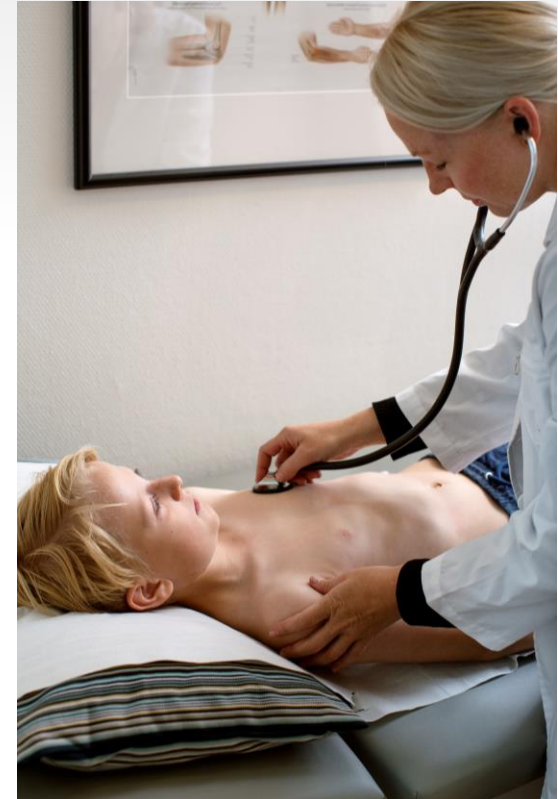
Fastlege ved Midtbyen Legesenter, Trondheim

Forsker ved Nasjonalt senter for e-helseforskning og NTNU



Fastlegeordningen – verdt å ta vare på

1. **Universell dekning av kostnader** og fravær av kostnadsbarrierer slik at folk får hjelp når de trenger det og på en måte som er akseptabel for dem.
2. **En sterk primærhelsetjeneste** som sikrer tilgang på tjenester av høy verdi som er likeverdig tilgjengelige for alle, noe som reduserer risikoen for diskriminering og ulik behandling.
3. **Mindre utgifter til administrasjon** både for pasienter og klinikere, noe som kan begrense tilgangen på hjelp, særlig for marginaliserte grupper.
4. **Investeringer i sosiale tjenester** som gir en mer lik tilgang til god ernæring, utdanning, helsetjenester for barn, bolig, transport og trygdetjenester for arbeidstakere.



Illustrasjonsfoto fra NTNU-praksiser.
Foto Anne-Line Bakken

Fastlegeordningen 2.0 - Trønderoppørret



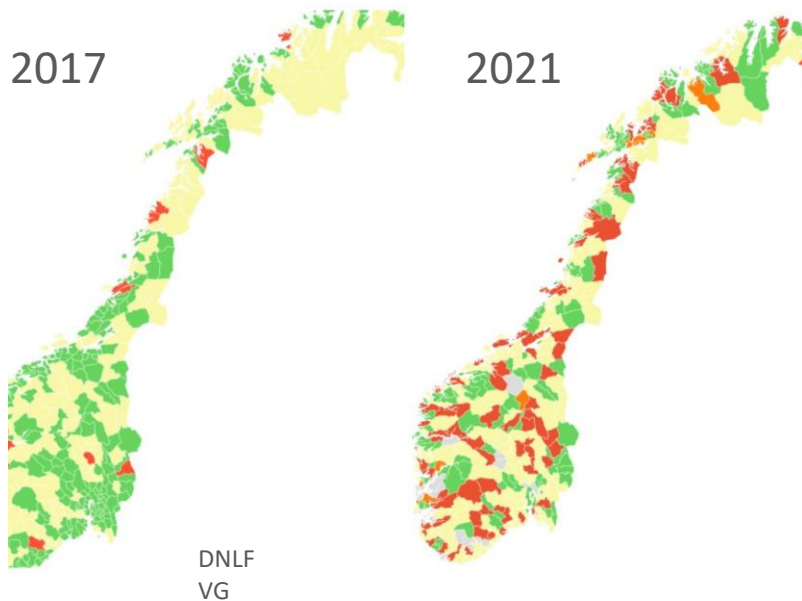
FASTLEGEORDNINGEN 2.0
TRØNDEROPPRØRET



Status fastlegeordningen 2021

«66 prosent av kommunene varsler om utfordringer med å rekruttere fastleger i løpet av det siste året.»

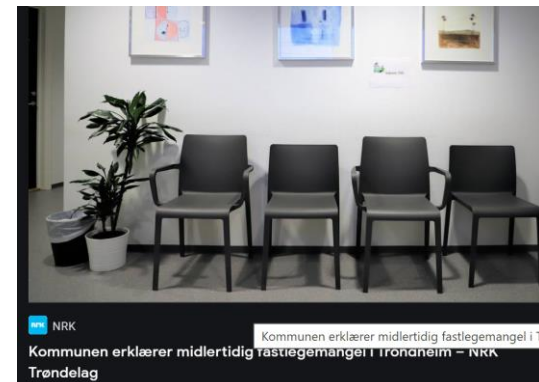
«Antall røde kommuner (kommuner med store rekrutteringsutfordringer) har økt mer enn 60 prosent siden 2019 – og hele 600 prosent siden 2017»



«135.000 nordmenn får nå ikke oppfylt sin rett til fastlege. Langt flere er rammet av ikke å kunne bytte fastlege.»

«Manglende oppfølging av kommunene har antagelig bidratt til å forsterke krisen i fastlegeordningen. For hvilken verdi har en lovfestet rettighet for pasientene dersom det ikke får noen konsekvenser for kommunene å bryte den?»

Lars Duvaland *Juridisk direktør, Legeforeningen*
Aftenposten 30. november 2021





Tiden som tlyr

Vi kan ikke løse problemene med de samme tankene vi brukte da vi skapte dem

Einstein

11:31

10° F 10° C 10° C

Demens i familien

Din

Kontinuitet i lege-pasient-relasjonen gir bedre helse, redder liv, reduserer helseutgifter og gir et mer likeverdig helsevesen



Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway

Hogne Sandvik, Øystein Hetlevik, Jesper Blinkenberg and Steinar Huskær
British Journal of General Practice 4 October 2021; BJGP 2021 0340. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp.2021.0340>

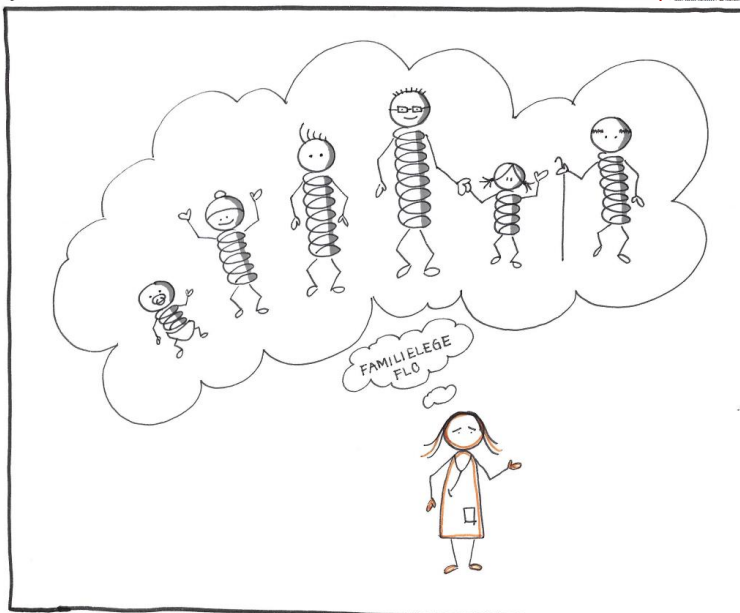
Article Figures & Data Info eLetters PDF Previews



KJENNSKAP TIL PASIENTEN: Det kan være en avgjørende faktor, viser ny forskning. Illustrasjonsfoto. Foto: Getty Images

– Kan være livreddende at legen kjenner deg

Hvor lenge du har beholdt fastlegen din påvirker behovet for sykehusinleggelse og dødelighet, viser ny studie.



BMJ Open Continuity of care with doctors – a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality

Denis J Pereira Gray,¹ Kate Sidaway-Lee,¹ Eleanor White,^{1,2} Angus Thorne,^{1,3} Philip H Evans^{1,2}

To cite: Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, et al. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic

ABSTRACT
Objective Continuity of care is a long-standing feature of healthcare, especially of general practice. It is associated with increased patient satisfaction, increased take-up of health promotion, greater adherence to medical advice and decreased use of hospital services. This review aims to examine whether there is a relationship between the receipt of continuity of doctor care and mortality.
Design Systematic review without meta-analysis.
Data sources MEDLINE, Embase and the Web of Science, from 1996 to 2017.
Eligibility criteria for selecting studies: Peer-reviewed primary research articles, published in English which reported measured continuity of care received by patients from any kind of doctor, in any setting, in any country, related to measured mortality of those patients.
Results Of the 726 articles identified in searches, 22 fulfilled the eligibility criteria. The studies were all cohort or cross-sectional and most adjusted for multiple potential confounding factors. These studies came from nine

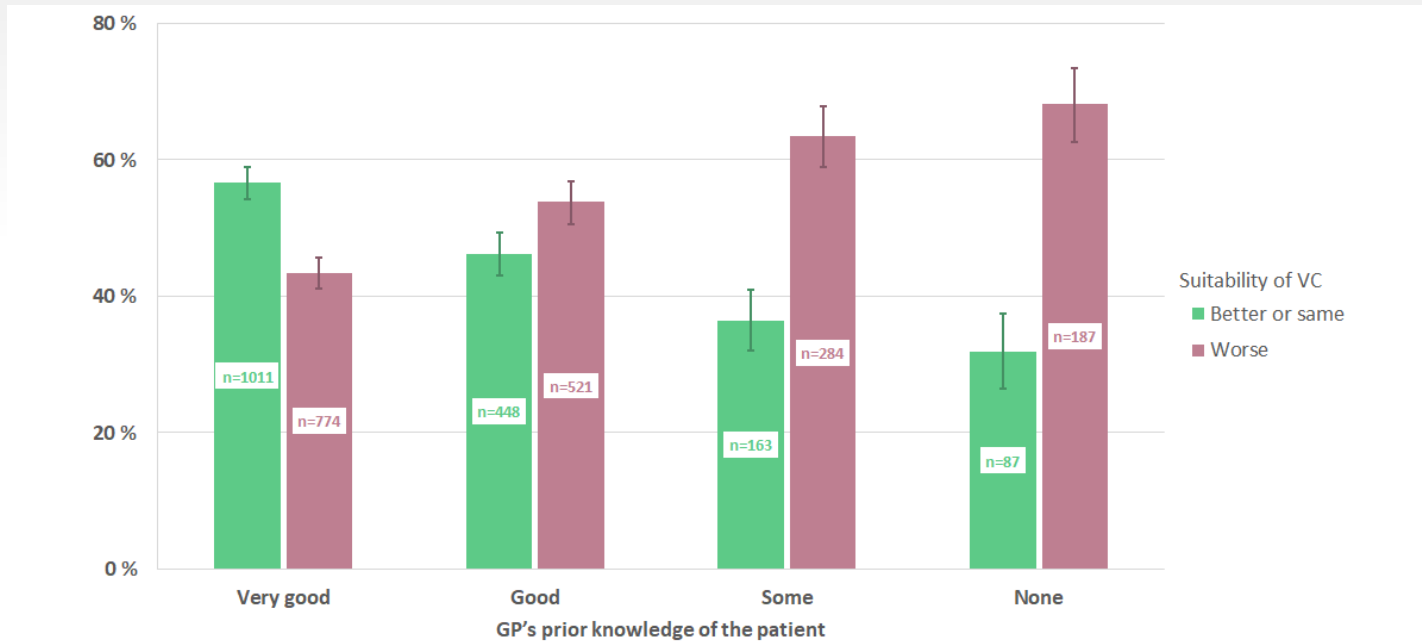
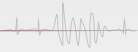
Strengths and limitations of this study

- ▶ The first systematic review of continuity of care and mortality.
- ▶ We included studies working with patients with all conditions, of all ages and of all stages of conditions.
- ▶ We included articles investigating continuity with all kinds of doctors in any health system.
- ▶ We included articles using any clearly defined measure of continuity of care.
- ▶ A meta-analysis was not possible due to heterogeneity of continuity and mortality measures.

from the germ theory to the sequencing of the human genome have together generated much deeper understanding of the pathophysiology of disease with improved prevention and treatment. However, all



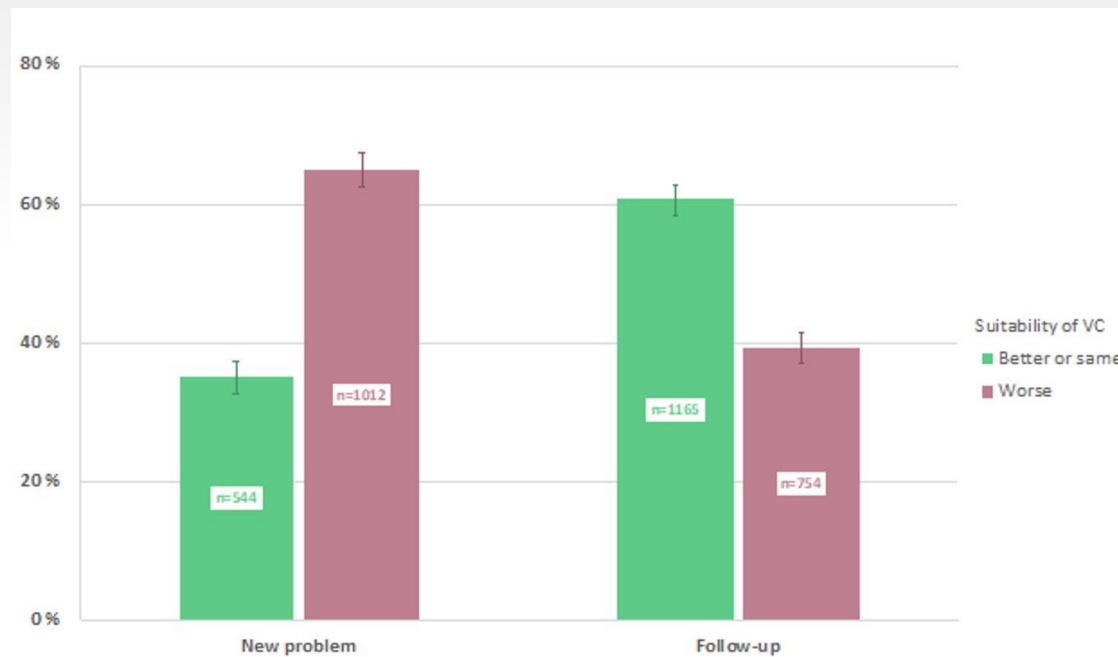
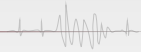
Kontinuitet er vinneroppskriften - både fysisk og digitalt



Suitability of Video Consultations During the COVID-19 Pandemic Lockdown: Cross-sectional Survey Among Norwegian General Practitioners

Tor Magne Johnsen ^{1,2}; Børge Lønnebakke Norberg ^{1,2}; Eli Kristiansen ¹; Paolo Zanaboni ^{1,3}; Bjarne Austad ²; Frode Helgetun Krogh ^{1,2}; Linn Getz ²

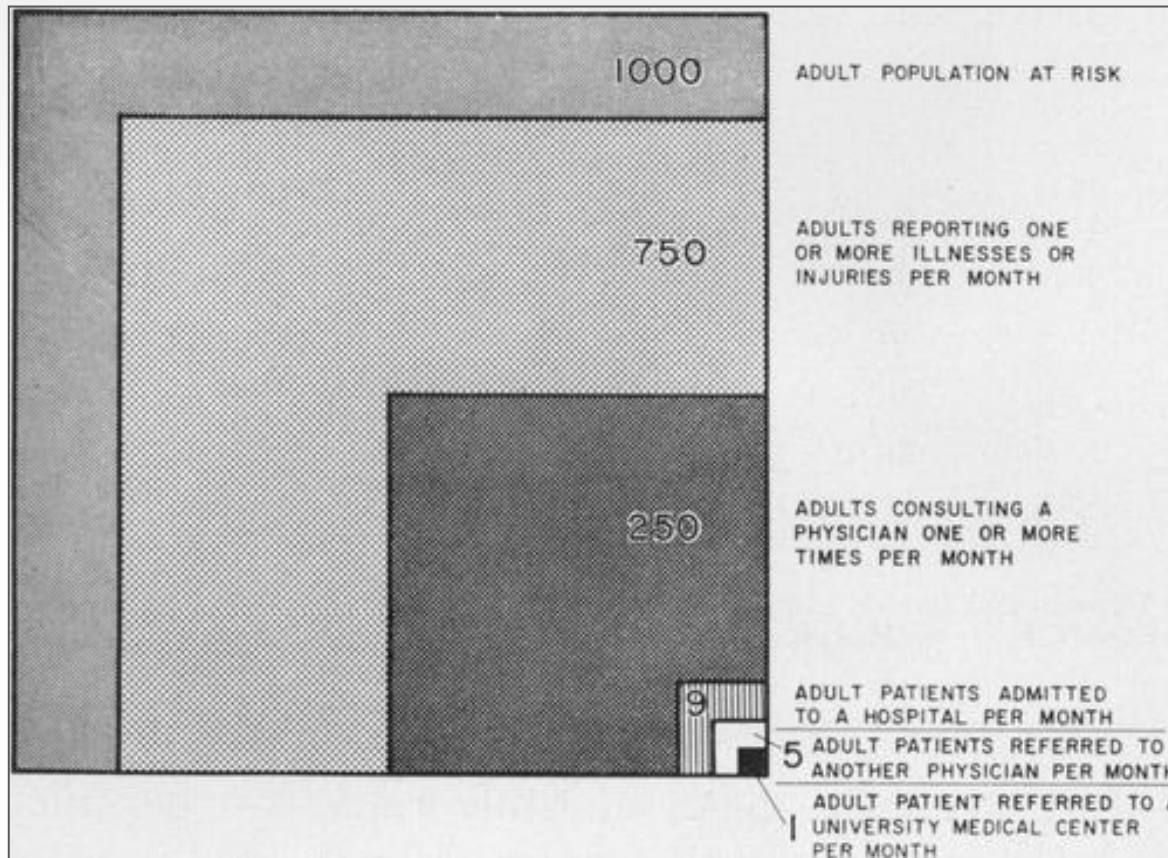
Kontinuitet er vinneroppskriften - både fysisk og digitalt



Suitability of Video Consultations During the COVID-19 Pandemic Lockdown: Cross-sectional Survey Among Norwegian General Practitioners

Tor Magne Johnsen^{1,2} ; Børge Lønnebakke Norberg^{1,2} ;
Eli Kristiansen¹ ; Paolo Zanaboni^{1,3} ; Bjarne Austad² ;
Frode Helgetun Krogh^{1,2} ; Linn Getz²

Forekomst av helseplager i befolkningen



CLASSIC PAPER

*The Ecology of Medical Care**

Reprinted from
The New England Journal of Medicine
 265:885-892, 1961

KERR L. WHITE, MD,[†] T. FRANKLIN WILLIAMS, MD,[‡] AND
 BERNARD G. GREENBERG, PhD^{*§}

Chapel Hill, North Carolina

Current discussions about medical care appear largely concerned with two questions: Is the burgeoning harvest of new knowledge fostered by immense public investment in medical research being delivered effectively to the consumers? Is the available quantity, quality and distribution of contemporary medical care optimum in the opinion of the consumers? In addition, it may be asked: Whose responsibility is it to examine these questions and provide data upon which sound judgments and effective programs can be based?

The traditional indexes of the public's health, such as mortality and morbidity rates, are useful for defining patterns of ill-health and demographic characteristics of populations who experience specific diseases. They are of limited value in describing actions taken by individual patients and physicians about disease and other unclassified manifestations of ill-

* From the departments of Preventive Medicine and Medicine, School of Medicine, and the Department of Biostatistics, School of Public Health, University of North Carolina.

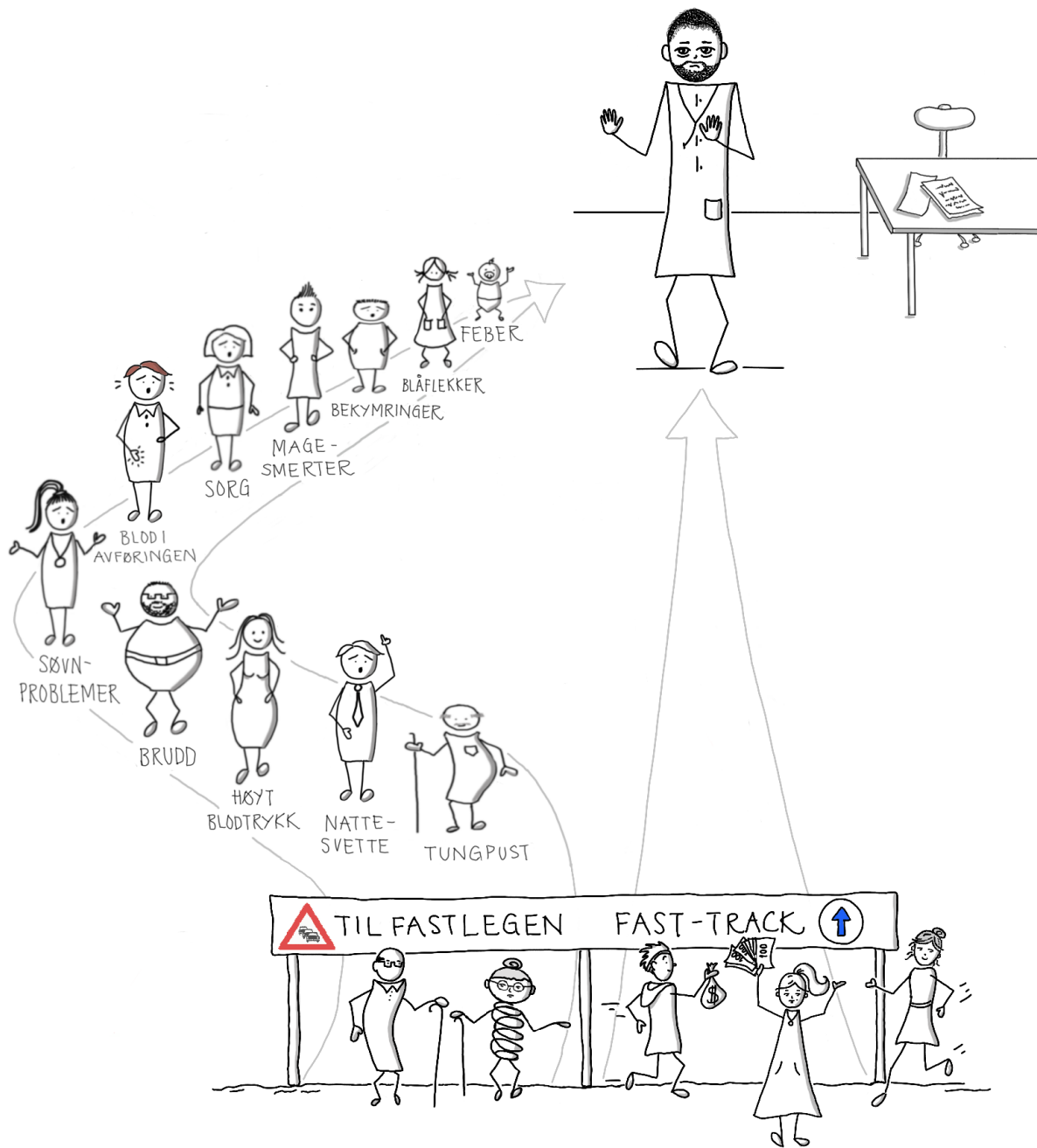
[†] Supported in part by a research grant (W-74) from the Division of Hospital Facilities, United States Public Health Service.

[‡] Associate Professor of Preventive Medicine and Medicine, University of North Carolina School of Medicine.

[§] Associate Professor of Preventive Medicine and Medicine, University of North Carolina School of Medicine; Marble Scholar in The Medical Sciences.

[§] Professor of Biostatistics, University of North Carolina School of Public Health.





Portvokter i et todelt helsevesen..

Den norske fastlegen – verdens beste portvokter



DAGENS Medisin Nyheter Debatt Pharma DM Arena DMTV Om oss Q

Vi unngikk italienske tilstander

Takket være kommunenes gode innsats har vi unngått italienske tilstander. En velfungerende primærhelsetjeneste har vært nøkkelen til at koronapandemien hittil har vært håndterlig for sykehusene. Dette må anerkjennes.

Randi-Luise Møgster/Guttorm Brattebø
Publisert: 2020-06-04 — 20:31



Randi-Luise Møgster

*Kronikk: **Randi-Luise Møgster**, viseadministrerende direktør i Helse Bergen HF/ Haukeland universitetssjukehus
Guttorm Brattebø, professor ved Universitet i Bergen og seksjonsoverlege ved Kirurgisk Serviceklinikk, Haukeland universitetssjukehus*

ANTALLET PASIENTER med behov for intensivmedisinsk behandling under Covid-19-pandemien har til nå ikke oversteget kapasiteten i våre sykehus. Dødeligheten av pasientene i sykehus har heller ikke vært så høy som man fryktet, noe spesialisthelsetjenesten har høstet anerkjennelse for. Vi mener at nøkkelen til at koronapandemien hittil har vært håndterlig for sykehusene, har vært en velfungerende primærhelsetjeneste. Dette må anerkjennes.



Guttorm Brattebø

Siden begynnelsen av mars har Helse Bergen og kommunehelsetjenesten i vårt område samarbeidet aktivt med å legge planer for hvordan vi skulle møte en eventuell stor mengde av akutt syke pasienter som følge av pandemien. Heldigvis har vi så langt ikke opplevd enølge av slike pasienter – takket være strenge smitteforebyggende tiltak.

BEHANDLINGEN. I Helse Bergen har vi således i ti-ukersperioden fra 1. mars hatt totalt 70 inneliggende Covid-19-pasienter, og 13 av dem har fått intensivbehandling. På det meste var syv pasienter innlagt ved intensivavdelingen samtidig, og tre av de inneliggende pasientene døde. Om vi sammenligner oss med andre land i Europa, er dette lave tall, og mye lavere enn det vi fryktet da de første pasientene begynte å bli innlagt i sykehus.

VG SPOR TEN VG LIVE TV-GUIDE VG+ TIPS OSS

CORONAVIRUSET LIVE TALL SYMPTOMTEST SPOR OSS HJELPEGUIDEN ARTIKLER PODKAST



FASTLEGENE AVKLARTE: Fastlege Tor Magne Johnsen, mener svarene fra 1000 fastleger, viser at «demningen» rundt sykehusene har fungert optimalt. Foto: Therese Alice Sanne

Tusenvis fryktet coronasmitte: Fastlegene sendte bare 1 av 20 pasienter til sykehus

Mange tusen pasienter har kontaktet fastlegene om mulig coronasmitte. Men bare én av 20 pasienter er sendt videre til sykehus.

Av ANNE STINE SÆTHER
Publisert: 7. juni



En av konsekvensene når kompetente portvoktere forlater skuta..

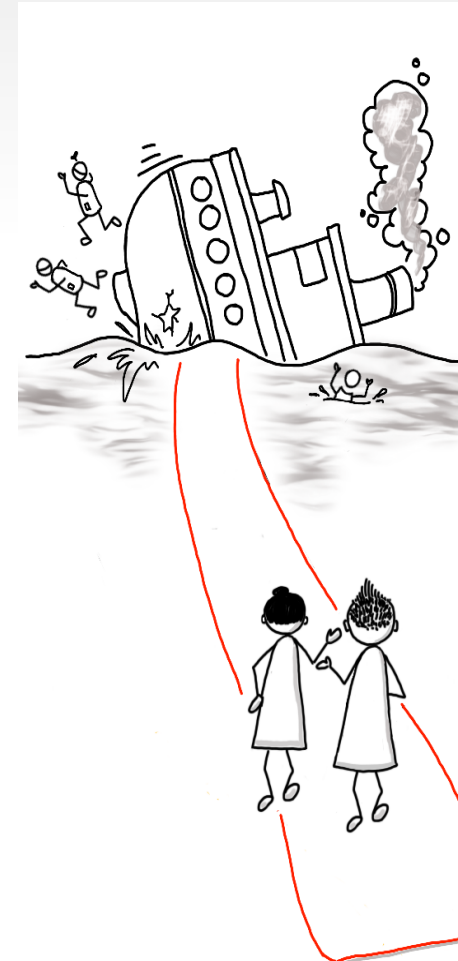


Innleggelseser

- Spesialist - Innleggelse i **2,2%** av konsultasjonene
- Lis/vikar – Innleggelse i **3,0%** av konsultasjonene
- **27%** økt sannsynlighet for innleggelse hos Lis/vikar
- 2017 – 12,4% av listene betjent av vikar.
- 2021 – 21,6% av listene betjent av vikar.
- Ca 500 ekstra lister betjenes i dag av vikarer

Henvisninger

- Spesialist - henviser videre i **15,7%** av konsultasjonene
- Lis/vikar - henviser videre i **17,4%** av konsultasjonene
- **10%** økt sannsynlighet for henvisning hos Lis/vikar



Aktiviteter i løpet av en dag:
9.5 timer arbeidstid
6.5 timer på pasientkontakt
2.3 timer på pasientrelatert etterarbeid
1.3 time gjenstående arbeid
1.1 time på administrativt arbeid
21 minutt per konsultasjon

20 konsultasjoner (6 øyeblikkelig hjelp)
4 telefoner med pasienter/pårørende
1.2 småkirurgi
1 gynekologisk undersøkelse
3 utsendte brev
5.5 SMS og elektronisk pasientpost (sikkerhetsnivå 4)
3.5 E-konsultasjoner (av de 30 % som benytter seg av det)

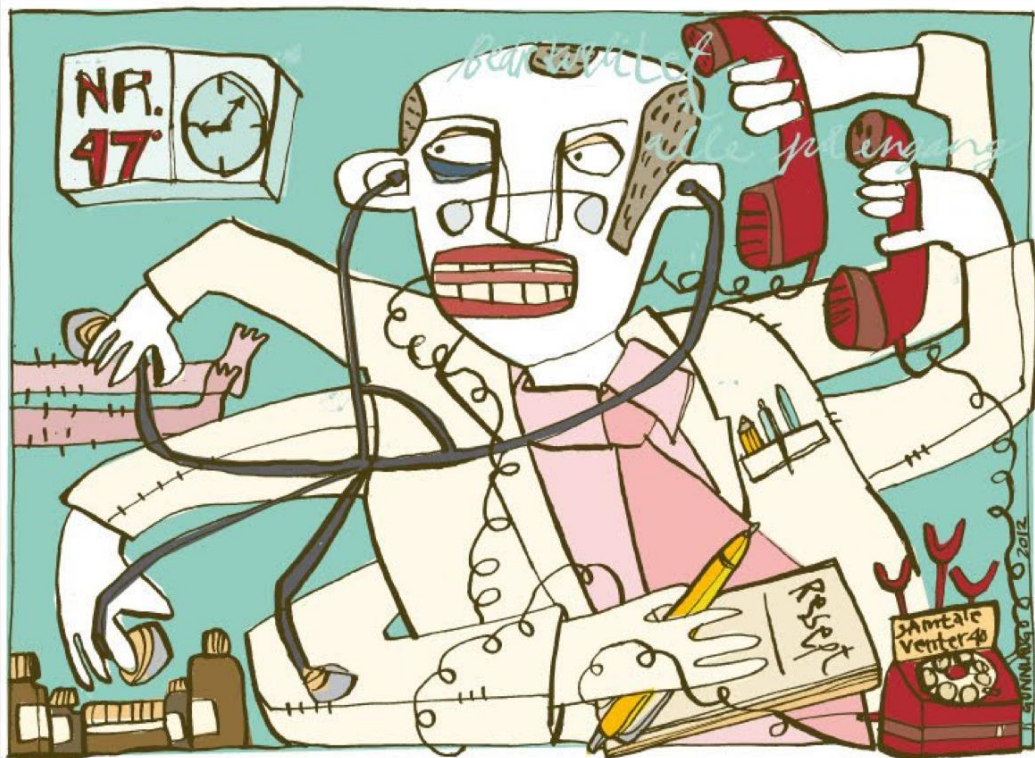
2.8 kontakter/PLO-meldinger med hjemmesykepleie
1.3 andre kontakter/PLO-meldinger med kommunen
1 andre kontakter med NAV
1.5 oppgaver multidose
2.3 iverksettinger av tilbakeførte oppgaver

0.5 innleggelser
3.2 henvisninger
4.8 sykemeldinger
2 % av alle pasienter legges inn
16 % av alle pasienter henvises
24 % av alle pasienter sykemeldes

15 signerte epikriser
2.3 rekvisisjoner til røntgen/bilediagnostikk
3.5 signerte røntgen/bilediagnostikk svar
26 signerte resepter
150-200 signerte lab. svar

Hver 2. dag: Kontakt med apotek (ikke multidose)
Hver 4. dag: Møter med kommunen, 2. linjetjenesten o.a.
Hver 5. dag: Sykebesøk
Hver 7. dag: Møte med NAV

1.1 fraværsattester videregående
0.6 førerkortattester
0.4 forsikringsattester
1.1 andre attester
3 attester totalt



43 unike problemstillinger under konsultasjoner på en dag:

- Komplekst sykdomsbilde med flere diagnoser/medikamenter
- Psykiske plager og lidelser
- Kroniske smerter
- Svangerskap
- Gynekologi og prevensjon
- Komplekse helseutfordringer barn/ungdom
- Komplekse helseutfordringer knyttet til aldring
- Oppfølging av kreftsykdommer
- Kreft er med i legens tankebaner under utredningen
- Drøfting av forebyggende tiltak med pasienten
- Alkoholmisbruk/rusproblemer
- Stress og livsbelastninger
- Vold/misbruk/omsorgssvikt
- Bruk av tolk
- Språkbarriere uten tolk til stede
- Krigshandlinger og/eller farefull flukt
- Truende kommentarer eller framtoning
- Krevende diskusjon knyttet til A- eller B-preparater
- Krevende diskusjon knyttet til sykemelding av pasient
- Pasienten fremmet krav som neppe er medisinsk indisert
- Støttespiller/livsveileder
- Rakk ikke alle problemstillinger, ny time avtalt

Komplekse problemstillinger i allmennpraksis—en prevalensstudie

TM Johnsen, BL Norberg, FH Krogh... - Tidsskrift for Den ..., 2020 - tidsskriftet.no



Alle veier fører til fastlegen

Veien ut av floken - økonomisk trygghet for fastleger og kommuner



Doble basistilskuddet

- Erfaring fra kommuner som har lyktes med å stabilisere situasjonen
- Like betingelser for alle næringsdrivende, uavhengig av spesialitet
- Igjen kostnadsnøytralt for kommunen
- Økte betingelser = økt prestisje = økt rekruttering

	Fastlege Trondheim	Avtalespesialist Trondheim
2001	500.400 kr (1800 pasienter)	521.100 kr (Klasse 3)
2021	668.300 kr (1050 pasienter)	1.472.050 kr (Klasse 3)



Veien ut av floken – Arbeidsbelastningen må ned



Halvere normtallet (listelengde som kan pålegges fastlegene)

- Redusere fastlegenes arbeidstid og arbeidsbelastning
- Gi fastlegene kapasitet til å ivareta pasientene og oppgavene
- Følge statsavtalen (ASA 4301)
 - 2.3.1. Eventuell endring av listetak som kan pålegges etter § 12 a i fastlegeforskriften)
 - «Ved vurdering av om normtallet skal endres skal det bl.a. legges vekt på endringer i helsetjenesten, spesielt oppgaveoverføring til fastleger, arbeidsvolum og omfanget av de arbeidsoppgaver som er eller vil bli tillagt fastlegen.»

Veien ut av floken – Delegering på fastlegens premisser?



Det er mulig team er fremtiden, men løsningen er ikke dagens PHT

- Fastlegene/fastlegekontorene må selv definere sitt behov for delegering
- Delegerte konsultasjoner
 - Se til Danmark og Nederland?
 - Benytte eksisterende ressurser – helsesekretærer?
- Tettere samarbeid med andre yrkesgrupper?
 - Psykolog, fysioterapeut..?
 - Støtte som ved PHT (128.000 kr /lege/år)?
- Bistand til administrasjon?
- Avlastning med vikarer?
- ALIS
- **PHT**
 - En katalysator for fragmentering og forsterket sykepleiermangel i sykehus og kommuner



Veien ut av floken?



Bearwilef
alle plenging

NR.
97°



GUNMANG © 2012



Illustrasjonsfoto fra NTNU-praksiser. Foto Anne-Line Bakken