

# Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen



**HELSETILSYNET**  
tilsyn med sosial og helse

RAPPORT FRA  
HELSETILSYNET 8/2003

SEPTEMBER  
2003

Rapport fra Helsetilsynet 8/2003  
Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen  
September 2003

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

Denne utgivelsen ble publisert november 2003 og finnes bare  
på Helsetilsynets nettsted [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

Design: Gazette  
Elektronisk versjon: Lobo Media

Statens helsetilsyn  
Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway  
Telefon: 21 52 99 00  
Faks: 21 52 99 99  
E-post: [postmottak@helsetilsynet.no](mailto:postmottak@helsetilsynet.no)

# Innhold

<b>1 Helsetilsynets erfaringer med fastlegeordningen etter to år .....</b>	<b>4</b>
1.1 Innledning .....	4
1.2 Kort om hovedinnholdet i rapporten.....	4
<b>2 Om fastlegeordningen og Helsetilsynets rolle i forberedelse og oppfølging av fastlegeordningen .....</b>	<b>5</b>
2.1 Formål og bakgrunn for fastlegeordningen .....	5
2.2 Helsetilsynets oppfølging av fastlegeordningen.....	5
<b>3 Fastlegeordningen – hvilke utviklingstrekk ser vi? .....</b>	<b>7</b>
3.1 Innbyggernes fastlegetilbud .....	7
3.2 Færre lister uten leger .....	8
3.3 Fast lege/fast legekantor - omfang av vikarer .....	9
3.4 Suspensjon .....	9
3.5 Omfang av legebytter .....	10
3.6 Ufrivillig bytte av lege.....	11
3.7 Helsetilsynets vurdering.....	12
<b>4 Hva rapporterer tilsynsmyndighetene om hvordan fastlegeordningen fungerer? ..</b>	<b>13</b>
4.1 Generelle tilbakemeldinger om fastlegeordningen .....	13
4.2 Legetjenester for utsatte grupper .....	13
4.3 Fastlegen - en adresse for ansvar .....	14
4.4 Klager på allmennlegetjenester, fastlegeordningen og fastlegene .....	15
4.5 Helsetilsynets vurdering.....	16
<b>5 Tilgang til legetjenester og øyeblikkelig hjelp .....</b>	<b>17</b>
5.1 Tilgjengelighet til legetjenester .....	17
5.2 Tilgang til øyeblikkelig hjelp .....	18
5.3 Kartleggingen ”Når hjelpen kan vente litt” .....	19
5.4 Helsetilsynets vurdering.....	19
<b>6 Offentlige legeoppgaver .....</b>	<b>21</b>
6.1 Offentlig allmennmedisinske legeoppgaver .....	21
6.2 Turnustjeneste .....	22
6.3 Samfunnsmedisinske oppgaver .....	22
6.4 Helsetilsynets vurdering.....	23
<b>7 Oppsummering av Helsetilsynets vurderinger med forslag til videre oppfølging ..</b>	<b>25</b>
<b>Referanser .....</b>	<b>27</b>

# 1 Helsetilsynets erfaringer med fastlegeordningen etter to år

## 1.1 Innledning

Statens helsetilsyn og fylkeslegene (nå Helsetilsynet i fylkene) har vært sentrale både i forberedelsene til fastlegeordningen og i oppfølgingen av reformen. Helsedepartementet har i brev av 23. mai 2003 bedt om bidrag fra Statens helsetilsyn til utarbeidelse av statusrapport om fastlegeordningen etter to år. Ønske om bidrag ble også signalisert i departementets tildelingsbrev til Statens helsetilsyn for 2003. Helsetilsynet har med utgangspunkt i departementets bestilling utarbeidet foreliggende rapporten som oppsummerer tilsynsmyndighetenes erfaringer etter to år med landsomfattende fastlegeordning.

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med helsetjenesten i landet og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter. I dette ligger et generelt ansvar for å følge opp helsetjenesten, herunder kommunehelsetjenesten med legetjenesten og fastlegeordningen. Når det gjelder fastlegeordningen består utformingen av ordningen av lov og forskriftsbestemmelser, men også av mer detaljerte bestemmelser formulert i sentralt avtaleverk og lokale individuelle avtaler. Helsetilsynets ansvar er knyttet til oppfølging av lov og forskriftsbestemmelsene ved at vi skal følge med på og gripe inn overfor uforsvarlige forhold. Når det gjelder bestemmelsene i avtaleverket ligger hovedansvaret for oppfølging hos partene i avtaleverket.

## 1.2 Kort om hovedinnholdet i rapporten

Innledningsvis gis en oversikt over tilsynsmyndighetens rolle i forberedelsene til og oppfølgingen av fastlegeordningen.

I del 3 gis en gjennomgang av status og utviklingstrekk i fastlegeordningen med utgangspunkt

i Rikstrygdeverkets styringsdata. Det sees nærmere på hva statistikken viser om innbyggernes fastlegetilbud og mulighet til å bytte lege. Det gis også en oversikt over innbyggernes bytte av leger etter innføringen av fastlegeordningen.

I del 4 gis en gjennomgang av hva tilsynsmyndigheten melder tilbake om hvordan fastlegeordningen fungerer generelt, i forhold til ulike brukere og med hensyn til samarbeid i tjenesten.

I del 5 omtales erfaringer knyttet til tilgjengelighet til fastlegen og forhold til øyeblikkelig hjelp på dagtid.

I del 6 omhandles erfaringene når det gjelder annet legearbeid i kommunen dvs. offentlig allmennmedisinske oppgaver, samfunnsmedisin og turnustjeneste.

I del 7 oppsummeres Helsetilsynets vurderinger samtidig som det gis forslag til videre oppfølging.

1) Fra 1.1.2003 ble Fylkeslegeembetet samordnet med fylkesmannsembetet. Oppgaver av tilsynskarakter er forvaltningsmessig underlagt Statens helsetilsyn og fylkesnivået blir i den forbindelse kalt Helsetilsynet i fylket. Når det gjelder oppgaver som tidligere var knyttet til fylkeslegen av rådgivingskarakter og som pådriver i helsepolitikken er dette nå fylkesmannsoppgaver delegert fra Sosial- og helsedirektoratet.

## 2 Om fastlegeordningen og Helsetilsynets rolle i forberedelse og oppfølging av fastlegeordningen

### 2.1 Formål og bakgrunn for fastlegeordningen

Formålet med fastlegeordningen er 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.

Fastlegeordningen ble innført 1. juni 2001 etter en lang forberedelsesprosess. En viktig premiss for innføring av fastlegeordningen var gjennomføring av forsøk med fastlegeordning i fire kommuner; Tromsø, Trondheim, Åsnes og Lillehammer i perioden 1993-96. Erfaringene fra forsøket og forslag om en landsomfattende fastlegeordning ble presentert i Stortingsmelding nr. 23 (1996-97) Trygghet og ansvarlighet - Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen. Departementets lovforslag og nærmere beskrivelse av en landsomfattende fastlegeordning ble presentert i Odelstingsproposisjon om fastlegeordningen, Ot.prp. 99 (1999-2000).

### 2.2 Helsetilsynets oppfølging av fastlegeordningen

I forberedelsene til fastlegeordningen hadde fylkeslegene en viktig rolle gjennom råd og veiledning til kommunene i planleggingsfasen. Fylkeslegene fikk i oppgave å overvåke legemarkedet og medvirke til at kommunene planla for framtidig fastlegeordning med tilstrekkelig legeressurser til å gi alle innbyggere et fastlegetilbud og til øvrige kommunale legeoppgaver. Fylkeslegene hadde en rolle i å bidra til framdrift i planleggingen av reformen og å følge med i innføringens ulike faser.

Etter oppstart av fastlegeordningen har Statenshelsetilsyngjennomtildelingsbrevene gitt oppfølgingsoppdrag til Helsetilsynet i fylkene for å følge utviklingene i legetjenesten og få tilbakemeldinger om utviklingen i fastlegeordningen.

Helsetilsynet ba om første tilbakemelding fra fylkeslegene om erfaringene med fastlegeordningen høsten 2001. I tildelingsbrevet for 2002 ble fylkeslegene bedt om å rapportere om erfarte problemer/utfordringer vedrørende fastlegeordningen, henholdsvis 31. mai 2002 og gjennom en oppsummering per 31. desember 2002. Det ble spesielt vist til medieoppmerksomhet om fastlegenes tilgjengelighet. Det ble også bedt om at fylkeslegene gjennom medisinalmeldingen skulle gi en særskilt omtale av fastlegeordningen.

Tilsvarende har Helsetilsynet i fylkene i tildelingsbrevet for 2003 blitt bedt om å gi tilbakemelding om de ulike problemstillingene vedrørende fastlegeordningen i rapporteringene 30. mars 2003 og 19. september 2003. I 2003 var fokus i tildelingsbrevet tilgjengelighet til fastlege og lege på dagtid i tillegg til offentlige legeoppgaver, både individrettede offentlig allmennmedisinske oppgaver og samfunnsmedisin.

Denne rapporten om Helsetilsynets erfaringer med fastlegeordningen etter to år bygger på de tilbakemeldingene fylkeslegene/Helsetilsynet i fylkene har gitt til Statens helsetilsyn på rapporteringer fram til 1. juli 2003.

Videre har det kommet noen tilbakemeldinger om fastlegeordningen gjennom Verdt-å-vite meldinger<sup>2</sup>, tilbakemeldinger i medisinalmeldinger og andre aktuelle dokumenter utarbeidet i forbindelse med Helsetilsynets tilsynsarbeid. Disse kildene har ulik karakter

2) Helsetilsynet i fylkene fikk i tildelingsbrevet for 2002 en ny type oppdrag. Tre ganger i løpet av året per 31. mai, 31. august og 31. desember skulle det sendes inn en Verdt-å-vite melding om temaområder og/eller problemstillinger fylkeslegen ville fokusere spesielt på og gjøre Helsetilsynet kjent med utenom de ordinære rapporteringene. Helsetilsynet understreker i tildelingsbrevet viktigheten av at meldingene gir bredde, spontanitet og variasjon og at de også skal gi grunnlag for temaområder for årets tilsynsmelding.

og formen på tilbakemeldingene fra Helsetilsynet i fylkene varierer. Fra enkelte fylker har vi kun korte tilbakemeldinger, fra andre er det gitt en mer systematisk gjennomgang av situasjonen i fylket. Vi legger til grunn at tilbakemeldingene samlet gir et dekkende bilde av de problemer/utfordringene Helsetilsynet i fylkene har jobbet med. Den frie formen på tilbakemeldingene gjør at vi ikke har representative vurderinger på hvert enkelt tema i rapporten. Foreliggende rapport gir likevel en systematisk gjennomgang av de tilbakemeldingene Helsetilsynet sentralt har mottatt og vil derigjennom gi en beskrivelse av hvordan fastlegeordningen fungerer sett fra tilsynsmyndighetenes synspunkt.

## 3 Fastlegeordningen – hvilke utviklingstrekk ser vi?

Rikstrygdeverket har ansvar for lege- pasientregisteret i fastlegeordningen. Registeret har, og vedlikeholder, informasjon om leger og innbyggere og deres tilknytningsforhold til fastlegeordningen. Med basis i registeret presenterer Rikstrygdeverket kvartalsvise rapporter med styringsdata for fastlegeordningen. Styringsdataene gir informasjon om fastlegene, listene og innbyggerne i fastlegeordningen bl.a. geografisk fordeling, informasjon om kjønn og alder, antall lister uten lege, antall innbyggere på listene, antall lister med ledig kapasitet og tall for legebytter mv. For tilsynsmyndighetene er disse dataene sentrale for å følge utviklingen i legetjenesten og for å få oversikt over om innbyggernes rettigheter i fastlegeordningen blir ivarettatt. Derfor ligger det også inne i tildelingsbrevet til Helsetilsynet i fylkene for 2003 at de skal holde seg oppdatert om styringsdataene. I denne rapporten om Helsetilsynets erfaringer med fastlegeordningen har vi valgt å bruke styringsdataene til å beskrive status for fastlegeordningen og til å belyse tilsynsmyndighetenes vurdering av utviklingstrekk i fastlegeordningen.

### 3.1 Innbyggernes fastlegetilbud

I henhold til kommunehelsetjenestelovens § 2-1 a (Pasientrettigheter i fastlegeordningen) har: ”Enhver som er bosatt i en norsk kommune rett til å stå på liste hos lege med fastlegeavtale”. Det samme gjelder asylsøkere og deres familie når de er medlem av folketrygden. Alle innbyggere gis tilbud om fastlege så fram de ikke aktivt reserverer seg mot å delta i fastlegeordningen. Innbyggerne har rett til å bytte fastlege inntil to ganger per år og rett til ny vurdering av annen fastlege.

Per 30. juni 2003 har 98 prosent av befolk-

ningen plass på liste hos fastlege, 1,7 prosent har plass på liste uten lege mens 0,4 prosent av befolkningen selv har valgt å stå utenfor fastlegeordningen. Helsetilsynet i fylkene har ikke i sine tilbakemeldinger til Helsetilsynet sentralt omtalt noen spesielle problemer knyttet til den delen av befolkningen som har valgt å stå utenfor fastlegeordningen. Problemstillingene knyttet til tilgjengelighet til øyeblikkelig hjelp omfatter imidlertid også denne gruppen jf. del 5.2.

Per 30. juni 2003 er det totalt 3.701 fastleger hvorav 1.086 kvinner og 2.615 menn. Leger med fastlegeavtale har avtalt listekapasitet (dvs. et maksimalt antall innbyggere på legens liste) med kommunen. Når antall innbyggere på listen har nådd avtalt listetak blir listen stengt slik at det ikke lengre blir mulig for nye innbygger å velge aktuell lege. Per 2. kvartal 2003 er 53,5 prosent av fastlegelistene åpne, det utgjør 1.983 lister med ledig kapasitet som innbyggerne kan velge som ny fastlege. Siden oppstart av fastlegeordningen har det skjedd en reduksjon i antall fastleger med åpne lister og antall ledige plasser på listene.

Det er store lokale variasjoner i hvor mange potensielle fastleger det finnes mulighet for å velge eller bytte til. Per 30. juni 2003 var det høyest andel lister med ledig kapasitet i Oslo med 77,1 prosent, mens det i Sør-Trøndelag er lavest andel med 36,8 prosent. Helsetilsynet i Sogn og Fjordane kommenterer innbyggernes byttemulighet i Medisinalmeldingen for 2002. Det vises til at de fleste legene i Sogn og Fjordane har fulle lister. Det uttales videre at: ”Sjølvs om det kjem legar i alle legestillingane og listekapasiteten er større enn folketallet, vil det framleis vere slik at nokre legar er meir etterspurde enn andre. Mange legar vil difor framleis ha fulle lister og bytteretten vil fremleis vere

avgrensa.” Helsetilsynet i Oslo trekker i rapportering per 31. mai 2002 fram at det i Oslo er god listekapasitet som gir befolkningen en reell byttemulighet ved ønske om å skifte lege. De viser også til at enkelte leger opplever såkalt pasientmangel.

Per 30. juni 2003 er i henhold til Rikstrygdeverkets oversikt kun registrert 34 kommuner hvor det er en fastlegeavtale. I disse kommunene har befolkningen i praksis bare én lege å velge. Selv om det er flere fastlegeavtaler i kommunen kan byttemuligheten være begrenset fordi tilgjengelige leger har fulle lister. Sju kommuner hadde per 30. juni 2003 ikke leger med ledig kapasitet og 71 kommuner hadde ledig kapasitet hos kun én lege. Mulighet til å velge lege i en annen kommune er tilstede, men geografi og avstand til tilgjengelige leger i annen kommune kan i praksis sette klare begrensninger på dette. Helsetilsynet i Troms påpeker i Medisinalmeldingen for 2001 at begrenset valgmulighet med hensyn til valg av lege ikke nødvendigvis er problematisk dersom legene som kan velges, er de befolkningen vil ha. Helsetilsynet i Troms uttrykker videre at det blir ekstra viktig for små kommuner å arbeide for at legetjenesten og helsetjenesten for øvrig holder god faglig bredde og høy kvalitet. Helsetilsynet i Oppland tok i rapportering per 31. mai 2003 opp at det finnes kommuner som i omkring ett år har operert med bare lukkede lister.

Antall kvinnelige fastleger har økt svakt siden innføringen av fastlegeordningen. Per 30. juni 2003 var det 53 flere kvinnelige leger enn ved oppstart. I statistikken fra legeföreningens medlemsregister ser vi også at andelen kvinnelige medlemmer i allmennlegenes yrkesforening, Aplf, har økt fra 29 prosent i januar 1999 til 32 prosent i august 2003. Det påpekes fra flere fylker at det fra befolkningens side er etterspørsel etter flere kvinnelige fastleger. Helsetilsynet i Aust-Agder viser i medisinalmeldingen i 2001 til at fylket generelt har god legedekning, men at tilgangen på kvinnelige leger ikke er stor nok i forhold til etterspørselen.

Helsetilsynet i Troms viser i medisinalmeldingen for 2001 til at antall kvinnelige fastleger i Tromsø er redusert siden oppstart av forsøksordningen, men at tilsvarende reduksjon ikke har skjedd i de andre forsøkskommunene. Før fastlegeforsøket var en høy andel av de kvinnelige legene i Tromsø ansatt i kommunen. Helsetilsynet i Troms trekker fram som mulig forklaring på frafall blant kvinnelige leger i Tromsø at disse legene ikke ønsket overgangen fra kommunal stilling til

privat praksis. Helsetilsynet i Troms peker på at dersom privat praksis er mer tiltrekkende for mannlige leger, kan føringen om selvstendig næringsdrift i fastlegeordningen redusere befolkningens mulighet til å velge en kvinnelig lege. Av hensyn til innbyggernes valgmulighet råder Helsetilsynet i Troms kommunene til å arbeide for å inngå avtaler med leger av begge kjønn. I henhold til Legeföreningens statistikk over studentmedlemmer per 10. februar 2003 er 59 prosent av medisinstudentene kvinner. Det skulle slik sett ligge til rette for at vi i tiden framover kan få flere kvinnelige fastleger. Ut fra et rekrutteringssynspunkt vil det være viktig at kvinner finner det attraktivt å arbeide i allmennpraksis.

### 3.2 Færre lister uten leger

Ved oppstart av fastlegeordningen (RTV statistikk per 30. juni 2001) var det 277 lister uten lege og samlet 200.000 innbyggere som var oppført på disse listene. I løpet av det første året ble antall lister uten lege redusert til 133 per 30. juni 2002 og antall innbyggere knyttet til disse listene var 85.000. Per 2. kvartal i 2003 er antall lister uten lege 122 og samlet 78.000 innbyggere er av den grunn uten en fast lege.

Bedringen i legedekning i løpet av det første året med fastlegeordning gjaldt i de fleste deler av landet. Ledige fastlegeavtaler i sentrale strøk har vært lettere å rekruttere til enn i utkantstrøk. Fra Helsetilsynet i flere fylker meldes det derfor fortsatt om enkelt kommuner som sliter med å rekruttere leger. Sogn og Fjordane er det fylket som tydeligst utpeker seg i negativ retning. I Sogn og Fjordane var 12 av 104 fastlegelister uten lege og 9.851 innbyggere var knyttet til disse listene per 31. juni 2003. Det betyr at 8,9 prosent av deltakere i fastlegeordningen i fylket var uten navngitt fastlege.

Helsetilsynet i Sogn og Fjordane har gitt bred omtale av problemer med legedekningen i medisinalmeldingen i 2002. Fylkeslegen i Sogn og Fjordane har tatt initiativ til en arbeidsgruppe med representanter fra Kommunenes Sentralforbund, Legeförening og kommunene for å få til et felles initiativ for å bedre legedekningen. Det er også avsatt noen midler til oppfølgingstiltak i Sogn og Fjordane fra Helsedepartementets stimuleringsmidler til allmennlegetjenesten. Styringsdata fra Rikstrygdeverket viser en nedgang i antall ledige lister i Sogn og Fjordane fra 19,4 prosent per 30. juni 2002 til



11,5 prosent per 30. juni 2003. Det er foreløpig tidlig å si om dette er starten på en mer positiv trend. Slik Helsetilsynet i Sogn og Fjordane betegner legedeknings situasjonen er ikke legetjenesten i fylket uforsvarlig, men den er dårligere enn ønsket i flere kommuner.

Nord-Trøndelag og Finnmark har også hatt problemer med høye andeler lister uten lege. Per 30. juni 2003 er Nordland fylket som etter Sogn og Fjordane har høyest andel av befolkningen knyttet til liste uten lege (15.461 innbyggere utgjør 6,4 prosent av antall deltakere i fastlegeordningen per 31. mars 2003).

### 3.3 Fast lege/fast legekantor - omfang av vikarer

10,5 prosent (393 leger) av fastlegene er knyttet til felleslister. Fellesliste innebærer at leger i felleskap har ansvar for å sikre at innbyggerne på listen gis tilgang på legetjenester. Innbyggerne på listen velger seg en ansvarlig lege som har hovedansvar for journal og oppfølging av pasientene. Innbyggerne er imidlertid ikke sikret tilgang til legetjenester hos den ansvarlige legen, men er sikret legehjelp hos en av legene på felleslisten. Innbyggerne på felleslisten forholder seg dermed i høyere grad til et fast legekantor enn en fast lege. Høyest andel fellesliste finner vi i Nordland med 28,5 prosent av listene. I Trøndelagsfylkene og Finnmark er også andelen høyere enn 20 prosent. Helsetilsynet i Finnmark viser i Medisinalmeldingen for 2002 til at i 7 av Finnmarks 19 kommuner har legene fellesliste.

Andel fastlegeavtaler som er betjent av vikarer var i 2. kvartal 2003 på 6,5 prosent. Tallene for vikarer omfatter kun vikaravtaler som gjelder over en viss tid og som meldes inn av kommunene til fastlegekontorene i Trygdeetaten. Vikarer under kollegiale ordninger med gjensidig fraværdekning registreres ikke i Rikstrygdeverkets statistikk, og heller ikke vikarer som betjener lister uten lege. Helsetilsynet i Finnmark har i rapportering per 31. august 2002 tatt opp at legetjenesten blir mer sårbar ved utstrakt bruk av vikarer. Det blir vanskelig å dekke samfunnsmedisinske oppgaver som krever større grad av langsiktighet, og i forhold til pasientbehandling kan det bli problemer knyttet til manglende lokalkunnskaper og kulturelle problemer. Helsetilsynet i Finnmark peker på at slike forhold krever ansvarlig lederskap av legene med hensyn til rutiner og intern

tilsyn. Helsetilsynet i Nordland ser vikarbruk og fellesliste i sammenheng i sin uttalelse om legedekningen i fylke i rapport per 31. mars 2003: ” Det er ingen kommuner i Nordland som er uten lege, der det mangler faste leger er det god dekning med vikarer, det byr heller ikke på problemer med å få ansatt vikarer. Der det ikke er faste leger er det i hovedsak felleslister.”

### 3.4 Suspensjon

I forskrift om fastlegeordningen reguleres særlige tiltak ved legemangel, jf. § 17. I de kommunene fastlegeordningen suspenderes mister kommunen plikt til å tilby fastlegeordning og innbyggernes rettigheter begrenses tilsvarende. Innbyggerne opprettholder rett på legetjenester jf. kommunehelsetjenesteloven § 2-1. Suspensjonsbestemmelsen er ment å regulere unntakssituasjoner der legemangelen forventes å vare over tid slik at en kommune ikke er i stand til å gi befolkningen et fastlegetilbud. Kommunene må søke fylkeslegen<sup>3</sup> om suspensjon. Det er stilt som vilkår at det er forsøkt å finne lokale løsninger og at det er grunn til å tro at kommunen vil være ute av stand til å oppfylle sin plikt over en periode på minst tre måneder.

Da fastlegeordningen ble innført var det 8 kommuner som hadde fått innvilget suspensjon fra fastlegeordningen.<sup>4</sup> Etter hvert har alle disse kommunene kommet med i fastlegeordningen, med unntak av Gildeskål. Status per 30. juni 2003 er at tre kommuner er suspendert fra fastlegeordningen; Solund i Sogn og Fjordane, Engerdal i Hedmark og Gildeskål i Nordland.

Med bakgrunn i den oppmerksomhet som var rettet mot manglende legedekning i forbedrelsene til fastlegeordningen var det frykt for at mange kommuner ville søke og få innvilget suspensjon fra fastlegeordningen. Erfaringene har imidlertid vist at suspensjonsadgangen ikke har blitt benyttet i stor utstrekning. Helsetilsynene i fylkene rapporterer om at kommunene viste stor vilje til å komme i gang med fastlegeordning, til tross for mangel på leger. Helsetilsynet i Sør-Trøndelag viser i rapportering per 31. mai 2002 til to kommuner som ikke har tilsatt kommunelege eller inngått avtale med fastlege for sin befolkning. De viste til at de kliniske oppgavene ble løst ved hjelp av vikarer og turnuslege med veiledning fra nabokommunene og at fylkeslegen ikke så behov for å dispensere fra fastlegeordningen for disse to kommunene.

3) Fylkesmannen fra 1.1.2003.

4) Torsken og Berg i Troms og Gildeskål, Tysfjord, Fauske, Hamarøy og Bø kommuner i Nordland og Aurskog-Høland i Akershus.

### 3.5 Omfang av legebytter

I dette avsnittet ser vi på omfang av legebytter som blir initiert av innbyggeren selv. Bytte av lege kan skje av ulike grunner. Det kan skje på grunn av misnøye med den legen det byttes fra, bedre tiltro til annen lege, ønske om en lege nærmere hjem eller arbeid mv. Ved oppstart av fastlegeordningen ble det gjennomført et betydelig antall bytter. Totalt ble det gjennomført 276.341 legebytter i løpet av mai-juni 2001. Disse byttene skjedde som en første tilpasning til fastlegeordningen fordi innbyggeren av ulike grunner ønsket annen lege enn de fikk tildelt etter legefordeling.

Etter 1. juli 2001 fram til 31. mars 2003 er det blitt foretatt i overkant av 600.000 bytter etter innbyggerens egne valg, 149.500 skyldes at innbyggeren har flyttet, mens 29.000 gjelder barn under 16 år som har byttet lege for å

komme inn på listen til foresattes lege.<sup>5</sup>

I det følgende ser vi på hvordan innbyggerne har tilpasset seg i fastlegeordningen og på tilpasning i de ulike kjønns- og aldersgrupper. Bytter som følge av flyttinger og barns tilknytning til foresattes lege blir her holdt utenfor. Tabellen nedenfor gir en oversikt over antall bytter som har skjedd etter 1. juli 2001. I de to kolonnene til venstre vises totalt antall bytter som har skjedd fram til 1. juni 2003, både i antall og i prosentandel i forhold til antall innbyggere i fastlegeordningen per 31. mars 2003. I de neste kolonnene vises byttefrekvens på årsbasis i de to første årene med fastlegeordning. Den første års perioden med fastlegeordning fra 1. juli 2001 til 30. juni 2003 mens det andre året med fastlegeordning gjelder perioden fra 1. juli 2002 til 30. juni 2003.

Tabell 1:  
Oversikt over bytter etter innføringen av fastlegeordningen

	Totalt antall bytter fra 1.juli 2001 til 30.juni2002		Bytter i perioden 1. juli 2001 til 30. juni 2002		Bytter i perioden 1. juli 2002 til 30. juni 2003	
	Antall	Andeler	Antall	Andeler	Antall	Andeler
<i>Kvinner</i>						
0-15	44 773	9,60 %	27 522	5,90 %	17 251	3,70 %
16-34	90 878	16,17 %	53 718	9,56 %	37 160	6,61 %
35-54	59 201	9,46 %	34 496	5,51 %	24 705	3,95 %
55-74	29 848	7,20 %	16 857	4,07 %	12 991	3,13 %
75+	16 021	7,29 %	9 327	4,25 %	6 694	3,05 %
	240 721	10,52 %	141 920	6,20 %	98 801	4,32 %
<i>Menn</i>						
0-15	46 479	9,47 %	28 819	5,87 %	17 660	3,60 %
16-34	58 032	9,99 %	34 754	5,98 %	23 278	4,01 %
35-54	50 037	7,69 %	30 322	4,66 %	19 715	3,03 %
55-74	23 495	5,93 %	13 832	3,49 %	9 663	2,44 %
75+	8 931	6,81 %	5 246	4,00 %	3 685	2,81 %
	186 974	8,31 %	112 973	5,02 %	74 001	3,29 %
	427 695	9,42 %	254 893	5,62 %	172 802	3,81 %

Kilde: Rikstrygdeverkets styringsdata

5) Barn under 16 år har anledning til å komme inn på listen til foresattes lege selv om denne legens liste er full, jf. statsavtalen ASA 4301, og tilknytning til foresattes lege registrert særskilt i RTVs statistikk. Ved oppstart av fastlegeordningen var det også mulig for samboere og ektefeller å komme inn på partneren sin liste selv om listen var lukket. Denne muligheten er nå tatt ut av statsavtalen.

Tabellen viser at det totalt har vært 427.000 innbyggere som av eget tiltak valgte å bytte lege i perioden. Dette utgjør 9,4 prosent av antall innbyggere på fastlegelister per 31. mars 2003.

Antall bytter var høyest i løpet av det første året med 250.000 dvs. 5,6 prosent og gikk ned til vel 170.000 dvs. 3,8 prosent i perioden 1. juli 2002 til 30. juni 2003. Antall bytter var særlig høy 2. kvartal 2001 med 93.000 bytter. Dette må sees i sammenheng med tilpasning

til fastlegeordningen. Etter hvert har antall bytter per kvartal blitt redusert og stabilisert seg rundt 45.000 bytter i kvartalet. Lavest antall bytter er registrert 2. kvartal 2003 med vel 37.000. Nedgangen i antall bytter kan også sees i forhold til at byttemulighetene har blitt redusert gjennom at flere leger har fått stengte lister. I Trondheim var byttefrekvensen omkring 3 prosent per år i forsøksperiode. Det var også lavt antall bytter i de øvrige forsøkskommunene, jf. Heen, Johnsen og Opdahl Mo (1996). Sammenlignet med forsøksordningen har omfanget av bytter blitt noe høyere, men tallene blir imidlertid ikke sammenlignbare fordi det i forsøksordningen kun var mulighet til ett bytte per år.

Vi ser av tabellen at kvinner bytter lege i større grad enn menn, 10,5 prosent av kvinnene har byttet lege fordelt med 6,2 prosent første år og 4,3 prosent det andre året. Tilsvarende har 8,3 prosent av mennene byttet lege fordelt på 5 prosent første år og 3,4 prosent fra 1. juli 2002 til 30. juni 2003. Det er aldersgruppen 16-34 år som i størst grad bytter lege, både når det gjelder kvinner og menn. Lavest byttefrekvens har det vært blant menn i aldersgruppen 55-74 år hvor 5,9 prosent har byttet lege siden 1. juli 2001, hvorav 4 prosent første år og 2,9 prosent andre året. Variasjon i bytte av lege bør sees i forhold til at det er ulikt forbruk av legetjenester i de ulike kjønns- og aldersgruppene. Finnvold og Paulsen (2001) har i en undersøkelse før fastlegeordningen sett på forbruk av legetjenester. I følge undersøkelsen var gjennomsnittlig legeforsbruk for menn i løpet av et år 3 mens gjennomsnittstallet for kvinner var 4,7. Et forhold som også kan ha betydning for et høyt antall registrerte bytter i aldersgruppen 16-34 både for kvinner og menn er at denne aldersgruppen flytter forholdsvis mye i forbindelse med skole, studier eller jobb. Det kan være at registrerte bytter på grunn av flytting er underrapportert i fastlegeregistert.

Det er geografiske variasjoner mht frekvens av bytte. Disse variasjonene reflekterer i stor grad ulik byttemulighet. Oslo som har hatt høyest andel ledige lister har også høyest andel bytter. Motsatt har Sør-Trøndelag med lavest andel ledige lister vært blant fylkene med lavest andel bytter.

### 3.6 Ufrivillig bytte av lege

En annen situasjon er det når innbyggere må bytte lege fordi fastlegen slutter i praksisen eller fordi legen velger å redusere listen sin.

Siden oppstart av fastlegeordningen har 530 leger avsluttet fastlege praksis hvorav 285 i løpet av første året og 245 siste år. Samlet har 14 prosent av alle fastlegene avsluttet praksis siden oppstart av fastlegeordningen fordelt på 7,7 prosent første år og 6,6 prosent siste år.

Siden oppstart av fastlegeordningen og fram til 30. juni 2003 har 384.000 innbyggere måttet bytte lege fordi legen har avsluttet praksis. Normalt vil en ny lege komme og overta praksisen og innbyggerne på listen blir overført dit, men innbygger vil ha mulighet til å velge annen lege. I samme periode har det i tillegg vært 49.000 innbyggere som har måttet bytte lege som følge av legen har redusert listen sin. Samlet sett er det altså omkring like mange innbyggere som har blitt utsatt for legebytte som følge av legens beslutning som innbyggerens eget valg.

Systemet som praktiseres ved reduksjon av liste har vært en kime til konflikt. Dersom en lege inngår avtale med kommunen om å redusere listen, foretar trykdeataten et uttrekk fra listen og disse innbyggerne får beskjed om at de er overført til annen liste. Fra både berørte innbyggere og leger er det kommet sterk kritikk av at ansiennitet hos fastlegen ikke har blitt tatt hensyn til. Det har blitt oppfattet som svært urettferdig at innbyggere som har hatt et langt tilknytningsforhold til legen, har blitt fjernet fra listen, mens innbyggere som knapt har møtt legen fortsatt har fått anledning til å stå på listen. Helsetilsynet i Hedmark uttaler i Medisinalmeldingen for 2002 at "Fastlegeordningens målsetting om større trygghet og bedre tilgjengelighet settes på prøve for disse pasientene og vi mener at sentrale myndigheter bør vurdere regelverket på denne bakgrunn." Vi er kjent med at Helsedepartementet foretok en gjennomgang av dette spørsmålet i samarbeid med partene sommeren 2002, jf. Rapport fra arbeidsgruppe. Konklusjonen den gang var at gjeldende regelverk ble opprettholdt. Det ble imidlertid vist til muligheten for å redusere listen gjennom stenging av listen og naturlig avgang.

Det har også kommet opp misnøye med at pasienter må betale gebyr for flytting av journal. Særlig er det misnøye med at slikt gebyr også må betales når innbyggere må bytte lege mot deres egen vilje. Helsetilsynet i Troms har i Medisinalmeldingen for 2001 også trukket fram at gebyr for flytting av journal kan bidra til at økonomi begrenser innbyggerens byttemulighet. Det pekes på at dette gebyret på 70 kroner kan ha betydning

når familier vurderer å bytte lege.

bør det også vurderes om betaling for overføring av journalopplysninger i forbindelse med ufrivillig legebytte bytte kan dekkes av folketrygden.

### 3.7 Helsetilsynets vurdering

De fleste innbyggerne har et fastlegetilbud og bedring i legedekningen gjennom reduksjon i antall lister uten lege har medført at stadig flere innbyggere har fått plass på liste hos en navngitt lege. Fortsatt er likevel 78.000 innbyggere knyttet til en liste uten lege og står dermed uten et reelt fastlegetilbud.

Innbyggernes mulighet til å få oppfølging av samme lege over tid, har økt med innføring av fastlegeordningen. Men fortsatt er manglende rekruttering til og kontinuitet i legetjenesten et problem i enkelt kommuner. Der er det fortsatt behov for innsats for å sikre kontinuitet i legetjenesten. Ingen helsetilsyn i fylkene har rapportert om uforsvarlig legetjeneste, men innbyggere i enkelte utkantkommuner har på grunn av for liten kontinuitet i tjenesten fått et fastlegetilbud som er dårligere enn forutsatt. Helsetilsynet vil peke på at legetjenesten er spesielt sårbar i kommuner med mangelfull legedekning og høyt innslag av vikarer. Vi vil derfor spesielt følge med på utviklingen i disse kommunene med tanke på å vurdere behovet for å gripe inn.

Statens helsetilsyn vil understreke at mangel på ledig listekapasitet og mangel på byttmulighet begrenser innbyggernes fastlegerettigheter. Det er også viktig å ha ledig listekapasitet for å gi fastlegetilbud til nye innbyggere i kommunen, herunder til studenter. For innbyggere som ufrivillig mister legen sin i forbindelse med listereduksjon eller hvis legen slutter, vil det være viktig å ha reell valgmulighet med hensyn til å velge ny lege. Mulighet til å velge kvinnelige leger har også betydning. Derfor er knapphet på ledig listekapasitet et signal om at det er behov for at kommunen iverksetter tiltak for å gi innbyggerne valgmulighet. Tilsynsmyndighetene vil spesielt overvåke og vurdere situasjonen i kommuner med knapphet på ledig listekapasitet for å gripe inn når det ansees nødvendig.

Helsetilsynet vil poengtere at mulighet til oppfølging over tid er sentralt særlig for pasienter med kroniske lidelser og stort legebehov. Helsetilsynet vil derfor oppfordre Helsedepartementet til å foreta en ny vurdering av fastlegeforskriftens bestemmelse om listereduksjon. Det bør vurderes endringer med sikte på å opprettholde kontinuitet i lege-pasientforhold for de som har behov for oppfølging over tid. Etter Helsetilsynets syn

## 4 Hva rapporterer tilsynsmyndighetene om hvordan fastlegeordningen fungerer?

### 4.1 Generelle tilbakemeldinger om fastlegeordningen

I tilbakemeldingene fra Helsetilsynet i fylkene rapporteres det om at innbyggernes forventninger til legetjenesten har økt ved innføring av fastlegeordningen. Det vises til at fastlegeordningen har bidratt til å synliggjøre problemer i legetjenesten. I oppstarten av fastlegeordningen førte dette til at innbyggere henvendte seg til fylkeslegen på grunn av utilfredshet med legetjenesten både når det gjaldt ventetid fra konsultasjon, telefon-tilgjengelighet og tilgang til øyeblikkelig hjelp. Det er et generelt trekk at Helsetilsynet i fylkene i tilbakemeldingene fra 2002 og 2003 gir uttrykk for at antall henvendelser om fastlegeordningen har avtatt og at fastlegeordningen har begynt å gå seg til. Dette kan skyldes at mangler har blitt rettet opp, men også at forventningene til ordningen har blitt justert.

Helsetilsynet i Aust-Agder skriver i medisinalmeldingen for 2002 at fastlegeordningen i hovedsak fungerer bra for den store gruppen av pasienter som tar ansvar for egen helse-tjeneste. Men den gruppen som selv ikke er i stand til å oppsøke helsetjenesten, hva enten det skyldes egen lidelse eller tilbudets utforming, har ikke fått det lettere.

Helsetilsynet i Finnmark skriver i Medisinalmeldingen for 2001 at de i utgangspunktet hadde små forventninger til fastlegeordningens betydning i Finnmark. ”Den var innrettet på å løse andre problemer enn de som er mest påtrengende for oss”. De skriver likevel at fastlegeordningen var et løft for primærhelsetjenesten og i så måte var den viktig også for Finnmark.

Helsetilsynet i Sogn og Fjordane peker i

Medisinalmeldingen for 2001 på at målsettingen med fastlegeordningen ikke kan innfris i en situasjon med legemangel. For Sogn og Fjordanes del viser de til at bedring i legedekningen blir det viktigste.

Helsetilsynet i Nord-Trøndelag er nøktern i sin vurdering av fastlegeordningen: ”Det kan nok med rette sies at de store forbedringene ikke har skjedd i vårt fylke som en direkte følge av fastlegereformen, men den store endringen som følge av en slik reform var heller ikke rimelig å forvente. Legetilbudet i Nord-Trøndelag var oversiktelig før fastlegeordningen og endringene var ikke store. Stort sett kan en si at en fast lege er blitt en fastlege (i den grad stillingene er besatt), og at de fleste fikk sin tidligere fastlege som sin fastlege.”

### 4.2 Legetjenester for utsatte grupper

Fastlegeordningen omfatter alle innbyggere bosatt i Norge som ønsker tilbud om fastlege. Det er et uttalt mål at fastlegeordningen skal bedre legetilbudet til kronikere gjennom en tilgjengelig legetjeneste og kontinuitet i lege-pasientforholdet. Statens helsetilsyn vil stille spørsmål ved om fastlegeordningen som en generell ordning fungerer godt nok for grupper av befolkningen med ulike sammensatte og eller spesielle behov.

#### Rusmisbrukere

Behandling av pasienter med legemiddel-assistert rehabilitering (LAR) er tatt opp som et problemområde. Helsetilsynet i Hordaland, Medisinalmelding 2002, og Helsetilsynet i Buskerud, jf. rapportering per 31. mai 2002, viser til at det er problem å få med enkelte fastleger til å ta oppgaver knyttet til LAR.



Dette kan være et hinder for å starte behandling av rusmisbrukere. Helsetilsynet i Hordaland viser til at det i større kommuner, eks. Bergen, kan være riktig å bygge ut et tilpasset helsetilbud for tunge rusmisbrukere. Helsetilsynet i Vestfold viser i Helsemeldingen for 2002 til at de har gjennomført kartlegging av rusmiddelomsorgen der det kom fram at fastlegene i varierende grad er eller ønsker å være involvert.

#### Mennesker med psykiske lidelser

I 2002 ble det gjennomført landsomfattende tilsyn med helsetjeneste til barn og unge med psykiske problemer. Det ble gjennomført tilsyn med kommunehelsetjenesten i hovedsak helsestasjon- og skolehelsetjeneste og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker innenfor spesialhelsetjenesten. I oppsummeringsrapporten fra tilsynet har legetjenesten og samarbeid med fastlegene fått en sentral omtale. Tilsynet viste at helsestasjon og skolehelsetjenesten sjelden rutinemessig informerer eller på annen måte involverer fastlegen i oppfølgingen av barn og unge med psykiske problemer. Det vises til at lege ikke blir trukket med i utredning før kontakt med spesialisthelsetjeneste og til manglende tilbakemelding til fastlegen fra BUP etter gjennomført behandling. Tilsynsrapporten påpeker et tosidig problem der andre deler av helsetjenesten i for liten grad anerkjenner og stiller krav til fastlegens koordinerende rolle, men også at fastlegene i større grad må prioritere tverrfaglig samarbeid rundt pasienter med sammensatte behov. I tilsynsrapportens tilrådningskapittel uttales: "Tilsynet gir inntrykk av at det fortsatt gjenstår mye før fastlegenes rolle og koordinerende funksjon fungerer i tråd med reformens målsetting. Fastlegens rolle synes uavklart i det kommunale samarbeidet rundt oppfølgingen av barn og unge med psykiske problemer. Ivaretagelsen av det tverrfaglige samarbeidet mellom helsestasjon- og skolehelsetjeneste på den ene siden og fastlegene på den andre siden er ikke nærmer beskrevet i rammeavtalen for fastlegeordningen eller i lov/forskrift. Etter vår vurdering bør sentrale myndigheter vurdere tiltak for å avklare dette".

#### Flyktninger og asylsøkere

Fra Helsetilsynet i fylkene har det så langt ikke vært spesiell fokus på fastlegetilbudet til asylsøker og flyktninger. Helsetilsynet planlegger landsomfattende tilsyn med helsetjenesten til asylsøkere og flyktninger i 2004. Helsetilsynet i Oppland har i Verd- og vite melding fra 31. mai og 31. august 2002 gitt

en omtale av kommunenes utfordringer i forbindelse med tilrettelegging av helsetjenestetilbud knyttet til asylmottak. Helsetilsynet i Oppland trekker fram problemene for kommunens helsetjeneste i tilfeller der oppfylning av asylmottak skjer raskt og uten at kommunen har hatt mulighet til å områ seg og tilrettelegge kapasitet i helsetjenesten generelt. I slike tilfeller kan det også bli vanskelig å gi beboere på mottak tilbud om fastlegetilknyping. Helsetilsynet i Oppland har også fått tilbakemelding om feilaktig egenandelskrav overfor asylanter bl.a. egenbetaling for svangerskapskontroll og smittevern hjelp.

#### 4.3 Fastlegen - en adresse for ansvar

Fastlegen har ansvar for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling. Fastlegen har dessuten ansvaret for personens journal med oppdatering av sykehistorie og bruk av legemidler, jf. merknad til forskrift om fastlegeordningen i kommunene § 7. Det er dermed klargjort hvem som har ansvar for innbyggerens allmennlegetjeneste og for oppfølging av innbyggerens behov for allmennlegetjenester i samarbeid med annen helsetjenesten og hjelpeapparat.

#### Tverrfaglig samarbeid i kommunen

Det generelle inntrykket fra tilbakemeldingene fra Helsetilsynet i fylkene er at det tverrfaglige samarbeidet ikke har fått noe løft med innføringen av fastlegeordningen. Blant annet skriver Helsetilsynet i Hordaland i Medisinalmeldingen for 2002 at fastlegereformen ikke har gjort det lettere å få fastlegene med i tverrfaglig samarbeid. De viser samtidig til at det ser ut som fastlegene i for liten grad selv engasjerer seg i arbeidet med individuelle planer for pasienter som har behov for det. Helsetilsynet i Aust-Agder skriver i Medisinalmeldingen for 2002 at de har inntrykk av at omsorgstjenesten i vel så stor grad har etablert kontakt med spesialisthelsetjenesten som med kommunens egne leger.

Helsetilsynet i Vestfold viser i medisinalmeldingen for 2002 til erfaring fra tilsyn med barne- og ungdomspsykiatrien. De viser der til at fastlegenes evne og vilje til samarbeid varierte. Helsetilsynet i Vestfold pekte på at kommunen kan forbedre seg når det gjelder å legge forholdene til rette for samarbeid mellom fastlegene og helsetjenesten i kommunene, og at legen burde være mer åpne for ønskeligheten av tettere dialog.

Helsetilsynet i Sogn og Fjordane mener det er grunn til å spørre om kommunene hadde eller skaffet seg tilstrekkelig bestillerkompetanse da de inngikk fastlegeavtaler, jf. Medisinalmeldingen 2002. Helsetilsynet i Sogn og Fjordane har registrert at fastlegene i økende grad er fraværende på møter, konferanser og andre arenaer for samhandling, planleggings- og utviklingstiltak og forebyggingsaktiviteter. Det at kommunene må betale for frikjøp av privatpraktiserende personell for de arrangementene kommunen står for pekes på som årsak til fraværet. Helsetilsynet i Sogn og Fjordane slår fast at fastlegen i så fall blir utenfor viktige arenaer de absolutt burde delta i, og at det er bekymringsfullt.

I 2001 gjennomførte fylkeslegene tilsyn med helsetjenester til aldersdemente. Tilsynet falt i tid sammen med innføringen av fastlegeordningen. I oppsummeringsrapporten vises det til behov for bedre strukturert samarbeid mellom hjemmesykepleien og primærlegene. Det ble vist til at rutiner for samarbeid mellom fastlegene og pleie- og omsorgstjenesten og organiseringen av det offentlige legearbeidet ikke var kommet på plass. Statens helsetilsyn påpekte i den sammenheng behovet for å evaluere om fastlegeavtalene i tilstrekkelig grad ivaretar kommunenes behov for medisinsk faglig bistand for å kunne yte forsvarlig pleie- og omsorgstjenester til aldersdemente.

**Samarbeid med spesialisthelsetjenesten**  
Helsetilsynet i Hordaland viser i Medisinalmeldingen for 2002 til at samordning på "kryss og tvers" mellom nivå er nødvendig for god helsehjelp. Alle pasienter har rett til en fastlege som kan følge dem, før, under og etter kontakt med spesialisthelsetjenesten. Det betyr at spesialisthelsetjenesten må samarbeide med fastlegen for å sikre pasienten nødvendig og god helsehjelp. Når det gjelder utviklingen i samarbeid mellom legetjenesten og spesialisthelsetjenesten etter innføringen av fastlegeordningen påpeker Helsetilsynet i Finnmark i Medisinalmeldingen for 2002 at de har fått tilbakemeldinger fra sykehusene om at det er enklere å skrive ut pasienter når de har en fastlege å kontakte.

#### Oversikt over pasientens sykehistorie

I forbindelse med tilsyn med helsetjenesten til barn og unge med psykiske problemer er det pekt på at rutinene for tilbakemelding til fastlegen svikter både fra spesialisthelsetjenesten og fra helsestasjon og skolehelsetjenesten. Hvordan tilbakemeldingene til

fastlegene blir internt i legetjenesten, mellom fastleger og fra legevakt til fastlegen blir i liten grad berørt i tilbakemeldingene fra Helsetilsynet i fylket. Tilbakemelding til fastlegen forutsetter at pasienten samtykker og gir beskjed om hvor slik tilbakemelding skal sendes. Helsetilsynet i Vest-Agder peker i Medisinalmeldingen for 2002 på at bedret tilgang til fastlegeregisteret og informasjon om hvem som er innbyggerens fastlege vil forenkle arbeidet for akuttmedisinske kommunikasjons sentraler og legevakt.

Fylkeslegen i Akershus tar opp spørsmålet om forskrivning av B-preparater i Verdt- og vite melding per 31. august 2002. Fylkeslegen viser der til at forventninger om at bare fastlegen skal foreskrive B-preparater ikke er innfridd. Han mener å ha holdepunkt for å si at misbrukere forholder seg til et ganske stort antall leger, og at det går greit så lenge pasienten ikke ber om påfallende mengder fra hver lege. Helsetilsynet i Akershus har også tatt opp saken i brev til Helsedepartementet. Saken fikk mediaoppmerksomhet og kom opp i Stortingets spørretime 18. desember 2002. I helseministerens svar til John I. Alvheim viser helseministeren til at god legepraksis tilsier at innbyggeren bør få beskjed om å henvende seg til sin faste lege ved behov for A- og B-preparater. Det ble videre vist til at fastlegen har ansvar for personens journal og oppdatering av sykehistorie og bruk av legemidler. Dersom en lege skriver ut medikamenter til andre enn sine faste pasienter bør legen sørge for at fastlegen gis beskjed i etterkant. Videre pekes det på at det bør være sterke faglige grunner for å skrive ut A- og B-preparat i tilfeller der pasienter ikke ønsker å oppgi hvem som er vedkommendes faste lege.

Fylkeslegen i Vestfold har i eget brev av 23. april 2002 til Statens helsetilsyn tatt opp at det er et problem at apotekene og tilsynsmyndighetene ikke har tilgang til opplysninger om hvem som er innbyggerens fastlege i forbindelse med høyt omfang av forskrivning av vanedannende legemidler.

#### **4.4 Klager på allmennlegetjenester, fastlegeordningen og fastlegene**

Det er gjennomgående få klagesaker i Helseilsynet i fylkene fra publikum vedrørende rett på legetjeneste i kommunene. Klageretten følger av kommunehelsetjenesteloven § 2-4, jf. rett til nødvendig helsehjelp etter § 2-1 og pasientrettigheter i fastlegeordningen etter § 2-1a. Før sakene kommer til

Helsetilsynet i fylket er de behandlet i kommunens klageorgan. De sakene der klageren ikke får fullt medhold kan klages videre. Helsetilsynene i fylkene behandlet samlet 21 klager vedrørende legetjenesten (herunder legevakt) i 2002 mot 13 i 2001. Når det gjelder klager etter § 2-1 som gjelder rett til å stå på liste hos fastlege, rett til ny vurdering og bytte av lege ble det behandlet 2 saker i 2002 mot 3 i 2001, jf. Statens helsetilsyn og fylkeslegenes årsrapport til Helsedepartementet i 2002.

Helsetilsynet i Hedmark viser i Helsemeldingen for 2002 til at de har hatt noen tilsynsaker knyttet til leger som av ulike grunner ikke fungerer i sin fastlegekontrakt. I den forbindelse påpeker de behovet for dokumentasjon fra kommunen og samarbeidspartnere som synliggjør eventuelle mangler. De viser også til at kommunen selv har et ansvar for å vurdere de sidene som dreier seg om pliktene i fastlegekontrakten inkludert deltakelse i legevakt. Ut over dette er det ikke fra Helsetilsynet i fylkene vist til konkrete eksempler der fastlegeordningen har hatt betydning for klagesaker vedrørende uforsvarlig legevirkosomhet, jf. helsepersonelloven.

I Helsetilsynets tilsynsmelding for 2002 tar artikkelen ”Den private fastlegen har ingen sjef” opp de spesielle utfordringene knyttet til at kommunen har ansvar for kommunehelsetjenesten herunder allmennlegetjenesten, men at legetjenestene og fastlegeordningen i stor utstrekning blir ivaretatt gjennom privatpraktiserende leger. Dette gir kommunen svakere styringsmuligheter enn om legen hadde vært ansatt i kommunen. Fastlegeavtalen er kommunens styringsverktøy overfor privatpraktiserende leger og er det redskapet kommunen har for å ivareta sitt ansvar for forsvarlig legetjeneste. Denne individuelle fastlegeavtalen mellom kommunene og fastlege understreker at kommunens og legens plikter følger av lov, forskrift og avtaleverk. I tillegg vil den individuelle avtalen regulerer mer detaljerte spørsmål vedrørende fastlegens virksomhet blant annet åpningstid og krav til kollegiale vikarordninger.

Kommunen skal ved inngåelse av fastlegeavtaler og oppfølging av disse sikre at fastlegen ivaretar sine forpliktelser overfor innbyggerne.

#### 4.5 Helsetilsynets vurdering

Tilbakemeldingene fra Helsetilsynet i fylkene gir i sum inntrykk av at fastlegeordningen har ”gått seg til”. Det kommer inn få klager

på legetjenestene og fastlegeordningen til Helsetilsynet i fylkene, og omfanget av henvendelser knyttet til problemer med fastlegeordningen har blitt redusert. Fastlegene tar i hovedsak ansvar for sine pasienter når det gjelder kontorpraksisen, men det har ikke vært merkbar endring når det gjelder legens deltakelse i tverrfaglig samarbeid.

Helsetilsynet vil be Helsedepartementet vurdere tiltak med sikte på å styrke fastlegens rolle som koordinerende innstans. Etter Helsetilsynets syn gir fastlegeordningen et potensial til kvalitetsbedring som ennå ikke er utnyttet, spesielt med hensyn til tilbudet til innbyggere med store/sammensatte behov. Helsetilsynet vil vise til at informasjonsflyt til fastlegen er et nødvendig utgangspunkt for at fastlegen skal ha mulighet til å følge opp. I den forbindelse kan det vurderes om bedret tilgang til fastlegeregisteret for leger og samarbeidspartnere bør være et virkemiddel som kan legge til rette for at informasjonsflyten går lettere.

Kommunen har ansvar for at innbyggerne får ivaretatt sitt behov for allmennlegetjenester. Fordi et stort flertall av fastlegene er privatpraktiserende vil kommunens oppfølging av legetjenesten i hovedsak skjer gjennom utforming og oppfølging av fastlegeavtalene. På den bakgrunn vil Helsetilsynet oppfordre Helsedepartementet til å se nærmere på om forventninger til fastlegen med hensyn til koordinering og deltakelse i tverrfaglig samarbeid er tydelig nok i avtaleverket. Det vises i den sammenheng til at tilsyn med helsetjenesten har avdekket at det kan være behov for å tydeliggjøre krav til fastlegen, jf. tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer.



## 5 Tilgang til legetjenester og øyeblikkelig hjelp

I henhold til kommunehelsetjenesteloven § 1-3 skal kommunen sørge for allmennlegetjeneste og legevaktordning. Kommunen plikter å gi nødvendig helsehjelp til alle som bor og oppholder seg i kommunen herunder tilgang på allmennlegetjenester og organisering av et øyeblikkelig hjelp tilbud. Øyeblikkelig hjelp plikten gjelder hele døgnet. Kommunens overordnede ansvar for å sikre legehjelp ble ikke endret med innføringen av fastlegeordningen. Imidlertid innebar fastlegeordningen en tydeliggjøring av fastlegens ansvar overfor innbyggere på sin liste.

I henhold til forskrift om fastlegeordningen har fastlegen ansvar for allmennlegetilbudet til personer på sin liste innen de rammer som gjelder for fastlegeordningen i lov, forskrift og sentral avtale, jf § 7. Det står i merknaden at fastlegen skal dekke behovet for allmennlegetjenester på dagtid og at det skal være mulig å få legetime innen rimelig tid. Det går videre fram av kommuneavtalen (ASA 4310 mellom Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening) at legen skal sørge for at innbyggerne på vedkommendes liste får tilgang til allmennmedisinske legetjenester, herunder konsultasjoner, sykebesøk og øyeblikkelig hjelp. Det er videre presisert at legen skal delta i kollegiale ordninger/vikarordninger for dekning av ordinært fravær hos andre fastleger i kommunen etter oppsett som er utarbeidet av allmennlegeutvalget.

Helsetilsynet i fylkene har mottatt henvendelser og spørsmål fra publikum angående fastlegeordningen når det gjelder tilgjengelighet og forhold til øyeblikkelig hjelp mv. Som nevnt var antall henvendelser vedrørende slike spørsmål relativt flere i oppstartsfasen mens det har roet seg etter hvert som ordningen har gått seg til. Helsetilsynet i Møre

og Romsdal gir i medisinalmeldingen for 2002 eksempel på enkelte klager i forbindelse med kontakter som ikke "passer inn i systemet". Det dreier seg om situasjoner som av pasienten blir oppfattet som så akutt og alvorlig at det skulle tilsi øyeblikkelig hjelp og slik sett behandles av nærmeste lege, uten å måtte vente på fastlegen. De opplever at henvisning til annen lege blir en urimelig avvisning. Helsetilsynet i Møre og Romsdal mener at i de sakene der de har blitt kontaktet, kunne saken blitt håndtert bedre gjennom god kommunikasjon mellom personell og pasient, og bedre samhandling internt slik at pasienten ikke opplever seg som en "kasteball" i en tilsynelatende oppsplittet helsetjeneste. De råder derfor legekantorene til å ha klare retningslinjer for håndtering av situasjoner som pasienter opplever som øyeblikkelig hjelp situasjoner.

### 5.1 Tilgjengelighet til legetjenester

Helsetilsynet i tre fylker har gjennomført systematiske kartlegginger av tilgjengelighet til fastlegen. Ut over dette har vi omtale fra enkelte fylker om fastlegens tilgjengelighet basert på inntrykk Helsetilsynet i fylkene har fått gjennom kontakt med tjenesten og henvendelser fra publikum. For eksempel viser Helsetilsynet i Nordland i rapportering per 31. mars 2002 til at mange pasienter hadde forventninger til fastlegeordningen som ikke ble innfridd. De omtaler bl.a. forventninger om raskere å få time hos sin fastlege og at de heller ikke hadde regnet med at fastlegen skulle være borte uten å ha ordnet med vikar. Helsetilsynet i Hordaland har i rapportering per 31. mai 2002 og 31. august 2002 gitt tilbake melding om at enkeltleger ikke har ivaretatt sitt ansvar for fraværdekning bl.a. i forbindelse med ferieavvikling og som

derigjennom ikke har fulgt opp sitt ansvar for å sikre innbyggere på sin liste tilgang til legetjenester.

Fylkeslegen i Aust-Agder melder i Medisinalmelding 2002 at hovedinntrykket er at legene tar ansvaret for sine pasienter, men i mindre grad enn før reformen for andres pasienter. De uttaler: "Reformen synes altså å ha ført til både ansvarsfølelse og ansvarsfraskrivelse på samme tid". For Aust-Agders vedkommende har det vært problemer spesielt i tilknytning til sommerferien. Av den grunn ble det sendt ut brev til kommune der de påpekte kommunens ansvar for å organisere legetjenesten slik at også folk med midlertidig opphold i kommunen får dekket behov for nødvendig helsehjelp.

Helsetilsynet i Hordaland er av de fylkene som har gjennomført en kartlegging av fastlegenes tilgjengelighet. Det ble foretatt en kartlegging via telefon av 101 leger i januar 2003. Gjennom kartleggingen ble telefon-tilgjengelighet testet og tilgjengelighet til lege ble kartlagt gjennom at det ble spurt om ventetid hos fastlege for tre ulike case i situasjoner der det hastet og ventetid på time til lege av mindre hastekarakter. Resultatene fra kartleggingen framkommer i rapport fra 27. februar 2003. Etter Helsetilsynet i Hordaland sitt syn tyder kartleggingen på god tilgang til fastlegene på telefon og akseptabel ventetid på legetime.

Helsetilsynet i Finnmark gjennomførte en telefonundersøkelse av tilgjengeligheten til kommunal legevaktstjeneste og fastlegekontorene i mars 2003. Den første delen av undersøkelsen var en oppfølging av Helsetilsynets kartlegging "Når hjelpen kan vente litt"(omtales nedenfor). Helsetilsynet i Finnmark fikk klarlagt at alle kommuner i Finnmark har organisert legevakt på dagtid. Når det gjaldt tilgjengelighet til lege ved behov for time samme dag eller i løpet av de nærmeste dagene ser det ut til å være god tilgjengelighet i samtlige kommuner, men ikke nødvendigvis time hos fastlegen. For ordinær legetime som ikke haster, er det imidlertid store variasjon mellom kommuner og leger. Gjennomsnittlig ventetid var 17 dager med variasjoner fra under en ukes ventetid opp mot 8 uker.

Helsetilsynet i Troms har kartlagt ventetid på uprioritert time blant fastlegene i Troms. Resultatet fra undersøkelsen viste en gjennomsnittlig ventetid på time hos fastlegene i Troms på 17 dager. Basert på resultatene i denne undersøkelsen er det i Medisinal-

meldingen for 2002 foretatt en sammenligning av legetjenesten i Tromsø og Harstad. I Tromsø var gjennomsnittlig ventetid 10 dager mens det i Harstad var 30 dagers gjennomsnittlig ventetid. Det ble pekt på at veletablert fastlegeordning i Tromsø kunne være en forklaring på variasjonene. Mer offentlig legearbeid på legene i Harstad, eldre befolkning og flere kvinnelige leger i Harstad ble også tatt fram som mulige forklaringsvariable. Ettersom legene i Tromsø hadde flere innbyggere på sine lister kunne ikke det være med på å forklare variasjon. Helse-tilsynet i Troms understreker imidlertid at undersøkelsen er et øyeblikksbilde, og at slike undersøkelser blir mer interessante når de følges over tid. I medisinalmeldingen for 2002 oppfordrer de kommunene om å følge opp kvaliteten i legetjenesten gjennom å sette mål for legetjenesten og følge opp om målene innfris.

## 5.2 Tilgang til øyeblikkelig hjelp

I forbindelse med innføringen av fastlegeordningen kom det opp situasjoner som synliggjorde uklarhet om ansvarsforhold og organisering av øyeblikkelig hjelp-tilbudet. Det kom blant annet fram eksempler på at pasienter som søkte øyeblikkelig hjelp ble avvist og henvist til egen fastlege. Eksempelene avdekket at kommunen sviktet sitt ansvar for å organisere øyeblikkelig hjelp tilbud på dagtid og at fastlegen ikke fulgte opp sitt ansvar overfor innbyggere med hensyn til tilgjengelighet. Spørsmål om fastlegeordningen og legevaktorganisering ble også tatt opp i Stortinget av John I. Alvheim i interpellasjonsdebatt 22. november 2001. I noen grad kan problemene tilskrives oppstartsproblem som følge av manglende avklaringer lokalt, men samtidig synliggjorde dette behov for avklaringer og oppfølging fra sentralt hold herunder fra tilsynsmyndighetene.

Helsetilsynet i Rogaland meldte 31. mai 2002 at kommunene og Helsetilsynet har forskjellig oppfatning av krav til daglegevakt og at det er viktig å få klarlagt tilgjengeligheten til lege på dagtid. Oppfatningen kommunalt er at vaktberedskap på dagtid er ivaretatt med de enkelte fastleges beredskap. Det er i den forbindelse en forutsetning at tilgjengeligheten er god dvs. åpen telefon eller radiosamband og vilje til også å ta pasienter som ikke står på egen liste når det gjelder øyeblikkelig hjelp.

Det var særlig mediaoppmerksomhet om problemer knyttet til øyeblikkelig hjelp i

Oslo. Helsetilsynet i Oslo gir i rapportering til Statens helsetilsyn 31. mai 2002 uttrykk for at disse problemene ikke kom som en direkte følge av fastlegeordningen, men at fastlegeordningen har bidratt til å synliggjøre ansvarsforhold knyttet til akuttmedisinsk beredskap i Oslo. Samtidig med innføringen av fastlegeordningen foretok Oslo kommune endringer i legevaktordningen. Enkelt saker i Oslo avdekket svikt i de enkelte leddene og i samhandlingen mellom dem. På bakgrunn av dette ble det fra Helsetilsynet i Oslo foretatt tett oppfølging av den akuttmedisinske kjede i Oslo, herunder tilsyn med den akuttmedisinske kjede høsten 2002. Det ble ikke rapportert avvik eller merknader etter tilsynet. Den tette oppfølgingen av den akuttmedisinske beredskap i Oslo medførte positiv utvikling og Helsetilsynet i Oslo rapporterer per 31. mai 2003 at tilgjengeligheten for befolkningen på dagtid er bedret.

Tilbakemeldingene fra Helsetilsynet i fylkene viser også eksempler på at det har vært problemer med organisering av øyeblikkelig hjelp tjenesten i enkelt kommuner. Blant annet melder Helsetilsynet i Nord-Trøndelag i forbindelse med rapportering 31. mai 2002 om pasienter som blir henvist fra legekantor til legevakt og vice versa. De påpeker at pasientene dermed kan oppleve dårlig tilgjengelighet.

### **5.3 Kartleggingen "Når hjelpen kan vente litt"**

For å få et nærmere innblikk i kommunenes ivaretagelse av øyeblikkelig hjelp på dagtid ga Statens helsetilsyn Norsk Gallup i oppdrag å gjennomføre en kartlegging i alle landets kommuner i november og desember (uke 47-49) i 2002. Hensikten var å undersøke om de enkelte kommunene hadde et system med egen vaktordning for lege på dagtid. Kartleggingen tok for seg situasjoner når "hjelpen kan vente litt" dvs. ikke akuttmedisinske tilstander, men der legehjelp kan vente i noen timer, men ikke dager.

Det ble tatt utgangspunkt i telefonnummeret som står på side 2 i telefonkatalogen. Gallup ringte dette telefonnummeret inntil tre ganger med ett minutt mellomrom. Undersøkelsen kartla de ulike utfall oppringningen resulterte i, og den tid som gikk med fra telefonnummeret ble ringt og til det ble etablert kontakt med et legekantor som hadde vakt den dagen.

Gallup ringte opp 432 kommuner og kom i

kontakt med legekantor i vakt i 184 av disse. I 114 kommuner ble det henvist til egen fastlege eller annen lege. I 134 kommuner ble det ikke oppnådd kontakt - enten fordi telefonen ikke ble besvart, på grunn av opptatt linje eller av andre feilkilder. Resultatet var at ønsket kontakt ble oppnådd i om lag 40 prosent av kommunene. I ytterligere 18 prosent ble det oppnådd kontakt, der det ble ytt ulik grad av hjelp for å oppnå kontakt med lege i kommunen. Kartleggingen gir indikasjon om at mer enn halvparten av kommunene mangler system for å oppnå kontakt med vakthavende lege på dagtid. Konsekvensen av dette er at pasient eller pårørende selv må ringe rundt til legekantor for å finne lege som kan ta imot henvendelsen.

Kartleggingen avdekket at problemet med å komme fram til legekantor med vakt var størst i sentrale kommuner. Dette kan forklares med at organiseringen omkring øyeblikkelig hjelp blir oversiktlig i små kommuner med få legekantor.

Helsetilsynet pekte i oversendelsesbrev til Helsedepartementet med rapporten fra kartleggingen på at fastlegeordningen kan ha medført at kommunene er mindre bevisste på behovet for sikkerhetsnett for legehjelp på dagtid, og at det kan være behov for å tydeliggjøre kommunens plikter. Helsetilsynet i fylkene ble samtidig bedt om å følge opp undersøkelsene og følge opp hvordan kommunene i sitt fylke sikrer tilgjengelighet til lege på dagtid. Helsetilsynet sentralt har bedt om tilbakemelding fra Helsetilsynet i fylkene om deres oppfølging av kommunene med frist 31. august 2003.

### **5.4 Helsetilsynets vurdering**

Innføring av fastlegeordningen har avdekket svakhet i kommunens organisering av legevaktstjenesten når det gjelder tilgang på øyeblikkelig hjelp på dagtid.

Det generelle inntrykket er at problemene omkring øyeblikkelig hjelp har blitt færre, men at det ikke fullt ut er løst. Helsetilsynet har gjennom kartleggingen "Når hjelpen kan vente litt" dokumentert mangler med kommunenes øyeblikkelig hjelp tjeneste som nå følges opp av Helsetilsynet i fylkene. Helsetilsynet har pekt på at det kan være behov for å tydeliggjøre kommunens plikter.

Helsetilsynet vil vise til at tilgang til lege når en trenger det er et sentralt krav til legetjenesten og fastlegeordningen. Det er her tale om

hjelp i løpet av dagen når det er behov for det, og ellers innen rimelig tid. I en situasjon med god tilgang på leger ville en forvente at leger som ikke yter innbyggere på sin liste god nok service, vil bli valgt bort. I kommuner med liten valgmulighet blir det viktig at kommunen kompenserer for manglende valgmulighet, gjennom å følge opp kvalitet på legetjenesten blant annet innbyggernes tilgang til fastlegen.

## 6 Offentlige legeoppgaver

Offentlig legearbeid i kommunene er en samlebetegnelse for de allmenntilleggsmedisinske og samfunnsmedisinske oppgavene legen har utenom sin kurative og individrettede kliniske praksis. Disse oppgavene kan også kalles kommunale legeoppgaver ut fra den lovmessige forankringen, arbeidets art og avlønningsformen. Oppgavene omfatter for eksempel administrative oppgaver, sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid, rehabiliteringsarbeid og arbeid ved sykehjem. Mye av det offentlige legearbeidet har karakter av langsiktig arbeid, hvor mangel på innsats først vil vise seg etter noen tid. I kurativt arbeid er etterspørselen i mye større grad preget av dagsaktuelle behov og oppmerksomhet.

### 6.1 Offentlig allmenntilleggsmedisinske legeoppgaver

De offentlige legeoppgavene utgjør blant annet lege ved helsestasjon, lege i skolehelsetjenesten, lege ved sykehjem og legetjenesten ved fengselsanstalter. Både legearbeid ved sykehjem og i fengselshelsestjenesten vil ha karakter av å være fast lege for de innlagte og innsatte mens de oppholder seg i institusjon. Kommunen kan også velge å organisere andre typer allmenntilleggsmedisinske offentlige legeoppgaver.

Det er et gjennomgående tema i rapporteringen fra Helsetilsynet i fylkene at det offentlige legearbeidet ikke har kommet styrket ut etter innføringen av fastlegeordningen. Blant Helsetilsynet i fylket er det enkelte som melder om at det offentlige legearbeidet har fortsatt som før fastlegeordningen, andre at det offentlige legearbeidet har blitt svekket. Flere av helsetilsynene uttrykker skuffelse over at kommunene ikke har brukt mulig-

heten som ligger i fastlegeavtalene om å styrke det offentlige legearbeidet.

Helsetilsynet i Oslo og Nord-Trøndelag (Medisinalmelding 2002) viser til at flere leger nå deltar i det offentlige legearbeidet, men at antall timer benyttet ikke har økt tilsvarende. Resultatet er at bl.a. tilsynslegeoppgaver på sykehjem er fordelt på flere leger og at det har gitt nye utfordringer. Helsetilsynet i Oslo viser i rapportering per 1. kvartal 2003 til at når et sykehjem betjenes av mange leger med lite uketimetall hver for seg får tjenesten et fragmentarisk preg med pulverisering av hvem som har det medisinske faglige ansvaret for institusjonen. Tilsvarende viser Helsetilsynet i Oppland i rapportering per 31. mai 2002 til at i Lillehammer er legen på helsestasjonen en ny lege hver uke. Helsetilsynet i Oppland bemerker at de ikke ser dette som en optimal løsning for faglig forsvarlighet. Helsetilsynet i Sogn og Fjordane viser i Medisinalmeldingen for 2002 til at kun to av kommunene i fylket har fulgt opp med tilsvarende årsverksinnsats i det offentlige legearbeidet som de planla i forberedelsen til fastlegeordningen.

### Fastlegens rolle i skole- og helsestasjonstjenesten

Helsetilsynet i Akershus viser i rapportering per 31. august 2002 til at det er et viktig prinsippsspørsmål hvordan skolehelsetjenesten skal framstå. De erfarer at skolelegearbeidet er ansett lite attraktivt, og vanskelig å rekruttere til, og at det er en trend som også var der før innføringen av fastlegeordningen. Helsetilsynet i Hordaland mener det er uklart hvilken rolle fastlegen skal ha i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. De viser til at det i praksis er slik at når helsestasjons- og skoleleger tar ansvar for ut-

redning og henvisning av enkelte pasienter, blir ikke fastlegen alltid varslet om det, jf. Medisinalmelding 2002. Helsetilsynet i Sør-Trøndelag påpeker i Medisinalmeldingen for 2002 tilsvarende svikt i kommunikasjon mellom helsestasjon og fastlege. I rapport fra landsomfattende tilsyn med barne- og ungdomspsykiatri var også mangelfull kommunikasjon fra skole- og helsestasjonsvirksomhet til fastlegen tatt opp som tema.

#### Behov for å øke kapasiteten i tilsynslegearbeidet

Statens helsetilsyn gjennomførte i 1999 en kartlegging av legetjenesten i sykehjem (Statens helsetilsyn utredningsserie 8-99, IK-2698). Kartleggingen avdekket et behov for vesentlig styrking av tjenesten. Det ble konkludert med et behov for å øke antall årsverk knyttet til legetjenesten i sykehjem med 25 prosent. I henhold til Statistisk sentralbyrås statistikk for kommunehelsetjenesten har det vært en vekst i antall legeårsverk i sykehjem. Sammenlignes årsverksinnsatsen i 1999 med 2002, utgjør veksten 32 årsverk og tilsvarende en 14 prosent vekst. Rapporteringen fra Helsetilsynet i fylkene gir indikasjon på at veksten ikke er tilstrekkelig.

I oppsummeringsrapporten for fylkeslegenes tilsyn med helsetjenester til aldersdementa fra mars 2002 påpekes behovet for å sikre det faglige innholdet i medisinsk utredning av aldersdemens. I den sammenheng nevnes også behov for å vurdere hvordan dimensjoneringen av legetjenesten i sykehjem kan bli mer i samsvar med de behov for medisinsk faglige tjenester dagens sykehjem har. I rapporten pekes det også på at tilsynsetaten har erfart at fastlegereformen har bidratt til oppsplitting av legetjenesten i sykehjem, spesielt i større byer.

Helsetilsynet i Hedmark viser i Helsemeldingen for 2002 til at mangel på prioritering av lege oppgaver i sykehjem også viser seg gjennom at det ofte er de yngste og mest uerfarne legene som får oppgavene som sykehjemslege og at det kan mangle på planlegging og tilstrekkelig faglig omfang av sykehjemslegens oppgaver. I Helsemeldingen for 2001 viser Helsetilsynet i Hedmark til at ressursene og tidsrammen til det offentlige legearbeidet er så snaut i mange kommuner at det er vanskelig for leger å påta seg ansvaret. Helsetilsynet i Vestfold gir i rapportering til Statens helsetilsyn per 1. kvartal 2003 uttrykk for at legekapasiteten i sykehjem er underdimensjonert i forhold til pasientenes sykkelighet. Helsetilsynet i Oslo går enda

lengre i sin rapport fra samme tidspunkt og uttaler at dekning av legeoppgaver i sykehjem i mange bydeler er på grensen til det uforsvarlige og ved enkelte sykehjem klart uforsvarlig.

#### Legetjeneste i fengsel

Fengselshelsetjenesten blir i liten grad berørt i Helsetilsynet i fylkene sine rapporter om fastlegeordningen. Helsetilsynet i Hordaland melder i Medisinalmelding for 2001 at et fengsel i Bergen har hatt problem med å rekruttere fengselslege etter innføring av fastlegeordningen. I 2001 ble det gjennomført felles tilsyn med helsetjenesten i fengsel. Samarbeid med fastlegene eller rekruttering til legetjenesten i fengsel ble ikke berørt i oppsummeringsrapporten fra fylkeslegenes felles tilsyn.

### 6.2 Turnustjeneste

Fra flere fylker gis det uttrykk for at den ujevne tilstrømmingen av turnusleger fra halvår til halvår skaper store problemer for turnusordningen. Helsetilsynet i Rogaland gir temaet fyldig dekning i rapporteringen fra 31. august 2002. Det vises til at tildeling av turnusplass utelukkende skjer etter kandidatenes trekningsnummer. Dette medfører at kandidaten søker om og tildeles turnusplass i de mest sentrale strøk først, og ikke der turnuslegene trengs mest. Helsetilsynet i Rogaland opplever at flere kommuner vurderer å omgjøre turnuslegestilling til fast legestilling. Også Helsetilsynet i Sogn og Fjordane tar opp den sentrale betydningen turnusleger har for legedekningen i utkantstrøk og synes det er svært utilfredsstillende at distriktskommuner får så vekslende tilgang på turnusleger. Helsetilsynet i Møre og Romsdal tar i rapport fra 31. mai 2002 opp et kvalitetsaspekt ved turnustjenesten når de viser til at noen steder er turnustjenesten for leger svekket på grunn av fastlegeordningen. De peker på at kvaliteten på tjenesten kan bli redusert som følge av at pasienten foretrekker sin egen lege, slik at turnuslegen får et redusert antall og gjerne selektert utvalg av pasienter.

### 6.3 Samfunnsmedisinske oppgaver

Samfunnsmedisin er et medisinsk fagområde og har fra 1984 vært en egen spesialitet. Arbeidet er rettet mot helsetilstanden i hele eller grupper av befolkningen, og mot livsmiljøet og samfunnsforholdene befolkningen lever i. Faget omfatter også hvordan helse-



tjenesten og andre tiltak som iverksettes, dekker behov og fungerer i forhold til å bedre folkehelsen. Eksempler på arbeidsoppgaver er:

- kartlegging, overvåking og analyse av helsetilstanden i befolkningen og de faktorer (miljø, livsstil, arv) som kan påvirke den positivt og negativt (epidemiologi),
- vurdering av helsemessige og økonomiske forhold ved ulike tiltak,
- å være helsefaglig premissleverandør og rådgiver for overordnet administrativ og politisk myndighet og andre organer utenfor helsetjenesten,
- planlegging og eventuell administrering og metodeutvikling i forbindelse med gjennomføringen av ulike tiltak, for eksempel innenfor det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeidet og innenfor habilitering og rehabilitering.

Samfunnsmedisin er i sin metode tverrfaglig, tverrsektoriell, sektor- og nivåovergripende og fordrer at legen samarbeider nært med andre faggrupper både innenfor og utenfor helsetjenesten. I kommunene er de samfunnsmedisinske oppgavene knyttet til kommunelege- funksjonen. Sentrale oppgaver er i hovedsak smittevern, miljørettet helsevern og helsemessig beredskap.

Helsetilsynet i fylkene er gjennomgående bekymret for ivaretagelsen av samfunnsmedisinske oppgaver i kommunene. Temaet er også tatt opp i fylkeslegenes innspill til Sosial- og helsedirektoratet i forbindelse med arbeidet med Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003), Resept for et sunnere Norge.

Regjeringen drøfter i denne meldingens kapittel om samfunnsmedisin og legerollen (kapittel 9.3), både problemområder og forslag til tiltak med sikte på å styrke samfunnsmedisinen i kommunene.

Helsetilsynet i Rogaland er blant dem som viser til at sikring av funksjonen som medisinsk faglig rådgiver har blitt problematisk i mange kommuner, jf. Medisinalmelding for 1999-2001. De viser til erfaringer med at flere erfarne samfunnsmedisinere har sluttet og gått over til allmennpraksis. Om årsaken til at det svikter peker de på at kommunene ikke i tilstrekkelig grad etterspør kunnskap og tjenester og at storsamfunnet ikke prioriterer forebyggende og helsefremmende arbeid. Helsetilsynet i Sogn og Fjordane viser i

Medisinalmeldingen for 2002 til at verken leger, kommuner eller samfunn for øvrig synes å ønske offentlig, samfunnsmedisinsk arbeid i nevneverdig grad og at dette har vært en tendens siden innføring av kommunehelsetjenesteloven i 1984.

Helsetilsynet i Finnmark ser mer positivt på situasjonen for de samfunnsmedisinske oppgavene. I Medisinalmeldingen for 2001 melder de om at kommunene i Finnmark har vært flinkere enn i mange andre deler av landet til å ivareta de samfunnsmedisinske oppgavene i sine avtaler med kommunene. De frykter derfor ikke den samme utarming som det rapporteres om fra andre fylker.

Helsetilsynet i Aust-Agder viser til at ca. 40 prosent av kommunelegestillingene har vært langvarig vakante og at samfunnsmedisinske oppgaver er blitt nedprioritert, jf. Medisinalmelding i 2001. De viser til at det er en stor utfordring for kommunene å gjøre denne typen oppgaver attraktive for legene. Kommunelegers medvirkning i ledelse og administrasjon kan gi gevinst i form av mer helhetlig og bedre koordinert helsetilbud til brukerne.

Helsetilsynet i Sør-Trøndelag melder bekymring for det samfunnsmedisinske arbeidet. I rapportering per 31. mai 2002 viser de til at kun 1/3 av kommunene i fylket kommer opp mot normen for stipulert tidsbruk på samfunnsmedisinsk arbeid. I Medisinalmeldingen for 2002 påpeker de at utvikling av interkommunalt samarbeid om samfunnsmedisinske oppgaver kan være en løsning.

Statens helsetilsyn gjennomførte i mai/juni 2003 en kartlegging av kommunenes beredskap på smittevernområdet. Kartleggingen avdekket at en firedel av kommunene ikke har lovpålagte smittevernplaner. Det ble også avdekket manglende rutiner for å oppdatere smittevernplanene. Helsetilsynet ser dette som en dokumentasjon på at det er behov for å styrke det samfunnsmedisinske arbeidet i flere kommuner. Helsetilsynet i fylkene vil følge opp kommunene der kartleggingen avdekker mangler.

#### 6.4 Helsetilsynets vurdering

Etter Helsetilsynets syn er det beklagelig at kommunene ikke ser ut til å ha prioritert styrking av det offentlige legearbeidet ved innføringen av fastlegeordningen. Det har blant annet ført til at tilsynslegearbeidet i sykehjem ikke har fått nødvendig prioritet. Det er også bekymringsfullt at det samfunns-

medisinske arbeidet har blitt nedprioritert i lang tid. Helsetilsynet i fylkene har en oppfølgingsoppgave i forhold til kommunene i de tilfeller dette medfører at lovpålagte oppgaver ikke blir ivaretatt og når tjenestetilbudet grenser mot det uforsvarlige slik tilbakemeldingen viser fra enkelte fylker.

Helsetilsynet i fylkene påpeker problemer på grunn av ulik fordeling av turnusplasser vår- i forhold til høst halvåret. Statens helsetilsyn vil understreke turnustjenesten som viktig ressurs i utkantkommuner og at disse kommunene må sikres forutsigbarhet i tildeling av turnusplasser.

Tilbakemeldingene fra Helsetilsynet i fylkene om det offentlige legearbeidet gir grunn for å vurdere tiltak for å sikre at oppgavene kan bli bedre ivaretatt i tiden framover.

Helsetilsynet sentralt vil påpeke at fra tilsynsmyndighetenes synspunkt er kommunelege- funksjonen viktig, herunder for å ivareta medisinsk faglig rådgivning. Manglende kommunal oppfølging av fastlegekontraktene og mangelfull ivaretagelse av det offentlige legearbeidet kan også være uttrykk for mangel på personell i denne funksjonen.

Disse forholdene er drøftet i St. meld. 16 (2002-2003). Resept for et sunnere Norge, "Folkehelsemeldingen". Helsedepartementet peker der både på ulike årsakssammenhenger og på tiltak som kan bedre forholdene.



## 7 Oppsummering av Helsetilsynets vurderinger med forslag til videre oppfølging

Tilbakemeldingene fra Helsetilsynet i fylkene gir i sum inntrykk av at fastlegeordningen har ”gått seg til”. I forbindelse med oppstart av fastlegeordningen fikk Helsetilsynet i fylkene en del henvendelser om fastlegeordningen, mens det nå er få henvendelser knyttet til problemer med fastlegeordningen. Fastlegeordningen har gjennom plassering av ansvar for oppfølging gitt et godt grunnlag for bedret oppfølging av pasienter i allmennlegetjenesten.

Helsetilsynet vil vektlegge følgende områder i det videre arbeidet med fastlegeordningen og legetjenesten i kommunene:

- **Fortsatt behov for å styrke legetjenesten i utkantkommuner**

Etter to år med fastlegeordningen er legedekningen bedret. Dette har gitt innbyggerne en bedre mulighet til å få oppfølging av samme lege over tid. Fortsatt er det imidlertid utfordringer knyttet til manglende rekruttering til og kontinuitet i legetjenesten i enkeltkommuner. 78.000 innbyggere er knyttet til en liste uten lege og står dermed uten et reelt fastlegetilbud. Dette gir fortsatt behov for innsats for å bedre kontinuitet i legetjenesten spesielt i Sogn og Fjordane og Finnmark. Ingen helsetilsyn i fylkene har rapportert om uforsvarlig legetjeneste, men Helsetilsynet vil peke på at legetjenesten er spesielt sårbar i kommuner med mangelfull legedekning og høyt innslag av vikarer. Fastlegeordningens intensjon om kontinuitet i legetjenesten blir i disse kommunene vanskelig å innfri.

*Helsetilsynet vil understreke turnuslegen som en viktig ressurs i utkantkommuner og at disse kommunene må sikres forutsigbarhet i tildeling av turnusplasser. Tilsynsmyndighetene vil fortsatt overvåke legetjenesten i*

*kommunene med særlig vekt på kommuner med dårlig legedekning.*

- **Ledig listekapasitet er nødvendig for å innfri fastlegerettigheter**

Helsetilsynet vil understreke betydningen av ledig listekapasitet for å kunne innfri innbyggernes fastlegerettigheter. Det må sikres tilstrekkelig kapasitet både for å gi fastlegetilbud til nye innbyggere i kommunen, herunder til studenter, og for å gi reell bytte mulighet. Helsetilsynet vil peke på at begrenset tilgang til ledige lister over tid kan skape mistillit til ordningen. For innbyggere som ufrivillig mister legen sin i forbindelse med listereduksjon eller hvis legen slutter, vil det være viktig å ha reell valgmulighet med hensyn til å velge ny lege. Mulighet til å velge kvinnelige leger har også betydning.

*Tilsynsmyndighetene vil følge med på situasjonen når det gjelder innbyggernes rettigheter i fastlegeordningen og gripe inn der forholdene er uforsvarlige.*

- **Fastlegens koordinerende rolle bør styrkes**

Etter Helsetilsynets syn gir fastlegeordningen et potensial til kvalitetsbedring som ennå ikke er utnyttet, spesielt med hensyn til tilbudet til innbyggere med store/sammensatte behov. Det bør vurderes om det er behov for formalisering av krav til fastlegen i oppfølgingen av pasienter med sammensatte behov, blant annet i forhold til utarbeidelse og oppfølging av individuelle planer. Det vises også til at tilsyn med helsetjenesten har avdekket at det kan være behov for å tydeliggjøre krav til fastlegen, jf. tilsyn med helse-tjenester til barn og unge med psykiske problemer. *Helsetilsynet vil på den bakgrunn be*

*Helsedepartementet vurderer tiltak med sikte på å styrke fastlegens rolle som koordinerende innstans.*

Helsetilsynet vil vise til at informasjonsflyt til fastlegen er et nødvendig utgangspunkt for at fastlegen skal ha mulighet til å følge opp. *Helsetilsynet ber om at Helsedepartementet vurderer mulighet for enklere tilgang til fastlegeregisteret som et virkemiddel for å forenkle informasjonsflyten til fastlegen.*

- **Videreutvikling og oppfølging av fastlegeavtalene**

Kommunen har ansvar for at innbyggerne får forsvarlige legehjelp og for å følge opp at innbyggerne får ivaretatt sitt behov for allmennlegetjenester hos fastlegen. Fordi et stort flertall av fastlegene er privatpraktiserende vil kommunens oppfølging av legetjenesten i hovedsak skje gjennom utforming og oppfølging av fastlegeavtalene. *Helsetilsynet vil oppfordre Helsedepartementet i samarbeid med partene i avtalene til å se på om forventninger til fastlegen og kommunens oppfølging av legetjenesten er tydelig nok i forskrift og avtaleverk.*

I en situasjon med god tilgang på leger vil en forvente at leger som ikke yter innbyggere på sin liste god nok service blir valgt bort. Det ligger slik sett inne et betydelig element av selvregulering i fastlegeordningen, men det er fortsatt behov for oppfølging av kvaliteten i tjenesten. Spesielt i kommuner med liten valgmulighet blir det viktig at kommunen kompenserer for manglende valgmulighet gjennom å følge opp kvalitet på legetjenesten.

- **Bedre ivaretagelse av kronikere i forbindelse med listereduksjon**

Helsetilsynet vil poengtere at mulighet til oppfølging over tid er sentralt særlig for pasienter med kroniske lidelser og stort legebehov. *Helsetilsynet vil derfor oppfordre Helsedepartementet til å foreta en ny vurdering av fastlegeforskriftens bestemmelse om listereduksjon. Helsetilsynet vil også be om at Helsedepartementet vurderer om betaling for overføring av journalopplysninger i forbindelse med ufrivillig legebytte kan dekkes av folketrygden.*

- **Behov for bedre ivaretagelse av offentlig legearbeid**

Etter Helsetilsynets syn er det beklagelig at kommunene ikke ser ut til å ha prioritert

styrking av det offentlige legearbeidet ved innføringen av fastlegeordningen. Det har blant annet ført til at tilsynslegearbeidet i sykehjem ikke har fått nødvendig prioritet. Det er også bekymringsfullt at det samfunnsmedisinske arbeidet har blitt nedprioritert i lang tid. Helsetilsynet i fylkene har en oppfølgingsoppgave i forhold til kommunene der lovpålagte oppgaver ikke blir ivaretatt og når tjenestetilbudet grenser mot det uforsvarlige slik tilbakemeldingen viser fra enkelte fylker. *På bakgrunn av tilbakemeldingene fra Helsetilsynet i fylkene vil Helsetilsynet be om at Helsedepartementet vurderer tiltak for å sikre en bedre ivaretagelse av de offentlige legeoppgavene.*

Helsetilsynet sentralt vil påpeke at fra tilsynsmyndighetenes synspunkt er kommunelegefunksjonen viktig, herunder for å ivareta medisinsk faglig rådgivning og smittevernlegefunksjon. Kommunenes oppfølging av fastlegeavtalene og det offentlige legearbeidet kan bedres gjennom styrking av kommunelegefunksjonen. Helsetilsynet vil også vise til at blant annet Fylkeslegen i Finnmark har hatt en pådriverrolle som har bidratt positivt til det samfunnsmedisinske arbeidet i sitt fylke.

- **Fortsatt oppfølging av øyeblikkelig hjelp tilbudet**

Innføring av fastlegeordningen har avdekket svakhet i kommunens organisering av legevaktjenesten når det gjelder tilgang på øyeblikkelig hjelp på dagtid. Det generelle inntrykket er at problemene omkring øyeblikkelig hjelp har blitt færre, men at det ikke fullt ut er løst. Helsetilsynet har gjennom kartleggingen "Når hjelpen kan vente litt" dokumentert mangler med kommunenes øyeblikkelig hjelp tjeneste. *Helsetilsynet i fylkene har på den bakgrunn iverksatt egen oppfølging av øyeblikkelig hjelp tilbudet i kommunene. Helsetilsynet har samtidig pekt på at det kan være behov for å tydeliggjøre kommunens plikter i ny forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, jf. brev til Helsedepartementet og Sosial- og helsedirektoratet i forbindelse med oversendelse av rapporten "Når hjelpen kan vente litt".*

## Referanser

- Finnvold, Jon Erik og Bård Paulsen (2002): Før innføring av fastlegeordning - brukervurderinger av allmennlegetjenesten i et veiskille. NIS - SINTEF / Statistisk sentralbyrå
- Heen, Johnsen og Opdahl Mo (1996) Forsøk med fastlegeordning Evaluering av et forsøk i fire kommuner. AFIs rapportserie nr. 2 1996
- ”En vurdering av alternative måter å redusere fastlegens liste på jf § 16 i Fastlegeforskriften”, anbefaling fra arbeidsgruppe, Oslo 1. juli 2002.
- Helsetilsynet i Finnmark (2003) Tilsyn med legevaktjenesten, tilgjengelighet til fastlege og ventetid hos fastlege i Finnmark.
- Helsetilsynet i Hordaland (2003) Rapport frå kartlegging av tilgjenge til fastlegar 28. og 29. januar 2003.
- Kartlegging av kommunenes beredskap på smittevernområdet pr juni 2003. Rapport fra Helsetilsynet 7/2003. Oslo, Statens helse-tilsyn.
- Kartlegging av tilgjengelighet til lege ”Når hjelpen kan vente litt”. Rapport fra Helse-tilsynet 2/2003. Oslo, Statens helsetilsyn.
- Legetjenester i sykehjem - En nasjonal kartlegging 1999 - Statens helsetilsyn utrednings-serie 8-99, IK-2698.
- Medisinalmeldinger/Helsemeldinger.
- Fylkeslegenes tilsyn med helsetjenesten i fengsler 2001 – oppsummeringsrapport. Rapport fra Helsetilsynet 4/2002. Statens helsetilsyn (2002).
- Fylkeslegenes tilsyn med helsetjenester til aldersdemente – oppsummeringsrapport. Rapport fra Helsetilsynet 3/2002. Oslo, Statens helsetilsyn.
- Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002. Rapport fra Helsetilsynet 4/2003. Oslo, Statens helse-tilsyn (2003).
- Ot. prp. nr. 99 (1998-99) Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helse-tjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen).
- Rapportering fra helsetilsyn i fylkene jf. til-delingsbrev fra Statens helsetilsyn.
- St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge, Folkehelsepolitikken.
- St.meld. nr. 23 (1996-97) Trygghet og ansvarlighet - Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen.
- St.meld. nr. 45 (2002-2003) Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene.
- Tilsyn med den akuttmedisinske beredskapen i Oslo kommune, Fylkeslegen i Oslo (2002).

# Rapport fra Helsetilsynet

## Utgivelser 2002

**1/2002** Utredning om drift og organisering av morsmelkbaner (januar 2002)

**2/2002** Tilsyn ved regionsykehusene i 2001 – oppsummeringsrapport (februar 2002)

**3/2002** Fylkeslegenes tilsyn med helsetjenester til aldersdemente i 2001 – oppsummeringsrapport (mars 2002)

**4/2002** Fylkeslegenes tilsyn med helsetjeneste i fengsler 2001 – oppsummeringsrapport (mars 2002)

**5/2002** Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten – rapport om prosjektet fra Helsetilsynet til Helsedepartementet (januar 2002)

**6/2002** Dent-O-Sept munnpensel som smittekilde for alvorlig sykehusinfeksjon – Rapport fra Helsetilsynet til Helseministeren (april 2002)

**7/2002** For det var ikke plass til dem i herberget – Overbelegg og korridorpasienter i indremedisinske avdelinger i landets somatiske sykehus – Utviklingen 1997–2001 (juni 2002)

**8/2002** Quality in Health Care – the Role of Government in Supervision and Monitoring in Norway (juli 2002)

**9/2002** Helseforhold og helsetjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser. En vurdering av tilgjengelige datakilder – Rapport fra arbeidsgruppen for tilsyn med psykisk helsearbeid i kommunehelsetjenesten og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten i 2001 og 2002 (juni 2002)

**10/2002** Spesialisthelsetjenestens veiledningsoppgaver overfor kommunehelsetjenesten – Rapport fra en pilotundersøkelse i Sogn og Fjordane og Sør-Trøndelag i 2001 (juni 2002)

**11/2002** Sikrere legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenester (november 2002)

## Utgivelser 2003

**1/2003** På feil sted til rett tid? Korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger – kartleggingen 2002 og utviklingen 1999-2002 (februar 2003)

**2/2003** Kartlegging av tilgjengeligheten til lege – ”Når hjelpen kan vente litt” (februar 2003)

**3/2003** Oppsummering etter tilsyn med smittevernet i intensivavdelinger september 2002 (februar 2003)

**4/2003** Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002 (mars 2003)

**5/2003** Styrket smittevern i kommunene - sluttrapport fra prosjektet (februar 2003)

**6/2003** Der det er hjerterom... Kartlegging av belegg i psykiatriske akuttavdelinger 2002 (mai 2003)

**7/2003** Kartlegging av kommunenes beredskap på smittevernområdet pr. juni 2003 (august 2003)

**8/2003** Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen (september 2003)

**9/2003** Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren – tilsynserfaringer 1998-2003 (oktober 2003)

**10/2003** Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud (oktober 2003)

**11/2003** Rapport til Helsedepartementet om Helsetilsynets oppfølging i Dent-O-Sept saken (oktober 2003)

Utgivelsene i 2002 og tom. 8/2003 finnes bare i elektronisk utgave på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

Utgivelsene fom. 9/2003 finnes i elektronisk utgave på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). og i trykt utgave som kan bestilles fra Helsetilsynet, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post [postmottak@helsetilsynet.no](mailto:postmottak@helsetilsynet.no)

## Tilsynsmeldinger fra Helsetilsynet

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Helsetilsynet. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for sosial- og helsetjenestene og for offentlig debatt om tjenestene. Tilsynsmeldingen gir uttrykk for Helsetilsynets syn på sosial- og helsetjenestene i landet og er et viktig policydokument.

Tilsynsmeldinger fra og med 1997 finnes i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). De nyeste kan også bestilles i trykt utgave fra Helsetilsynet.

I serien *Rapport fra Helsetilsynet* formidles resultater fra tilsyn i sosial- og helse-tjenesten.

Serien ble etablert i 2002 og utgis av Statens helsetilsyn. Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

### **Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen**

I rapporten oppsummeres tilsynsmyndighetenes erfaringer etter to år med fastlegeordningen. Rapporten er Helsetilsynets bidrag til Helsedepartementets statusrapport om ordningen etter to år.

Tilbakemeldingen fra Helsetilsynet i fylkene er at fastlegeordningen har ”gått seg til” og at fastlegeordningen gir et godt grunnlag for å følge opp pasientene bedre. Rapporten påpeker at det er forbedringspotensial på viktige områder, som for eksempel:

- Legetjenesten i kommuner med mangelfull legedekning må følges opp
- Ledig listekapasitet er nødvendig for å innfri fastlegerettighetene
- Fastlegens koordinerende rolle bør styrkes
- Fastlegeavtalene bør videreutvikles og følges opp
- Kronikere må ivaretas bedre ved listereduksjon
- Offentlig legearbeid må styrkes