

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 legekantor 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.