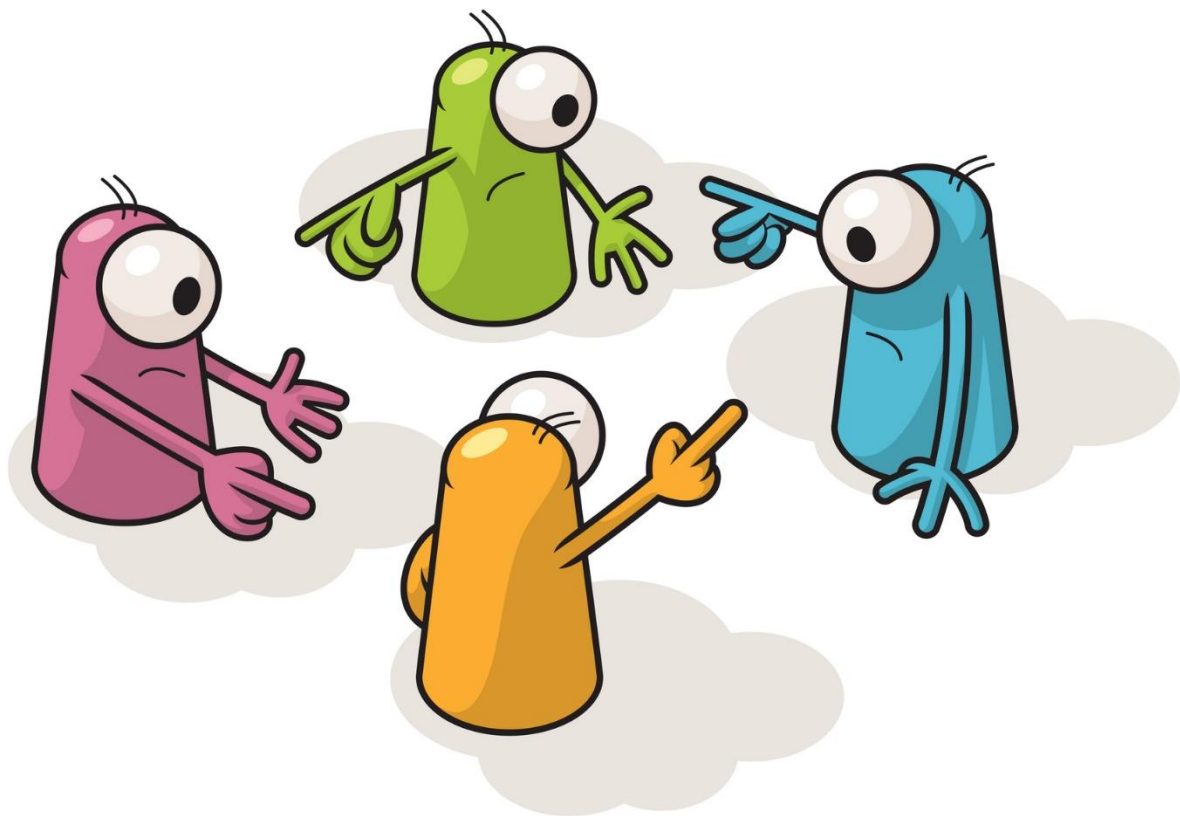


**RAPPORT
2013:8**

FORSTERKET LEGETJENESTE I KOMMUNENE **Virksomheter for kommunene av ny fastlegeforskrift**



Margrete Gaski og Birgit Abelsen



Tittel: **Forsterket legetjeneste i kommunene.**
Virkninger for kommunene av ny fastlegeforskrift

Forfattere: Margrete Gaski og Birgit Abelsen

Norut Alta RAPPORT: 2013:8

ISBN: 978-82-7571-233-0

Oppdragsgiver: KS

Prosjektleder: Margrete Gaski

Oppsummering: Rapporten dokumenterer en kartlegging av hvordan landets kommuner så langt har innrettet seg for å imøtekomme kravene gitt i den nye fastlegeforskriften som ble iverksatt 1. januar 2013. 20 kommuner er intervjuet om dette.

Vi finner at om lag halvparten av de undersøkte kommunene så langt har forholdt seg aktivt til den nye forskriften. Spesielt det som gjelder kvalitet oppfattes som en utfordring med forskriften. Det oppfattes som en utfordring å bestemme *hvor tett på* kommunen faktisk skal være og hvor mye man skal inn og se på hvordan fastlegene jobber. Et fåtall kommuner har gjort noe aktivt når det gjelder å sikre fastlegens trygghet, eller kontrollere tilgjengeligheten til legetjenesten. Det er et mål å integrere fastlegene mere, men dette vanskeligjøres av at det ikke er utviklet gode finansieringsordninger som matcher de behov kommunene har ut fra at man har næringsdrivende fastleger.

Kartleggingen omfatter også noen spørsmål som mer generelt belyser hvilke konkrete planer kommunene har for rekruttering av personell og kompetanseheving. Halvparten av informantene oppfatter at deres kommune har rekrutteringsutfordringer i allmennlegetjenesten, og fem ulike rekrutteringsstrategier er kategorisert. Fastlegenes kompetanseutvikling utenom spesialisering i allmenntilleggsmedisin er i liten grad en problemstilling for kommunene.

Emneord: fastlegeforskrift, kvalitet, samarbeid, rekruttering, kompetanseheving

Dato: 30. august 2013

Forsidebilde: www.crestock.com

Utgiver: Norut Alta AS, Kunskapsparken, Markedsgata 3, 9506 ALTA
Telefon: 78457100
Epost: post@finnmark.norut.no
www.norut.no/alta

Forord

Norut Alta har på oppdrag fra KS kartlagt hvordan landets kommuner så langt har innrettet seg for å imøtekomme kravene gitt i den nye fastlegeforskriften som ble iverksatt 1. januar 2013. Kartleggingen omfatter også noen spørsmål som ikke spesifikt er knyttet til den nye fastlegeforskriften, men mer generelt belyser hvilke konkrete planer kommunene har for rekruttering av personell, kompetanseheving og videreutvikling av kvalitet i allmennlegetjeneste og legevakt. Kartleggingen dokumenteres i denne rapporten.

Vi vil takke KS for et spennende oppdrag. Forfatterne takker alle informanter som har svart på spørsmål i kartleggingen. Vi takker også referansegruppen, rådmannsutvalget i KS, for gode innspill underveis i arbeidet.

Alta, 30. august 2013

Birgit Abelsen
Adm. direktør

INNHOLD

SAMMENDRAG	1
1 INNLEDNING	3
1.1 OPPBYGGING AV RAPPORTEN	3
2 DEN NYE FASTLEGEFORSKRIFTEN	4
2.1 OM PROSESSEN FRAM TIL NY FORSKRIFT	5
2.2 KOMMUNENES «SØRGE FOR»-ANSVAR OG ENDRINGER I DETTE.....	6
2.2.1 <i>Tilby innbyggerne nødvendige allmennlegetjenester</i>	7
2.2.2 <i>Organisere en fastlegeordning med nok leger.....</i>	7
2.2.3 <i>Informasjon</i>	7
2.2.4 <i>Økonomisk vederlag</i>	7
2.2.5 <i>Fastlegens trygghet</i>	8
2.2.6 <i>Kvalitet i allmennlegetjenesten.....</i>	8
2.2.7 <i>Tilrettelegging for samarbeid</i>	9
2.3 LEGEVAKT	9
2.4 UTVIKLING AV ALLMENNLEGETJENESTEN.....	10
3 METODE.....	11
4 HVORDAN IVARETAR KOMMUNENE SITT «SØRGE-FOR»-ANSVAR?	12
4.1 FASTLEGENS TRYGGHET.....	13
4.2 KVALITET I ALLMENNLEGETJENESTEN.....	15
4.2.1 <i>Prosesskravet - systematisk arbeid med kvalitet</i>	15
4.2.2 <i>Funksjons- og kvalitetskrav.....</i>	16
4.3 TILRETTELEGGING FOR SAMARBEID.....	19
4.3.1 <i>Samarbeid mellom kommunens helseledelse og fastlegene.....</i>	20
4.3.2 <i>Samarbeid mellom fastlegene og andre kommunale instanser.....</i>	23
4.3.3 <i>Samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten.....</i>	26
4.3.4 <i>Oppsummering</i>	29
5 REKRUTTERING OG KOMPETANSEHEVING.....	30
5.1 REKRUTTERING AV PERSONELL.....	30
5.2 KOMPETANSEHEVING	33
6 KARTLEGGINGENS HOVEDFUNN	35
7 REFERANSER	39
8 VEDLEGG: INTERVJUGUIDE	40

Sammendrag

Bakgrunnen for revisjonen av den nye fastlegeforskriften kan oppsummeres i to behov: behovet for kvalitetssikring av fastlegetjenesten, og behovet for mer integrerte helsetjenester. Denne studien har sitt hovedfokus på bestemmelsene i fastlegeforskriftens kapittel 2, som spesifiserer og utdyper kommunens «sørge-for»-ansvar.

Problemstillingene som søkes belyst i denne kartleggingen er for det første hvordan kommunene ivaretar sitt «sørge-for»-ansvar, og om det er endringer i ansvaret som følge av den nye fastlegeforskriften. Kommunens ansvaret kan oppsummeres i sju punkter, og rapporten tar for seg hvordan kommunene så langt har innrettet seg for å følge opp de tre punktene som vi betrakter som nye; bestemmelser om fastlegens trygghet, kvalitet i allmennlegetjenesten, og kommunens ansvar for tilrettelegging for samarbeid. Videre tar rapporten opp noen vesentlige forhold rundt utvikling av en god allmennlegetjeneste som ikke reguleres gjennom fastlegeforskriften. Dette gjelder utfordringer knyttet til rekruttering av leger, og kompetanseheving for videreutvikling av kvalitet både i allmennlegetjenesten og i legevakt.

Problemstillingene i denne rapporten har en eksplorerende karakter, og en kvalitativ metode er derfor valgt. Dette gjør at vi ikke kan tegne noe representativt bilde verken av hvordan «sørge-for» ansvaret ivaretas generelt i kommunene eller hvordan kommunene jobber med videreutvikling av kvalitet, rekruttering og kompetanseheving i legetjenesten. Metoden gir imidlertid mulighet til å utforske og studere variasjoner mellom enkeltkommuner og innholdet i enkeltkommuners ivaretagelsen av «sørge-for» ansvaret og utviklingsplaner mer i dybden. Datainnsamlingen omfatter intervju med 20 casekommuner som er av ulik størrelse, som er jevnt fordelt mellom landsdelene, og har både næringsdrivende og fastlønnede leger.

I om lag halvparten av de undersøkte kommunene har helseledelsen diskutert fastlegeforskriften med fastlegene sine, alternativt informert dem, eller de har forholdt seg aktivt til ett av de nye punktene i forskriften.

Bare tre av 20 kommuner har gjort noe aktivt når det gjelder å sikre fastlegens trygghet. Det er gjort en del tiltak i forhold til legevakt, det meste er gjort før den nye fastlegeforskriften kom.

Flere informanter oppfatter at det spesielt er det som gjelder kvalitet, som er en utfordring med den nye forskriften. Funksjons- og kvalitetskravene handler i første rekke om å utføre virksomheten i tråd med nasjonale retningslinjer samt spesifikke krav om fastlegens tilgjengelighet. Kommunene er tildelt det overordna ansvaret for at funksjons- og kvalitetskravene oppfylles. Det oppfattes som en utfordring å bestemme *hvor tett på* kommunen faktisk skal være og hvor mye man skal inn og se på hvordan fastlegene jobber. Når selve tilsynsmyndigheten ligger hos fylkeslegen så ses dette på som ytterligere komplisert. Det er et dilemma for kommunene å finne ut hvilken myndighet de har overfor de enkelte selvstendige næringsdrivende fastlegene. Det oppfattes som krevende å finne ut hva kommunene kan gjøre for å følge opp ansvaret. Nesten ingen kommuner driver noen

kontroll av tilgjengeligheten til legetjenesten. Mange er opptatt av å ha dialog om den med fastlegene.

Gjennom fastlegeforskriften har kommunene fått tildelt ansvar for å tilrettelegge for samarbeid, både mellom fastleger og helseledelsen i kommunen, mellom fastleger og andre kommunale tjenester, og mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten. Det finnes mange godt etablerte samarbeidsstrukturer hvor fastlegen inngår, både på kommunalt nivå og i forhold til spesialisthelsetjenesten. Samhandlingsreformen synes også å ha etablert nye samarbeidsstrukturer på tvers innad i mange kommuner. Det er et mål å integrere fastlegene mere, men her møter man på kvist fordi det ikke er utviklet gode finansieringsordninger som matcher de behov kommunen har ut fra at man har næringsdrivende fastleger.

Vi har undersøkt om kommunene oppfatter at de har rekrutteringsutfordringer, hvordan disse arter seg, og om kommunene arbeider etter en (vedtatt) plan eller om de tar rekrutteringsutfordringene ad hoc når de oppstår. Halvparten av informantene opplyser at deres kommune ikke har rekrutteringsutfordringer i allmennlegetjenesten. Kommunenes måter å forholde seg til rekrutteringsproblematikken, er kategorisert i fem strategier: oppstartspakker for nye fastleger, vikarordning på legevakt for å redusere vaktbelastningen på fastleger, sammenslåing av legekontor og felles fagutvikling, og overgang til kommunalt ansatte leger. Den femte strategien er turnusordningen og hvordan denne har fungert godt for å rekruttere nye fastleger. Samtidig uttrykkes en bekymring for hva som blir resultatet av den nye turnusordningen som innebærer at kandidatene selv søker seg dit de ønsker.

Fastlegenes kompetanseutvikling utenom spesialisering i allmennmedisin er i liten grad en problemstilling for kommunene. Kommunene er opptatt av å tilrettelegge for spesialisering i allmennmedisin, og har for øvrig kurs eller øvelser i akuttmedisin for legevaktene. Utover dette er fastlegers kompetanseheving i liten grad en problemstilling i kommunene. Flere kommenterer at legene stort sett ordner med kompetanseheving selv, gjennom sine foreninger.

1 Innledning

Denne rapporten er skrevet på oppdrag fra KS. Hensikten med oppdraget er å kartlegge hvordan landets kommuner så langt har innrettet seg for å imøtekomme kravene gitt i den nye fastlegeforskriften. Kartleggingen skal gi innsikt i hvilke planer og konkrete tiltak kommunene har satt i verk, eller planlegger å sette i verk, for å håndtere sitt «sørge for»-ansvar slik det spesifiseres i den nye fastlegeforskriften.

Konkret ønsket KS å få belyst følgende problemstillinger:

- Hvordan ivaretar kommunene sitt «sørge-for»-ansvar og er det endringer i ansvaret som følge av den nye fastlegeforskriften?
 - Hvilke planer er vedtatt og hvilke tiltak er igangsatt?
 - Hvilke tiltak mener kommunen er de viktigste å gjennomføre for å innfri sitt «sørge for»-ansvar?
 - Hva planlegges framover for å styrke legetjenesten og imøtekomme kravene i forskriften som per i dag kanskje ikke er godt nok ivaretatt, slik kommunen ser det?

Kartleggingen omfatter også noen spørsmål som ikke spesifikt er knyttet til den nye fastlegeforskriften, men mer generelt belyser hvilke konkrete planer kommunene har for rekruttering av personell, kompetanseheving og videreutvikling av kvalitet i allmennlegetjeneste og legevakt. For å utdype disse forholdene spør vi:

- Hvordan arbeider kommunen for å sikre god kvalitet i sin allmennlegetjeneste og ved sin legevakt?
- Hvordan arbeides det med kompetanse, rekruttering og eventuelt utvikling av kvalitetsparametre?

Som en del av det samme oppdraget, ønsket KS å få kartlagt hvordan kommunene innretter seg for, og står rustet til, å imøtekomme endringen i aldersgrense for rett til fritak fra legevaktstjeneste fra fylte 55 år (tidligere 60 år). Denne delen av oppdraget er rapportert i et eget notat pr 8.mai 2013 (Gaski og Abelsen, 2013). Som et resultat av tilbakemeldingene i denne rapporten, samt en rapport fra Helsedirektoratet, ble aldersgrensen for rett til fritak hevet til 60 år i juni 2013 (Forskrift om endring av forskrift om fastlegeordning i kommunene, gjeldende fra 1. juli 2013).

1.1 Oppbygging av rapporten

I kapittel 2 presenteres den nye fastlegeforskriften. Det gis en kort beskrivelse av prosessen som førte frem til ny forskrift, men hovedfokuset er på å beskrive kommunens overordnede ansvar for å tilby innbyggerne nødvendige allmennlegetjenester (det såkalte «sørge-for»-ansvaret). I kapittel 3 beskriver vi hvordan vi metodisk har gått fram for å samle inn et datamateriale som kan belyse problemstillingene som er spesifisert over. I kapittel 4 oppsummeres resultater fra det empiriske materialet som belyser hvordan kommunene ivaretar sitt «sørge-for»-ansvar. Framstillingen er konsentrert om de delene av «sørge-for»-ansvaret som vi betrakter som nye; fastlegens trygghet, kvalitet i allmennlegetjenesten, og

tilrettelegging for samarbeid. Kapittel 5 beskriver i hvilken grad og hvordan kommunene arbeider planmessig med rekruttering og kompetanseheving for å utvikle kvaliteten i allmennlegetjeneste og legevakt. I kapittel 6 oppsummerer vi de viktigste funnene i kartleggingen.

2 Den nye fastlegeforskriften

Den nye fastlegeforskriften ble varslet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, og gjelder fra 1. januar i 2013. Bakgrunnen for revisjonen av fastlegeforskriften kan oppsummeres i to behov: behovet for *kvalitetssikring* av fastlegetjenesten, og behovet for mer *integreerte helsetjenester*.

Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen (St meld 47 s 94) pekte på behovet for bedre integrering og en klarere definert rolle for fastlegene i den kommunale helsetjenesten. Det framholdes at fastlegene bør knyttes tettere til kommunens virksomhet og ha et mer avklart forhold til den kommunale helseledelsen. I meldingen hevdes det at fastlegen i dag verken er styrings- eller systemmessig godt nok integrert hverken med kommune eller helseforetak. For å sikre en sterkere kommunal styring av fastlegene, foreslo meldingen tiltak langs flere akser:

- Tydeligere kommunal styring av de allmennmedisinske offentlige oppgavene legen kan pålegges.
- Tydeligere kommunal styring på den kurative delen av arbeidet for å sikre at fastlegens praksis innrettes i tråd med helsepolitiske prioriteringer.
- Tettere oppfølging av om legens praksis på alle områder er i tråd med nasjonale krav og forventninger til god medisinsk praksis.

Den nye fastlegeforskriften kan forstås som ett av flere grep for å iverksette tiltakene listet opp i punktene over.

Begrepet forskrift er definert i forvaltningsloven¹ (§2 c) som «*et vedtak som gjelder rettigheter eller plikter til et ubestemt antall eller en ubestemt krets av personer*». En forskrift er med andre ord et sett med juridisk bindende regler. Den nye fastlegeforskriften gir bestemmelser som er bindende både for kommunen og for fastlegen.

Fastlegeforskriften er delt inn i åtte kapittel:

Kapittel 1: spesifiserer formålet med fastlegeordningen og definerer noen sentrale begrep som brukes i forskriften

Kapittel 2: spesifiserer og utdyper kommunens ansvar

Kapittel 3: spesifiserer og utdyper fastlegens ansvar

Kapittel 4: definerer funksjons- og kvalitetskrav til fastlegens virksomhet

Kapittel 5: omhandler innhold og formaliteter rundt fastlegeavtaler

Kapittel 6: gir bestemmelser om fastlegens liste

Kapittel 7: spesifiserer særlige tiltak ved legemangel

¹ <http://www.lovdatab.no/all/nl-19670210-000.html> (lastet ned 19. juli 2013).

Kapittel 8: spesifiserer når forskriften trer i kraft

Denne studien har sitt hovedfokus på bestemmelsene i fastlegeforskriftens kapittel 2. Dette utdypes nærmere i kapittel 2.2. Men før vi går nærmere inn på innholdet i forskriftens kapittel 2 skal vi se litt på prosessen som ledet fram til ny fastlegeforskrift.

2.1 Om prosessen fram til ny forskrift

Like før jul i 2011 sendte Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) forslag til revidert fastlegeforskrift ut på høring. Det var ulike årsaker til at HOD fant det nødvendig å revidere forskriften. HOD trakk i sitt *Høringsnotat om revidert forskrift* fram flere ulike forhold. Notatet understreket innledningsvis at fastlegeordningen som ble etablert i 2001, i hovedsak har fungert godt, men at det finnes potensiale for forbedring. Det ble blant annet pekt på at Samhandlingsreformen forutsetter at fastlegene i større grad enn det som i dag er tilfelle, driver forebyggende og oppsøkende virksomhet blant annet rettet mot pasienter som ikke selv oppsøker allmennlegetjenesten. Et annet aspekt er at kommunene opplever at de har for dårlige styringsmuligheter i forhold til fastlegene og at de er for lite integrert med den øvrige helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Et tredje aspekt handlet om uklare forventninger til hva fastlegene skal gjøre. Det var ifølge HOD behov for å presisere listeansvaret og fastsette nasjonale kvalitets- og funksjonskrav til fastlegen. Et fjerde viktig aspekt handlet om å få en fastlegeforskrift som tok opp i seg endringer i sentralt lovverk² og et behov for å forskriftsfeste sentrale sider ved fastlegeordningen som tidligere har vært avtaleregulert³.

Utkastet til revidert fastlegeforskrift som ble sendt på høring, ble gjenstand for mye oppmerksomhet og skapte stort engasjement - i særdeleshet blant landets fastleger og i Legeforeningen. HOD fikk tilsendt til sammen 269 skriftlige høringsuttalelser⁴. Av disse kom 110 (40 %) fra enkeltkommuner eller sammenslutninger av kommuner, mens 66 (25 %) kom fra lokale allmenn-/fastlegeutvalg, ad hoc pregede fastlegesammenslutninger (som f.eks. fastlegeaksjonen) samt noen enkeltstående fastleger. Høringsuttalelsene fra kommunene og allmennlegene var i stor grad samstemte om at flere av de forslåtte bestemmelsene ikke ville bidra til å gjøre allmennlegetjenesten bedre hverken for pasienter, fastleger eller kommuner. De mest kontroversielle delene i forslaget til revidert fastlegeforskrift som ble sendt på høring, omhandlet bestemmelser som ville gi fastlegen plikt til å delta i nødvendige møter med kommunen, krav om at fastlegen skal innhente systematisk informasjon om brukere og pårørendes erfaringer, krav om at fastlegen skulle skaffe seg inngående kjennskap til alle listeinnbyggere, samt mulighet for kommunene til å sanksjonere mot fastleger som ikke overholder sine forpliktelser. Mange av høringsuttalelsene argumenterte sterkt imot disse forslagene og det ble fra flere hold hevdet at en fastlegeforskrift med et slikt innhold ville bidra til at fastlegeordningen ville bryte sammen.

² Som Helse- og omsorgstjenesteloven.

³ Blant annet gjennom Statsavtalen, Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening samt Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening.

⁴ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2011/revidert-fastlegeforskrift/horingsuttalelser.html?id=667715>

HOD lyttet åpenbart til høringsinnspillene. Da den endelige fastlegeforskriften ble presentert 29. august 2012, var de mest kontroversielle punktene tatt ut av forskriften eller strekt moderert. Den endelige fastlegeforskriften ble derfor relativt godt mottatt.

Det var imidlertid ett punkt som skapte stor oppmerksomhet – at aldersgrensen for rett til fritak fra legevakt var satt til 55 år. Den gamle fastlegeforskriften (§ 12 c) ga åpning for at kommunene kunne tilplikte fastleger deltagelse i kommunal legevakt. I rammeavtalen (punkt 10.4) og den forbundsvise særavtalen (SFS 2305 6-8) ble ordet «skal» brukt om fastlegenes deltagelse i kommunal legevakt. Selv om dette kan tolkes som at kommunen hadde et rettslig og avtalemessig grunnlag for å kreve fastlegers deltagelse i kommunal legevakt, ble ikke disse bestemmelsene ansett som gode nok av HOD til å sikre faktisk deltagelse (se Høringsnotat s. 62).

I forslaget til ny fastlegeforskrift som ble sendt på høring, var grensen for fritak satt til 60 år. Eksisterende avtaleverk ga leger rett til fritak fra 60 år, med et særlig hensyn til fastleger over 55 år når disse anmodet om å bli fritatt. Det nye forslaget som ble sendt på høring, ga ikke legen rett til fritak ved 60 år men ga kommunen mulighet til å gi fritak. Det sto heller ikke noe om fritak for leger mellom 55 og 60 år.

I prosessen frem til fastsetting av endelig forskrift, besluttet HOD å justere bestemmelsen om aldersgrensen fra formuleringen «kommunen kan fritake fastlegen fra plikt til legevaktdeltakelse [...] når legen er over 60 år» til at «fastlegen har rett til fritak [...] når legen er over 55 år». Bakgrunnen for den relativt store endringen er uklar.

Det var svært få av de skriftlige høringsuttalelsene (totalt 6 uttalelser) som berørte spørsmålet om aldersgrensen for fritak fra legevakt. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin påpekte i sin høringsuttalelse at muligheten for fritak bør være et rettighetsledd, dvs. at fastlegene i forskrift må få en rett til fritak når visse kriterier er oppfylt. En kommune uttrykte støtte til å sette grensen for fritak ved 60 år, mens fire kommuner mente at fritaket burde gjelde fra 55 år.

Det har som sagt, vært vanskelig i ettertid å få noen klar forståelse om hvorfor aldersgrensen for fritak var endret i det endelige forslaget. Det har generelt vært lite åpenhet rundt arbeidet med forskriften. Utformingen av den nye fastlegeforskriften foregikk i hovedsak gjennom en lukket og intern HOD-prosess, noe blant andre Legeforeningen har vært kritisk til. Som nevnt i rapportens innledning, er aldersgrensen for rett til fritak i ettertid hevet til 60 år.

2.2 Kommunenes «sørge for»-ansvar og endringer i dette

Kommunens «sørge-for» ansvar slik det beskrives i den nye fastlegeforskriften kan oppsummeres i sju punkter. Fire av punktene beskriver ansvar kommunene har hatt (gammelt), mens tre av punktene omhandler ansvar som kan betraktes å inneholde nye elementer.

Gammelt:

- Tilby innbyggerne nødvendige allmennlegetjenester
- Organisere en fastlegeordning med nok leger
- Informasjon
- Økonomisk vederlag

Nytt:

- Fastlegens trygghet
- Kvalitet i allmennlegetjenesten
- Tilrettelegging for samarbeid

I det videre vil vi utdype hvert av punktene over.

2.2.1 Tilby innbyggerne nødvendige allmennlegetjenester

Fastlegeforskriftens § 3 tildeler kommunen det overordnede ansvaret for å tilby kommunenes innbyggere nødvendige allmennlegetjenester. Plikten framgår også av Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2. I loven spesifiseres det nærmere hva ansvaret innebærer. Blant annet nevner loven kommunenes ansvar for å tilby legevakt. Dette ansvaret er imidlertid ikke spesifikt nevnt under kapittel 2 om kommunens ansvar i fastlegeforskriften.

2.2.2 Organisere en fastlegeordning med nok leger

Både fastlegeforskriftens § 4 og helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 pålegger kommunen å organisere en fastlegeordning. Fastlegeforskriften presiserer at kommunen skal sørge for at personer som har rett til plass og ønsker det, får tilbud om plass på en fastlegeliste. Dette innebærer at kommunene må sørge for at et tilstrekkelig antall leger deltar i fastlegeordningen.

2.2.3 Informasjon

Bestemmelsen om informasjon er også ny i fastlegeforskriften, men er tidligere omtalt som del av rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen (jfr. Høringsnotat s. 82). Kommunen pålegges ansvar for å informere sine innbyggere om fastlegeordningen. Kommunen er også gitt ansvar for å informere fastlegene om forhold som kan få betydning for den enkelte fastleges virksomhet.

2.2.4 Økonomisk vederlag

Bestemmelsen om økonomisk vederlag er heller ikke ny i fastlegeforskriften. Bestemmelsen pålegger kommunen å betale et fast tilskudd (per capita tilskudd) til næringsdrivende fastleger for hver innbygger som er oppført på deres liste. Næringsdrivende fastleger honoreres i tillegg med refusjoner fra folketrygden for utført arbeid og pasienters egenandeler. Fastlegeforskriften pålegger kommuner med mindre enn 5 000 innbyggere å gi næringsdrivende fastleger et utjamningstilskudd dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn en avtalt referanseliste. Størrelsen på referanselisten skal avtales i sentrale forhandlinger.

2.2.5 Fastlegens trygghet

Bestemmelsen om fastlegens trygghet er ny i fastlegeforskriften. Bestemmelsen pålegger kommunen å sørge for å iverksette nødvendige tiltak for å ivareta tryggheten til fastleger som opplever vold eller trusler mot seg selv, sin familie og/eller sine medarbeidere. Dette innebærer at kommunen i ytterste konsekvens kan sørge for å flytte en innbygger ut av en fastleges liste. Samtidig må kommunen sørge for at innbyggeren får tilbud om plass på en annen fastleges liste.

2.2.6 Kvalitet i allmennlegetjenesten

Fastlegeforskriften slår fast at kommunen er ansvarlig for at de allmennlegetjenester den tilbyr er forsvarlige og av god kvalitet. Forskriften er på dette punktet en utdyping av Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 4-1. Dette ansvaret gjelder uavhengig av om tjenestene ytes av fastlønnede eller næringsdrivende fastleger. Bestemmelsen er i stor grad å betrakte som ny siden den gamle fastlegeforskriften hadde få kvalitetskrav (Høringsnotat s. 37).

I fastlegeforskriftens kapittel 4, §§ 17-30, er funksjons- og kvalitetskrav i fastlegeordningen nærmere spesifisert. Det er kommunen som har det overordnede ansvaret for at disse kravene oppfylles.

I høringsnotatet om revidert fastlegeforskrift fra HOD (Høringsnotat s. 30) vises det til at kvalitet kan oppfattes som en dimensjon av forsvarlighetskravet som er sentralt i norsk helselovgivning. HOD tolker dette som at enhver som yter helse- og omsorgstjenester har plikt til å drive systematisk arbeid for kvalitetsforbedring. Dette innebærer for kommunens del et prosesskrav og ikke et krav om å innfri bestemte kvalitetsnivå. Det påpekes at det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedringer i allmennlegetjenesten bør inngå i kommunens etablerte internkontrollsystem. I følge HOD stiller den nye fastlegeforskriften sånn sett ingen vesentlige nye krav til kommunen.

Funksjons- og kvalitetskravene er i praksis krav til fastlegens virksomhet. Bestemmelsene presiserer innholdet i fastlegens listeanvar og kravet til forsvarlighet som følger av helsepersonelloven (Høringsnotat s. 87). Kravene er omfattende, men er kort oppsummert som følger:

- Fastlegen skal drive sin virksomhet i tråd med oppdatert kunnskap og nasjonale retningslinjer.
- Fastlegen skal søke å ha oversikt over listeinnbyggers behov for medisinskfaglig oppfølging og behov for koordinerte tjenester.
- Fastlegen skal tilby konsultasjon eller hjemmebesøk til listeinnbyggere som ikke selv søker hjelp, i tilfeller hvor vedkommende har en påvist lidelse eller det åpenbart er behov for behandling eller oppfølging.
- Fastlegen skal ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle for sine listeinnbyggere.
- Fastlegen skal tilby forebyggende tiltak til listeinnbyggere med et avdekket medisinsk behov for dette.
- Fastlegen skal gi tilbud om hjemmebesøk til egne listeinnbyggere hvis de ikke er i stand til å møte fram på legekantoret eller det anses nødvendig for å sikre forsvarlig helsehjelp.

- Fastlegen skal ved behov henvise listeinnbyggere til spesialisthelsetjenester eller andre kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Fastlegen skal koordinere legemiddelbruken til sine listeinnbyggere.
- Fastlegen skal delta i oppfølgingen av sykmeldte listeinnbyggere og bidra til at varig arbeidsuførhet unngås eller utsettes lengst mulig.
- Fastlegen skal føre elektronisk pasientjournal.
- Fastlegen skal benytte tolk ved behov.
- Fastlegen skal avgi nødvendige data til styrings- og kvalitetsformål til stat og/eller kommune.

Tilgjengelighet

I tillegg til kravene over stiller forskriften relativt detaljerte krav til fastlegenes tilgjengelighet for sine listeinnbyggere. Forskriften presiserer at fastlegene skal:

- kunne motta og vurdere alle typer henvendelser i sin åpningstid
- prioritere henvendelser basert på medisinske vurderinger, haste- og alvorlighetsgrad
- tilby konsultasjon innen fem arbeidsdager
- sørge for at 80 prosent av alle telefonhenvendelser besvares innen to minutter
- kunne motta timebestilling elektronisk
- sørge for fraværdeknning ved ferie, kurs og etterutdanning

Fastlegeforskriften pålegger videre at fastlegen innretter sin praksis slik at listeinnbyggere med behov for øyeblikkelig hjelp, kan mottas og vurderes i åpningstiden.

2.2.7 Tilrettelegging for samarbeid

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-4, pålegger kommunene å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig. Kommunen plikter å samarbeide med fylkeskommune, helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet.

Fastlegeforskriften pålegger kommunen å legge til rette for samarbeid med fastlegene. Kommunen skal også sørge for god integrering av fastlegetjenesten og legge til rette for samarbeid mellom den og andre kommunale tjenester. Kommunene pålegges også ansvar for å legge til rette for godt samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Forskriften spesifiserer ikke noen nærmere om hvordan de ulike formene for samarbeid skal organiseres.

2.3 Legevakt

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2 spesifiserer at kommunen har ansvar for å tilby legevakt. I fastlegeforskriften (§ 13) spesifiseres det videre at fastlegen har plikt til å delta i legevakt. Dette innebærer en plikt til å delta i kommunal eller interkommunalt organisert legevakt utenom legekantorets ordinære åpningstid, samt en plikt til å delta i kommunenes organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortiden. Deltagelse i legevakt kommer i tillegg til andre allmennlegeoppgaver kommunen kan pålegge fastlegen og lønnes særskilt.

Det er med andre ord i utgangspunktet obligatorisk for fastleger å delta i kommunal legevakt. Men både nytt og gammelt avtaleverk gir rett til fritak under visse forutsetninger. Den nye fastlegeforskriften slår fast at kommunen kan frita fastlegen fra legevaktdeltakelse når legen av helsemessige eller vektige sosiale grunner ber om det. Fastlegen har rett til fritak fra legevakt når de er over 60 år, de tre siste månedene av svangerskap, når graviditet er til hinder for deltakelse og så lenge fastlegen ammer barn under ett år.

En viktig bakgrunn for fastlegeordningen var å redusere presset på legevakt ved at pasientene får bedre tilgjengelighet til lege på dagtid. Man ønsket en legevakt som i større grad enn det som da var tilfelle, tok seg av akutte behov. Tidligere undersøkelser under gammelt regelverk viser at langt flere enn de som har hatt formelt fritak, ikke har deltatt i legevaktstjenesten (Sandvik og Hunskår 2007, Sandvik, Zakariassen og Hunskår 2007). Disse undersøkelsene viser at om lag halvparten av alle fastleger ikke har deltatt i legevakt. HODs høringsnotat om fastlegeforskriften (s. 61) påpeker at det er viktig at de mest erfarne fastlegene deltar i legevakt for å nå målene både med fastlegeordningen og Samhandlingsreformen. HOD peker i høringsnotatet (s. 62) videre på at pliktig deltakelse fra fastlegenes side vil styrke kommunenes grunnlag for å organisere legevakt på en god og forsvarlig måte.

2.4 Utvikling av allmennlegetjenesten

Samhandlingsreformen forutsetter en helsetjeneste på kommunalt nivå som har god kvalitet og som er omstillingsdyktig. Allmennlegetjenesten er en viktig pilar i den kommunale helsetjenesten. Fastlegeforskriften gir det kommunale nivået noen viktige styringsdirektiver for utvikling av en god allmennlegetjeneste, men det er vesentlige forhold rundt utvikling av en god tjeneste som ikke reguleres gjennom fastlegeforskriften. Her tenker vi på generelle utfordringer knyttet til rekruttering av leger, kompetanseheving av dem for videreutvikling av kvalitet både i allmennlegetjenesten og i legevakt. KS er opptatt av hvordan kommunene tilnærmer seg disse mer generelle utfordringene. Denne kartleggingen undersøker derfor også dette.

3 Metode

I arbeidet med denne kartleggingen er det samlet inn data som for det første skal gi svar på problemstillingene om hvordan kommunene ivaretar sitt «sørge for»-ansvar som følge av den nye fastlegeforskriften. For det andre gir datamaterialet et grunnlag for å belyse de mer generelle spørsmålene om hvilke konkrete planer kommunene har for rekruttering av personell og kompetanseheving og videreutvikling av kvalitet i allmennlegetjeneste og legevakt.

I det videre gis det en nærmere beskrivelse av metodene som er brukt for å samle inn og analysere datamaterialet.

Problemstillingene som ønskes kartlagt er, slik vi vurderer det, lite egnet for en kvantitativ datainnsamling. Dette har sammenheng med problemstillingenes eksplorerende karakter. Vi har derfor valgt å gjennomføre en kvalitativ datainnsamling. Dette gjør at vi ikke kan tegne et representativt, beskrivende bilde hverken av hvordan «sørge-for» ansvaret ivaretas generelt i kommunene eller hvordan ståa generelt er blant landets kommuner når det gjelder planer for rekruttering av personell, kompetanseheving og videreutvikling av kvalitet i allmennlegetjeneste og legevakt. Metoden gir imidlertid mulighet til å utforske og studere variasjoner mellom enkeltkommuner og innholdet i enkeltkommuners ivaretagelsen av «sørge-for» ansvaret og utviklingsplaner mer i dybden.

Den kvalitative datainnsamlingen omfatter 20 casekommuner. Disse er valgt basert på aspekter som befolkningsstørrelse, sentralitet og hvorvidt de har næringsdrivende eller fastlønnete fastleger. Kriteriene for valget av casekommuner ble drøftet med referansegruppen. Casekommunene er jevnt fordelt i ulike landsdeler (Nord-Norge 4, Midt-Norge 2, Vestlandet 4, Sørlandet 3, Østlandet 7). Utvalget omfatter en noe større andel store kommuner enn små, sett i forhold til sammensetningen av kommuner i Norge (små kommuner med inntil 5 000 innbyggere: 7 case, mellomstore kommuner med 5-20 000 innbyggere: 7 case, store kommuner med over 20 000 innbyggere: 6 case).

Vi utarbeidet en intervjuguide som skulle dekke informasjonsbehovet for å svare på problemstillingene (vedlegg). Innholdet i intervjuguiden ble drøftet med referansegruppen før intervjuene startet.

For å få gjennomført intervjuer i 20 kommuner tok vi i alt kontakt med 26 kommuner. Tre av de personene vi ønsket å snakke med hadde ferie på det aktuelle tidspunktet, to takket nei til intervju, og en lyktes vi ikke å få kontakt med. I de utvalgte kommunene intervjuet vi den eller eventuelt de i kommunen som har ansvar for fastlegetjenesten. I 15 av kommunene var dette kommunalsjef for helse, helse- og omsorgsleder eller tilsvarende. I fire kommuner intervjuet vi kommuneoverlegen (som også var fastlege) og i en kommune både en helseleder og kommuneoverlegen.

Informantene fikk tilsendt intervjuguiden, og i noen tilfelle stikkord, i forkant slik at vedkommende hadde mulighet til å stille forberedt til intervjuet. Vi gjennomførte intervjuene på telefon, gjorde opptak, og transkriberte dem i etterkant. Intervjuenes varighet var på mellom 21 og 60 minutter. De ble gjennomført i perioden juni – august 2013.

Intervjuutskriftene dannet grunnlaget for analysen. I analysen av intervjudata har vi først og fremst vært opptatte av å få fram det generelle bildet av hvordan de valgte kommunene arbeider med å ivareta sitt «sørge-for» ansvar og hvordan de konkret arbeider med rekruttering, kompetanseheving og videreutvikling av kvalitet i allmennlegetjenesten og legevakt. Videre har vi søkt å beskrive variasjoner innenfor dette, samt tilfeller som skiller seg ut. I presentasjonen av analysen har vi lagt vekt på å presentere mangfoldet og variasjonsbredden i datamaterialet. Vi har tatt med noen sitater fra intervjuene for å illustrere og utdype ulike aspekter med informantenes egne ord.

4 Hvordan ivaretar kommunene sitt «sørge-for»-ansvar?

Informantenes svar på spørsmålet om hvordan kommunene har forholdt seg til den nye fastlegeforskriften, viser at i om lag halvparten av de undersøkte kommunene har helseledelsen diskutert forskriften med fastlegene sine, alternativt informert dem, eller har forholdt seg aktivt til ett av de nye punktene i forskriften.

I fire av disse kommunene er forskriften diskutert med fastlegene i lokale samarbeidsutvalg og allmennlegeutvalg. I en femte kommune har kommuneoverlegen informert fastlegene om forskriften. Andre informanter henviser til at dette er en type sak som mer eller mindre automatisk drøftes med legene gjennom drøftelser med kommuneoverlegen – uten at de kommer inn på hva som konkret er gjort i dette tilfellet.

Fra to kommuner pekes det på at endringen i aldersgrense for fritak for legevakt var det punktet i forskriften som de tok tak i umiddelbart. For spesielt den ene kommunen fikk dette punktet (som i juni 2013 ble endret) store konsekvenser, da en stor andel av kommunes fastleger var mellom 55 og 60 år, og varslet at de ville søke fritak for legevakt. Også en helseleder i annen liten kommune nevner bekymring rundt dette punktet, spesielt knyttet til fremtidige utsikter til å rekruttere fastleger når vaktbelastningen blir større fordi færre leger deler på den, uten at kommunen har forholdt seg aktivt til dette.

De store bykommunene har diskutert fastlegeforskriften i sitt storbynettverk. En informant fra en stor bykommune peker på at de jobbet veldig mye med høringsen i forkant. Her ble fastlegene gjennom lokalt samarbeidsutvalg invitert til å komme med svar på høringsen sammen med kommunen, noe som førte til at kommunen i stor grad hadde forutsett konsekvensene da forskriften endelig kom. I en annen av de store bykommunene peker informanten på at det er gjennom dialog med fastlegene at kommunen kan følge opp fastlegeforskriften. Rett etter at forskriften kom, gikk helseledelsen igjennom forskjellige tema i fastlegeforskriften og sa litt om hva de i kommunen tenkte om dette, og at de ønsket å jobbe sammen med fastlegene om forskriften - ikke være en tilsynskommune. Informanten kan ikke se at de som kommune kan ta ansvar for alt de skal sørge for på annen måte.

I den andre halvparten av kommunene i undersøkelsen svarer imidlertid informantene at man ikke har forholdt seg aktivt til den nye fastlegeforskriften. Noen har begynt å planlegge hvordan de skal forholde seg til forskriften, mens andre har hatt uformelle drøftinger. I tre

kommuner pekes det på at de skal ta fastlegeforskriften opp med fastlegene, i en av disse planlegger man å gjøre det som del av et interkommunalt samarbeid rundt samhandlingsreformen. Svaret fra kommuneoverlegen i en liten kommune kan være en god illustrasjon på hvordan flere av disse kommuner forholder seg til den nye fastlegeforskriften:

«...det har ikke min kommune forholdt seg til i det hele tatt. Jeg har knapt nok selv som kommuneoverlege forholdt meg til det. Og det er jo den brutale sannhet. .. Det som har skjedd etter at den nye fastlegeforskriften kom er nok bare, jeg tror i uformelle drøftinger mellom meg og helse- og sosialsjef og rådmann, særlig da i forhold til dette med, med legevakt og ny aldersgrense».

Kommunen sitt «sørge-for»-ansvar er tidligere i rapporten oppsummert i sju punkter, og det er de tre som betraktes som nye, som er gjenstand for mest oppmerksomhet i denne studien. Videre tar vi for oss hvordan kommunene som er inkludert i undersøkelsen arbeider med å ivareta disse tre forholdene: fastlegens trygghet, kvalitet i allmennlegetjenesten, og tilrettelegging for samarbeid.

Det er vanskelig å gi noe godt svar på hva kommunene oppfatter som det viktigste tiltaket for å følge opp «sørge-for» ansvaret. Mange kommuner har ikke jobbet noe særlig aktivt med innholdet i forskriften. Den gjengse oppfatningen synes å være at fastlegeforskriften ikke krever noe radikalt nytt av kommunene. Mye som ligger i «sørge-for» ansvaret er ikke nytt, men er ting som kommunene alltid har gjort. Samtidig er det kort tid siden fastlegeforskriften trådte i kraft. Det kan derfor være at spørsmålet stilles for tidlig.

4.1 Fastlegens trygghet

Det første av de tre punktene i forskriften som betraktes som nye, gjelder fastlegens trygghet. Forskriften pålegger kommunen å sørge for å iverksette nødvendige tiltak for å ivareta tryggheten til fastleger som opplever vold eller trusler mot seg selv, sin familie og/eller sine medarbeidere.

For å beskrive hvor aktiv kommunen er i å lage planer, sette i gang tiltak eller ta initiativ til dialog med fastlegene om systemer som gjelder fastlegens trygghet, kan vi plassere svarene fra våre informanter på en tenkt skala. I det ene ytterpunktet på denne skalaen finner vi kommuner som ikke foretar seg noe. Alt som gjelder fastlegens trygghet er gjerne overlatt til den enkelte fastlegepraksis. Her finner vi skalaens tyngdepunkt i den forstand at de fleste kommunene i undersøkelsen befinner seg i dette området. I det andre ytterpunktet finner vi kommuner har tatt initiativ til og gjennomført tiltak på systemnivå for å sikre fastlegens trygghet. Dette har de i noen grad gjort uavhengig av den nye fastlegeforskriften. Flere informanter viser til at de sjelden eller aldri har situasjoner hvor fastleger utsettes for vold eller trusler og at det kan bidra til å forklare kommunens manglende oppmerksomhet rundt disse forholdene.

I våre intervju, finner vi at tre av de 20 kommunene har gjort tiltak for å sikre fastlegens trygghet; en liten og to middels store kommuner. I den lille kommunen er det gjennomført en risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse), som har medført utvikling av nye rutiner. De har hatt fokus på fastlegenes trygghet tidligere også, men har satt det i system nå. Forhold som nevnes å bidra til trygghet er at fastlegene sitter tett med andre og ikke er isolert på et

legekontor, de har alarmfunksjon på PC'en og en rutine på hvordan man skal forholde seg i gitte situasjoner. Fra en annen kommune fortelles det også at utgangspunktet for det de gjør er en ROS-analyse som de har gjennomfører sammen med legene. De prøver å analysere seg frem til spesielle situasjoner som kan oppstå hvor de trenger tiltak. Blant de tiltakene de har gjort er å tilby leger å ha alarm på kontoret sitt og være bevisste på hvordan de plasserer seg i rommet. De er også opptatt av å ha flere leger lokalisert i samme legesenter. Her viser informanten også til at legevakten er bemannet med hjelpepersonell deler av døgnet, noe som også er en sikkerhet for legen. Legevakten er lokalisert i sykehuset, noe som bidrar til at det er mer folk rundt legen og tryggheten både for å takle trusler og vold blir større. I den tredje kommunen driver de et prosjekt hvor fastlegene har fått opplæring i praktisk håndtering av utfordrende situasjoner. Dette inkluderer både verbal og fysisk trening på situasjoner med utagering eller angrep mot fastlegen. De melder imidlertid om varierende deltagelse fra fastlegene på dette opplæringstilbudet.

Fra tre kommuner melder informantene om at man er i ferd med å gjøre tiltak, eller har informert eller diskutert forhold som gjelder fastlegens trygghet med fastlegene. I en av disse kommunene har man tatt opp risikotekning i forbindelse med planlegging av et nytt legesenter. Her handler det for eksempel om hvor samferdselsårene legges, og at man har mulighet for å ha åpen dør til hverandre.

En informant fra en storbykommune mener at saker som gjelder fastlegens trygghet må vurderes individuelt, men for øvrig har kommunen informert fastlegene i lokalt samarbeidsutvalg og allmennelegeutvalget om kommunens nye ansvar for å sikre trygghet. En annen bykommune har hatt diskusjon en gang om dette i møte med legene, men har ikke hatt noen saker med krav om å få fjernet spesielt voldelige pasienter fra fastlegelister. De har imidlertid gjort noen grep på legevakten for å skape større sikkerhet for de som er på vakt.

Fra en av kommunene vises det til at det finnes rutiner som sikrer trygghet som fastlegene selv har fått på plass, uten kommunens deltakelse. Her fremheves det at kommunen har en rolle i de tilfeller hvor man må søke fylkeslegen om å bli fritatt fra ansvaret om å behandle pasienten i egen kommune.

Informantene i to andre kommuner trekker fram at det er satt i verk tiltak for å sikre legens trygghet som kun gjelder på legevakt. Den ene viser til systemet med avviksmelding, hvor innmeldte avvik diskuteres i en felles gruppe for den interkommunale legevakten før man setter i gang tiltak. Det vises til fysiske tiltak som er gjort for noen år siden, men at de foreløpig ikke har fått til å ha en medarbeider på plass på legevakt sammen med legen. En informant fra en liten kommune peker på at det å ha en større interkommunal legevakt, som de nå går inn i, er vesentlig for legenes trygghet. Utover dette har de ingen rutiner som sikrer fastlegens trygghet men man ser at dette selvfølgelig er noe det ville vært en fordel å ha.

I halvparten av de 20 kommunene hvor vi har gjort intervju, har vi fått opplyst at man ikke gjør noe aktivt fra kommunes side for å sikre fastlegens trygghet, og at man ikke har gjort noe tidligere heller. I to av disse kommunene forteller imidlertid informantene at man har konkrete planer om å sette i gang et slikt arbeid. Den ene av disse er en stor bykommune, og den andre er en middels stor kommune som har gjennomført ad hoc tiltak i forhold til

enkelpasienter, men de har ikke gjort noe på systemnivå. Sistnevnte kommune peker på at dette er på trappene og da skal det gjøres i tett samarbeid med fastlegene.

Informantene fra kommuner som ikke har gjort noe aktivt på systemnivå i for å ivareta fastlegens trygghet peker på grunner til dette. To informanter nevner at dette er fordi fastlegene er næringsdrivende og har sørget for egen trygghet på kontoret så langt. En informant fra en liten distriktskommune peker på at systemer for alarmering kanskje mer er et by-behov. En annen informant fra en liten kommune peker på at det vil være naturlig at det lages en rutinebeskrivelse eller at man diskuterer hva man kan gjøre for å sikre fastlegenes trygghet når de nå lager en ny plan for legetjenester i kommunen. En informant fra en bykommune viser til at hvis det oppstår en sak med vold eller trusler om vold mot en fastlege, vil de bare følge forskriften og prøve å finne en annen fastlege til den aktuelle pasienten. De planlegger for øvrig ingen tiltak for å gjennomgå eller forbedre fastlegens trygghet.

4.2 Kvalitet i allmennlegetjenesten

Utgangspunktet for å beskrive arbeidet med kvalitet i allmennlegetjenesten, er som vi tidligere har beskrevet at under halvparten av kommunene som er intervjuet har diskutert forskriften med fastlegene sine, alternativt informert dem om denne. Når helselederne peker på hva de ser på som viktig å arbeide med i utvikling av kvalitet i legetjenesten, peker de først og fremst på det å få fastlegene som en mer integrert del av helsetjenesten. Dette ses som en utfordring. Enkelte peker på at utfordringen er å i det hele tatt få til en dialog med fastlegene, andre ønsker å få til bedre kommunikasjon mellom fastlegene og tjenesteapparatet ellers i kommunen og 2.linjetjenesten. Mer teamtenking rundt pleie- og omsorgstjenesten nevnes også. Videre nevnes tilgjengelighet i legetjenesten som et viktig kvalitetsaspekt å jobbe mot, og planmessig arbeid med fagutvikling. En enkeltsak som nevnes for å forbedre kvaliteten er å skifte ut datasystemet. En kommuneoverlege i en liten kommune forstår imidlertid kvalitetsarbeid i legetjenesten som «en kollegial greie», noe vi forstår som et arbeid som kun legene selv er involvert i.

4.2.1 Prosesskravet - systematisk arbeid med kvalitet

Helse- og omsorgsdepartementet skriver i høringsnotatet til fastlegeforskriften at det å drive kvalitetsutvikling er et *prosesskrav*. Det som menes med dette er at kommunene må dokumentere at de driver systematisk kvalitetsutvikling, og at dette kan gjøres gjennom internkontrollsystemet. Noe som vi ønsket å få svar på gjennom kartleggingen, er hvordan kommunene forholder seg til det at de skal forvalte ansvaret som innebærer et slikt prosesskrav. Et av de klareste svarene kommer fra en av storbyene:

«Ja, slik som forskriften er, så oppfatter vi det som et krav at kommunen skal sørge for systematisk arbeid ute, og at kvaliteten ute er forsvarlig.»

Mange oppfatter altså at det er et prosesskrav, og enkelte ser for seg hvordan de helt konkret skal håndtere dette. Det vises til arbeid med rutiner, og man peker på at det må bli mere dialog med fastlegene og systematikk. En kommune skiller seg litt ut, og har hatt

arbeidsgrupper hvor kvalitetsutvikling i forhold til fastlegene også har vært inkludert, med utgangspunkt i at fastlegene skal være mere involvert, og at det jo er de samme pasientene som håndteres både hos fastlegene og i andre kommunale tjenester. Helselederen forteller at dialog og kommunikasjon står sentralt i kvalitetsarbeidet:

«Så jeg tenker at det er et prosesskrav og at vi skal, de skal være med og at vi skal høre på dem og at ting vi gjør sammen gir oss bedre kvalitet. Og sånn jeg har oppfattet det i vår kommune i hvert fall.»

Andre gir uttrykk for at det å skulle ha en skriftlig plan for kvalitetsutvikling i fastlegetjenesten oppleves som fremmed. I den grad prosesskravet innebærer at kvalitetsarbeidet (som uansett gjøres) skal formaliseres i form av dokumenter som skal rapporteres fra legekantor til kommuneadministrasjon, er dette noe som til dels vekker irritasjon og det stilles spørsmål ved hensikten. Dette er spissformulert slik av en kommuneoverlege i en liten distriktskommune:

«Altså her møter man jo på en måte litt av denne tilsynstankegangen. System, idevisjon, det at man lissom skal kunne gå inn å se på den enkelte virksomhets interne kvalitetsprosedyrer og at det skal rapporteres gjennom systemet. Den modellen blir på en måte to nummer for stor i forhold til en småkommune med ett legekantor...».

4.2.2 Funksjons- og kvalitetskrav

Flere informanter oppfatter at det spesielt er det som gjelder kvalitet, som er en utfordring med den nye forskriften. Funksjons- og kvalitetskravene handler i første rekke om å utføre virksomheten i tråd med nasjonale retningslinjer samt spesifikke krav om fastlegens tilgjengelighet. Det er egentlig ikke satt noe krav om at kommunene skal nå spesifikke kvalitetsnivå. Men i forskriften er det likevel stilt helt spesifikke funksjons- og kvalitetskrav til fastlegene. Spørsmålet er hvem skal kontrollere at funksjons- og kvalitetskravene oppfylles. Dette går ikke klart frem av forskriften. Men kommunen er tildelt det overordnede ansvaret for dette. Noe som vi ønsket å få svar på gjennom kartleggingen, er hvorvidt kommunene oppfatter at det er deres oppgave å se til at kravene til fastlegen oppfylles, og hvordan kommunene eventuelt følger opp kravene som stilles til fastlegen.

Sett i forhold til at fastlegene stort sett er selvstendig næringsdrivende, og kommunen har et «sørge-for» ansvar, oppfattes det som en utfordring å bestemme hvor tett på kommunen faktisk skal være og hvor mye man skal inn og se på hvordan fastlegene jobber. Når selve tilsynsmyndigheten ligger hos fylkeslegen, så ses dette på som ytterligere komplisert.

Man tolker det som om funksjons- og kvalitetskravene er krav som stilles til fastlegen. Dette fordi det er legen som er utsatt for tilsyn fra Helsetilsynet, og det er legen som får eventuelle pålegg hvis det er utøvd en tjeneste med for lav kvalitet eller heller mot uforsvarlighet. To kommuner nevner at de har fått bekymringsmeldinger som ikke er sendt til Helsetilsynet, fordi folk sender klager til kommunen. Fra kommunens side peker de på at de ikke har mulighet til å gå inn i dette; at de ikke er tilsynsmyndighet. Oppfatningen er altså at den vesentligste delen av ansvaret ligger hos fastlegen. En helseleder uttrykker det slik:

«Jeg mener definitivt at der du har disse små privatpraksisene som drives som egne næringsvirksomheter med egne krav til lov og forskriftsoppfyller og kvalitetskontroller og så videre så, så er det jo helsetilsynet som har det overordnede tilsynsansvaret der.»

En helseleder er klar på at kommunen tillegges et ganske så begrenset ansvar i å påse at de som de har en avtale med, altså hvor de utbetaler basistilskudd, har egne internkontrollsystemer, og at det ikke er spesielle avvik. Kommunene kan bruke kommunelegen mer i prosessoppfølging med å innkalle fastlegene med driftsavtale til møter og snakke om diverse nye forskriftskrav og forankre dem og se til at fastlegene har kvalitetssystemer og så videre.

En annen helseleder peker imidlertid på at det er et dilemma for dem å finne ut hvilken myndighet de har overfor de næringsdrivende fastlegene. Det å finne ut hva kommunene *kan* gjøre for å følge opp ansvaret, oppfattes som krevende. En helseleder i en kommune sier at de ikke helt har fått grep på hvordan de skal følge opp, men har dette oppe til drøfting. De gir uttrykk for å være veldig opptatt av å ha dialog for å få en felles forståelse med fastlegene av hvordan forskriften skal tolkes, og hva kommunen faktisk skal bry seg med. Noe som informantene oppfatter som viktig i arbeidet med å forbedre kvalitet, er derfor å i det hele tatt få til en dialog, og at fastlegene blir en mer integrert del av kjeden i helsetjenesten. En av informantene formulerer seg slik om dette:

«Så det å tidlig inkludere fastlegen inn i det kommunale arbeidet, tettere dialog og særlig når vi kommer over til med meldingsutveksling og sånt noe, så er det et, et område som jeg tenker er, er viktig»

Flere peker på at fastlegeavtalene er det verktøyet de har for å følge opp funksjons- og kvalitetskravene. Kommunene kan prøve å få innpass for funksjons- og kvalitetskrav når fastlegeavtalene inngås med legene, enten når en ny praksis etableres eller når avtalene revideres. De nye individuelle avtalene kan ta opp i seg det som er nytt med forskriften. En helseleder peker på at kommuneoverlegen i deres kommune har vært offensiv i forhold til funksjons- og kvalitetskrav og snakket mye med fastlegene om dette.

Noe som en informant gir uttrykk for at kommunen *kan* gjøre, er å jobbe med fastlegene og jobbe systematisk med kvalitet. Kommunen skal ansette en lege som skal jobbe med kvalitet i en bistilling, i det som ligger i de 7,5 timene med «kommunal tid». I denne planen ligger et utviklingsarbeid hvor tre legekontor i kommunen skal være med og jobbe opp mot kvalitetsindikatorene. Dette skal gjøres med utgangspunkt i journalprogrammet til legene og et kvalitetssystem for legekantorene.

En informant fra en middels stor bykommune forteller at det de gjør, er å skjerpe inn praksisen mot den nye forskriften, men at de har vært opptatt av de nye kravene tidligere også fordi de tenker at kommunen har et systemansvar for legetjenesten.

En helseleder i en mellomstor kommune peker på at det er forskjell på hva kommunen kan gjøre i «halvprivate» legekantor, hvor det er kommunal leieavtale som inkluderer hjelpepersonell og lokaler, og de helt private legekantorene. Helselederen viser til at de fra

kommunens side er mye mer i kontakt med førstnevnte. Kommunen har ingen tradisjon for å komme og kontrollere de helt private kontorene. For fremtiden er det heller ikke planlagt å endre dette noe følgende utsagn illustrerer:

«Hvis sørge-for betyr at det skal være noe interne tilsyn eller noe, så må jeg bare innrette meg på det, men i utgangspunktet så hadde jeg heller ville hatt en dialog på det.»

Hvordan følger kommunene opp funksjons- og kvalitetskrav som stilles til fastlegene?

Spørsmålet om hvordan kommunene følger opp funksjonskravene, er konkret stilt i forhold til tilgjengelighetskravene, som spesifiserer at pasienter skal få time innen fem dager, 80 % av telefonhenvendelsene skal besvares innen to minutter, man skal kunne motta timebestilling elektronisk, og det skal gis øyeblikkelig hjelp i åpningstiden. I analysen av svarene kommunene gir på dette direkte spørsmålet, har det slått oss at noen informanter kanskje velger å gi inntrykk av at dette er noe de har tenkt å følge opp, fordi de tror at det forventes handling fra deres side ettersom vi gjør en intervjuundersøkelse om dette.

Vårt intervjumateriale viser imidlertid at nesten ingen av kommunene driver noen systematisk kontroll av tilgjengeligheten til legetjenesten. Spesielt informantene i de små og mellomstore kommunene melder om at de oppfatter tilgjengeligheten til fastlegetjenesten som veldig god i deres kommune, uten at de har kontrollert dette systematisk på noen måte. En av helselederne opplever tilgjengelighetskravene som lite relevante, men det med ventetid på telefon ses på som litt mer relevant. Helselederen i en liten kommune responderer med latter på spørsmålet om hvordan man følger opp tilgjengelighetskravene:

«Dette med tilgjengelighet og få raskt time og at ikke 80 % av telefonhenvendelser innen 2 minutter ha, ha. Unnskyld meg, altså det er lissom sånn, det er jo noen av de der spesifikasjonene som bare virker litt latterlige...».

En annen helseleder viser til at de nettopp har fått besatt to nye stillinger, og tror at tilgjengeligheten dermed blir bedre.

Tre helseledere i de mellomstore kommunene svarer at de planlegger å enten diskutere tilgjengelighetskravene i samarbeidsutvalget, at de kommer til å se litt mere på tilgjengeligheten, eller at de ikke har tatt diskusjonen ordentlig på systemnivå enda. Informanten i en bykommune er imidlertid helt klar på at kommunen ikke skal gå systematisk inn og kontrollere eller be om å få etterprøvd de forskjellige kravene som ligger der. Helselederen kommenterer kommunens rolle slik:

«Jeg ser ikke at det har vært noe behov for å gå inn og verken overprøve, overstyre eller, eller å fremme noen nye krav».

En annen helseleder fra en bykommune viser til at fastlegeavtalene er ikke så detaljerte at de for eksempel spesifiserer at telefonhenvendelsene blir besvart innen to minutter. Man driver ikke og måler dette, og har ikke satt noen krav utover det som fremgår av forskriften.

To kommuner har konkrete kontroller av tilgjengelighet

I to av de 20 kommunene i undersøkelsen forteller informantene at de har kontrollert tilgjengeligheten til legekantorene. En bykommune har gjort dette systematisk over flere år, og rapporterer resultatet tilbake til fastlegene. Kontrollen i den mellomstore kommunen virker ikke å være like systematisk, og bærer kanskje heller preg av å være gjort som et eksperiment. Helselederen forteller om hvordan daglig leder på det ene legekantoret har sjekket ut tilgjengeligheten:

«Så han tester vel av og til han og ser om de tar telefonen, og det blir de jo litt sure på. (litt latter). Ja han var så frekk her en dag sa de til meg. Hva han har gjort da? Jo han har jo ringt på telefonen og sett om vi holder 2 minutter og 80 %».

Helselederen er usikker på hvordan denne sjekken ble tatt imot blant de ansatte på legekantoret. Tidligere var det vanskelig å komme igjennom på det ene kantoret, fordi de hadde få linjer inn, og folk klagde. Da fastlegeforskriften kom, forsøkte helselederen å få tak i flere årsverk med hjelpepersonell på dette kantoret, for blant annet å forbedre tilgjengeligheten, men dette har de foreløpig ikke fått til.

Bykommunen har over en periode på minst fem år hatt en metode for å sjekke telefontilgjengeligheten på fastlegene. Det gjøres en systematisk undersøkelse som går ut på at en eller to personer ringer kommunens fastlegekontorer tre eller fire ganger i løpet av en periode på tre uker. Dette gjøres på ulike dager. Så teller de sekunder fra det begynner å ringe, til telefonen tas på fastlegekantoret. Resultatene av undersøkelsen presenteres senere for fastlegene, og responsen har ifølge informanten vært positiv på dette. Det har vært interesse fra media for å presentere de legekantorene som var best. Helselederen understreker at undersøkelsen ikke er forskningsbasert, men gir et bilde av tilgjengeligheten den dagen det ringes. Dette gjøres ikke for å kontrollere, men for å sette fokus på telefontilgjengeligheten. «Positiv konkurranse» er et uttrykk som brukes. Undersøkelsen er gjennomført tre til fire ganger. Da undersøkelsene startet var det ikke satt noe tall på hva forsvarlig ventetid skulle være. Man fant ut at to minutter var noe som ofte gikk igjen i tilsyn, uten at det ble satt en slik grense.

Oppsummert så er det helt klart at det å ta på seg en rolle som kontrollør av funksjons- og kvalitetskravene som stilles til fastlegene, ikke er noe som kommunene hittil har oppfattet som sin oppgave. Man oppfatter at Helsetilsynet er tilsynsmyndighet for det som gjelder den medisinskfaglige virksomheten. En del kommuner peker på at deres rolle kan være å fokusere på kvalitetsutvikling gjennom dialog med fastlegene.

4.3 Tilrettelegging for samarbeid

En viktig bakgrunn for revisjonen av fastlegeforskriften er behovet for mer *integreerte tjenester*. Et av grepene for å få dette til er å tildele kommunen et ansvar for å tilrettelegge for samarbeid mellom fastleger og kommunens helseledelse, mellom fastleger og andre tjenesteytere i helse- og omsorgstjenesten, og mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten. Det er velkjent at det ofte er en utfordring å få fastleger inkludert i denne typen samarbeid blant annet fordi det ikke ligger noe insitamant i finansieringsordningen for næringsdrivende

fastleger til å utføre oppgaver som ikke honoreres. Mange av de forhold og situasjoner hvor det er ønskelig med et tettere samarbeid mellom fastlegene og andre instanser er trolig vanskelig å definere på forhånd både med hensyn til innhold og tidsbruk, og har trolig ingen passende takster hverken før eller etter at jobben er gjort. Det er derfor forståelig at næringsdrivende fastleger vil velge en posisjon hvor de søker å begrense denne typen arbeid – selv om de ser nødvendigheten av at det blir gjort.

Noen av våre informanter viser til at det er mye lettere å få til samarbeide mellom fastlegene og andre i kommunen hvis fastlegene har fast lønn. Et eksempel som illustrerer et vanlig forhold er uttalelsen fra en helseleder i en mellomstor kommune, som er oppgitt over at det alltid er spørsmål om økonomisk kompensasjon for fastlegenes deltakelse, men innser at dette sikkert er noe som man bare burde innstille seg på selv om det noen ganger synes urimelig:

«Altså når det kommer en konsulent og formidler hvordan noe skal fungere da, til legekontoret, så synes jeg det er litt drøyt å sende regning. Jeg synes ærlig talt det, for vi har brukt masse ressurser på, og der er prosjektmidler fra høyt oppe i systemet og kommunen bruker masse penger og når du da kommer til et privat kontor og formidler noe til de som handler om deres sitt arbeid i samarbeid med andre, og så får du en regning på at møtetaksten er slik og sånn. Så, så blir det litt, da blir det litt lite fristende å invitere på mange sånne møter.»

På denne bakgrunnen er det i mange tilfeller en stor utfordring i mange kommuner å legge til rette for et velfungerende samarbeid med fastlegene.

4.3.1 Samarbeid mellom kommunens helseledelse og fastlegene

I dette avsnittet beskrives først to etablerte måter samarbeid mellom kommunens helseledelse og fastlegene organiseres og institusjonaliseres; det lovfestede samarbeidsutvalget, og samarbeid med utgangspunkt i allmennlegeutvalget, inkludert kommuneoverlegens rolle. Vårt intervjumateriale avdekker også at en annen måte å legge til rette for samarbeid på dette nivået, er besøk fra kommunens helseledelse på fastlegekontorene i kommunen. Utfordringer knyttet til fastlegenes deltakelse i utviklingsprosjekter, som ble brakt på banen av flere informanter, tas opp til slutt.

Lokale samarbeidsutvalg

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester forplikter kommunene til å ha *lokale samarbeidsutvalg*, som skal legge til rette for at driften av allmennlegetjenesten skjer på en hensiktsmessig måte gjennom samarbeid mellom kommunen og allmennlegene. Det er kommunen som skal ta initiativ til opprettelse av slike utvalg. Vi vet fra tidligere studier at de lokale samarbeidsutvalgene generelt tillegges stor betydning for kommunens samarbeid med fastlegene i store kommuner. Samarbeidsutvalgene ses på som mindre betydningsfulle i små kommuner (Paulsen et al., 2010). Dette bekreftes også gjennom vår intervjuundersøkelse.

En av informantene i vår undersøkelse peker på at virksomheten i samarbeidsutvalget ikke bare er faglig og administrativt rettet, men også sosialt, fordi medlemmene i utvalget må bli bedre kjent:

«Og vi, vi snakker sammen, vi har det hyggelig etter møter og sånn, sånn at vi, vi har en, en god og hyggelig tone i samarbeid med legene. Men ellers så er det rettet mot møter etter en fast møteplan og med saker som alle sammen melder inn.»

En informant fra en annen kommune peker på at ansvaret for innkalling til samarbeidsutvalget skulle gå på omgang, men at man fort skjønnte at kommunen er nødt til å ta ansvar for dette.

Flere informanter fra storbykommuner trekker frem at samarbeidet mellom kommunen og fastlegene i stor grad foregår gjennom kommuneoverlegen. I en storbykommune beskrives kommuneoverlegens funksjon som et bindeledd mellom pleie- og omsorgstjenesten og kommuneledelsen. Kommuneoverlegen tar med fastlegenes synspunkter videre til kommuneledelsen, får tilbakemelding, og tar dette med seg tilbake til fastlegene.

Går vi videre til de mellomstore kommunene, viser en av informantene her til at de har organisert seg med et felles samarbeidsutvalg sammen med to andre kommuner. Samarbeidet mellom de tre kommunene inkluderer et interkommunalt samarbeid om legevakt og kommunelege. Dette samarbeidet med fastlegene er ifølge informanten godt innarbeidet.

Manglende informasjonsflyt er en utfordring som ble trukket fram av informanter i både små og mellomstore kommuner. Samme problemstilling må tas opp i flere forum, både i samarbeidsutvalget og allmennlegeutvalget, da kun tillitsvalgte og kommuneoverlegen møter i samarbeidsutvalget, og det ikke alltid er slik at tillitsvalgte tar sakene opp med de (ofte få) fastlegene som verken er kommuneoverlege eller tillitsvalgt.

Blant informantene fra de sju små kommunene som er intervjuet, pekes det i to kommuner på at helseledelsen har faste møter med hele helseavdelingen, ikke spesifikke møter kun med fastlegene. Informantene fra to andre små kommuner rapporterer om at samarbeidet har blitt tettere, og dialogen med fastlegene har blitt bedre, gjennom det siste året. Den ene viser til at de har satt i gang (igjen) et samarbeidsorgan, hvor man i stedet for å fokusere på lønnen og punkter i de individuelle avtalene, slik man gjorde tidligere, er mer opptatt av dialog og det å tenke sammen om utvikling av legetjenester.

Allmennlegeutvalg og kommuneoverlegens rolle

Allmennlegeutvalget er et organ fastlegene har møteplikt i og forumet er i utgangspunktet forbeholdt legene. Dette utvalget velger representanter blant legene til lokalt samarbeidsutvalg. En informant fra en storbykommune trekker frem at kommunaldirektøren eller noen av tjenestelederne ofte er til stede på møtene i allmennlegeutvalget, og at dette fungerer veldig bra. Det pekes også på at kommuneoverlegen spiller en viktig rolle i allmennlegeutvalget. En annen stor bykommune praktiserer en ordning med «kommuneoverlegens hjørne» i allmennlegeutvalgsmøtene, for å sikre kontakt og dialog.

Møter i allmennlegeutvalget er lagt til ettermiddags- eller kveldstid for å være tilpasset fastlegene. Informantene trekker denne tilpasningen frem som viktig, for at alle fastleger skal ha sjansen til å komme. Men samtidig forstår vi det slik at det er en vanlig utfordring å få

alle fastlegene til å møte. En av kommunene peker på at de fleste fastlegene møter, siden de får betalt for det, men at alle uansett kan holde seg orientert om det som foregår fordi de får tilsendt referatene fra møtene. En annen informant forteller at allmennlegeutvalget ikke har godt oppmøte, og at under halvparten av fastlegene pleier å møte opp.

En helseleder fra en mellomstor kommune forteller at hun av og til deltar i dette forumet, men at det er kommuneoverlegen som til vanlig møter på disse møtene. For eksempel da det kom ny fastlegeforskrift, ble dette forumet brukt som utgangspunkt for å få i gang en diskusjon om forskriftens innhold mellom kommunens helseledelse og fastlegene.

I tillegg til virksomheten i allmennlegeutvalg og samarbeidsutvalg trekker en helseleder i en mellomstor kommune også fram den mer uformelle kontakten mellom kommunen og legene, gjennom møter mellom helseledelsen og enkeltleger eller praksiser.

Informanter fra to småkommuner kommenterer ideen om at helseadministrasjonen via kommuneoverlegen skal informere de øvrige fastlegene. Den ene av disse helselederne viser til at kommunen kun har to fastleger i tillegg til kommunelegen:

«Det er en liten kommune hvor kommunelegen er en av de tre som er fastleger. Så blir jo det litt søkt.»

Den andre informanten peker på at dette er tjenester som i realiteten er integrert, da kommuneoverlegen samtidig er fastlege, og at diskusjonen om hvilken informasjon som skal passere mellom helseledelsen og fastlegene, blir en overflødig diskusjon.

«Årlig signingsrunde» / lunsjmøter

En informant fra en av de store bykommunene forteller at de praktiserer en «årlig signingsrunde», det vil si at kommunens helseledelse har møter med alle fastlegekontorene etter tur for å høre litt om hvordan driften er, hvordan de har det, hva de trenger og har behov for fra kommunens side. En annen informant fra en av de største kommunene i undersøkelsen forteller at de planlegger å starte med lignende «lunsjmøter» og har foretatt noen prøvebesøk allerede. De skal lage litt mer struktur på dette og formulere mer presist hva de har lyst til høre om på de planlagte lunsjmøtene. Disse møtene skal erstatte de store fellesmøtene (i allmennlegeutvalget), hvor kommunen til nå har hatt et kvarter til å informere, men hvor man fra kommunens side ikke synes at de på denne basisen får til noe godt samarbeid.

Fastlegers deltakelse i kommunale utviklingsprosjekt

Kommunene er prosessorientert og kan gjerne ha mange og lange møter over et langt tidsrom. Legenes deltakelse i utviklingsarbeid blir ofte etterlyst. *«Utviklingsarbeid må forankres, og dette tar tid»*, forteller en helseleder i en mellomstor kommune, og viser til at legene ofte blir oppfattet som om de bevisst holder seg utenfor det utviklingsarbeidet som foregår.

Flere informanter peker på at mange fastleger ikke synes å ha hverken kapasitet, vilje eller ønske om å være med altfor tidlig i denne typen prosesser. Dette må imidlertid ses i sammenheng med takstsystemet og det at de næringsdrivende legene «taper penger» hvis

de ikke kompenseres for å møte på møter fremfor å ta imot pasienter. Det å ha med fastleger i møter (utenom de 7,5 timene «kommunal tid» i uka) er et kostnadsspørsmål for kommunen, og derfor blir fastlegene lite involvert i utviklingsarbeidet. Dette oppfattes ikke nødvendigvis som heldig, noe et utsagn fra en av informantene illustrerer:

«Når du holder på å utvikle noe så må du liksom være litt på diskusjon og litt på ideer og litt på prøve/feile og sånn. Og så må du forankre det og så tar det tid ...»

En annen helseleder uttaler at fastlegenes manglende involvering i startfasen kan bli problematisk når man har kommet lengre ut i prosessene og arbeidet har blitt mer konkretisert. Da skulle legen vært med, men da er det ikke så lett å hekte på. En annen helseleder sukker over at fastlegene verken ønsker hyppige møter og heller ikke veldig lange møter, og synes derfor at det er litt vanskelig å få fastlegene med. Det ses også som en utfordring at ingen har «vetorett» for alle fastleger; en privatpraktiserende fastlege kan i liten grad representere de øvrige.

Bildet er imidlertid ikke helsvart. Et vellykket utviklingsprosjekt som nevnes av en informant fra en stor bykommune som eksempel på en ny samarbeidsarena med fastlegene, er utviklingen av et helsehus. I helsehuset skal samarbeid blant annet mellom fastlege og hjemmetjeneste forankres. Fokuset er på pasientsikkerhet og det å samarbeide bedre rundt pasientene, noe som innebærer en ny måte kommunen samarbeider med fastlegene på. Erfaringen er at fastlegene har deltatt i utviklingsprosessen vært veldig positive til å komme med gode løsninger for hvordan man kan sikre pasientene på en bedre måte.

En informant trekker også fram at kommunikasjon ved hjelp av epost i noen sammenhenger kan være et godt egnet verktøy for å sikre deltagelse og involvering fra fastleger:

«Så kan det hende man må bli flinkere til å bruke epost. Det har vi gjort av og til, og jeg tror det er mer legene sin måte å jobbe på. At vi involverer de på en slik måte, slik at de kan mene noe uten nødvendigvis å være på møte.»

Vi tror det vil være til stor hjelp for framtidige utviklingsprosesser hvor det er ønskelig at fastleger deltar, at man i utgangspunktet sørger for å budsjettere med de eventuelle kostnadene som vil være forbundet med deres deltagelse.

4.3.2 Samarbeid mellom fastlegene og andre kommunale instanser

Når det gjelder samarbeidet mellom fastleger og andre kommunale instanser, er det i hovedsak tre samarbeidsmåter våre informanter refererer til. For det første pekes det på ulike varianter av faste møter mellom legene og andre instanser, for det andre samarbeidet som foregår knyttet til enkeltpasienter, og for det tredje at kommunene har tilsatt egne leger i ulike fagmiljø.

Faste møter

Spesielt trekker informantene i de små og de mellomstore kommunene fram at samarbeidet mellom fastlegene og andre kommunale instanser foregår gjennom etablerte, faste møter. I alt nevner åtte av informantene fra de 14 små og mellomstore kommunene i undersøkelsen slike møter. Det er imidlertid en viss variasjon mellom kommunene, både når det gjelder

møtehyppighet, hvilke instanser som deltar, og hvorvidt alle fastlegene eller kun kommuneoverlegen deltar i møtene.

Fra fire av de åtte kommunene opplyses det om at det er faste samarbeidsmøter hver uke, en har annenhver uke, en har fire i året, og de to siste oppgir kun at møtene er faste. Møtene varer i lengde men har en varighet på 30 minutter eller mere. Det er vanlig at helseleder og kommunelegen organiserer disse møtene, men i en kommune forteller informanten at det er fastlegene selv som har tatt initiativ til møtene. Temaer meldes gjerne på forhånd, slik at det er en forutsigbarhet på hva som skal tas opp.

Vi har gjennom våre intervju identifisert tre modeller for denne typen samarbeidsmøter. Den ene modellen er møter hvor deltakerne rullerer, det vil si at hver av instansene har eksklusive møter med fastlegene for eksempel to eller fire ganger i året. Instansene kan være for eksempel fysioterapeutene, enhet for psykiatri og habilitering, NAV, ergoterapeutene, apoteket, jordmor og helsesøster. Møtene foregår etter en oppsatt plan der det sendes ut møteplan og en innkalling for en lengre tidsperiode, for eksempel et halvår, av gangen.

Den andre modellen har de samme deltakerne hver gang. Da er det tjenestene som jobber tettst sammen som møter fastlegene, for eksempel representanter for pleie- og omsorgstjenesten, helsestasjon, psykisk helse, rus, barnevern, PP tjeneste. I denne modellen har noen kommuner i tillegg noen faste møter i året med øvrige instanser, det vil si de som ikke møter legene hver gang.

En tredje modell, som kun nevnes i en av kommunene i vårt utvalg, er at man inviterer inn de øvrige tjenestene til møter i allmennlegeutvalget, når det er tverrfaglige emner som skal diskuteres der. Andre faste utvalg som nevnes, er utvalg som tar seg av medikamenthåndteringen i kommunen, der representanter fra sykepleiertjenesten og legetjenesten sitter.

En begrunnelse for såpass regelmessige samarbeidsmøter med både de nærmeste samarbeidspartnerne og også øvrige instanser som hører til helse- og sosialtjenesten, er samhandlingsreformen. Dette kan illustreres med følgende utsagn fra en informant:

«For vi ser at i, det er helt avhengig i forhold til det med den nye samhandlingsreformen som har kommet da. At vi må ha et tettere samarbeid.»

En informant trekker frem de regelmessige møtene som en god læresituasjon for flere parter. Mens en annen informant registrerer at det er en del faglige diskusjoner mellom profesjonene, for eksempel mellom leger og ergoterapeuter om hva som er god forståelse av for eksempel rehabilitering. Vedkommende etterlyser mer systematiserte læringsarenaer og mindre tilfeldig meningsbryting.

En kommuneoverlege i en liten kommune kommenterer at fastlegene er organisert i samme enhet som helsestasjonen. Det at ulike profesjoner spiser i lag i kantina hver dag, er medvirkende til at man ikke har avtalefestet noe (formelt) samarbeid mellom legekantoret

og helsestasjonen. Men det foregår likevel i stor grad uformelle faglige diskusjoner som gir god grobunn for samarbeid.

En annen helseleder i en liten kommune som ikke har slike faste samarbeidsmøter, ønsker mer jevnlige og systematiske samarbeidsmøter en gang i måneden med leger, fysioterapeuter og ander. En annen informant viser til at de tidligere hadde faste legemøter i for eksempel hjemmetjenesten. De erfarte imidlertid at de ikke kunne bruke tiden på dette; alle legene møtte ikke og legene kunne ikke ta stilling når diskusjonene ikke konkret dreide seg om deres egen pasient. Kommunen har prøvd å reetablere samarbeidsmøtet, men har gått over til å innkalle til møter i enkeltsaker.

Samarbeidet rundt enkeltpasienter

I tre kommuner trekker informantene frem det samarbeidet mellom fastlegene og andre kommunale instanser som foregår rundt enkeltpasienter. En informant opplyser at de har etablert mange ansvarsgrupper, både rundt voksne og barn. En annen informant forteller at det blir opprettet samarbeidsgrupper etter behov. Når det er pasienter som har behov for tverrfaglig oppfølging, så blir legene ofte med. Oppfølging ved sykefravær, og møter med NAV og fastlegen, nevnes også.

Leger tilsatt i ulike fagmiljø

Den tredje samarbeidsmåten mellom fastleger og andre instanser som trekkes frem i vår undersøkelse, er ordninger hvor kommunen gjennom tilsetting sørger for at leger inngår i ulike fagmiljø. Et eksempel på dette er fastleger som har en del av jobben sin som kommunalt ansatt sykehjemslege. Andre eksempler som trekkes frem er leger ansatt på deltid i helsestasjon og i rustjenesten. En annen variant er at deler av tjenesteapparatet har tilgang til fastlegen med for eksempel kontortid en dag i uka.

Andre samarbeidsmåter

Andre samarbeidsmåter som trekkes frem, er først og fremst elektronisk kommunikasjon. E-melding pekes på som noe flott og som alle skryter av, og som et viktig verktøy for samarbeidet. En helseleder viser til at hun har jobbet mye med å få til elektronisk kommunikasjon mellom legetjenesten og de andre tjenestene i kommunen, og at dette har ført til en stor kvalitetsheving på dokumentasjon og på tjenestene til brukerne. Dette opplever spesielt legene som et veldig nyttig verktøy. En annen informant har jobbet mye med å etablere rutiner rundt epikriser og det at man har nødvendig info inn/ut av sykehjem og kommunale korttidsplasser.

To av kommunene har etablert «samhandlingsgrupper». I den ene, som er en liten kommune, vises det til at de har etablerte møter som gjelder samhandlingsreformen, for å belyse oppgaver som krever samhandling, hvor både legene og andre kommunale instanser er med. Den andre er en mellomstor kommune der de «diskuterer på tvers», og hvor enhetsledere i kommunen, leder for pleie og omsorg, leder for tjenestene for barn og unge og helseleder deltar, men kommuneoverlegen er foreløpig ikke med – men dette skal de prøve å få til.

En informant i en liten kommune trekker frem at fastlegene har en fin innstilling om at de ulike tjenestene innad i kommunen skal gjøre jobben sammen. Lederen trekker frem at

fastlegene for eksempel henviser mange pasienter til ordinær kommunal psykisk helsetjeneste, noe som hevdes å være veldig ulikt andre kommuner hvor man bare sender pasienter til DPS og spesialistsystemet: «...andre kommuner kommer hvert fall på besøk og er så overrasket over åssen vi har fått til det».

Det pekes på at det er et potensiale for mer samarbeid på systemnivå for å forebygge i forhold til utsatte grupper. En helseleder viser til at man har utfordringer både på det sosialmedisinske og samfunnsmedisinske feltet. For eksempel når det gjelder samarbeid mellom fastlege og sosialtjenesten i kommunen, og mellom fastlegene, legetjenesten og rus- og psykiatritjenesten. Det vises til at fastlegene er vanskelig å få engasjert på slike områder, og at det har med både manglende interesse og manglende kompetanse å gjøre. Det vises til at legene både gjennom utdanningen og praksis er veldig sykehus- og behandlingsorientert.

Vårt datamateriale tyder på at samarbeidet mellom fastleger og andre kommunale instanser synes å være godt etablert i mange kommuner, og i stadig utvikling. Det er med andre ord lite som tyder på at fastlegeforskriften som sådan har skapt noen nye former for samarbeid eller noe åpenbart behov for en annen form for konkret tilrettelegging fra kommunenes side.

4.3.3 Samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten

Samarbeidet mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten, slik det forstås av de helseledere og kommuneoverleger vi har intervjuet, dreier seg fremfor alt om etablerte samarbeidsrelasjoner og å drive daglig samarbeidet rundt enkeltpasienter gjennom henvisninger, epikriser og annen kontakt. Vi har imidlertid ikke gått grundig inn i dette samarbeidet, da dette ville kreve intervjuer med de samarbeidende partene direkte. Vi anser det heller ikke for å være særlig relevant i denne sammenhengen. De aspektene utover det som handler om enkeltpasienter som ble trukket fram av våre informanter, knytter seg til samarbeid regulert gjennom de lovpålagte samarbeidsavtalene, om faste dialogmøter og lignende, om praksiskonsulentordningen, og for det tredje om samarbeid om ulike kurs for å sikre kompetanseheving.

De lovpålagte samarbeidsavtalene som ble inngått mellom kommuner og helseforetak i 2012 som en viktig innledende fase i implementeringen av samhandlingsreformen, er noe ulikt utformet fra kommune til kommune, men dreier seg om hvordan samarbeidet skal foregå. I to kommuner kommenterer informantene de pålagte samarbeidsavtalene. Den ene helselederen påpeker at disse ble laget veldig fort, og at man nå har kommet til første evaluering:

«Nå kan vi melde inn, og da ser vi at akkurat dette her punktet som stod om, om hvilken informasjon fastlegen hadde ansvar for å gi til helseforetaket, det har vi nå jobbet mer med og spesifisert bedre.»

Lederen antar at dette blir et viktig punkt i den videre samhandlingen. Spesifiseringen gjelder hva slags informasjon som skal gis, og poengterer forskjellen på henvising og innlegging, og på viktig og ikke viktig informasjon. Med den nye meldingsutvekslingen, så kan

en nå få gjort dette elektronisk. Den som legger inn en pasient, må formidle nødvendig informasjon og så har kommunen ansvar for å få sendt videre nødvendig informasjon raskt.

Helselederen i en liten kommune forteller at de har opplevd forbedringer som følge av samarbeidsavtalene, men hevder at i utgangspunktet så er fastlegene veldig oppdatert på hva som skal og hva som ikke skal henvises, og at fastlegene nyttiggjør seg spesialisthelsetjenesten på en god måte uavhengig av hva som er formulert i avtalene. De henviser til det de kan henviser til. De ringer og kontakter sykehuset for råd og konsultasjon. Det vil si at kontakten foregår mellom fastleger og leger i spesialisthelsetjenesten.

En kommuneoverlege i en liten kommune er kritisk til oppfatningen om at spesialisthelsetjenesten skal veilede allmennlegene, og spesielt de erfarne allmennlegene. Han sier:

«Men det, det er vel ikke alltid slik at spesialisthelsetjenesten sitter inne med en, jeg holdt på å si veiledningskompetanse ovenfor allmennlegene. Jeg konstaterer jo at en del av de spesialistene jeg forholder meg til er leger i spesialisering eller for den saks skyld medisinerstudenter som er vikarer på en sykehusavdeling.»

Kommunelegen mener videre at samarbeidet bør handle mest om å gi det kommunale nivået tilgang til helseforetakets eller sykehusets ressurser, deres utredningsressurser, behandlingsressurser inkludert høyteknologi, og mulighet for døgnopphold i de situasjoner der pasienten har behov for den typen oppfølging. Dette gjelder også innenfor psykiatri der han trekker frem at god helsehjelp kanskje ikke så mye er et spørsmål om grad av teoretisk forståelse, men mer om forståelse av de ytre rammene for å ivareta pasienter som er i en vanskelig situasjon.

Faste dialogmøter og lignende

De faste dialogmøtene mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten som nevnes av informantene, er i første rekke innen psykiatri. Informantene i tre mellomstore kommuner trekker frem samarbeid med spesialisthelsetjenesten på dette området. Den ene nevner faste møter med psykisk helseteam, en annen nevner et pilotprosjekt med DPS som kommunen deltar i, som betyr at sykehuset og fastlegene har møte hver fjortende dag.

En informant fra en stor bykommune viser til månedlige samarbeidsmøter med akuttavdelingen på sykehuset, AMK, og ambulanseavdelingen. En annen informant fra en stor bykommune peker på samarbeidet som foregår gjennom helseforetakets overordna samarbeidsorgan med kommunene i helseforetakets nedslagsfelt. Her er det for eksempel rom for å ta opp konsekvenser i kommunene av konkrete endringer i sykehuslegenes praksis. En tredje informant fra en stor bykommune viser til *Omsorgsmøte*, som er et fast samarbeidsmøte mellom alle fastlegene og legevaktlegene og alle sykehuslegene. Dette er noe som legene selv driver, gjennom samarbeid mellom en sykehuslege og en fastlege. Kommunen har ikke hatt noen rolle i dette.

En informant fra en liten kommune viser til at de har et system for møter eller treffpunkter mellom de næringsdrivende fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Lokalsykehuset har hatt et samarbeidsråd i mange år, sammen med kommunene, hvor representantene fra

kommunene er fastleger. Det finnes også underutvalg for akuttmedisin og beredskap, samt sosialarbeidsutvalg på voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri, samt andre fagområder, hvor fastleger deltar.

Praksiskonsulentordningen

Informantene fra tre av de største bykommunene trekker frem praksiskonsulentordningen, som svar på hvordan fastleger samarbeider med spesialisthelsetjenesten. Dette trekkes frem som en ordning som innebærer både dialog og representasjon. Den ene av informantene reflekterer imidlertid over at kommunen ikke er direkte involvert i praksiskonsulentordningen, da fastlegene som er praksiskonsulenter ikke er kommunalt ansatte. Informanten ønsker seg heller et trekantsamarbeid mellom praksiskonsulentordningen, fastlegene og den kommunale helsetjenesten. Dette på bakgrunn av hvordan spesialisthelsetjenesten tenker om en del rutiner. Et eksempel er pasientflyten mellom spesialisthelsetjeneste og fastlege, som vil kunne ha konsekvenser for hvordan andre tjenester skal ytes. Dette nødvendiggjør et trekantsamarbeid og ikke bare en dualitet mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten.

Kurs og undervisning

En informant fra en bykommune peker på at sykehuset hvert år arrangerer et samarbeidskurs mellom fastlegene og sykehuslegene. Kurset handler blant annet om nye rutiner ved sykehuset og ellers om hva som skjer der. En informant fra en liten kommune viser til at det foregår videokonferanseundervisning en gang i uka som fastlegene deltar en god del på. Helseforetaket setter opp tema, for eksempel hjerte/lungeredning. Fastlegene har møtt opp på dette, og helselederen mener at den gode oppslutningen skyldes at fastlegene ikke trenger å bruke mer enn ½ time, og de slipper å reise. Informanten mener at slik organisering er med på å fremme samarbeid:

«Vi er så heldige at vi er knyttet opp mot et lite sykehus, det er ikke noen høy dørstokk for å ta telefoner og spørre for fastlegene slik jeg oppfatter det. Legene rådfører seg enkelt. Kjenner på en måte folkene som jobber der.»

Samarbeid om gjennomgang av oppfølging av pasientgruppe

En helseleder i en mellomstor kommune viser til et samarbeid om oppfølging av diabetespasienter. Bakgrunnen er at mange av pasientene får sin oppfølging fra sykehuset, mens fastlegene fullt ut er i stand til å sørge for den oppfølgingen. I det nevnte samarbeidet gikk sykehus og fastlegene igjennom pasientgruppen sammen, og sorterte hvem sykehuset skulle ta ansvar for og hvem fastlegene skulle ta ansvar for.

Lokalmedisinsk senter gir ny grenseoppgang i samarbeidet

En helseleder i en by peker på samhandlingen rundt det lokalmedisinske senteret som en ny måte å samarbeide på. Bakgrunnen er at det er bygd opp et lokalmedisinsk senter som er fast bemannet med leger. Med dette legges nye strukturer og systemer for samhandling mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten som er styrt av avtaleverket. Helselederen har registrert at fastlegene begynner å bruke det lokal medisinske senteret mer aktivt, altså at de legger pasienter inn på lokalmedisinsk istedenfor å sende dem tilbake til spesialisthelsetjenesten, eller først til lokalmedisinsk senter og så til spesialisthelsetjenesten. Informanten sa:

«Jeg syns det, det er en voldsom vekst på akkurat det altså. At man begynner å forstå samhandlingsreformen og, og vet hvilken som bør tilskrives kommunen og følges opp i kommunen kontra de som bør inn i spesialisthelsetjenesten. Ja de (fastlegene) har begynt å bli veldig flinke til å benytte seg av det tilbudet istedenfor sykehusinnleggelsen.»

Problemstillingen kommunalt ansatt – næringsdrivende

En informant fra en stor bykommune peker på at de har hatt en rolle i å søke å formidle kontakt mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten. Informanten ser dette som utfordrende fordi kommunen ikke kan pålegge fastleger å samarbeide med spesialisthelsetjenesten. Informanten bemerker at det stadig kommer henvendelser om at spesialisthelsetjenesten ønsker å ha med fastleger i forskjellige typer utviklingsarbeid, men at det sjelden følger noe økonomi med dette ønsket. Dermed blir det lite attraktivt å delta, kommunen kan ikke pålegge noen dette, og ønsker heller ikke å betale for det, noe som illustreres av følgende utsagn:

«Og ikke vil vi økonomisk finansiere et samarbeid som foretaket ber om. Og, ja, det er vel der det går. Vi, vi formidler ønske om samarbeid. Ja.»

Flere informanter fra småkommuner påpeker at siden fastlegene er næringsdrivende så har det i liten grad vært noe direkte samarbeid mellom dem og spesialisthelsetjenesten utover samarbeid rundt enkeltpasienter. Fastlegene ser seg ofte ikke i stand til å være med på samarbeidsinvtittene fra spesialisthelsetjenesten. Følgende uttalelse kan illustrere dette forholdet:

«Fastlegene har sin privatpraksis, denne er 80 % og så er det da denne 7,5 timer som da skal være den offentlige biten og de har et veldig tett program da. Og det er vel mange ganger ofte det som gjør at det kan være litt vanskelig for dem å møte.»

En informant fra en liten kommune forteller at måten de har løst samarbeidsutfordringen på er at helsesjefen, kommuneoverlegen eller en annen fra kommunen deltar i samarbeidsmøtene med sykehus/spesialisthelsetjeneste, og refererer tilbake i allmennlegeutvalgsmøtene. Eksempel på slike er samhandlingsgrupper med sykehus og kommuner (flere kommuner) der det er jevnlig møter. Her er for eksempel endringer i funksjoner for lokalsykehuset drøftet. Innholdet i disse drøftelsene har kommunens helseledelse meldt tilbake til fastlegene i møter i allmennlegeutvalget eller i epost.

Fra en annen liten kommune fortelles det om fastleger som er kommunalt ansatte og som deltar i ulike samarbeidsfora og er med i ulike arbeidsutvalg som etableres i regi av spesialisthelsetjenesten. En informant mener at fastlegeforskriften trekker i retning av at fastlegene er kommunalt ansatte på fast lønn, og at fastlegene slik blir en mer naturlig del av tjenesteapparatet i kommunen. Informanten ser dette som positivt.

4.3.4 Oppsummering

Det finnes mange godt etablerte samarbeidsstrukturer hvor fastlegen inngår, både på kommunalt nivå og i forhold til spesialisthelsetjenesten. Det ble etablert gode

samarbeidsstrukturer med allmennlegeutvalgene og samarbeidsutvalgene som kom med innføring av fastlegereordningen. Samhandlingsreformen synes også å ha etablert nye samarbeidsstrukturer på tvers innad i mange kommuner. Når det gjelder samarbeidet mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten, ser det ut fra vårt intervjumateriale ut som om dette i all hovedsak dreier seg om samarbeid rundt enkeltpasienter. Det er et mål å integrere fastlegene mere, men her møter man på kvist fordi det ikke er utviklet gode finansieringsordninger som matcher de behov kommunen har ut fra at man har næringsdrivende fastleger. Det kan hende man ville fått andre svar om disse forholdene hvis vi hadde snakket med fastlegene.

5 Rekruttering og kompetanseheving

I dette kapitlet beskriver vi hvordan kommunene konkret arbeider med kompetanseutvikling og rekruttering av leger til allmennlegetjenesten.

5.1 Rekruttering av personell

Vi har lagt vekt på å få fram om kommunene oppfatter at de har rekrutteringsutfordringer og hvordan de i tilfelle arter seg. Arbeider kommunen etter en (vedtatt) plan eller tar de rekrutteringsutfordringene ad hoc når de oppstår? Vi er også opptatt av å beskrive eventuelle bevisste rekrutteringsstrategier (i forkant av utfordringene). Et annet aspekt vi har lagt vekt på, er om det er forskjell på hvordan det tenkes og handles i store og små kommuner når det gjelder rekruttering av fastleger.

Hvordan arter kommunenes rekrutteringsutfordringer seg?

Halvparten av informantene opplyser at deres kommune ikke har rekrutteringsutfordringer i allmennlegetjenesten. Dette gjelder både store, mellomstore og små kommuner. Den andre halvparten har enten utfordringer med å få tak i fastleger, de bekymrer seg for kommende rekruttering, eller de har tatt utfordringen ved at kommunen tar ansvar for å få etablert nye fastlegehjemler.

De som oppgir at de ikke har rekrutteringsutfordringer, begrunner dette med at de enten har veldig god søkning, at kommunen er et attraktivt sted, eller at de har veldig stabile fastleger i dag. To av de små kommunene i undersøkelsen har legevaktsamarbeid med en stor nabokommune, og legene deres trenger ikke å ta belastningen med å gå legevakt, da det er god tilgang på leger som ønsker å ta vakter i nabokommunen.

Informantene i halvparten av de store kommunene peker på at de har rekrutteringsutfordringer. I den ene kommunen vises det til uro blant fastlegene som gikk legevakt, men at det nå er gjort noen grep for å ha flere leger og sykepleiere på vakt samtidig, og at saken nå ser ut til å være løst. I den andre kommunen uttrykkes det bekymring over at det er så få søkere til fastlegejobber, og at fastleger fraråder unge leger å starte som fastlege i byen. Det vises til at de har hatt flere kvinner som har sagt opp som fastlege, og dette knyttes til store kostnader for lokale, utstyr og personale. Informanten utdyper dette slik:

«De har ansvar for alt fra datasystemer til ... de skal ordne mer og mer. Merker dette veldig godt nå, det er mye diskusjon blant legene, de fraråder mange unge å jobbe som fastleger. Dumt at vi i kommunen ikke kan tilby spesielt yngre leger og kvinner noe—hadde vært tjent med å få disse inn som fastleger.»

En idé informantene lufter er at kommunen kanskje kunne tilby en slags overgangsstilling eller nybegynnerstilling – at man fikk starte på en fastlønnnet kommunal jobb og kunne vurdere om dette var noe for dem, og at stillingen kan gå over til å bli privat etter så og så lang tid.

I den tredje store kommunen forteller informantene om rekrutteringsutfordringer som handler om at de stadig har behov for nye fastleger, fordi listelengden går ned, og flere fra nabokommunene velger å ha fastlege i byen i stedet for i kommunen som de bor i. Denne kommunen har tatt ansvar for å få i drift nye hjemler, noe vi kommer tilbake til.

Rekrutteringsstrategier

Kommunenes måter å forholde seg til rekrutteringsproblematikken, er kategorisert i fem strategier, som presenteres i dette avsnittet.

Oppstartspakker

En helseleder i en stor kommune som har tatt ansvar for å få i drift nye fastlegehjemler, viser til at dette ansvaret omfatter å finne lokaler, lyse ut hjemler, kjøpe inn utstyr, ansette og lære opp hjelpepersonell, og sørge for nødvendige driftsmidler. Dette gjør kommunen fordi legene starter med tomme lister. Informanten peker på at kostnadene ved å få i gang en ny hjemmel ikke dekkes av de 300 000 kronene som staten tilbyr ved oppstart. Når fastlegene får fulle lister, skal de være selvfinansierende, men dette kan ta fem år. Når listene er fulle, tilbys legene å flytte ut og etablere seg på egen hånd, siden de da har et pasientgrunnlag. Helselederen uttaler at når de først er i drift og vel etablert så greier de seg selv. Men det er en vei å gå før det skjer, noe følgende sitat illustrerer:

«Men det å få, få de etablert, sikre at de har et kontor å være i, i den første tiden og sånn det, der har kommunen et spesielt ansvar. Som koster oss dyrt, men den, det ser vi jo at vi har måttet ta.»

En mellomstor kommune har en lignende «oppstartspakke», som omfatter at kommunen stiller lokaler til rådighet for nye fastleger, og fyller lokalene med inventar og medisinsk teknisk utstyr, kontorutstyr og så videre. Dette leies videre ut til legene. Dette gjør de fordi man oppfattet at mange unge leger kvier seg for å investere på et sted som de ikke vet om de kom til å trives på.

Har hatt god nytte av turnuslegeordningen – hva nå?

I fem av kommunene peker informantene på at de har brukt turnuslegeordningen som rekrutteringsstrategi. Dette gjelder både mellomstore og små kommuner. I to av de små kommunene uttrykkes det en viss bekymring over omleggingen i turnusordningen. Den ene har ikke fått tildelt turnuslege hvert år, og dette har vært en utfordring. Kommuneoverlegen i den andre småkommunen peker på hvor viktig turnusordningen har vært for rekruttering av leger til regionen:

«Alle som jobber her omkring, dette er litt overdrevet, men vi kan vel si at alle som jobber her omkring har vært her som turnusleger. Da ser jeg ut til sidene til nabokommuner og sånt.»

Den ene mellomstore kommunen har i tillegg til å bruke turnuslegeordningen som en arena for å rekruttere leger, prøvd å knytte til seg legestudentene som er fra kommunen eller området rundt, spesielt har de prøvd å være offensive i forhold til legestudenter gjennom å tilby dem vikarjobb ved ferieavviklingen. Disse har arbeidet som blant annet tilsynsleger, med veiledning fra en fastlege. På den måten har kommunen klart å få noen til å komme, som har blitt kjent med kommunehelsetjenesten, og rutiner og ordninger for samarbeid, og med spesialisthelsetjenesten i regionen. Informanten forteller:

«Og sånne ting har vi tro på. Sånne ting kan ofte være en barriere for leger når de skal ut i praksis. Det er jo, å ta dem, få tak i dem tidlig og gi dem muligheten for å skaffe seg erfaringer fra det her kommunehelsevesenet, det tror vi er viktig for at de skal bli både trygg og, og for at terskelen for å komme til kommunen blir liten.»

Helselederen i en annen mellomstor kommune trekker frem at fastlegen som har vært ansvarlig for turnuslegene er veldig god og har rekruttert turnuslegene til å bli allmennleger etterpå, og at flere av disse i dag fortsatt er i distriktet.

Vikarordning på legevakt for å redusere belastningen på fastlegene

En mellomstor kommune har ikke selv rekrutteringsproblemer, men forteller at de mindre nabokommunene som inngår i den interkommunale legevakten har utfordringer med å skaffe fastleger. I kommunesamarbeidet foreslås det nå å bruke vikar på legevakt en uke hver måned, for at fastlegene skal få mindre vaktbelastning.

Overgang til kommunalt ansatte leger

En informant fra en av de små kommunene vet at de vil få rekrutteringsutfordringer i nær fremtid, på grunn av en aldrende legestand både i kommunen og i regionen. De registrerer at de fleste nabokommunene har kommunalt ansatte leger, mens de selv ikke har det. De har bestemt seg for å tilby de nye fastlegene å være kommunalt ansatt. Informanten begrunner dette på følgende vis:

«Det som vi ser nå, hvis man skal rekruttere yngre leger, er at mange unge kvinner er leger, med små barn, de vil leve et mer normalt familieliv. Da ser vi at vi må inn med fast lønn. Tidligere var det omvendt. Det har med mange ting å gjøre, samfunnsutvikling og kjønn, en lang debatt.»

En av de store kommunene har også nylig ansatt to fastleger med fast lønn. Begrunnelsen for å gå over fra privat til kommunalt ansatt, var imidlertid ikke først og fremst knyttet til rekruttering, men til kvalitet og kontinuitet, da det var meningen at legene på dette kontoret også skulle være tilsynsleger på en institusjon som er samlokalisert med legekantoret. Men helselederen tror at det å være kommunalt ansatt også er bekvemt for de nyansatte fastlegene, som slipper ansvar for hjelpepersonale og drift av kontoret.

Slår sammen legekantor og driver fagutvikling med nabokommunen

En liten kommune er nå i en situasjon der kommunelegen i nabokommunen går av med pensjon, og de skal rekruttere en ny. De to kommunene deler på en turnuslege. Helseledelsen vurderer situasjonen dithen at for å få rekruttert nye leger både til nabokommunen og til regionen generelt, så må de gjøre noen grep. De planlegger å lage et system med faglig samarbeid, der de har noen møtepunkter, og mer eller mindre slå sammen legekantorene slik at enkeltleger ikke blir sittende alene på ett sted. Inkludert i dette opplegget er en felles smågruppe for legene som møtes jevnlig i arbeidstiden og jobber med felles prosedyrer og fagutvikling.

I hvilken grad har kommunene planer for rekruttering?

I dette avsnittet spør vi om kommunene arbeider etter bevisste strategier i forkant av rekrutteringsutfordringene, eller om de bare håndterer enkeltsakene ad hoc når de kommer.

De ti største byene i landet samarbeider om spørsmål som gjelder rekruttering og hva slags dekningsgrad man skal ha, og vi har intervjuet informanter i to av disse kommunene. Den ene byen har en plan for legetjenesten, som også er politisk vedtatt. Den andre byen har ikke en ferdig plan, men skal starte arbeidet med dette. Blant de øvrige fire store kommunene som vi har intervjuet, er det en by som har en fireårs plan som revideres hvert år, og som tar hensyn til befolkningsutvikling og legenes alder og deres egne planer for å gi seg som fastlege. Med denne planen påpeker helselederen at kommunen har mulighet til å planlegge kontinuiteten i fastlegetjenesten. En annen stor kommune har rekruttering av nye fastleger som et element i planen for et helsehus. En annen stor kommunene har ikke noen plan, men utlyser fastlegehjempler ved behov og har stort sett fått tilsatt leger i disse.

Det er ikke rimelig å forvente at små kommuner med stabil legebemanning, hvor legene er mange år fra pensjonsalder, har planer for rekruttering av fastleger. Det er i slike tilfeller mer relevant å stille spørsmål om hvorvidt helseledelsen har en bevissthet om kommende rekrutteringsutfordringer. Blant de små kommunene, svarer de fleste at de ikke har noen planer, men rekrutterer fortløpende. En av disse har, som tidligere beskrevet, startet et tettere samarbeid med nabokommunen for å lage et større fagmiljø, som skal gjøre fastlegejobb i kommunene mer attraktiv.

Blant de mellomstore kommunene er det noen som svarer at de ikke har planer, og rekrutterer fortløpende, mens andre later til å ha et svært bevisst forhold til når i fremtiden rekrutteringsutfordringene vil komme, og har noen planer rundt dette.

5.2 Kompetanseheving

På spørsmål om kommunen har noen konkrete planer for kompetanseheving i allmennlegetjenesten, knyttet til utvikling og kvalitet, svarer tre av fire kommuner at de enten har planer om eller rutiner for ett eller flere kompetansehevingstiltak, eller at de er i en prosess for å kartlegge behov for kompetanseheving (gjelder kun en kommune). En konkret plan for kompetanseheving i en av de små kommunene, er å få trukket smågruppearbeidet inn i arbeidstiden. En av de mellomstore kommunene har nettopp laget en kompetanseplan, men der er ikke legetjenesten inkludert. Flere kommenterer at legene stort sett ordner med kompetanseheving selv, gjennom sine foreninger.

Når det gjelder kommunenes rolle i arbeidet med kompetanseheving for fastlegene går de fleste svarene ut på at kommunen tilrettelegger for spesialisering i allmennmedisin, og kurs eller øvelser i akuttmedisin for legevaktene. Andre typer kompetanseheving som minst to informanter nevner, er kommunale ø-hjelps tilbud (døgn), og oppfølging av samhandlingsreformen.

Tilrettelegging for spesialisering

Knapt halvparten av informantene nevner at de tilrettelegger for fastlegers spesialisering i allmennmedisin. Flere av kommunene har registrert en stor iver og et stort fokus blant fastlegene på å bli spesialister i allmennmedisin. De fleste peker på at kommunen legger til rette for spesialisering, dette gjelder tilrettelegging med fri og vikarer. En liten kommune tilbyr redusert husleie til leger under spesialisering, for å dekke opp for inntektstapet deres. En stor kommune viser derimot til at det er den enkeltes selvstendige ansvar å bli spesialist. De tilrettelegger derfor ikke for dette formålet.

En kommune holder på å rekruttere en ny lege til en deltidskommunelegestilling i samfunnsmedisin, og kommunen kommer da til å legge forholdene til rette for at denne legen får tatt utdanningen sin frem til spesialist i samfunnsmedisin.

Kompetanseheving ved etablering av ø-hjelpssenger

Informantene i en stor og en mellomstor kommune forteller at de satser på kompetanseheving for øyeblikkelig hjelp plasser og håndtering av øyeblikkelig hjelp pasienter som kommunene skal ta. Den ene kommunene har et kompetanseprogram gående, den andre planlegger kompetanseheving når dette skal etableres. Dette omfatter vurderinger av hvilke pasientkategorier fastlegen kan forvente å legge inn, og helseledelsen ser det som viktig at legene enes litt og har samme plattform, selv om det også handler om den enkeltes faglige skjønn.

Kurs på legevakta/akuttkurs

En bykommune har årvisse kurs som leder for legevakta holder for alle ansatte. To andre bykommuner arrangerer akuttkurs, og da får legene tilbud om å være med. Andre arrangerer øvelser i akutte hjertelunge redninger og tilsvarende flere ganger i året. To mellomstore kommuner har en plan for å utdanne hjelpepersonellet på legevakta i akuttmedisin, men har ikke noen plan for kompetanseheving av fastlegene utover dette. Helselederen i den ene av disse kommunene viser til at de hadde et dialogmøte om dette, og det var fastlegene som da ikke helt så behovet for at de skulle inngå i noen kommunale planer for kompetanseheving. Det var noe de ønsket å ordne med selv. En siste kommune driver kompetanseheving på legevakt både på fag og på utvikling av prosedyrer.

Flere informanter forteller at de er lite involvert i den kompetansehevingen som foregår i legevakt. Dette skyldes at legevaktene gjerne er organisert i interkommunale selskap hvor kommunen i liten grad er involvert. Informantene uttrykker imidlertid stor tilfredshet med det faglige utviklingsarbeidet som foregår ved legevaktene og har stor tillit til de som styrer med dette, selv om arbeidet ikke foregår i direkte kommunal regi.

Oppfølging av samhandlingsreformen

I en kommune fortelles det at de har kommet fram til at de i forbindelse med samhandlingsreformen trenger å styrke kompetansen på spesielle områder. De ser behov for å lage kompetanseplaner for bedre ivaretagelse av diabetespasienter og andre sykdomstilstander. En annen helseleder bruker forane de har til å informere om eventuelle nye forskrifter, kommunens organisering, endringer og så videre. Dette er som en del av en dialog om utvikling av legetjenesten:

«Så der har vi en sånn form for dialog basert tilnærming hvor vi, hvor vi kan orientere om endringer som skjer, om vi ting vi ønsker å prioritere og drøfte med fastlegene. Men ellers så opplever vi at den kompetansen de tilegner seg gjennom sin spesialisering og andre ting den, den er rimelig høy.»

Andre kompetansehevingstiltak

Øvrige kompetansehevingstiltak som nevnes av våre informanter er ekstern veiledning fra en apotekgruppe om legemiddelhåndtering og medikamentforeskrivning. Dette inngår som kompetanseheving for sykehjemsleger. En informant fra en mellomstor kommune forteller at de har noen avtaler med sykehuset om at legene i sykehuset skal veilede allmennpraktikerne på enkelte tema etter behov. Dette gjelder diagnostisering av demens, rus og psykiatri. Det er imidlertid ikke noen faste rammer rundt dette. En bykommune skal ha kursing i geriatri, og vil invitere fastlegene til å komme og få det godkjent som spesialisering på timer. En mellomstor kommune har opprettet et kvalitetsutvalg, og har også nettopp gått inn i et regionalt samarbeid om samhandlingsreformen, hvor det vil bli noen felles kurs og felles opplæring.

6 Kartleggingens hovedfunn

Den første problemstillingen vi skulle svare på i denne rapporten, er hvordan kommunene ivaretar sitt «sørge-for»-ansvar, og om det er endringer i ansvaret som følge av den nye fastlegeforskriften. Bestemmelsene i fastlegeforskriftens kapittel 2 spesifiserer og utdyper kommunens «sørge-for»-ansvar, og vi har oppsummert «sørge-for»-ansvaret i sju punkter: tilby innbyggerne nødvendige allmennlegetjenester, organisere en fastlegeordning med nok leger, informasjon, økonomisk vederlag, fastlegens trygghet, kvalitet i allmennlegetjenesten, og tilrettelegging for samarbeid. Vi har pekt på de tre sistnevnte som nye.

Mange sitter på gjerdet

Informantenes svar på spørsmålet om hvordan kommunene har forholdt seg til den nye fastlegeforskriften, viser at i om lag halvparten av de undersøkte kommunene har helseledelsen diskutert forskriften med fastlegene sine, alternativt informert dem, eller de har forholdt seg aktivt til ett av de nye punktene i forskriften. I fire av disse kommunene er forskriften diskutert med fastlegene i lokale samarbeidsutvalg og allmennlegeutvalg, og i en femte kommune har kommuneoverlegen informert fastlegene om forskriften. Fra to kommuner pekes det på at endringen i aldersgrense for fritak for legevakt var det punktet i forskriften som de tok tak i umiddelbart. I den andre halvparten av kommunene i undersøkelsen svarer imidlertid informantene at man ikke har forholdt seg aktivt til den nye

fastlegeforskriften. Noen har begynt å planlegge hvordan de skal forholde seg til forskriften, noen har hatt uformelle drøftinger, mens andre ikke har gjort noe.

Fastlegens trygghet

Bare tre av 20 kommuner har gjort noe aktivt når det gjelder å sikre fastlegens trygghet. Dette har de i noen grad gjort uavhengig av den nye fastlegeforskriften. Det er gjort en del tiltak i forhold til legevakt, og dette er i stor grad gjort noen år tilbake i tid, før den nye fastlegeforskriften kom. I kommunene hvor man ikke gjør noe aktivt fra kommunes side for å sikre fastlegens trygghet, og ikke gjort noe tidligere heller, vises det til at fastlegene er næringsdrivende, og kommunene ser ut til å synes det er greit at fastlegene selv tar ansvaret for sin egen trygghet.

Kvalitetsarbeid ses på som en utfordring

Flere informanter oppfatter at det spesielt er det som gjelder kvalitet, som er en utfordring med den nye forskriften. Funksjons- og kvalitetskravene handler i første rekke om å utføre virksomheten i tråd med nasjonale retningslinjer samt spesifikke krav om fastlegens tilgjengelighet. Det er egentlig ikke satt noe krav om at kommunene skal nå spesifikke kvalitetsnivå. Men i forskriften er det stilt helt spesifikke funksjons- og kvalitetskrav til fastlegene. Spørsmålet er hvem skal kontrollere at funksjons- og kvalitetskravene oppfylles. Dette går ikke klart frem av forskriften. Kommunene er tildelt det overordnede ansvaret for dette. Noe som vi ønsket å få svar på gjennom kartleggingen, er hvorvidt kommunene oppfatter at det er deres oppgave å se til at kravene til fastlegen oppfylles, og hvordan kommunene eventuelt følger opp kravene som stilles til fastlegen.

Vi finner at mange kommuner oppfatter at de *har* et prosessansvar, og at de forstår dette som et begrenset ansvar. Sett i forhold til at fastlegene stort sett er selvstendig næringsdrivende, oppfattes det som en utfordring å bestemme *hvor tett på* kommunen faktisk skal være og hvor mye man skal inn og se på hvordan fastlegene jobber. Når selve tilsynsmyndigheten ligger hos fylkeslegen så ses dette som ytterligere komplisert. Det er et dilemma for kommunene å finne ut hvilken myndighet de har, spesielt overfor de selvstendig næringsdrivende fastlegene. Det å finne ut hva kommunene *kan* gjøre for å følge opp ansvaret, oppfattes som krevende. De vet ikke helt hvordan de skal følge opp dette. Det påpekes fra kommunenes side at det er stor avstand mellom de næringsdrivende legene og kommuneledelsen.

Nesten ingen kommuner driver noen kontroll av tilgjengeligheten til legetjenesten. Mange er opptatt av å ha dialog om tilgjengeligheten med fastlegene. Men spesielt fra de minste kommunene uttrykkes det at en del ikke synes noe om dette kontrollansvaret. En problemstilling i denne kartleggingen er å beskrive hvordan kommunene jobber med utvikling av kvalitetsparametre. Vi finner veldig få spor av at man har kommet særlig langt i kvalitetsarbeidet - det er ikke dette kommunene er opptatt av.

Oppsummert så er det helt klart at det å ta på seg en rolle som kontrollør av funksjons- og kvalitetskravene som stilles til fastlegene, ikke er noe som kommunene hittil har oppfattet som sin oppgave. Man oppfatter at Helsetilsynet er tilsynsmyndighet for det som gjelder den medisinskfaglige virksomheten. En del kommuner peker på at deres rolle kan være å fokusere på kvalitetsutvikling gjennom dialog med fastlegene.

Tilrettelegging for samarbeid

Fastlegeforskriften handler om å legge til rette for mer integrerte tjenester, og kommunene har fått tildelt ansvar for å tilrettelegge for samarbeid, både mellom fastleger og helseledelsen i kommunen, mellom fastleger og andre kommunale tjenester, og mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten. En rammebetingelse som trekkes frem er hvorvidt fastlegen er privatpraktiserende, som de fleste er, eller kommunalt ansatt. Det pekes på at det er mye lettere å få til samarbeide mellom fastlegene og andre i kommunen hvis fastlegene er kommunalt ansatt med fast lønn.

Det finnes mange godt etablerte samarbeidsstrukturer hvor fastlegen inngår, både på kommunalt nivå og mot spesialisthelsetjenesten. Det ble etablert gode samarbeidsstrukturer med allmennlegeutvalgene og samarbeidsutvalgene, som kom med innføring av fastlegeordningen. Samhandlingsreformen synes også å ha etablert nye samarbeidsstrukturer på tvers innad i mange kommuner. Når det gjelder samarbeidet mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten, ser det ut fra vårt intervjumateriale ut som om dette i all hovedsak dreier seg om samarbeid rundt enkeltpasienter. Det er et mål å integrere fastlegene mere, men her møter man på kvist fordi det ikke er utviklet gode finansieringsordninger som matcher de behov kommunen har ut fra at man har næringsdrivende fastleger. Det kan hende at vi ville fått andre svar om disse forholdene hvis vi hadde spurt fastlegene i stedet for å snakke med helseledelsen.

Det pekes på at det er en manglende kommunikasjonsflyt med fastlegene, og at det er utfordringer med denne typen dialog. Spesielt de minste kommunene opplever det problematisk at dialogen mellom helseledelsen og fastlegene skal foregå gjennom kommuneoverlegen og tillitsvalgte leger i samarbeidsutvalg, noe som fører til at det blir noen få fastleger som ikke har en av de nevnte rollene, og disse kan lett falle ut av informasjonsflyten. Det vises også til bruk av elektronisk kommunikasjon; enten at man har etablert nye systemer som gir bedre kommunikasjon, eller det påpekes at man sliter med mangel på gode datasystemer.

Variasjon i hvor systematisk det arbeides det med rekruttering

Vi har lagt vekt på å få fram hvorvidt kommunene oppfatter at de har rekrutteringsutfordringer og hvordan disse arter seg, og om kommunene arbeider etter en (vedtatt) plan eller om de tar rekrutteringsutfordringene ad hoc når de oppstår. Halvparten av informantene opplyser at deres kommune ikke har rekrutteringsutfordringer i allmennlegetjenesten. Dette gjelder både store, mellomstore og små kommuner. Den andre halvparten har enten utfordringer med å få tak i fastleger, de bekymrer seg for kommende rekruttering, eller de har møtt utfordringen ved at kommunen tar ansvar for å få etablert nye fastlegehjemler.

Kommunenes måter å forholde seg til rekrutteringsproblematikken, er kategorisert i fem strategier. Den første er å ha oppstartspakker for nye fastleger. Det pekes på at kostnadene ved å få i gang en ny hjemmel ikke dekkes av de 300 000 kronene som staten tilbyr ved oppstart. Det er dilemma at systemet forutsetter næringsdrivende fastleger, samtidig som kommunene rapporterer om at unge fastleger vegrer seg for å ta den nødvendige risiko som ligger i å etablere en ny fastlegepraksis. Videre er det en strategi å etablere vikarordning på

legevakt, for å redusere belastningen på fastlegene. Fastlegene har gjennom den nye forskriften plikt til å gå legevakt. Vi registrerer gjennom intervjuene at kommunene er opptatt av å organisere legevakt på en slik måte at den virker minst mulig merbelastende for fastlegene. Dette gjør kommunene også gjennom å etablere interkommunale legevakter. Andre strategier er sammenslåing av legekantor og felles fagutvikling med nabokommunen, og overgang til kommunalt ansatte leger. I tillegg nevnes turnusordningen og hvordan denne har fungert godt for å rekruttere nye fastleger – samtidig som det uttrykkes bekymring for hva som kommer til å skje med rekrutteringen nå når ordningen er endret og kandidatene kan søke turnustjeneste der de ønsker.

Knappt halvparten av de store kommunene har planer som forutsier når det vil bli behov for, og hvordan de skal rekruttere nye fastleger. Blant de mellomstore kommunene er det også varierende svar på hvorvidt man bare rekrutterer når det oppstår et behov, eller om man har en bevisst strategi. Det er imidlertid mindre relevant å forvente at små kommuner med stabil legebemannning, hvor legene er mange år fra pensjonsalder, har planer for rekruttering av fastleger.

Fastlegenes kompetanseutvikling utenom spesialisering er i liten grad en problemstilling for kommunene

På spørsmål om kommunen har noen konkrete planer for kompetanseheving i allmennlegetjenesten, knyttet til utvikling og kvalitet, svarer tre av fire kommuner at de enten har planer om eller rutiner for ett eller flere kompetansehevingstiltak, eller at de er i en prosess for å kartlegge behov for kompetanseheving. Flere kommenterer at legene stort sett ordner med kompetanseheving selv, gjennom sine foreninger. Når det gjelder kommunenes rolle i arbeidet med kompetanseheving for fastlegene, går de fleste svarene ut på at kommunen tilrettelegger for spesialisering i allmenntmedisin (fri med økonomisk kompensasjon og behjelpelig med vikarordning), og kurs eller øvelser i akuttmedisin for legevaktene. Andre typer kompetanseheving som minst to informanter nevner, er kommunale ø-hjelps tilbud (døgn), og oppfølging av samhandlingsreformen.

7 Referanser

Gaski M, Abelsen B. Konsekvenser for kommunene på kort og lengre sikt av fritak fra legevakt fra fylte 55 år. Norut Alta notat 8.mai 2013.

Høringsnotat om revidert fastlegeforskrift m.m. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Paulsen B, Lippestad J, Johnsen R. Samhandlingsreformen, kommunal helseadministrasjon og legetjenesten i kommunene. Trondheim: SINTEF Rapport A16806, 2010.

Sandvik H, Hunskår S. Hvilke leger mottar trygderefusjon for legevaktarbeid? Tidsskr Nor Legeforen nr. 10, 2007: 1347-50.

Sandvik H, Hunskår S, Diaz E. Hvilke fastleger deltar i legevakt? Tidsskr Nor Legeforen nr. 20, 2012: 2277-80.

Sandvik H, Zakariassen E, Hunskår S. Fastlegenes deltakelse i legevakt. Tidsskr Nor Legeforen nr. 127, 207: 2513-16.

St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

8 Vedlegg: Intervjuguide

KS-prosjektet «*Forsterket legetjeneste i kommunene – virkninger for kommunene av ny fastlegeforskrift*»

I Kommunens «sørge-for» -ansvar og endringer i ansvaret

Kommunens «sørge-for» ansvar i forbindelse med den nye fastlegeforskriften kan oppsummeres i sju punkter. Fire er gamle mens tre kan betraktes som nye:

1. Tilby innbyggerne nødvendige allmennlegetjenester
 2. Organisere en fastlegeordning med nok leger
 3. Informasjon
 4. Økonomisk vederlag
 5. *Fastlegens trygghet*
 6. *Kvalitet i allmennlegetjenesten*
 7. *Tilrettelegging for samarbeid*
- Jeg lurer på om du innledningsvis kan si noe om hvordan din kommune har forholdt seg til den nye fastlegeforskriften?

Fastlegens trygghet

Bestemmelsen i fastlegeforskriften pålegger kommunen å sørge for å iverksette nødvendige tiltak for å ivareta tryggheten til fastleger som opplever vold eller trusler mot seg selv, sin familie og/eller sine medarbeidere.

- Har dere noen planer i forhold til dette som er under arbeid eller vedtatt? Eller tiltak som er iverksatt? I tilfelle; hvilke?

Videreutvikling av kvalitet i allmennlegetjenesten og legevakt

Forskriften tildeler kommunen det overordnede ansvaret for at funksjons- og kvalitetskravene i fastlegeordningen §§ 17-30 overholdes. HOD tolker dette som et prosesskrav om at kommunene skal drive med systematisk arbeid for kvalitetsforbedring.

- Oppfatter dere i kommunen at både 1)prosesskravet, og 2)det overordna ansvar for at funksjons- og kvalitetskravene til fastlegene overholdes, er kommunens oppgaver?
- Hvordan vil man fra kommunens side konkret følge opp de definerte funksjons- og kvalitetskravene som stilles til fastlegene? (f eks faglig forsvarlighet, tilgjengelighet: få time innen 5 d, svare på 80 % av telefonhenvendelse innen 2 minutter, motta timebestilling elektronisk, øyeblikkelig hjelp i åpningstiden)?
 - Planer vedtatt/tiltak igangsatt?
- Har dere konkrete planer for videreutvikling av kvalitet i allmennlegetjenesten?
- Hvordan tenker DU at det er viktig for kommunen å arbeide med å forbedre kvalitet i legetjenesten?
- Hvilke planer har kommunen for videreutvikling av kvalitet i legevakt?

Tilrettelegging for samarbeid

Fastlegeforskriften pålegger kommunen å legge til rette for samarbeid med fastlegene. Kommunen skal også sørge for god integrering av fastlegetjenesten og legge til rette for samarbeid mellom den og andre kommunale tjenester. Kommunene pålegges også ansvar for å legge til rette for godt samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Forskriften spesifiserer ikke noen nærmere om hvordan de ulike formene for samarbeid skal organiseres.

- Hvordan legger dere i kommunen til rette for samarbeid med fastlegene- altså mellom dere i kommunens helseledelse og fastlegene
- Hvordan legger dere til rette for samarbeid mellom fastlegene og andre kommunale instanser?
- Hvordan legger dere til rette for samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten?

II Planer for rekruttering

- Hvordan har dere organisert legevakt; bruker kun fastleger? Interkommunalt samarbeid?
- Har kommunen konkrete planer for rekruttering av leger (allmennlegetjeneste og legevakt)
 - Hvilke?
 - Er paner vedtatt/tiltak igangsatt?

III Planer for kompetanseheving

- Har kommunen konkrete planer for kompetanseheving i allmennlegetjenesten knyttet til utvikling av kvalitet?
 - Hvilke?
 - Planer vedtatt /tiltak igangsatt?
- Har kommunen konkrete planer for kompetanseheving i legevakt knyttet til utvikling av kvalitet?
 - Hvilke
 - Planer vedtatt/tiltak igangsatt?