

RAPPORT

2013:5

KARTLEGGING AV SAMARBEIDSMODELLER I LEGETJENESTEN

Sluttrapport



Margrete Gaski og Birgit Abelsen



Tittel:	Kartlegging av samarbeidsmodeller i legetjenesten
Forfattere:	Margrete Gaski og Birgit Abelsen
Norut Alta RAPPORT:	2013:5
ISBN:	978-82-7571-230-9
Oppdragsgiver:	KS
Prosjektleder:	Margrete Gaski
Oppsummering:	Rapporten beskriver samarbeidsmodeller i kommunal legetjeneste - slik situasjonen er når fastlegeforskriften trer i kraft. Fastlegeforskriften skal dreie fastlegenes faglige tyngdepunkt fra pasientrettet arbeid og over på å bli en tydeligere aktør i kommunens samlede helsetjeneste. Den skal tydeliggjøre kommunens ansvar for allmennlegetjenesten og tydeliggjøre fastlegenes rolle. Beskrivelsene av samarbeidsmodeller er laget i form av idealtyper. En idealtipe er en rendyrket modell som er uavhengig av sted, enkeltpersoner, personligheter og kultur. Rapporten demonstrerer mangfoldet i samarbeidsmodeller hvor fastleger inngår, og er sortert etter tre nivå hvor samarbeidet foregår: integrert samarbeid i kommunen, interkommunalt samarbeid og samarbeid mellom fastleger og helseforetak. Modellene omfatter samarbeid om legetjenester og kommuneoverlege, samarbeid mellom fastlege og diabetessykepleiere, tverrfaglig samarbeidsmøte i kommune, kommuneoverlegearbeid og lokalt samarbeidsutvalg, samarbeid mellom fastleger og fagteam, fastleger og oppfølging av sykefravær, fastleger og frisklivsarbeid, modeller for akuttmedisinsk trening og legevaktmodeller. Samarbeidsmodellene mellom helseforetak og fastleger, omfatter ambulante team, praksiskoordinatorsamarbeid, samhandling innenfor rus og psykiatri, telemedisinsk samarbeid, samarbeid omkring intermediære enheter og kommunikasjon mellom akutt-team ved DPS og fastleger.
Emneord:	Fastlege, samarbeid, fastlegeforskrift
Dato:	24.06.2013
Forsidebilde:	www.crestock.com
Utgiver:	Norut Alta AS, Kunnskapsparken, Markedsgata 3, 9506 ALTA Telefon: 78457100 Epost: post@finnmark.norut.no www.norut.no/alta

Forord

I desember 2012 fikk Norut Alta i oppdrag fra KS å beskrive samarbeidsmodeller i kommunal legetjeneste - slik situasjonen er når fastlegeforskriften trer i kraft. Beskrivelsene er laget i form av idealtyper, og skal vise mangfoldet i samarbeidsmodeller.

Forfatterne takker alle informanter som har svart på spørsmål i kartleggingen. Vi takker referansegruppen, rådmannsutvalget i KS, for gode innspill underveis i arbeidet.

Alta, 24. juni 2013

Birgit Abelsen
Adm. direktør

Innhold

FORORD	1
INNHold	2
SAMMENDRAG	1
1 INNLEDNING	3
1.1 BAKGRUNN FOR FOU-PROSJEKTET	3
1.2 SAMARBEIDSMODELLER	4
1.3 KONTEKSTEN	6
1.4 FORSKNINGSSPØRSMÅL, AVGRENSNINGER OG PRESENTASJONSFORM	9
1.5 METODE	10
1.6 VIDERE OPPBYGNING AV RAPPORTEN	12
2 MODELLER FOR INTEGRERT SAMARBEID I ENKELTKOMMUNER OG INTERKOMMUNALT	13
2.1 INTERKOMMUNAL LEGETJENESTE MED UTEKONTOR I TRE KOMMUNER	13
2.2 INTERKOMMUNALT SAMARBEID OM KOMMUNEOVERLEGE OG LEGETJENESTE	14
2.3 KOMMUNEOVERLEGEGARBEID I STOR BY – DELT AV FASTLEGER MED FLERE HATTER	15
2.4 LOKALT SAMARBEIDSUTVALG OG ALLMENNLEGEUTVALG I STOR BY	16
2.5 INTERKOMMUNALT TVERRFAGLIG AMBULERENDE KREFTTEAM	18
2.6 KOMMUNALT DIABETESTEAM SOM UTLØSER TAKST	19
2.7 SAMARBEID MELLOM FASTLEGER OG DEMENSTEAM	20
2.8 SAMARBEID OM OPPFØLGING AV SYKEFRAVÆR: FERSKVARE 1234	21
2.9 FRISKLIV OG FOLKEHELSE	23
2.10 «ONSDAGSMØTE» I LITEN KOMMUNE	24
2.11 INTERKOMMUNALT VOLDTEKTSMOTTAK	25
2.12 AKUTT MEDISINSK SAMARBEID I BITTELITEN KOMMUNE	26
2.13 AKUTT MEDISINSK TEAMTRENING I STOR KOMMUNE	28
2.14 LEGEVAKT I STOR KOMMUNE LANGT FRA SYKEHUS	29
2.15 INTERKOMMUNAL LEGEVAKT MED Ø-HJELPSENGER	30
3 MODELLER FOR SAMARBEID MELLOM FASTLEGER OG HELSEFORETAK	32
3.1 OMRÅDEGERIATRISK TEAM	32
3.2 AMBULANT REHABILITERINGSTEAM	33
3.3 FORPLIKTENDE SAMHANDLING PSYKIATRI- OG RUSPASIENTER	33
3.4 PRAKSISKONSULENTORDNINGEN: BROBYGGING ELLER FORETAKETS FORLENGEDE ARM?	34
3.5 VAKe - VIDEOBASERT AKUTT MEDISINSK KONFERANSE	35
3.6 LEGEDREVET SYKESTUE	37
3.7 STYRKET SYKESTUEFUNKSJON I LITEN KOMMUNE	38
3.8 UMIDDELBAR KOMMUNIKASJON - AMBULANT AKUTT-TEAM OG FASTLEGER	39
4 AVSLUTNING	40
5 REFERANSER	42
6 VEDLEGG: INTERVJUGUIDE	45

Sammendrag

Bakgrunnen for denne rapporten er generelt knyttet til Samhandlingsreformens mål om å oppnå en god og sammenhengende pasientbehandling. Direkte er rapporten knyttet til den nye fastlegeforskriften som gjelder fra 1. januar i 2013. Fastlegeforskriften skal dreie fastlegenes faglige tyngdepunkt fra pasientrettet arbeid og over på å bli en tydeligere aktør i kommunens samlede helsetjeneste. Den skal tydeliggjøre kommunens ansvar for allmennlegetjenesten og tydeliggjøre fastlegenes rolle.

Rapporten beskriver et utvalg samarbeidsmodeller i kommunal legetjeneste -- slik situasjonen er når fastlegeforskriften trer i kraft. Beskrivelsene demonstrerer mangfoldet i samarbeidsmodeller som fastleger er involvert i. Presentasjonene av samarbeidsmodeller er laget ved at vi på den ene siden beskriver en utvalgt samarbeidsmodell, hvor beskrivelsen i de fleste tilfeller omfatter sted og sammenheng. På den andre siden presenteres en rendyrket modell – en idealmødel -- som er uavhengig av sted, enkeltpersoner og kultur. Idealmødelten antas å være overførbar, og noe som andre kommuner kan lære av. Det presiseres at rapporten ikke drøfter hva som er sterke og svake sider ved samarbeidsmodellene, vi evaluerer ikke effekter av modellene, og lager ikke normative beskrivelser som sier hvordan samarbeidsmodellene *bør* være.

Sentrale faktorer i beskrivelsen av i hvilken kontekst eller sammenheng samarbeidsmodellten inngår, er hvilket geografisk område modellen er hentet fra, hva befolkningsstørrelsen er, hvor lang avstand det er til nærmeste sykehus, og ikke minst hvorvidt legekontolet er kommunalt eller privat – altså om legen er lønnet av kommunen eller har driftstilskudd. Andelen av fastlegepraksiser på fastlønn reduseres gradvis fra år til år. Samtidig vet vi at *andelen årsverk* av leger på fast lønn i kommunehelsetjenesten nå stiger, etter at den gikk ned frem til bunnivået i 2005. Det er grunn til å spørre om en del samarbeidsoppgaver hvor fastlegen inngår, løses bedre med utgangspunkt i fastlønnede fastleger enn i fastleger med driftsavtale.

Samarbeidsmodellene er sortert etter tre nivå hvor samarbeidet foregår: nivå 1 er integrert samarbeid i kommunen, nivå 2 er interkommunalt samarbeid, og nivå 3 er samarbeid mellom fastleger og helseforetak. Samarbeidsmodellene som presenteres på nivå 1 og nivå 2, omfatter interkommunale samarbeid om legetjenester og kommuneoverlege, samarbeid mellom fastlege og diabetessykepleiere, tverrfaglig samarbeidsmøte i kommune, kommuneoverlegearbeid og lokalt samarbeidsutvalg i stor by, samarbeid mellom fastleger og fagteam, en ny modell for fastleger i oppfølging av sykefravær, fastleger og frisklivsarbeid, modeller for akuttmedisinsk trening og legevaktmodeller. Det viste seg å være langt mellom interkommunale samarbeidsmodeller som involverer fastleger, og få interkommunale samarbeid som retter seg mot kronikergrupper. Samarbeidsmodellene på nivå 3, som er mellom helseforetak og fastleger, omfatter eksempler på ambulante team fra spesialisthelsetjenesten, samhandling innenfor rus og psykiatri, praksiskoordinatorasamarbeid, telemedisinsk samarbeid, samarbeid omkring intermediære enheter og kommunikasjon mellom akutt-team ved DPS og fastleger.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for FoU-prosjektet

Bakgrunnen for dette prosjektet er samhandlingsreformens mål om å oppnå en god og sammenhengende pasientbehandling. Mer direkte er prosjektet knyttet til den nye fastlegeforskriften som ble varslet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, og som gjelder fra 1. januar i 2013.

I Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen (St meld 47 s 94) pekes det på fastlegen som premissleverandør og ressurs både for kommuner og helseforetak. Utfordringen er at fastlegen i dag verken er styrings- eller systemmessig godt nok koblet på de ansvarsposisjoner kommuner og helseforetak bærer. Meldingen peker på behovet for bedre integrering og klarere roller for fastlegene i den kommunale helsetjenesten. Dette innebærer at de må være tilknyttet kommunen og ha et ansvarsforhold i forhold til kommunal helseledelse. Videre at kommunene må inneha et proaktivt lederskap overfor fastlegene, overfor den samlede kommunale helse- og omsorgstjeneste og disse tjenestenes samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Meldingen peker også på viktigheten av at kommunene kommer i en posisjon hvor de har reell mulighet til å foreta nødvendige prioriteringer og ressursmessige disponeringer av allmennlegerressursene. Det pekes i meldingen også på at fastlegene er et viktig redskap i forhold til å sikre økonomisk styring både i kommunene og i helseforetak.

For å sikre en sterkere kommunal styring av fastlegene, foreslår 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 tråd med nasjonale krav og forventninger til god medisinsk praksis.

Den nye fastlegeforskriften

Bakgrunnen for revisjonen av fastlegeforskriften kan oppsummeres i to behov: behovet for *kvalitetssikring* av fastlegetjenesten, og behovet for mer *integrerte tjenester*.

Den reviderte fastlegeforskriften stiller funksjons- og kvalitetskrav til fastlegetjenestene, blant annet at pasienter skal få time så raskt som mulig og normalt innen fem arbeidsdager, at 80 prosent av telefonene normalt skal besvares innen to minutter, at fastlegene skal kunne motta timebestilling elektronisk, og at de skal tilby hjemmebesøk om nødvendig.

Fastlegeforskriften (paragraf 8) peker på kommunens ansvar for å tilrettelegge for samarbeid. Dette gjelder for det første samarbeid mellom kommunen og fastleger, for det andre mellom fastleger og andre tjenesteytere i helse- og omsorgstjenesten, og for det tredje mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten. Fastleger i fulltidspraksis kan pålegges å

delta inntil 7,5 timer per uke i andre allmennlegeoppgaver i kommunen (paragraf 12). Med den nye forskriften kan fastlegen fritas fra plikt til legevaktdeltakelse når legen er over 55 år, mot tidligere 60 år (paragraf 13).

Forskriften skal gjøre fastlegens rolle mer tydelig. Fastlegen skal ivareta medisinskfaglig koordinering og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere (paragraf 19). Fastlegen skal i større grad, etter individuell vurdering, tilby forebyggende tiltak til pasientene på egen liste (paragraf 20). Ansvar for det generelle folkehelsearbeidet ligger imidlertid fortsatt hos kommunene. I paragraf 24 fremheves det at fastlegens henvisninger til spesialisthelsetjenesten skal støtte faglig riktig oppgavefordeling og god samhandling mellom behandlingsnivåene.

Finansieringsordningen

I tillegg til aktuelle lover og fastlegeforskriften, legger finansieringsordningen knyttet til fastlegene rammer for fastlegenes virksomhet. Næringsdrivende fastleger honoreres med et per capita tilskudd fra kommunen pr pasient på fastlegens liste, av pasienters egenandeler, og etter forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege. Det ligger ikke noe incitament i denne finansieringsordningen til å utføre oppgaver som ikke honoreres, for eksempel forebyggende arbeid ovenfor grupper av pasienter, da takstsystemet ikke opererer med "gruppetakst".

Individuelle fastlegeavtaler

Fastlegeavtaler er individuelle avtaler som inngås mellom kommune og den enkelte fastlege. Det er pekt på at kommunene står svakt i møtet med fastlegene. En undersøkelse blant helse- og sosialsjefer i norske kommuner viser eksempelvis at kontraktvalg er styrt av legene, og at kommunene tilpasser seg ved å tilby kontraktene legene ønsker (Grytten et al., 2000). Dette åpner for lokale forskjeller som for eksempel kan gjøre det mulig for kommunen å honorere fastlegers arbeid med en gruppe pasienter.

1.2 Samarbeidsmodeller

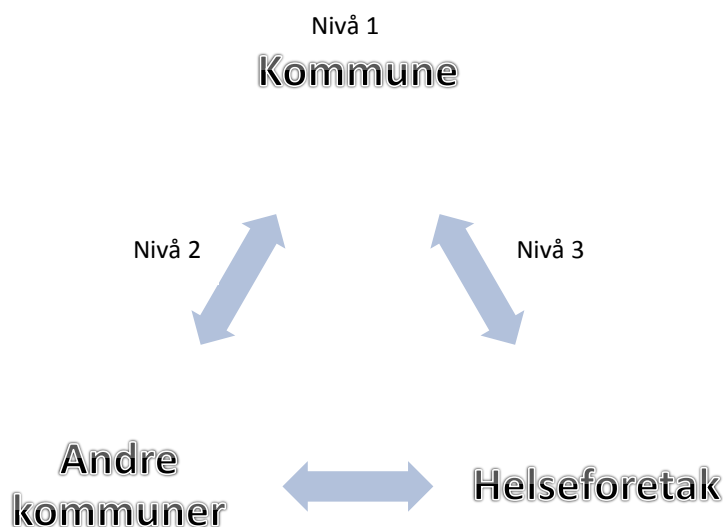
Dette prosjektet dreier seg om å beskrive samarbeidsmodeller hvor fastleger inngår. Samarbeid kan enkelt forstås som det å arbeide i fellesskap, og kan relateres til forholdet mellom to eller flere parter. Utgangspunktet for prosjektet er et begrep om samhandling; dette handler mer om koordinering og prosess. Samhandling forstås i samhandlingsreformen som *"..et uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte"* (St.meld. 47, 2008-2009:13). Vi tolker begrepet samarbeidsmodell som en modell for samhandling.

Samarbeidsmodeller på tre nivå

Det er noen utfordringer forbundet med det å plassere fastlegen i samarbeidskonstellasjoner. De mange forskjellige aspekter ved fastlegenes virksomhet, krever ulike typer samarbeid med andre. For å strukturere en kartlegging av samarbeidsmodeller, har vi valgt å sortere samarbeidsmodellene etter tre nivå hvor samarbeidet kan foregå:

1. Tverrfaglig samarbeid internt i kommunen.
2. Interkommunalt samarbeid
3. Samarbeid mellom fastleger og helseforetak.

Kartleggingen dreier seg altså om samarbeidsmodeller på tre nivå hvor fastleger inngår - på ulike måter (Figur 1). Videre skisseres hvert av de tre nivåene for samarbeid.



Figur 1: Samarbeidsmodeller på tre nivå

Tverrfaglige samarbeid internt i kommunene

Det finnes mange typer tverrfaglig samarbeid internt i kommunene hvor legetjenesten er representert. I de sentrale avtalene er det forutsatt at kommunene skal ta initiativ til at det opprettes samarbeidsutvalg for ivaretagelse av en lang rekke problemstillinger knyttet til samarbeidet mellom kommunen og legene som gruppe. De lokale samarbeidsutvalgene tillegges stor betydning for kommunens samarbeid med fastlegene i store kommuner, men mindre i små kommuner (Paulsen et al., 2010). Melderutiner mellom legetjenesten og omsorgstjenesten i kommunene, er et annet eksempel på tverrfaglig samarbeid internt i kommunen. Dialogmeldinger mellom fastlege og pleie og omsorgstjenesten, kan for eksempel være spørsmål fra pleie- og omsorg om oppfølging av pasienter. Noen kommuner har utviklet samarbeid om kronikergrupper eller diagnosespesifikke team. Dette gjelder for eksempel diabetesteamet i Alta, hvor to sykepleiere samarbeider med en fastlege i et kommunalt diabetesteam om behandling og oppfølging av diabetes I og II-pasienter (Abelsen og Gaski, 2011). Nær halvparten av landets kommuner har demensteam, som er en tverrprofesjonell gruppe av helsepersonell med ansvar for utredning og oppfølging. Drøyt halvparten av teamene inkluderer en fastlege (Gausdal og Michelet, 2011).

Interkommunalt samarbeid

Noen samarbeidsmodeller for legetjenesten har sin basis i interkommunale samarbeid som involverer to eller flere kommuner. Når flere kommuner skal samarbeide om lovpålagte oppgaver som innebærer utøvelse av offentlig myndighet, innebærer dette visse krav til organisatoriske løsninger. Dersom vedtaksmyndigheten skal overlates til et interkommunalt samarbeid, skjer dette med utgangspunkt i to aktuelle modeller; vertskommunemodeller og samkommunemodellen (St. meld 47, side 75 – 77). Samkommunemodellen er under utprøving, og er foreløpig ikke lovfestet. Fra 2006 er det åpnet for samarbeid etter vertskommunemodeller (kommunelovens paragrafer 28 a-k). Bakgrunnen for modellene er å gjøre det mulig å bygge opp velfungerende fagmiljøer i områder av landet der enkeltkommuner har vansker med å etablere den type kompetanse som kreves for å utføre hele registret av pålagte oppgaver. Modellene innebærer at utførelsen av oppgavene og myndighetsutøvelsen organisatorisk legges til en vertskommune. Den enkelte kommune skal fremdeles ha det formelle ansvaret for de lovpålagte oppgavene som legges inn i samarbeidet.

De fleste interkommunale samarbeidene handler egentlig lite om hvordan *legene* samarbeider, men mer om hvordan *kommunene* samarbeider i legetjenesten. Dette er først og fremst gjennom rollen som fastlegene har på interkommunal legevakt, at disse er involvert.

Samarbeid mellom fastleger og helseforetak

Dette samarbeidsnivået omfatter samarbeidsmodeller i legetjenesten som involverer helseforetak. Det er ikke bare den nye fastlegeforskriften alene som ventelig vil føre med seg endrede samarbeidsmodeller. I forhold til samarbeid mellom fastleger og foretak, antar vi at de nye, lovpålagte samarbeidsavtalene også vil spille en rolle. Samarbeidsavtalene mellom kommuner og foretak, som skulle forhandles frem innen juni 2012, regulerer hva som er kommunens ansvar og oppgaver, hvordan samhandlingen skal foregå, og hva som utløser kommunal medfinansiering. Vi forventer at det blir endringer i kommunenes samarbeid med foretakene på bakgrunn av tjenesteavtalene som er inngått.

Legestyrte eller kommunestyrt samarbeid

I denne typen beskrivelse er det aktuelt å vite noe om hva som er utgangspunktet for de samarbeidskollasjonene hvor fastleger inngår. Er det fastlegene som er initiativtakere i den forstand at det oppstår legestyrte tverrfaglige samarbeid, eller trekkes fastleger inn i noe som i utgangspunktet er kommunalt organisert? I praksis er det imidlertid vanskelig å skulle peke på hvor initiativet til samarbeidet kom fra. Mange modeller er utviklet og tilpasset over lang tid. Ofte er samarbeidet legestyrte, fordi Helsepersonell-loven ved samarbeid tildeler legen en overordnet rolle i medisinske spørsmål rundt pasienten. Da burde utgangspunktet for samarbeid være at fastlegen skal være den drivende kraften.

1.3 Konteksten

Alle samarbeidsmodeller har utgangspunkt i en kontekst, eller sagt på en annen måte; de er hentet ut fra en sammenheng. Sentrale faktorer i en beskrivelse av i hvilken kontekst eller sammenheng samarbeidsmodellen inngår, er hvilket geografisk område modellen er hentet fra, hva er befolkningsstørrelsen, hvor lang avstand det er til nærmeste sykehus, og ikke

minst hvorvidt legekontoet er kommunalt eller privat – altså om legen er lønnet av kommunen eller har driftstilskudd. Disse faktorene kan også ses på som aktuelle faktorer som påvirker valg av samarbeidsform.

Små og store kommuner

En antakelse er at tradisjoner for samarbeid er ulike i småkommuner, sammenlignet med store bykommuner. En studie fra 2010 gir et bilde av systematiske ulikheter i arbeidsform i store og små kommuner, og støtter antakelsen (Paulsen et al., 2010). For eksempel kan faste samarbeidsmøter som involverer alle fastlegene, være enklere å få til i småkommunene, hvor fagfolk er tettere på hverandre og det kan være lettere å holde oversikt. Videre har fastleger selv pekt på at man i kommunale legekantor kanskje har større muligheter til å prøve ut nye samarbeidsformer, enn hva man har ved private legekantorer. Dette er omtalt og pekt på i en diskusjon om hva som er forsvarlig drift av fastlegevirksomheten (Helserådet 2012/21).

Avstand til sykehus

Lang avstand til sykehus kan være en utfordring men også en mulighet for nytenkning og nye samarbeidskonstellasjoner mellom fastleger og helseforetak. Poenget er at man lager samarbeid for at pasienten skal slippe og reise. Det finnes eksempler på at fastleger tilegner seg kompetanse til å utføre tjenester på lokale legevakter som vanligvis utføres på sykehus. Måling av blodgass ved Alta legevakt er et eksempel på dette.

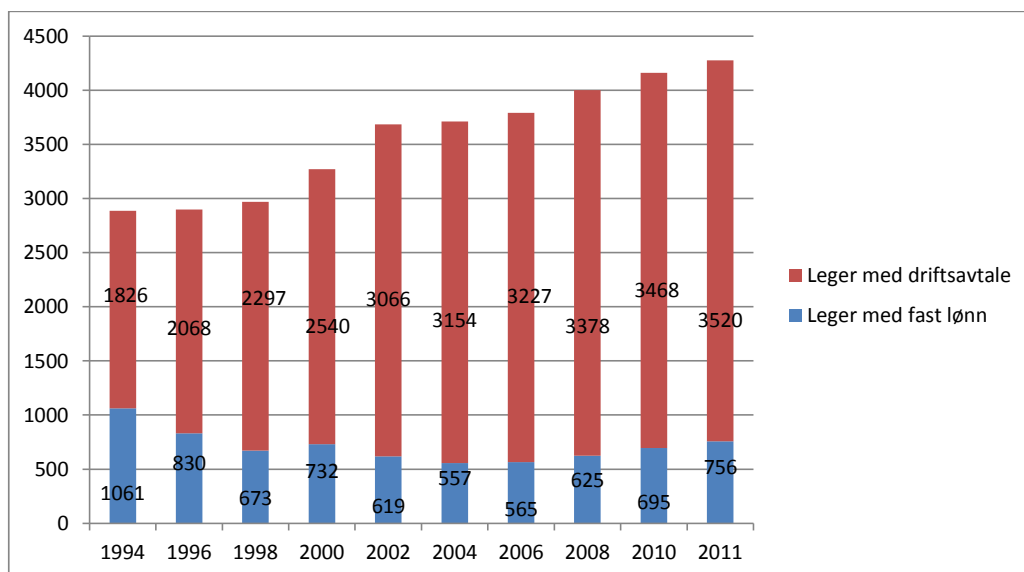
Kommunale versus private legekantor

I forhold til kommunenes muligheter for å påvirke "standarden" på samhandling, kan det være nyttig å fokusere på hvilke forskjeller det er i samarbeidsformer mellom leger på fastlønn, det som kan kalles for kommunalt legekantor, i forhold til private legekantorer.

Fastlønn eller næringsdrivende fastleger?

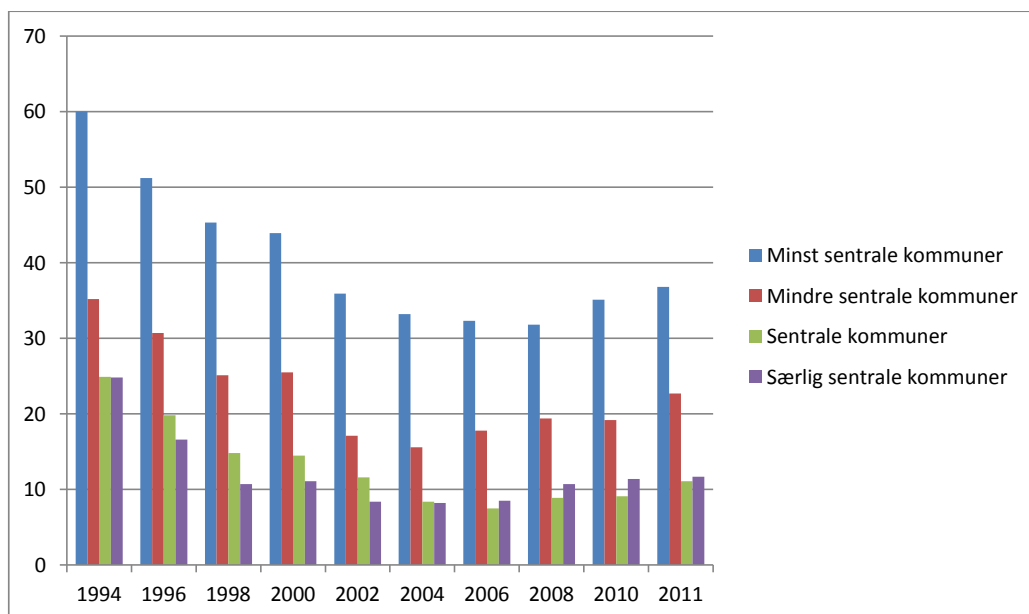
Tall for utviklingstendensen i fastlegepraksiser med fastlønn i forhold til næringsdrivende varierer, avhengig av om vi ser på antall fastlegeårsverk eller antall fastlegepraksiser. Hvis man studerer antall *fastlegepraksiser*, viser statistikken at andelen av fastlegepraksiser på fastlønn er gradvis redusert fra 10,2 prosent i 2001, til 7,3 prosent i 2007 og 5,2 prosent pr 31.12.2011 (Helsedirektoratet, Styringsdata for fastlegeordningen). Legeforeningens data viser samme tendens, men opererer med en noe høyere andel fastlønnte leger, 6,7 prosent pr 1.11.2012.

Tall fra SSB viser imidlertid at *andelen årsverk* av leger på fast lønn i kommunehelsetjenesten nådde bunn-nivået i 2005 (12,9 prosent), men at andelen har steget jevnt siden, til 15,6 prosent av fastlegeårsverkene i kommunehelsetjenesten i 2011. Utviklingen i antallet fastlegeårsverk med fastlønn og driftsavtale er presentert i Figur 2.



Figur 2: Antall årsverk av leger kommunehelsetjenesten som har fast lønn og som har driftsavtale i kommunehelsetjenesten, 1994-2011. Statistisk sentralbyrå.

Når materialet fordeles på sentralitet (Figur 3), viser det seg at trenden er den samme i både de minst sentrale og de mest sentrale kommuner; andelen fastlegeårsverk med fast lønn synker først i alle kommunetypen, og når laveste nivå i 2008 i minst sentrale kommuner men noe tidligere (2004-2006) i øvrige kommuner. Siden stiger andelen fastlegeårsverk med fast lønn.



Figur 3: Andel årsverk av leger med fast lønn. Sentralitet. Statistisk sentralbyrå.

At andelen årsverk blant leger med fast lønn nå øker, samtidig som andelen fastleger med fast lønn fortsatt går ned, kan tolkes enten som at fastleger med driftsavtale jobber mindre enn før, eller at det har blitt flere driftsavtaler som har kortere lister enn tidligere. Det er imidlertid grunn til å spørre om en del samarbeidsoppgaver hvor fastlegen inngår, løses bedre med utgangspunkt i fastlønnede fastleger enn i fastleger med driftsavtale.

1.4 Forskningsspørsmål, avgrensninger og presentasjonsform

I dette prosjektet ønsker vi å belyse følgende forskningsspørsmål:

1. Hvilke former for integrert samarbeid finnes mellom kommuner og fastlegene?
2. Innenfor hvilke samarbeidsmodeller samarbeider kommuner og fastleger med helseforetak i dag, også interkommunalt?
3. Hvilke ulike tilpasninger og løsninger har man valgt for å kunne gjennomføre samarbeidet?
4. Hva er fastlegens rolle i samarbeidet?

Avgrensninger

Vi beskriver samarbeidsmodeller som antas å ha overføringsverdi, som andre kommuner forhåpentligvis kan lære av, og peker på aktuelle faktorer som påvirker valg av samarbeidsform.

Med samhandlingsreformen ønsker man å sikre at fastlegene bruker sin tid på de som trenger det mest; fastleger skal nå i større grad tilby forebyggende tiltak. Et aktuelt fokus er derfor hvordan fastleger samarbeider med annet helsepersonell om kronikergrupper.

Samarbeid hvor fastlegene ikke bare deltar i egenskap av å være fastleger, men også i rollen som legevaktslege og sykestuelege, er inkludert.

Modeller under utvikling er interessante fordi det gjerne er her vi finner løsninger som er aktuelle i forbindelse med Samhandlingsmodellen. Men det kan være tvil om relevansen og læringseffekten i den grad modeller under utvikling innebærer og forutsetter ekstraordinær finansiering. Ved å prioritere en beskrivelse av utviklingsmodeller, kan dette videre være i konflikt med formålet med kartleggingen, som er å tegne et bilde av samarbeidsmodeller som er i bruk slik situasjonen er når fastlegeforskriften trer i kraft, ved at oppmerksomheten rettes mot nye modeller som er under utvikling. Vi ser det slik at man gjør endringer i samarbeidsmodeller som en respons på ny forskrift, men også fordi det er (andre) behov for endringer. Det er vanskelig å peke på *når* en endringsprosess starter og slutter. Det er vel mere kontinuerlige utviklingsprosesser som foregår. Altså blir det vanskelig å isolere endringer i samarbeidsmodeller til en type signal som den reviderte fastlegeforskriften. Så selv om fastlegeforskriften var en realitet først fra årsskiftet 2012/2013, så har fastlegers samarbeidsmodeller vært gjenstand for endring etter andre og lignende styringssignaler, i en tid allerede.

Videre innebærer oppdraget å beskrive bredde, det vil si å ha en spredning av beskrivelsene slik at modeller fra mange områder inkluderes. Det er ikke forutsatt at samarbeidsmodellene skal avgrenses til samarbeid hvor fastlegene har en sentral rolle, de kan også ha en perifer rolle i samarbeidet, men må være med og være premissgivere.

- Rapporten drøfter ikke hva som er sterke og svake sider ved samarbeidsmodellene.
- Effektene av ulike samarbeidsmodeller evalueres ikke.
- Det er ikke laget normative beskrivelser av hvordan samarbeidsmodellene bør være.

Beskrivelser av idealtyper

Beskrivelsene av samarbeidsmodeller lages i form av idealtyper. Begrepet idealtipe kan forstås i lys av Max Webers beskrivelser av idealtyper (Weber, 1982). En vanlig misforståelse, er å forbinde idealtyper med modeller som er evaluert og pekt på som beste praksis. Men en idealtipe anvender ordet ideal i betydningen *rendyrket*, ikke best. Slik kan en beskrivelse av idealtyper virke som en understrekning eller forenkling av aspekter ved virkeligheten slik at særtrekk blir mulig å fange. En idealtipe er verken en normativ beskrivelse av en ønsket tilstand, eller en empirisk beskrivelse av hvordan verden faktisk er.

Definisjon av idealtipe i dette prosjektet er: *En samarbeidsmodell som fungerer enten innenfor en kommune, mellom kommuner, eller mellom kommune og foretak, og som virker lovende for å bli en god praksis på lengre sikt og for flere organisasjoner.*

Denne avgrensningen innebærer at det anses å være et potensial for å ta samarbeidsmodellen ut i større skala, at det skal være mulig å generalisere resultatene slik at de kan gjelde i andre kontekster eller settinger. I beskrivelsene vil vi være opptatt av å peke på forhold og relasjoner som det vil være mulig å overføre fra en kontekst til en annen.

Hva man kan få frem (og ikke få frem) ved å beskrive idealtyper

Det å dra nytte av andres oppskrifter på modeller som ser ut til å fungere bra, kan være nyttig. Den praktiske nytten av å implementere gode løsninger som har vist seg å virke godt andre steder, er imidlertid begrenset av at man opererer i noe ulike kontekster (sammenhenger) og kulturer. Det kan derfor lønne seg å ikke bare se på organisasjonsstrukturen i en samarbeidsmodell som en løsning, men også på prosesser i samarbeidet. Denne rapporten er imidlertid mest konsentrert om strukturen.

1.5 Metode

Denne kartleggingen handler om å vise variasjon i ulike samarbeidsmodeller; hensikten er ikke å presentere et representativt utvalg av ulike samarbeidsmodeller. Det ses på som viktig å beskrive trekk ved samarbeidsmodeller som ser ut til å fungere godt der de er, og som det vil kunne være mulig å overføre til andre steder. Slike forhold er vanskelige å kartlegge gjennom en kvantitativ studie. Det er derfor benyttet kvalitativ metode i datainnsamlingen.

Snøballmetoden

Utvalget av kartlagte samarbeidsmodeller er gjort med bruk av snøballmetoden (se for eksempel Biernacki & Waldorf, 2012). Dette er en kvalitativ metode som anvendes i tilfeller hvor man søker å finne frem til data som ikke umiddelbart er tilgjengelige. En slik metode kan med fordel brukes når utvalget i utgangspunktet ikke er kjent, eller når man forsøker å finne frem til spesielle case. Det må imidlertid understrekes at det aldri kan bli noe tilfeldig og representativt utvalg ved bruk av denne metoden.

Metoden går ut på at forskerne bruker egne nettverk for å finne frem til aktuelle samarbeidsmodeller. I kartleggingsarbeidet "rulles snøballer i forskjellige retninger" slik at

utvalget blir stort og mangfoldig. Metoden handler om å spørre videre etter andre case og kontaktpersoner. Det er brukt kontakter fra egne nettverk, med utgangspunkt i samarbeidsmodeller som vi allerede kjenner. Resultatet er et det er noe flere samarbeidsmodeller fra Nord-Norge enn det ville vært hvis det var et representativt utvalg. Det ble også gjort en henvendelse til KS sine regionskontorer, for å få tips og anbefalinger (to tips kom inn).

I tillegg er det hentet inn beskrivelse av enkelte case som ikke har blitt anbefalt gjennom snøballmetoden. Dette for å utligne geografisk skjevhet, og for å få inn flere case som beskriver tema som oppdragsgiver ønsket mere fokus på.

Bruk av nettverk er supplert med dokument- og nettsidestudie. Sentrale dokumenter og nettsteder som er gjennomgått er:

- Siste tre års rapporter fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- St meld 47 Samhandlingsreformen - Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009
- Helserådet-artikler; disse er utstyrt med emnekode; har sjekket artikler med følgende emnekoder: organisasjon og ledelse, partnerskap for folkehelse, metoder i folkehelsearbeidet, samhandling. Perioden 2010-2012.
- Nettstedet Kompass, innlegg fra 2010 frem til februar 2013.
- Gode eksempler på samhandling (Samhandlingsprisen)
- www.kvalitetsforbedring.no Dette er et emnebibliotek om kvalitetsforbedring på Helsebiblioteket som beskriver mange ulike metoder, verktøy, eksempler på disse, samt forskning og litteratur. Aktuelle eksempler fra oversikten over samhandling er gjennomgått.

Innhenting av data

De enkelte samarbeidsmodellene som vi tar utgangspunkt i for å komme frem til beskrivelser av idealtyper, ses på som case. Fra beskrivelser av casestudier som metode, tar vi med oss at datainnsamlingen er strukturert og fokusert (George & Bennett, 2005). Strukturert innebærer at vi har generelle spørsmål som det spørres om i hver case, for å guide og standardisere datainnsamlingen. Fokusert innebærer at vi tar for oss kun enkelte aspekter av de samarbeidsmodellene som undersøkes. Vi har benyttet semistrukturerte intervjuer. Vi forstår begrepet samarbeidsmodell som en modell for samhandling, som handler om både koordinering og prosess. Ut fra dette er utgangspunktet for beskrivelsene av idealtyper både *struktur* og *prosess* -faktorer. Vi har brukt intervju som metode for å kartlegge ulike aspekter ved de samarbeidsmodellene som er beskrevet. Intervjuene er strukturert med utgangspunkt i en skriftlig intervjuguide (se vedlegg).

En inspirasjon i arbeidet med utformingen av intervjuguiden, er Keast, Brown og Mandell (2007), som identifiserer tre idealtyper for samarbeidsrelasjoner. *Cooperation (samvirke)* kjennetegnes av at aktørene arbeider autonomt, det er løse koblinger, men de deler informasjon med andre helsearbeidere. *Coordination (koordinering)* kjennetegnes av at aktørene forblir spesialiserte og separert fra hverandre, men bidrar i et besluttet samarbeid. *Collaboration (medvirkning)* har et potensiale for innovasjoner, fordi aktørene jobber for

endring av systemet. Aktørene har et holistisk perspektiv og de deler ressurser og justerer aktiviteter. Vi tar utgangspunkt i tre elementer knyttet til samarbeidsrelasjoner:

- Det første elementet er knyttet til *motivet for koordinering*. Motivet ses på som grunnlaget for samhandlingen. Med hensyn til gevinster av samarbeidet, er det interessant å finne ut om det er forventninger om at alle parter i samarbeidet skal høste gevinster av det. Et annet aspekt er å finne ut hvordan “what’s in it for me” eller “what’s in it for us” – faktorer skaptes.
- Det andre elementet dreier seg om *hva som utløser koordineringen*, det vil si hva som er bakgrunn for samarbeidet eller årsaker til at det oppstod. Samarbeid foregår for eksempel rundt en styringsoppgave, et interessefelt eller en utfordring. Om mulig kan dette analyseres i faser, hvor ulike deltakere, saker og arenaer i prosessen identifiseres.
- Det tredje elementet gjelder *koordineringsstrategier*. Hvordan foregår samarbeidet, og hvilke tilpasninger og løsninger finnes? Bakgrunn kan være at fellesskapet mellom autonome aktører, eller tanker og handlinger fra et lederskap, bestemmer strategiene.

1.6 Videre oppbygning av rapporten

Kapittel 2 beskriver modeller for hvordan kommuner samarbeider med fastleger i dag, og hvilke former for integrert samarbeid som finnes med fastlegene, også interkommunalt (nivå 1 og 2). Kapittel 3 beskriver modeller for hvordan helseforetak og fastleger samarbeider i dag (nivå 3).

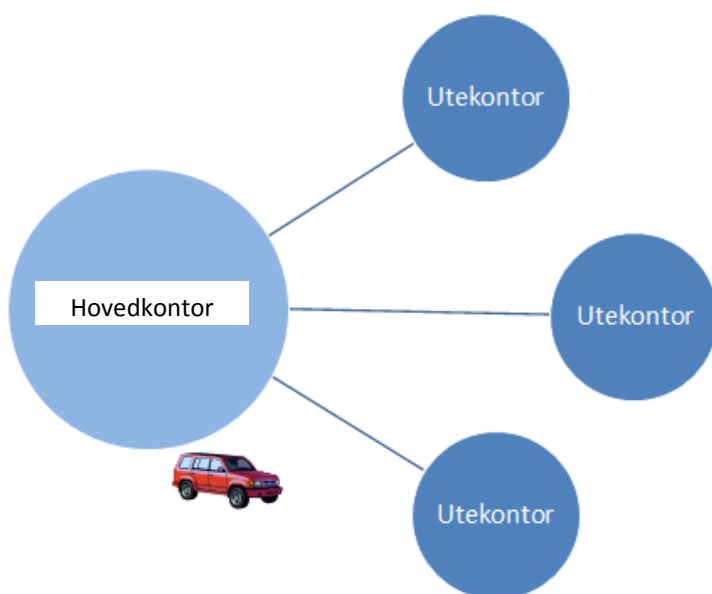
Til idealmodellene følger en beskrivelse av hvor samarbeidsmodellen konkret er hentet fra. Dette innebærer først en beskrivelse av i hvilken kontekst eller sammenheng samarbeidsmodellen inngår- den eller de kommunene som inspirasjonen til modellen er hentet ifra. Dette inkluderer faktorer som geografisk område, befolkningsstørrelse, avstand til sykehus, og hvorvidt fastlegene har driftstilskudd (er private) eller er ansatt i kommunen, der dette er aktuelt. Dette kan også ses på som aktuelle faktorer som påvirker valg av samarbeidsform. Videre beskrives hensikten med samarbeidet, hvem som inngår i samarbeidet, og hva som er fastlegenes rolle. Det som antas å være overførbart, som andre kommuner forhåpentligvis kan lære av, er trukket ut i form av en beskrivelse av en idealmodell som er uavhengig av sted, enkeltpersoner, personligheter og lokal kultur.

2 Modeller for integrert samarbeid i enkeltkommuner og interkommunalt

Tverrfaglig samarbeid internt i kommuner (beskrevet som nivå 1), og interkommunalt samarbeid (beskrevet som nivå 2), foregår delvis rundt de samme tjenester. Dette gjelder både modeller for legevakt, kommuneoverlegemodeller og modeller for intermediære sengeplasser som sykestuer og ø-hjelpssenger. Samarbeidsmodeller for nivåene 1 og 2 er derfor presentert i samme kapittel. Samarbeidsmodellene som presenteres omfatter interkommunale samarbeid om legetjenester og kommuneoverlege, samarbeid mellom fastlege og diabetessykepleiere, tverrfaglig samarbeidsmøte i kommune, kommuneoverlegearbeid og lokalt samarbeidsutvalg i stor by, samarbeid mellom fastleger og fagteam, en mer bevisst rolle for fastleger i oppfølging av sykefravær, fastleger og frisklivsarbeid, modeller for akuttmedisinsk trening og legevaktmodeller. Det viste seg å være langt mellom interkommunale samarbeidsmodeller som involverer fastleger, og vi har i liten grad funnet frem til interkommunale samarbeid om kronikergrupper.

2.1 Interkommunal legetjeneste med utekontor i tre kommuner

Med inspirasjon fra Senjalegen presenteres et samarbeid om legetjenester mellom fire kommuner.



- Modellen forutsetter kommunalt ansatte fastleger, disse betjener utekontor på deltid.
- Fastlegen er ansatt i en kommune, men tjenestegjør i to.
- Fastlegen har offentlige legetjenester også i utekontor-kommunen.
- Fastlegen får lønnstillegg for å betjene utekontor.
- Transport til og fra utekontor inngår i arbeidstiden og dekkes av arbeidsgiver.

Kontekst: En stor kommune, Lenvik kommune med 11 300 innbyggere, er vertskap for legetjenesten som inkluderer tre små kommuner; Tranøy, Torsken og Berg på Senja med til sammen 3200 innbyggere. Av de 23 legene til sammen i de fire kommunene, er 10 ansatt i kommunen (derav 2 samfunnsmedisinske stillinger), de øvrige er private. Alle legene som har utekontor, er fastlønnet. Det er 2 timer reisetid fra Lenvik til nærmeste sykehus, og Lenvik har lokallmedisinsk senter.

Det koster penger å ha utekontor; fastlegene bruker to leiebiler til reisingen imellom. Transporttiden til og fra utekontor er en del av arbeidstiden, transportkostnadene til legene dekkes, og leger som betjener utekontor har et lønnstillegg på 50 000 kroner.

Hensikten med samarbeidet er å møte behovet for legetjenester i tre utkantkommuner gjennom samarbeid med en stor kommune. Utfordringen før etableringen av det interkommunale samarbeidet Senjalegen, var størst for de minste kommunene, som i lang tid hadde hatt ustabil bemanning av fastleger. Også vertskommunen har hatt betydelige fortrinn knyttet til rekruttering og fagutvikling etter at interkommunalt samarbeid om legetjenester ble etablert (Nordby 2012). Samarbeidet ble etablert høsten 2009, og omfatter fastlegeordningen, allmennmedisinske offentlige legeoppgaver og samfunnsmedisinske oppgaver (fra 2011).

Hvem inngår i samarbeidet: Begrepet Senjalegen brukes offisielt om hele legetjenesten i de fire kommunene Lenvik, Berg, Torsken og Tranøy (23 leger). Senjalegen er imidlertid materialisert i kontoret på Silsand i Lenvik kommune (5 leger og 2 turnusleger), med fire utekontor i tre små kommuner. De fire utekontorene ligger inntil 7 mil unna hovedkontoret.

Beskrivelse av fastlegens rolle: Hver av fastlegene knyttet til Silsand-kontoret har to arbeidsplasser. De har ett hovedkontor og ett utekontor. Fastlegenes base er på Silsand, som er ett av legekantorene i den store kommunen. Fastlegene reiser ut til en av kommunene på Senja en til to dager i uka (Kehlet 2009). Fastlegene har offentlige legeoppgaver i tillegg (helsestasjon, skolehelse, sykehjemstjeneste mm). Utfordringer for legene er knyttet til logistikken ved å ha to arbeidsplasser, og de må bruke tid på lære seg å arbeide på denne måten. Man må lære seg samarbeidsrutinene, organiseringen og ulike tilbud som er i kommunene. Blant annet er tilbud om sykehjemstjeneste svært ulikt. Det å delta på møter er også en utfordring, f.eks. må NAV Gryllefjord passe på å kalle inn til møter (f.eks. dialogmøter i forbindelse med sykemelding) de dagene legene er på utekontoret der. Det å finne samarbeidsrutiner har måttet gå seg til.¹

2.2 Interkommunalt samarbeid om kommuneoverlege og legetjeneste

Med inspirasjon fra Grong og Namsskogan kommuner presenteres en modell for interkommunalt samarbeid om kommuneoverlege og legetjeneste. Status i landets kommuner pr 2012, er at 82 prosent av kommunene har kommuneoverlege, mens de øvrige i hovedsak har avtale med kommunens fastleger (Helgesen og Hofstad, 2012).

¹ Intervju med fastlege Karsten Kehlet.

- Kommuneoverlegestilling som dekker to kommuner (liten og bitteliten).
- Kommuneoverlegestilling lokalisert til den største kommunen.
- Fastlegen som er kommuneoverlege er leid ut til den minste kommunen fire dager i uka.
- Samarbeid gir et større faglig kollegium.

Kontekst: Grong kommune har et samarbeid med Namsskogan kommune når det gjelder kommuneoverlege og legetjeneste.

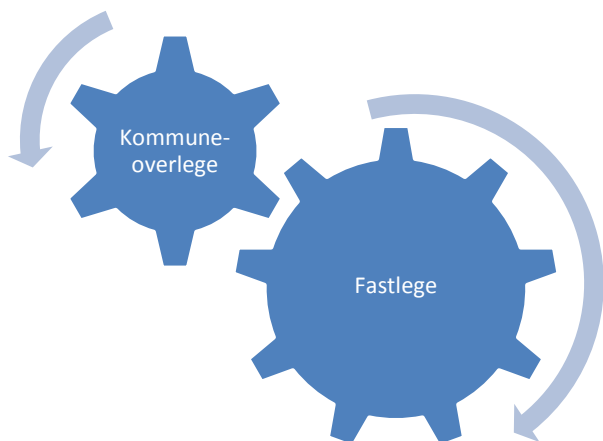
Hensikt med samarbeidet: De nye lovene (Folkehelseloven og Loven om kommunale helse- og omsorgstjenester) åpnet fra nyttår 2013 for ansettelse av én felles kommuneoverlege for flere kommuner. En rekke kommuner samarbeider om felles kommuneoverlege. Kommuneoverlegestillingene utformes ulikt; noen er deltidsstillinger, og andre er på full tid. Det er ikke krav til spesialisering i samfunnsmedisin for å være kommuneoverlege.

Hvem inngår i samarbeidet: Fastlegen i Namsskogan er ansatt i Grong kommune, har kontordager i Namsskogan 4 dager pr uke, og er i tillegg kommuneoverlege for kommunene Grong, Namsskogan. Stillingsprosenten er foreløpig på 20 %, men denne blir muligens utvidet noe, og nok en kommune er aktuell for å være med i samarbeidet. Kommuneoverlegerollen skal i hovedsak utøves fra Grong kommunes lokaliteter. Rent praktisk så er det legekantoret på Grong som styrer legetjenesten i Namsskogan, og selger 20 % av lederressursen til avdelingslederen på Grong til Namsskogan. En fordel er at legen i Namsskogan blir tilhørende et større faglig kollegium.

Beskrivelse av fastlegens rolle: Felles kommuneoverlege er en samarbeidsmodell hvor fastlegene er ganske perifere i samarbeidet. Konsekvensen for fastlegen er først og fremst at denne forholder seg til en kommuneoverlege som kan være lokalisert til en annen kommune enn den som fastlegen jobber i.

2.3 Kommuneoverlegearbeid i stor by – delt av fastleger med flere hatter

Med inspirasjon fra Stavanger skisseres et samarbeid om legetjenester mellom fire kommuner. Bakgrunnen for at denne beskrivelsen er inkludert, er at flere informanter peker på Stavangerområdet som et sted som har godt ry på seg for samarbeid med fastlegene. Det er imidlertid vanskelig å rendyrke dette samarbeidet i en idealmødel – men vi har gjort et forsøk likevel. Dette kan trolig knyttes til at samarbeidet er komplekst, eller at det gode ryktet kan være sterkt knyttet til lokale kontekster og personer. Det beskrives som både litt bevisst og litt tilfeldig at modellen ble slik den er, og det ble sånn da fastlegeordningen ble innført: i en periode hadde man ikke helsesjef i Stavanger, og kommuneoverlegene delte denne stillingen. Man måtte derfor ta et større ansvar for de administrative oppgavene i forhold til primærhelsetjenesten.



- Delte stillinger i to dimensjoner:
 - Kommuneoverlegestillingen deles på flere personer.
 - Alle som deler på kommuneoverlegestillingen jobber også som fastleger.
- Organiseringen som nøkkel til bedre samhandling i lokale samarbeidsorganer: At det å ha flere roller gir breiere erfaring og kompetanse, er positivt for samhandling mellom kommune og fastlege.

Kontekst: Stavanger er en by med 127 000 Innbyggere. Byen har universitetssykehus.

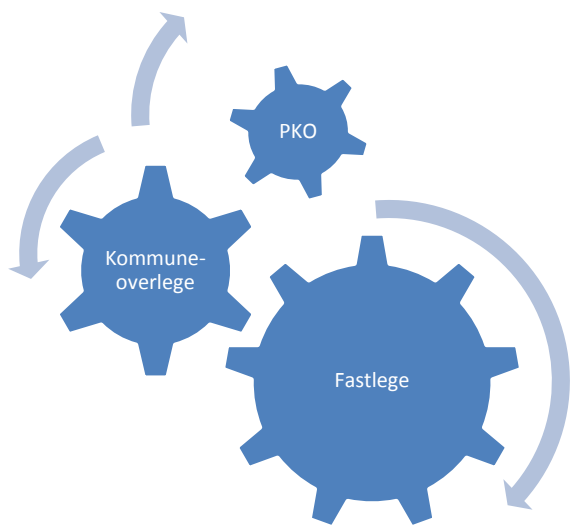
Hensikt med samarbeidet: En hensikt som man i ettetid kan vurdere å tilskrive modellen, er en positiv samarbeidseffekt for samarbeidet mellom fastleger og kommunen.

Hvem inngår i samarbeidet: I Stavanger har fem fastleger hver sin 30 % stilling som kommuneoverlege. Samtidig har tre av disse fem en liten stilling som praksiskonsulent i helseforetaket.

Beskrivelse av fastlegens rolle: Fra 2012 er det fire bydeler med hver sin kommuneoverlege, og den femte kommuneoverlegen har ikke bydelsansvar, men ansvar for eldreomsorgen. De andre deler på følgende oppgaver: barn/unge, psykiatri, beredskap, svangerskapsomsorg og turnuslegene. Fem av fastlegene sitter altså på begge sider av bordet. Disse har altså 2-3 hatter på seg samtidig. Dette er basert på en overbevisning om at det å ha flere roller (både fastlege, praksiskonsulent og kommuneoverlege), gir en breiere erfaring og kompetanse som er positiv i samhandlingssammenheng. Den forbindelsen/kanalen kan gjøre at det ikke så lett blir fronter og polarisering mellom fastleger og kommune, og kommune og helseforetak.

2.4 Lokalt samarbeidsutvalg og allmennlegeutvalg i stor by

Videre presenteres samarbeidsutvalg og allmennlegeutvalg med utgangspunkt i hvordan dette er organisert i en stor by som Stavanger. De lokale samarbeidsutvalgene tillegges generelt stor betydning for kommunens samarbeid med fastlegene i store kommuner. Men disse samarbeidsutvalgene ses på som mindre betydningsfulle i små kommuner, går det frem av en spørreundersøkelse til kommunene (Paulsen et al., 2010).



- Delte stillinger i to dimensjoner:
 - Kommuneoverlegestillingen deles på flere personer.
 - Alle kommune-overleger jobber også som fastleger og praksiskonsulent.
- Organisering som nøkkel til bedre samhandling i lokale samarbeidsorgan og mellom fastleger og helse- foretak: at det å ha flere roller gir breiere erfaring og kompetanse, er positivt for samhandling mellom kommune, fastleger og foretak.

Kontekst: Stavanger er en by med 127 000 Innbyggere. Byen har universitetssykehus. I de sentrale avtalene er det forutsatt at kommunene skal ha *samarbeidsutvalg* knyttet til samarbeidet mellom kommunen og legene som gruppe. «*Det lokale samarbeidsutvalget (LSU) skal legge til rette for at driften av allmennlegetjenesten skjer på en hensiktsmessig måte gjennom samarbeid mellom kommunen og allmennlegene. Allmennlegene skal sikres innflytelse over drift og organisering av egen praksis og listeansvar. Det er kommunen som skal ta initiativ til at det blir opprettet et samarbeidsutvalg.*» (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, Prop 91 L). Allmennlegeutvalget er et organ fastlegene har møteplikt i og forumet er forbeholdt legene. Dette utvalget velger representanter blant legene til LSU.

Hensikt med samarbeidet: Modell for samarbeid med allmennlegene i Stavangerområdet via allmennlegeutvalgsmøtene er en møteplass hvor fastleger og kommuneoverleger møtes og kan fatte beslutninger. En antakelse er at samarbeidet blir mer smidig slik modellen er utformet i Stavanger; at det ikke blir en så sterk polarisering mellom fastleger og kommuneoverlege når det er fem som er kommuneoverleger i 30 prosentstilling og samtidig er fastleger.

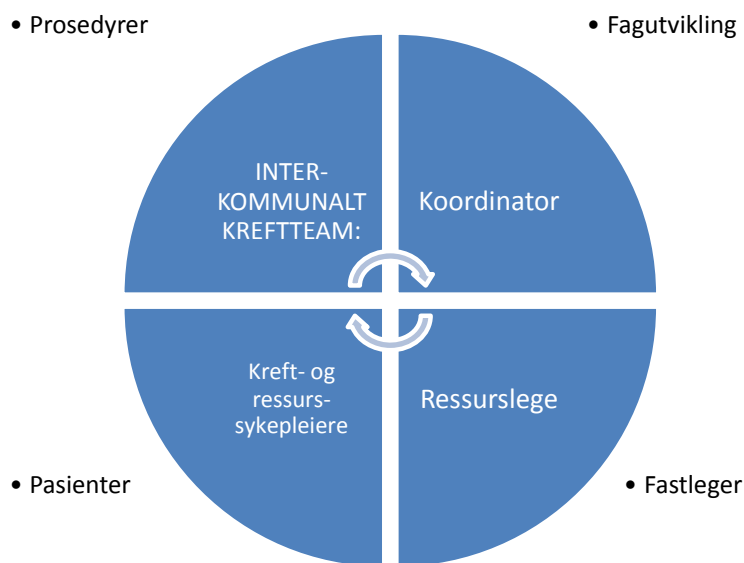
Hvem inngår i samarbeidet: Samarbeidsutvalget er et utvalg som har like mange representanter fra kommunen og fra allmennlegene. Allmennlegeutvalget omfatter ca 100 fastleger i Stavanger, og rundt halvparten møter opp i allmennlegeutvalget to ganger i halvåret.

Beskrivelse av fastlegens rolle: Allmennlegeutvalget administreres av samarbeidsutvalget. Møtene i allmennlegeutvalget er på kveldstid, og er i utgangspunktet sagt å være obligatoriske. Allmennlegene selv kommer med innspill til saker. Allmennlegeutvalget behandler saker som er av administrativ art, rutiner, saker med betydning for kvalitet, kapasitetsproblemer på legevakt, åpningstider i forbindelse med ferier med mere. Den siste tiden har mye handlet om akuttsenger (ø-hjelpssenger). Det lokale samarbeidsutvalget (LSU) tar i forkant opp saker som senere skal tas opp i allmennlegeutvalget. LSU kan også ta opp mindre saker som ikke trenger å tas opp i allmennlegeutvalget. LSU bestemmer sakskartet for allmennlegeutvalget, og hvilke saker som prioriteres.

2.5 Interkommunalt tverrfaglig ambulerende krefteam

Med inspirasjon fra Indre Troms presenteres et interkommunalt samarbeid om tverrfaglig ambulerende krefteam mellom fire kommuner.

- Modellen er basert på en sammenslåing av ressurser fra flere kommuner for å skape et fagteam/fagmiljø rundt en pasientgruppe.
- En fastlege er «ressurslege» for fagteamet.
- Andre fastleger er samarbeidspartnere til fagteamet.



Kontekst: Målselv, Bardu, Salangen og Lavangen kommuner i Indre Troms har til sammen 13 700 innbyggere. Reiseavstand fra de fire kommunesentraene til nærmeste sykehus er i dag mellom 13 og 20 mil til UNN i Tromsø i nord, eller mellom 7 og 12 mil til UNN i Narvik i sør. Fastlegene er enten ansatt i kommunene eller private.

Hensikt med samarbeidet: Krefteamet skal i første omgang ta for seg prosedyrene i kommunene i forhold til kreftomsorg. De skal være en bistand i fagutvikling, for eksempel

lage et større fagmiljø gjennom blant annet fagdager, og om mulig gi bidrag i enkelttilfeller (pasientcase).

Hvem inngår i samarbeidet: Dette er et samarbeid under etablering i fire kommuner. Så langt går modellen ut på at helsepersonell arbeider i en arbeidsgruppe: to kreftsykepleiere fra den ene kommunen, en ressursykepleier fra hver av de andre tre kommunene (disse kommunene har i dag ikke kreftsykepleiere) samt en kreftkoordinator og en fastlege. Det er en utfordring hvordan man i praksis skal få teamet til å fungere på grunn av reiseavstanden mellom kommunene.²

Beskrivelse av fastlegens rolle: En fastlege er foreløpig knyttet til teamet som en «ressurslege», som kan komme med innspill, eventuelt delta på møter. Planen er å etter hvert kunne frikjøpe en fastlege til møtevirkosomhet (dette er knyttet til søknad om midler for utvikling av tilbud med cytostatikabehandling i kommunene). Ved pasientcase skal teamet forholde seg til pasientenes fastleger.

2.6 Kommunalt diabetesteam som utløser takst

Med inspirasjon fra Alta presenteres en modell for et samarbeid mellom fastlege og diabetessykepleiere i et kommunalt diabetesteam.

- Lokale samarbeids- og behandlingsrutiner for oppfølging av diabetes I- og II-pasienter.
- To diabetessykepleiere samarbeider med en fastlege og virksomheten er knyttet til en legehjemmel og kan utløse forskjellige typer takster.
- Pasientens fastlege (eventuelt spesialist) har det overordnede medisinske ansvaret for pasientbehandlingen.
- Diabetesteamet representerer et substitutt til poliklinisk spesialistbehandling.
- Svake økonomiske incentiver innebærer at virksomheten representerer en merkostnad for kommunen, men gevinst for pasienter og helseforetak.



Kontekst: Alta kommune har 19 000 innbyggere, og reisetid til nærmeste sykehus er 2 timer. Diabetespopulasjonen i Alta omfatter ca. 600 pasienter (diabetes I og II-pasienter). Alta har et lokalmedisinsk senter med blant annet indremedisiner, ernæringsfysiolog og øyespesialist, og det gjøres også fundusfotograferinger ved senteret. Diabetesomsorgen i Alta har vært organisert i et kommunalt diabetesteam siden 1991.

² Intervju med prosjektleder Hege Hammer Bech.

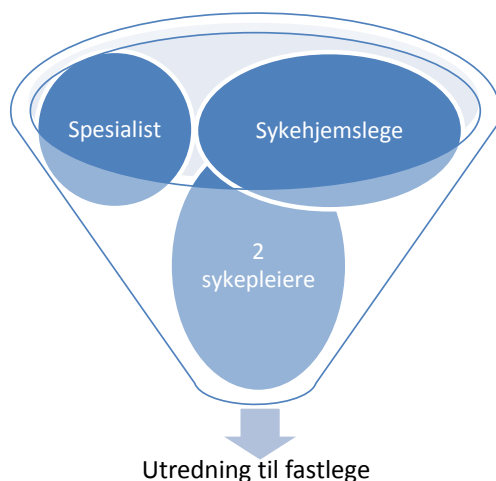
Hensikt med samarbeidet: hensikten med etableringen av teamet for 22 år siden, var å bedre diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med diabetes, og å utvikle lokale samarbeids- og behandlingsrutiner knyttet til denne pasientgruppen (Eggesvik, 1995). Det lave innslaget av type-I pasienter som henvises fra Alta, ses på som en indikasjon på at diabetesteamet representerer et substitutt til poliklinisk spesialistbehandling (Abelsen og Gaski, 2011). Rapporten fra 2011 viser at teamet i Alta gir økonomisk gevinst for pasienter, helseforetak og arbeidsgivere, men representerer en merkostnad for kommunen. Ordningen med kommunal medfinansiering gir mulighet for økonomisk gevinst, men de svake økonomiske insentivene i ordningen gjør at diabetesteamet fortsatt vil representere en merkostnad for kommunen.

Hvem inngår i samarbeidet: To diabetessykepleiere (til sammen 80 % stilling) samarbeider med en fastlege (ca 2 timer per uke). Diabetesteamets virksomhet er knyttet til en legehjemmel, de jobber på delegasjon og kan utløse forskjellige typer takster.

Beskrivelse av fastlegens rolle: Pasientens fastlege (eller en spesialist) har det overordnede medisinske ansvaret for pasientbehandlingen, men behandling og oppfølging gjennomføres i stor grad av diabetesteamet. Virksomheten er organisatorisk knyttet til en legehjemmel.

2.7 Samarbeid mellom fastleger og demensteam

Her beskrives en generell modell for demensteam med eksempel fra to nabokommuner³. Denne typen samarbeidsmodell vurderes i utgangspunktet som veldig relevante i forhold til målet med samhandlingsreformen.



³ I dette tilfellet har vi ikke funnet frem til noen lokal samarbeidsmodell som er pekt ut som et eksempel til etterfølgelse, men har pekt på hva som er fastlegens rolle i en modell i Øvre og Nedre Eiker.

- Demensteamet utreder og følger opp demente pasienter.
- Teamet består av to faste sykepleiere og en sykehjemslege.
- Innspill fra sykehusleger tas med i utredningene.
- Fastlegen har i dette tilfellet en passiv rolle; får utredning og holdes informert.

Kontekst: Demensteam i Øvre Eiker og Nedre Eiker samarbeider; men fastleger er ikke lenger med i teamet i Øvre Eiker.⁴

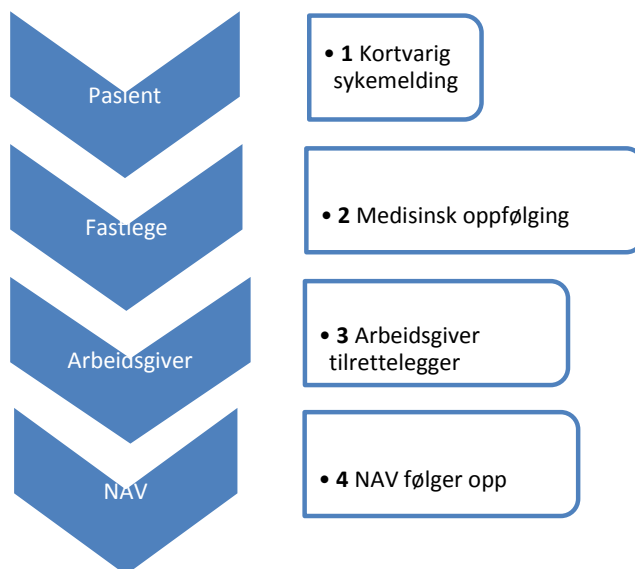
Hensikt med samarbeidet: Fastlegene tilbys en egen utredning fra demensteamet. Bakgrunnen er at det er tidkrevende for en fastlege å få gjort utredningsjobben. Det er en ambisjon om at teamet skal gjøre tjenester også utenfor sykehjemmet. Av landets kommuner er det 45 prosent som har demensteam. Dette er en tverrprofesjonell gruppe av helsepersonell med ansvar for utredning og oppfølging.

Hvem inngår i samarbeidet: Demensteamet består av to faste sykepleiere (deltidsstillinger) og en sykehjemslege (100 %). Utredningen omfatter i noen grad også forslag fra sykehusleger. Demensteamet tar initiativ til utredningen. Helseansatte, inkludert fastlegene, kan kontakte demensteamet vedrørende begynnende demente så tidlig som mulig.

Beskrivelse av fastlegens rolle: Fastlegene får utredning og holdes informert, og kan ta initiativ til utredning fra demensteamet. Drøyt halvparten av demensteamene i landet inkluderer en fastlege (Gausdal og Michelet, 2011).

2.8 Samarbeid om oppfølging av sykefravær: Ferskvare 1234

Med inspirasjon fra Larvik kommune presenteres en modell for samarbeid om oppfølging av sykefravær.⁵



⁴ Intervju med kommuneoverlegen i Øvre og Nedre Eiker, mars 2013.

⁵ Basert på intervju med Bjørnar Berge, NAV Larvik.

- Fastlegene er sentrale i sykefraværarbeid.
- Systemet sikrer tydelighet om hvem som skal følge opp at sykefraværet blir kortest mulig; lege, NAV eller arbeidsgiver.
- *Ferskvare 1234* gir et bevisst fokus hos fastlegen.

Dialogmøter og oppfølgingsplaner i arbeidslivet er nye tiltak som krever mye av fastlegenes tid. Effekten av dialogmøter og oppfølgingsplaner har ikke vært evaluert (Bjørner, 2013). Det såkalte Mandalsprosjektet kan tyde på at fastlegen spiller mindre rolle enn man kunne forvente når det gjelder hvor lenge pasienter er sykemeldt (Olsen og Jentoft, 2012). Dagens system for oppfølging av sykemeldte er for rigid og ressurskrevende, og det er vanskelig å identifisere noen effekt av den på sykefraværet (Ose et al., 2013).

Kontekst: I Larvik er fastlegene helt sentrale i sykefraværarbeid, i et samarbeid mellom leger og NAV (NAV arbeidslivssenter i Larvik). *Ferskvare 1234* handler om oppfølging av sykemeldte og tidlig intervensjon. Systemet ble satt ut i praksis i 2011, og var først et prosjekt, men er nå implementert i den daglige driften.

Bakgrunnen er at NAV tenkte igjennom hva man måtte gjøre for å få en bedre oppfølging av sykefravær. De pekte på et behov for bedre informasjon blant de fire partene (sykemeldt, fastlege, NAV, arbeidsgiver). Utfordringen var at det var ulik praksis blant legene om hva man informerer om på sykemeldingen, en utfordring når det gjaldt å være tydelige angående fremdriften og hvem de mener kan påvirke at sykefraværet blir kortest mulig. En annen utfordring var at legene ikke fikk tilbakemelding fra NAV på hva NAV foretok seg.

Hensikt med samarbeidet: Alle sykemeldinger skal resultere enten i en ener, toer, treer eller firer. Ener=kortvarig, trenger ikke hjelp fra noen, toer=medisinsk med oppfølging fra legen, treer=arbeidsgiver kan/bør tilrettelegge, firer=legen vil at NAV skal starte oppfølging. Systemet skal si tydelig hvem legen og den sykemeldte tror kan ha størst påvirkning til at arbeidet kan gjenopptas. I Larvik er man opptatt av at dialogmøte med arbeidstaker, lege og NAV bør avholdes på rett tid, når behovet er der, og ikke på lovbestemte tidspunkt. Oppfatningen er at dialogmøte 2 er alt for sent (skal berammes innen 26 uker). I Larvik er ofte NAV fastlegens forlengende arm i dialogmøte 1 (andre steder er NAV sjelden med på dialogmøte 1).⁶

Hvem inngår i samarbeidet: Den sykemeldte, NAV, fastlege og arbeidsgiver. Legemøtene er ute på legekontoret. NAV har en kalender for planlegging av legemøter, slik at NAV vet når legen er ledig.

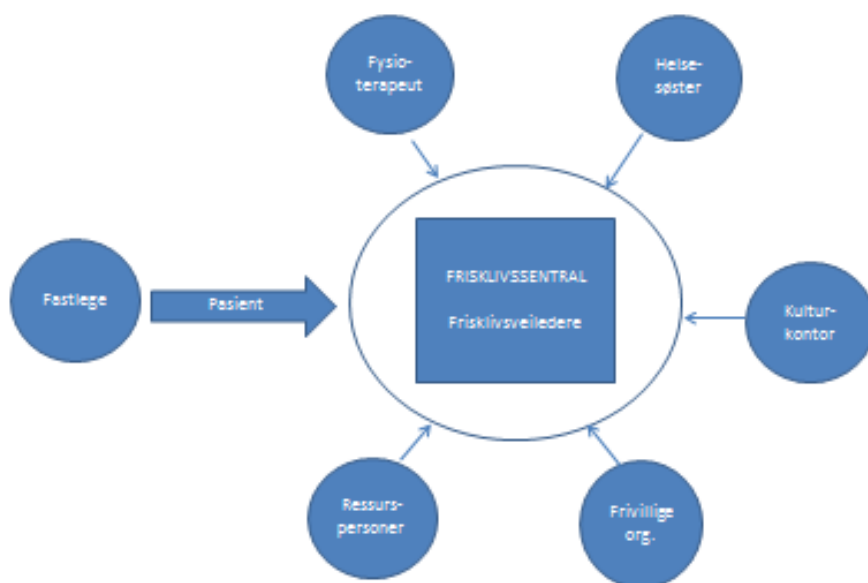
Beskrivelse av fastlegens rolle: Det er ikke hos legen sykefraværet oppstår, men det er i hovedsak legen og arbeidstakeren som fastsetter varigheten. *Ferskvare 1234* gir et bevisst

⁶ Med gjeldende intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv, skal fastlegen kalles inn til møter som gjelder tilpasning av arbeidssituasjonen, når dette gjelder en av fastlegens listepasienter. Lovbestemt: Innen uke 7 skal det avholdes «dialogmøte 1», og der skal fastlege også møte. NAV innkaller også til møte etter 6 måneder og etter 1 år, hvor fastlegen skal møte.

fokus hos lege, og starter en bevisstgjøring hos arbeidstakeren. Alle sykemeldinger vurderes av legen, og hvis det er medisinske årsaker skal legen følge opp.

2.9 Friskliv og folkehelse

Med inspirasjon fra Bardu kommune presenteres en modell for en frisklivssentral.



- Lavterskeltilbud med veiledning og oppfølging innenfor fysisk aktivitet, kosthold og tobakksbruk.
- Frisklivsveiledere.
- Fastleger er i en tilbaketrukket rolle, kan henvise.
- Samarbeid med fysioterapeut, helsesøster, kulturkontor, ressurspersoner og frivillige organisasjoner.

Kontekst: Bardu kommune, med en befolkning på 4000, har siden 2001 drevet frisklivsarbeid, og hatt frisklivssentral siden 2005. Frisklivsveilederne har kontor i idrettshallen, og hallen er utgangspunkt for aktivitetene.

Hensikt med samarbeidet: Frisklivstilbudet er et lavterskeltilbud. Frisklivssentraler er kommunale kompetansesenter med veiledning og oppfølgingstiltak innenfor levevaneområdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakksbruk som primærområde. Sentralene har et strukturert henvisnings- og oppfølgingssystem, hvor sentrale elementer er

frisklivssamtaler, reseptperiode, aktiviteter og kurs, og egenaktivitet. En frisklivsresept varer i tre måneder. Frisklivssentralen driver gruppetreninger, treningsveiledning og oppfølging. Aktiviteter som er gjennomført er lettspinn, step, styrketrening, røykavvenningskurs, kostveiledning og stavgangsgruppe. Det er også egen gruppe forbeholdt menn.

Hvem inngår i samarbeidet: Frisklivsveilederen ved frisklivssentralen samarbeider med fastlege, fysioterapeut, helsesøster og kulturkontor, samt andre ressurspersoner og frivillige organisasjoner.

Beskrivelse av fastlegens rolle: En frisklivsresept kan skrives ut av en lege, annet helsepersonell eller NAV. Men det er frisklivsveilederen som spiller hovedrollen, blant annet ved gjennomføring av helsesamtale for å kartlegge motivasjon og muligheter, før det lages en plan sammen med deltaker for hva frisklivsperioden skal inneholde.

Den nye folkehelsemeldingen (april 2013) beskriver fastlegens rolle som en nøkkelrolle i arbeidet med å styrke det individrettede arbeidet som en integrert del av helsetjenestetilbudet. Fastlegens ansvar for forebyggende tjenester er nærmere omtalt i Prop. 91 L (2010–2011) om helse- og omsorgstjenesteloven. Det er for øvrig pekt på at vi i Norge kan lære mye av Finland om hvordan man trekker leger inn i utviklingen av frisklivstilbud, og hvordan man får engasjert dem til å henvise pasienter hit (Kallings, 2010).

2.10 «Onsdagsmøte» i liten kommune

Med inspirasjon fra Nordkapp kommune presenteres et samarbeidsforum mellom omsorgstjenesten, rehabiliteringstjenesten og legene.



- Ukentlig samarbeidsmøte mellom omsorgstjenesten, rehabiliteringstjenesten og legene.
- Rask løsning på spørsmål som krever mange fagfolk sin deltakelse.
- Pliktig oppmøte, også for fastlegene.
- Ikke sakliste, prosedyre styrer saksgangen.
- Enkeltsaker meldes inn på forhånd.
- Fortløpende drøftelser.
- Det som besluttet omkring pasienter, journalføres i pasientjournalen.

Kontekst: Nordkapp kommune har 3 200 innbyggere. Alle legene i kommunen er kommunalt ansatt. Reisetid 2,5 timer til nærmeste sykehus. Det er seks fastleger i kommunen, en bakgrunn for det høye antallet er at det er lang reiseavstand til nabokommuner, og man har valgt en ekstra fastlegestilling som strategi for å kunne håndtere utfordringer med hensyn til å kunne bemanne en egen legevakt. I Nordkapp er ikke fastlegen organisert inn i koordinerende enhet, men møter koordinerende enhet med flere på onsdagsmøtet.

Hensikt med samarbeidet: «Onsdagsmøtet» er et ukentlig samarbeidsmøte mellom omsorgstjenesten, rehabiliteringsavdelingen og legene. Dette handler om kompetanseoverføring også; på møtet er det åpent for å snakke om hvordan man vurderer situasjonen, og de tilstedeværende kan komme med faglige bidrag. Modellen er effektiv, fordi man får løst vanskelige spørsmål som krever flere fagfolks deltakelse, på en rask måte. Ulike problemstillinger tas opp, spesielt tjenestetilbudet til brukere med særlig sammensatte utfordringer, for eksempel spørsmål omkring hjemmeboende med demens.

Det lages ikke saksliste til hvert enkelt møte, men det er utarbeidet en prosedyre for møtet (ble utarbeidet på 90-tallet). Dette innebærer lite møteforberedelser rent administrativt. Prosedyren beskriver at det er redegjørelse først fra åpen omsorg og deretter fra institusjonstjenesten. Enkeltinstanser melder inn saker på forhånd til drøftelse til leder for hjemmebaserte tjenester, som lager og deler ut et skriv til de andre møtemedlemmene dagen før. Det er fortløpende drøftelser. Alt som besluttet på disse møtene omkring pasienter, journalføres i pasientjournalen. Alle deltakerne kan komme med sine saker, så går det på runde. Møtet tar knapt 45 minutter. Onsdagsmøtet er brukt gjennom mange år, og deltakerne vurderer dette som veldig bra.⁷

Hvem inngår i samarbeidet: Legene i Nordkapp kommune, for øvrig deltar avdelingsleder på sykestue/korttidshet, leder hjemmetjeneste, leder rehabilitering/koordinerende enhet, kreftsykepleier, og helse- og omsorgssjefen. Når helsefaglige studenter er i praksis i kommunen, er det vanlig at disse også blir invitert med på dette forumet.

Beskrivelse av fastlegens rolle: Fastlegene er pliktige til å delta.

2.11 Interkommunalt voldtektsmottak

Med inspirasjon fra Sør-Rogaland presenteres en modell for et fra interkommunalt voldtektsmottak.

- Interkommunalt samarbeid om voldtektsmottak
- Samlokalisert med legevakten
- Faste leger og sykepleiere til stede på dagtid, beredskap på kveld, natt og i helg.
- Samarbeid med politi, sykehus, barnehus, krisesenter, psykiatrisk sykepleier.

Kontekst: Mottaket er lokalisert til legevakten i Stavanger, og er døgnåpent. 16 kommuner i Sør-Rogaland, det vil si alle kommunene i et område, samarbeider om mottaket, som er et interkommunalt samarbeid med Stavanger som vertskommune. Det er over 300 000 innbyggere i ansvarsområdet.

⁷ Intervju med kommuneoverlegen.

De fleste av landets overgrepsmottak er lokalisert på legevakten. I følge meldingen om vold i nære relasjoner som kom i mars 2013, skal tilbudet til både barn og voksne som har vært utsatt for seksuelle overgrep forankres i spesialisthelsetjenesten fra 2015.

Hvem inngår i samarbeidet: Faste leger og sykepleiere med beredskap på dagtid, er til stede ved mottaket. Mottaket har andre leger fra gynekologisk avdeling og legekontor som er med i beredskap på kvelder, netter og helger. Dette omfatter 10 leger og 8 sykepleiere. Mottaket samarbeider med politi, barnehus, krisesenter, psykiatrisk sykepleier og sykehuset.

Beskrivelse av fastlegens rolle: Fastleger er knyttet til mottaket gjennom vaktberedskap. Medisinsk faglig ansvarlig på legevakten er leder for mottaket.⁸

2.12 Akuttmedisinsk samarbeid i bitteliten kommune

Modeller for akuttmedisinsk trening

Det er forskriftsfestet i akuttforskriften paragraf 4 at det skal legges til rette for trening i samhandling, og at dette gjerne kan gjøres i form av teamtrening. Akuttmedisinsk trening foregår spredt, og ingen vet hvor mange steder. Kommuner som er sykehusnære, har mindre behov for å øve stabilisering av pasienten. Den modellen vi kjenner best er kommune-BEST (BEST= BEdre og Systematisk Teamarbeid), som er implementert siden 2003. Modellens struktur inkluderer først en leksjon med ulike tema som forberedelse, fulgt av treninger designet for den lokale settingen, samt debriefing. Opprinnelig har slike treninger blitt fasilitert ved lokale allmennleger, men senere er sykepleiere og ambulansearbeidere inkludert sammen med simulerte pasienter (Brandstorp et al., 2012). En studie fra Troms og Finnmark i 2009 viser at ambulansetjenesten er lite representert i akuttmedisinsk trening, og deltar bare i en firedel av kommunene som driver lokale akuttøvelser (Hilpüsch et al., 2011). Dette knyttes til at ambulansetjenesten har fagmedisinsk ledelse i spesialisthelsetjenesten og øver selvstendig eller bare sammen med legetjenesten (ibid.).

I slike modeller er tverrfaglighet i sentrum. I akuttmedisin har vi en forforståelse om at man trenger en klar leder; men det viser seg at det som fungerer best er at man har en teamleder, og deler på de tradisjonelle lederoppgavene - de blir automatisk fordelt; for eksempel vil ambulansepersonell lede mye praktisk håndtering utenfor legevakta, mens legen har et overordnet medisinsk ansvar. I kontrast til individuell trening, innebærer teamtrening at deltakerne har muligheter til å lære med, fra og om andres kompetanseområder, profesjonelle roller og erfaringer (Brandstorp et al., 2012). Det skjer et samspill; man kan overlapse hverandre, alle tar ansvar. Teamlederen (legen) har totaloversikt fordi han har best medisinsk innsikt.

Trening på samhandling i akuttmedisin er et «skummelt» felt for fastlegene, fordi det haster å gjøre jobben. En kan tenke seg at trening på samhandling i en slik situasjon gir bedre

⁸ Intervju med fagansvarlig sykepleier

forståelse for samspill også i andre situasjoner, uttaler ekspert på akuttmedisinsk trening, Helen Brandstorp.⁹ Det er ikke slik at legene skal bestemme mer, men samspillet må bli bedre.

Hilpusch et al., 2011, peker på at selv om adekvat håndtering av akuttmedisinske situasjoner i mange kommuner berører både legetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten, synes disse etatene ikke alltid å være klar over felles oppgaver og ansvar. Yrkesgruppene som deltar i akuttmedisinske er alltid sykepleier, lege 76 og hjelpepleier i tre av fire tilfelle, ambulanse og ufaglært i ett av fire tilfelle, i noen grad helsesøster, kontoransatt og andre etater 15. Vi presenterer to modeller for akuttmedisinsk trening; den ene er fra en stor kommune med lang avstand til sykehus, den andre fra en veldig liten øykommune.

Med inspirasjon fra Bjarkøy beskrives et akuttmedisinsk samarbeid i en liten kommune.¹⁰

- Akuttmedisinsk trening i tverrfaglig samhandling hver sjette uke
- Stor bredde i typen ansatte som øver sammen (sykepleier, lege, legesekretær, helsesøster og ambulansepersonell)
- Teoretiske leksjoner som forberedelse til trening
- Debriefing som avslutning av trening

Kontekst: Den gamle Bjarkøy kommune er en øykommune på fire øyer og med 482 innbyggere, og er fra 2013 en del av Harstad kommune. Akuttgruppens personell er i ordinær tjeneste og inngår i sin vanlige vaktturnus. Sykepleiere, helsesøster og legesekretær mottar et beskjedent årlig tilskudd fra kommunen for deltakelse i akuttgruppen.

Hensikt med samarbeidet: Trening i akuttmedisinsk samarbeid. Siden 2000¹¹ er det lokale helsepersonellet i Bjarkøy kommune organisert i en akuttgruppe. I kontrast til individuell trening, innebærer teamtrening at deltakerne har muligheter til å lære med, fra og om andres kompetanseområder, profesjonelle roller og erfaringer.

Hvem inngår i samarbeidet: Akuttgruppen består av sykepleiere fra pleie- og omsorgstjenesten, legesekretær, helsesøster og kommuneleger. Fra 2006 har også lokalt ambulansepersonell deltatt i øvelsene (Bjarkøy hadde ikke ambulanse før dette). Bjarkøymodellen er spesiell ved at ansatte i pleie- og omsorgstjenesten i så stor grad øver med legene og ambulansepersonellet. Bjarkøy har altså en bredde som andre ikke har. *All*e trenes hver 6. uke. Varsling av akuttgruppen skjer via sykehjemmet, enten fra akuttmedisinsk alarmsentral eller fra pasient.

Beskrivelse av fastlegens rolle: Teamlederen (legen) har totaloversikt fordi han har best medisinsk innsikt. Gruppen gjennomfører intern opplæring og praktiske fellesøvelser to timer hver sjette uke. Modellens struktur inkluderer først en leksjon med ulike tema som

⁹ Intervju med Helen Brandstorp, Nasjonalt senter for distriktsmedisin.

¹⁰ Beskrivelsen basert på Hilpusch et al., 2011, Brandstorp et al., 2012

¹¹ I 2000 fikk alle kommunene i Troms og Finnmark og de fleste kommunene i Nordland nytt standardisert akuttmedisinsk utstyr fra Helse Nord. Med utstyret fulgte en opplæringspakke.

forberedelse, fulgt av treninger designet for den lokale settingen, samt debriefing. Opprinnelig har slike treninger blitt fasilitert ved lokale allmennleger, men senere er sykepleiere og ambulansearbeidere inkludert sammen med simulerte pasienter.

2.13 Akuttmedisinsk teamtrening i stor kommune

Med inspirasjon fra Alta kommune beskrives en modell for akuttmedisinsk trening i en stor kommune.¹²

- Akuttmedisinsk trening i tverrfaglig samhandling en gang hver måned, personell får om lag en trening hvert år.
- Ansatte som øver i lag er sykepleiere, leger og ambulansepersonell.
- Teoretiske leksjoner som forberedelse til trening
- Vekt på debriefing som avslutning av trening

Kontekst: Alta kommune har 19 000 innbyggere, og to timers reiseavstand til sykehus. Treningen gjøres i den «kommunale tiden» til fastlegene. Det har derfor liten betydning for den akuttmedisinske treningen i Alta om legene er private eller er kommunalt ansatt. Alle legene i Alta har forhandlet frem to fagutviklingsdager i året.

Hensikt med samarbeidet: I Alta trenes ett akuttmedisinsk team i måneden. Siden det er mange leger, får legene og annet personell om lag 1 trening pr år, med en dags varighet. De bruker først to timer på teorigjennomgang, dette inkluderer små praktiske øvelser, så er det ½ t scenariotrening, med 45 minutter debriefing. Så er det 0,5 timer scenariotrening (nytt scenario) og ny debriefing. Den forberedende leksjonen med ulike tema, fokuserte primært på praktisk traumebehandling, inkludert teamarbeidsferdigheter som kommunikasjon og lederskap. Disse sesjonene er detaljerte med hensyn til hva man skal gjøre med pasienten. Motivasjonen øker når man opplever læringsverdien av treningen. De har holdt på i snart seks år nå.

Hvem inngår i samarbeidet: Sammensetningen av teamet kan variere litt, og består av de som er på vakt. De som er på vakt, er 1-2 leger, 2 sykepleiere (som jobber fast på legevakten og noen ganger sykepleiere fra sykestua), 2-4 ambulansepersonell. De som trener er som regel 2 ambulansepersonell, 2 sykepleiere og 1-2 leger. Det er kommunen ved legevaktansvarlig som holder treningen i gang. Det er instruktørene (erfarent ambulansepersonell personell og 1-2 allmennleger som bytter på) som legger opp treningen.

Beskrivelse av fastlegens rolle: Fastlegen blir teammedlem og ofte teamleder (ikke alltid, for det kan være to leger). Dette er en modell preget av likeverdighet mellom profesjonene, spesielt i debriefen. Denne styres av en fasilitator som gir ordet like mange ganger til alle – det går tre runder rundt bordet. Alle får reflektere rundt opplevelsen, hva som gikk bra, og hva som kunne vært gjort annerledes. Det er en helt klar demokratisk grunntanke i modellen; man skal ansvarliggjøre og respektere alle. Det er viktig både for lokal kvalitet (kontinuerlig forbedringsarbeid) og læring (Brandstorp et al., 2013).

¹² Beskrivelsen er basert på intervju med Helen Brandstorp, samt en av hennes artikler som er basert på deltakelse på 19 teamtreninger i løpet av ett år (Brandstorp et al., 2012).

2.14 Legevakt i stor kommune langt fra sykehus

Legevaktmodeller

En vanlig oppgave å samarbeide om på tvers av flere kommuner, er legevakt, noe som reduserer vaktbelastningen på fastleger spesielt i små kommuner. Når aldersgrensen for fritak fra legevakt er senket fra 60 år til 55 år i den nye fastlegeforskriften, samtidig som andelen kvinnelige leger øker og disse får fritak for å gå legevakt i forbindelse med svangerskap og fødsel, øker behovet for å samarbeide om legevakt siden det blir færre fastleger som skal dele på vaktene.

Når man lager interkommunalt samarbeid om legevakt, er det en fare at legevakt ikke knyttes så sterkt til de andre kommunale helsetjenestene. Legevaktordningen er i dag preget av stadig dårligere medvirkning fra spesialister i allmennmedisin og fastlegene, og en økende bruk av vikarer og turnusleger. Bare 50 % av fastlegene deltar fullt ut i legevakt (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin 2009, s 25). Det er derfor en fare for at legevakt blir eller har blitt en helsetjeneste som ikke henger sammen med resten av kommunehelsetjenesten. Det å få gode klinikere til å fortsette å ta legevakt, ses derfor på som veldig viktig. En dårlig legevakt med dårlig tid, kan føre med seg for kjappe løsninger.

Legevaktmodeller er ikke like, det varierer etter:¹³

1. Størrelse (befolkning)
2. Om det er hjelpepersonell eller ikke
3. Eventuelle støttefunksjoner (røntgen).
4. Om legevaktslegen har mulighet til å reise til pasienter på intermedisærnheter og sykehjemmene eller ikke.
5. Hvilke typer leger som tar legevaktene; spesialister fra sykehuset, fastleger og vikarer. Dette vil ha følger for f eks innleggelsespraksis, utskrivning av antibiotika, utdeling av preparater osv.
6. Noen har egen legebil, andre bruker privatbil.
7. Lokalisering i forhold til ambulansetjenesten. Noen steder er ambulansetjenesten i nabobygget, andre steder er det lite samspill med ambulansetjenesten.
8. Varsling av personell. Noen steder blir fastlegene og legevakt varslet ved utrykning, mens for eksempel i Oslo håndterer ambulanspersonellet og eventuelt anestesileger dette.

Modellen som presenteres er inspirert av legevakten i Alta kommune.

- Heldøgns legevakt for en stor kommune.
- Kun fastleger, inkludert turnuskandidater og langtidsvikarer for fastleger, går legevakt.
- Fast hjelpepersonell til stede.
- Samlokalisering med ambulanse og røntgenavdeling på spesialistpoliklinikk.
- Lang vei til sykehus.

¹³ Med bidrag fra Helen Brandstorp, stipendiat ved NSDM UiT og leder for referansegruppen legevakt i Legeforeningen.

- Benytter laboratorium som tar avanserte prøver.
- Legevaktlege kan reise ut på intermediaære enheter.

Kontekst: Ambulansetjenesten er lokalisert i bygget ved siden av legevakten. Som legevakt for kun én kommune, forholder man seg til kun én ambulansetjeneste i stedet for flere.

Hensikt med samarbeidet: legevakt. Alta har en «tung» daglegevakt, og har over halvparten av henvendelsene på dagtid, og flere henvendelser på hverdagene. Alta er altså ikke en «helgetung» legevakt som de fleste andre (Eikeland, 2012).

Hvem inngår i samarbeidet: Daglegevakten er bemannet med fast personell som består av en lege, en turnuslege og to sykepleiere. Daglegevakten samarbeider med røntgenavdelingen på spesialistpoliklinikken i forhold til ø-hjelp. Den ordinære legevakten fra kl 16:00 til kl 08:00 dagen etter samt helger, er bemannet med en lege og to sykepleiere frem til kl 23:00, og etter dette en lege i hjemmenvakt og en sykepleier. I tillegg har en lege bakvakt hele døgnet. Legevakten benytter et godt utstyrt laboratorium, og tar avanserte blodprøver (som blodgass), dette er det få andre legevakter som gjennomfører.

Beskrivelse av fastlegens rolle: Leger fra legevakten reiser ut til pasienter på intermediaære enheter. 21 fastleger inkludert tre turnuskandidater går legevakt. Man kan tenke seg at legevaktslegene har et solid eierskap til legevakten, siden de driver fagutvikling (teamtrening) og er basert på kun fastleger som legevaktsleger.

2.15 Interkommunal legevakt med ø-hjelpesenger

Med inspirasjon fra Nordhordland legevakt presenteres en modell for en interkommunal legevakt.

- Heldøgns interkommunal legevakt for 7 kommuner.
- I første rekke turnusleger, dernest fastleger og faste vikarer og enkelte sykehusleger går legevakt.
- Legevaktsledelse (60 %) samt store ressurser til administrativ ledelse til stede.
- Hjelpespersonell til stede.
- Samlokalisering med ambulanse.
- Kort vei til sykehus.
- Benytter laboratorium som tar avanserte prøver.
- Legevaktlege kan reise ut på intermediaære enheter.

Kontekst: Nordhordland legevakt er en døgnåpen interkommunal legevaktstjeneste for kommunene Austrheim, Fedje, Lindås, Masfjorden, Meland, Modalen og Radøy. Nordhordland nærmer seg 3,5 timer reiseavstand fra ytterpunkt til ytterpunkt, og det er 32 000 innbyggere i disse kommunene. Legevakten er samlokalisert i Knarvik i Lindås kommune med ambulansetjenesten (2 ambulanser), og med 25 minutters avstand til sykehus. Legevakten har gode lokaler, er godt utstyrt diagnostisk og terapeutisk, og har mange prosedyrer på plass (beskrivelse fra en vaktleges ståsted). Legevakten er utformet med ambulanseinngang og venterom, og har tilgang på legehelikopter.

Hensikt med samarbeidet: Legevakten skal starte med fem øyeblikkelig hjelpssenger høsten 2013, og har derfor nettopp bemannet opp til to leger på vakt samtidig.

Hvem inngår i samarbeidet: Turnusleger er den største gruppen som tar legevakter, dernest fastleger, og noen faste vikarer som f.eks. har vært turnusleger før, enkelte sykehusleger, og av og til vikarer fra Danmark som leies inn. Legene kjører ambulanse på utrykning. Legevakten har en fast stab på ledelse og sykepleiersiden. De har ikke røntgen.

Beskrivelse av fastlegens rolle: Det er 25-delt vakt. Legevaktsjefstillingen er en forholdsvis stor stilling (60 %). Det å være legevaktsjef er altså ikke en del av kommunelegejobben, det er avsatt egen tid til dette. Det er satt av ressurser til administrativ ledelse; to fulle stillinger til administrasjon, personalledelse, økonomi og prosedyrer. Det settes av ressurser til kursing og trening. Ingen penger er involvert for legen, alt er ordnet administrativt av legevakten.

3 Modeller for samarbeid mellom fastleger og helseforetak

Samarbeidsmodellene som presenteres i kapittel 3 omfatter samarbeid mellom fastleger og helseforetak. Vi fokuserer på ambulante team fra spesialisthelsetjenesten, praksiskoordinatorsamarbeid, telemedisinsk samarbeid, samarbeid omkring intermediære enheter og kommunikasjon mellom akutt-team ved distriktpsikiatrisk senter (DPS) og fastleger. Den ene beskrivelsen av ambulante team og beskrivelsen av praksiskoordinatorer tar ikke utgangspunkt i en samarbeidsmodell fra et utvalgt sted, men er basert på generelle modeller som er beskrevet i litteraturen.

3.1 Områdegeriatrik team

Samarbeidsmodeller i form av ambulante team

Ambulante tjenester kan organiseres på ulike måter, og overfor flere pasientgrupper. For eksempel har noen team sin opprinnelse fra spesialisthelsetjenesten, det finnes tverrfaglige team med deltakere både fra spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og team som bare har fagpersonell fra primærhelsetjenesten (Ranheim et al., 2010).

Vi fokuserer her på ambulante team fra spesialisthelsetjenesten, dette er team som forflytter seg ut fra arbeidsplassen som de til daglig er tilknyttet. Formålet er å møte fagfolk, inkludert fastleger, fra primærhelsetjenesten, samt å møte pasienten der de bor. I ambulant team er det ideelt sett slik at alle deltakere lærer av hverandre, og at samarbeidet preges av at aktørene fra de ulike nivåene har gjensidig respekt for hverandre.

- Team fra sykehus reiser ut til primærhelsetjenesten i pasientenes hjemkommuner.
- Teamet møter fagfolk, inkludert fastleger, fra primærhelsetjenesten.
- Fastlegen kan være til stede under konsultasjon med teamet.
- Virksomheten skal sikre bedre utredning, behandling og rehabilitering.

Kontekst: Bare et fåtall geriatriere arbeider i sykehjem. For å overføre sine kunnskaper til primærhelsetjenesten, er det opprettet geriatriiske team i sykehusregi. En samarbeidsmodell som har vært og er modell for en rekke andre, er den tidligere «Namsos-modellen» som ble startet i 1993, og senere evaluert av Folkehelseinstituttet (Narum og Romøren, 2000). Teamene holder til daglig til enten på sykehus eller desentralisert tilknyttet for eksempel distriktsmedisinske sentra. Desentraliserte ambulante team vil ha erfaring med å jobbe enda nærmere feltet i kommunene på grunn av sin desentraliserte lokalisering.

Hensikt med samarbeidet: Områdegeriatrik team, også kalt for områdegeriatrik tjeneste (OGT) er ute i pasientenes hjemkommuner og bistår i forhold til overføring av ansvar for pasienter fra spesialisthelsetjeneste til primærhelsetjeneste, og til sikring av at geriatriiske pasienter får bedre utredning, behandling og rehabilitering (Ronge, 2002).

Hvem inngår i samarbeidet: Legene ved OGT kontakter pårørende, hjemkommune og fastlege. Det er fastlegene, sykehjemsbestyrerne og pleie- og omsorgslederne som i samarbeid skal avgjøre hva de vil bruke besøket av det geriatriske temaet til (Sellæg, 2005).

Beskrivelse av fastlegens rolle: Selv om det ofte er sykepleiere som definerer behovet for tilsyn, går alle henvisninger som vanlig gjennom pasientens fastlege. Fastlegen kan være til stede når pasienten er til konsultasjon hos teamet.

3.2 Ambulant rehabiliteringsteam

Med inspirasjon fra Sykehuset Innlandet på Gjøvik presenteres en modell for ambulerende rehabiliteringsteam (ART).

- Fastlege henviser pasienter med komplekse og sammensatte behov for rehabiliteringstjenester til ambulant rehabiliteringsteam.
- Teamet skal koordinere tiltak mellom ulike tjenester.
- Fastlegens rolle er i beskrivelsene ikke definert foruten å være den som henviser.

Kontekst: Rehabilitering tilbys personer med komplekse og sammensatte problemstillinger hvor det er behov for spesialisttjeneste. Sykehuset Innlandet HF har i dag ambulante rehabiliteringsteam som er representert i tre byer (Lillehammer, Ottestad/Hamar og Gjøvik). Rehabiliteringstilbudet var inntil 01.01.12 representert ved avdelinger i Gjøvik og Hamar, og ART på Lillehammer.

Hensikt med samarbeidet: Styrke samarbeid og kompetanse innen rehabiliteringsfeltet, både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten. Dette gjøres gjennom direkte og individuell oppfølging av pasienter som skal overføres mellom sykehus og kommune, veiledning og undervisning til pasienter, pårørende og helsepersonell.

Hvem inngår i samarbeidet: ART består av sykepleier, ergoterapeut, fysioterapeut, sosionom, lege og sekretær, samt på konsulentbasis logoped, nevropsykolog og dietiker. Samarbeidspart i kommunene er

Beskrivelse av fastlegens rolle: Fastlegen henviser.

3.3 Forpliktende samhandling psykiatri- og ruspasienter

Forpliktende samhandling psykiatri og ruspasienter er startet opp mange steder, og er et alternativ til ambulante team innenfor psykisk helse. Med inspirasjon fra Romeriksprosjektet presenteres en slik modell.

- Modellen bruker ansatte i primær- og spesialisthelsetjenesten i et forpliktende samarbeid.
- Målgruppen er mennesker med alvorlige psykiske lidelser, ofte i kombinasjon med bruk av rusmidler.
- Fastlege deltar i samhandlingsgruppe sammen med representant for NAV, kommunen, og i enkelte tilfelle en medarbeider med brukererfaring.

Kontekst: Romerikskommunene Ullensaker og Skedsmo sammen med Akershus universitetssykehus, brukerorganisasjoner og etter hvert flere kommuner tok initiativ til samarbeidet. Sju kommuner, Akershus universitetssykehus, Mental Helse Akershus, Rusmiddelbrukernes interesseorganisasjon, Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse Romerike står bak Romeriksprosjektet. Kommunene samarbeider med psykoseteam og ruspoliklinikk på henholdsvis Jessheim og Lillestrøm.

Hensikt med samarbeidet: Målet ved etablering var å bedre tilbudet til brukerne. De ansatte skal vurdere nye arbeidsmåter med mer oppsøkende virksomhet. Fagfolk skal samarbeide på tvers og bli mer kjent med hverandre og hverandres kompetanse. Det er opprettet to samhandlingsgrupper (for henholdsvis Øvre og Nedre Romerike) som møtes to til fire ganger i måneden, som overvåker pasientbehandlingen og ser til at det gitte tilbudet ikke glipper, at arbeidet når fram til brukeren, at ansvarsgrupper opprettes og individuell plan utvikles og iverksettes.¹⁴

Hvem inngår i samarbeidet: Det er to nivå; ansvarsgrupper og samhandlingsgrupper. I hver av de fem samhandlingsgruppene deltar tre representanter fra kommunen, fastlege, NAV-representant, to fra rehabiliterings/psykoseteamet og minst en fra ruspoliklinikken, samt at en erfaringskonsulent (medarbeider med brukererfaring) som deltar i en av gruppene (Hansen og Ramsdal, 2012). Til daglig er det ansvarsgrupper med individuell plan og koordinator som har ansvaret.

Beskrivelse av fastlegens rolle: Fastleger deltar i samhandlingsgruppene.

3.4 Praksiskonsulentordningen: brobygging eller foretakets forlengede arm?

En samarbeidsmodell som finnes i mange varianter er praksiskonsulentordningen (PKO).

- PKO består av fastleger med små deltidstillinger i sykehus.
- Fastlegene er enten kommunalt ansatt eller selvstendig næringsdrivende.

Kontekst: Praksiskonsulenter er ofte ansatt i små deltidstillinger mer eller mindre direkte under direktøren; de skal ikke være «løpegutter» for seksjoner eller avdelinger. De skal kunne se helheten, og inneha en autonom stilling i forhold til linjer og maktstrukturer i sykehus. Mange praksiskonsulenter har vært inne i prosessen og bidratt til å få samarbeidsavtalene med kommunene på plass, og er selv en aktør i disse dokumentene. Det foreligger avtale om praksiskonsulenter mellom RHF-ene og Legeforeningen fra 2005. St meld 47 om PKO side 93 uttrykker at: «PKO er en godt utprøvd metode for å bedre samhandling mellom leger, som det er viktig å spille videre på og videreutvikle. En positiv egenskap ved ordningen er at den engasjerer leger i førstelinjen og i andrelinjen til felles innsats for bedre pasientforløp. I det videre utviklingsarbeidet bør det også være årvåkenhet om at PKO er en modell som kan benyttes på alle grensesnitt. Praksiskonsulentordningen bør omstruktureres slik at den passer til ny organisering på ledelses- og utøvernivået. Både spørsmål om mer formell forankring av ordningen og om man har funnet fram til det mest hensiktsmessige begrepet for ordningen, bør være tema framover.»

¹⁴ http://www.rop.no/Artikler/Nasjonalt/Velger_lokalt_samarbeid_fremfor_ACT-team

Hensikt med samarbeidet: Ideen er at praksiskonsulentene gjennom sin kjennskap til både første- og andrelinjetjenesten skal forsøke å identifisere områder der samarbeidet ikke fungerer optimalt mellom de to nivåene i helsevesenet. Arbeidet som PKO, kan i hovedsak deles inn etter to nivå:

1. systemnivå for å utvikle gode modeller for samarbeid og delta på viktige møteplasser og bidra til å få primærhelseperspektivet inn i sykehusene,
2. beskrivelser av pasientforløp; avklare hvem som skal gjøre hva og hvordan det konkrete pasientforløpet skal foregå.

Hvem inngår i samarbeidet: Utgangspunktet er at PKO-ene har et ansettelsesforhold til foretakene, og som fastleger er de i de fleste tilfeller selvstendig næringsdrivende uten noe ansettelsesforhold til kommunene.

Beskrivelse av fastlegens rolle: Fordel og ulempe med PKO er at det i stor grad er en uformell ordning som ikke har noe juridisk mandat eller makt til å utføre eller bestemme noe. Det går an å se på praksiskonsulentordningen som et slags *diplomati* som kan påpeke ting; gi gule kort eller røde kort, men ikke overprøve fastlegene eller sykehusene. En praksiskonsulent kan ses på som en som går imellom og forhandler seg frem til gode løsninger. Det kan derfor være viktig å inneha diplomatiske evner og være god til å kommunisere som praksiskonsulent.

3.5 VAKe - videobasert akuttmedisinsk konferanse

Samarbeidsmodeller innenfor telemedisin

Telemedisin har i en rekke år åpnet for nye måter å samarbeide på mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten. Samarbeid ved bruk av telemedisin kan i prinsippet knytte fastlegen sterkere opp mot spesialisthelsetjenesten.¹⁵

Imidlertid har vi foreløpig ikke lyktes i å finne så mange gode eksempler på samarbeidsmodeller hvor man har lyktes med å komme i gang, og hvor fastlegene har mer enn en perifer rolle. Fastlegene jobber vanligvis alene med ca. 80 % av pasientene. Derfor er det generelt ofte for lite volum for å lage telemedisinske løsninger mellom fastlege og foretak. For eksempel har man forsøkt telemedisinsk samarbeid på hjerte/bilyd hos barn, og på hud.

Med utgangspunkt i Finnsnes interkommunale legevakt presenteres en samarbeidsmodell for akuttmedisinsk konferanse, VAKe.

¹⁵ Fastleger har i mange år gitt uttrykk for at noe av det de ønsker mest, dialogmeldinger mellom fastlege og sykehus; dette er høyt oppe på ønskelisten. De regionale helseforetakene har samarbeidet om en pilot om dette. Utviklingsarbeidet har imidlertid stoppet opp på grunn av en endring som kom i den nye fastlegeforskriften; det er nå 10 dagers frist for å svare på henvisning (tidligere 30 dagers frist); denne gir ikke rom for dialog for å heve kvaliteten på henvisningene. Tidspresset på henvisningen har altså økt. Man har derfor tatt time-out i utviklingsarbeidet som gjelder dialogmeldinger mellom fastleger og foretak.

- Legevaktsleger og sykepleiere kommuniserer med de ønskede spesialister på sykehuset over skjerm i vanskelige akuttmedisinske situasjoner.
- Akuttmedisinsk alarmsentral (AMK) kobler opp konferansen.
- Legevakten trenger ikke å bruke ressurser på å styre kamera eller formidle opplysninger om blodtrykk, puls osv.



Kontekst: Finnsnes interkommunale legevakt dekker 6 kommuner og en befolkning på 19 000 innbyggere. Legevakten er lokalisert til det lokalmedisinske senteret. Det er to timers reisetid til nærmeste sykehus. Fastleger og turnusleger samt langtidsvikarer for fastleger går legevakt, enkelte ganger korttidsvikarer.

Hensikt med samarbeidet: Finnsnes interkommunale legevakt har utstyr for VAKe, og bruker dette ved behov. VAKe kan brukes både til medisinske tilfeller (akutt syke) og til skadde. Hvis legevakten ser at de har behov for spesialist, eller ser at de kommer til å få behov, ringer de AMK ved Universitetssykehuset Nord-Norge og sier at de vil ha koblet opp VAKe og hvilken type spesialist de trenger. Det går så en alarm hos vakthavende spesialist på sykehuset, som stiller i akuttmottaket på konferanserommet innen få minutter. En monitor er koblet mot VAKe slik at blodtrykk, puls osv. kommer automatisk opp på skjermen til spesialisten på sykehuset. Sykehuset styrer kamera, og man kommuniserer over skjerm. Alle involverte som jobber med pasienten, kan kommunisere med sykehuset. Legen har ofte dialogen (1 lege og 2 sykepleiere er på vakt).¹⁶

En hensikt generelt med VAKe er at enkeltklinikere ved lokale legesentre, legevaktsentraler eller lokale akutt sykehus kan konsultere kolleger eller team av spesialister ved større sykehus i vanskelige akuttmedisinske situasjoner. VAKe ble utviklet i 2004 i et samarbeid mellom Nasjonalt senter for telemedisin og Universitetssykehuset Nord-Norge. Systemet er først og fremst brukt i samarbeid mellom Longyearbyen sykehus på Svalbard og Universitetssykehuset Nord-Norge.¹⁷

Hvem inngår i samarbeidet: Finnsnes interkommunale legevakt og AMK ved Universitetssykehuset Nord-Norge kommuniserer gjennom VAKe. De som deltar er legevaktslege, sykepleiere på legevakten, AMK og spesialist(er) på sykehus.

¹⁶ Intervju med fagleder Marit Storli, Finnsnes interkommunale legevakt.

¹⁷ Opplysninger fra Oddvar Hagen, Nasjonalt senter for telemedisin og samhandling.

Beskrivelse av fastlegens rolle: Legevaktslegen har dialog med spesialisten på sykehuset, samtidig som legetjenesten utføres.

3.6 Legedrevet sykestue

Samarbeidsmodeller i sykestuer, intermediære enheter og ø-hjelpssenger

Denne overskriften rommer mange mulige modeller. Vi har valgt ut to sykestuemodeller, med et litt mer avgrenset fokus sammenlignet med samarbeidsmodeller hvor fastlegene er involvert. Sykestuene utgjør et viktig ledd i helsetjenesten, og kompenserer for store avstander til sykehus. Sykestuer og lignende enheter har i stor grad fokus på diagnosegrupper som er aktuelle i samhandlingsreformen. Selv om den organisatoriske innrammingen er den samme, er sykestuene svært forskjellige. I en studie fra 2011, svarer 57 % av nøkkelpersonell (leger og avdelingsledere) i sykestuene at ansvarsfordelingen mellom sykestuen og sykehuset er tydelig, 22 % mener den ikke er tydelig og 22 % svarer «både og». En større andel opplever at ansvarsfordelingen mellom sykestuen og henholdsvis sykehjem og øvrig kommunehelsetjeneste, er tydelig (Olsen og Gjertsen, 2011).

Legen tilknyttet sykestua tar, eventuelt i samråd med lege på sykehus, avgjørelsen om hvorvidt og når pasienten skal sendes til sykehus. Det synes som om relasjonen mellom sykestue og sykehus er asymmetrisk – det er personellet ved sykehusene som er den dominerende parten i samarbeidsrelasjonen (Olsen og Gjertsen, 2011:34). De fleste sykestuene er knyttet opp mot kommunale sykehjemsplasser, mens enkelte har organisert sykestua som en egen enhet.

- Sykestue tilknyttet legetjenesten
- Fastlege er sykestuelege
- Utgangspunktet er stabil legebemanning
- Fastlege tar hånd om det faglig-administrative og strategiske arbeidet
- Den praktisk-administrative delen ivaretas av andre

En problemstilling som har kommet frem i arbeidet med denne rapporten, er at noen kommuner med nyopprettede ø-hjelpssenger ikke klarer å drive ø-hjelpssengene på grunn av mangel på fastleger. Dette fordi fastlegene ikke har tid til å gjøre utskrivelser osv. I sykestuer og andre intermediære enheter, er fastlegenes rolle organisert på ulike måter. For eksempel i en stor by som Stavanger, er det ø-hjelpssenger på et stort sykehjem, med fast ansatte sykehjemsleger i hel- eller deltidstillinger. Disse er vakt for ø-hjelpssengene.

Kontekst: I dette eksempelet beskrives en legedrevet sykestue, uten at eksemplet er hentet fra en bestemt kommune, men beskrivelsen tar utgangspunkt i rapporten til Olsen og Gjertsen fra 2011. Utgangspunktet er en kommunal sykestue med 1-9 senger.

Hensikt med samarbeidet: Slik sykestuene fungerer i dag, erstatter de til en viss grad sykehus innleggelse, og på noen områder innebærer de en utvidelse av det kommunale helsetjenestetilbudet. En fastlegelege har det å være sykestuelege som en kommunal del av

sin virksomhet. Begrepet «legedrevet» refererer til at legene i praksis tar hånd om det faglig-administrative og strategiske arbeidet i sykestuene. Andre steder er legenes ansvar avgrenset til det medisinskfaglige, og fordeles mellom de legene som til enhver tid har engasjement i kommunen. Ut fra dette kan sykestuene deles inn etter om de er «sykepleierdrevne» eller «legedrevne» sykestuer. I en legedrevet sykestue, er leger i større grad med i styring, planlegging og langsiktig forvaltning av oppgaver og utvikling.

Hvem inngår i samarbeidet: Sykestuelege (fastlege), pleiere på sykestue, sykehus.

Beskrivelse av fastlegens rolle: legene står svært sentralt ikke bare i den faglige, men i den organisatoriske siden av sykestuene. Den praktisk-administrative siden ivaretas av andre. Utgangspunktet er her en sykestue med stabil legebemanning. Modellen har muligens konsekvenser for hvordan det faglige samarbeidet med sykehusene er. Samhandlingspraksisen er sannsynligvis ikke nedskrevet noe sted, selv om det er en innarbeidet forståelse for hvordan man samarbeider.

3.7 Styrket sykestuefunksjon i liten kommune

Med inspirasjon fra Nordkapp kommune, presenteres en styrket sykestuefunksjon i liten kommune langt fra sykehus.¹⁸

- Sykestue tilknyttet legetjenesten
- Lindrende behandling og cellegift gis lokalt
- Fastlegen er medisinsk ansvarlig
- Kreftsykepleier spiller hovedrollen
- Styrker lite lokalt fagmiljø gjennom kontinuerlig kompetanseheving og nettverksdeltakelse

Kontekst: Nordkapp kommune har 3 200 innbyggere. Alle legene i kommunen er kommunalt ansatt. Reisetiden er 2,5 timer til nærmeste sykehus. Det er seks fastleger i kommunen, en bakgrunn for det høye antallet er at det er lang reiseavstand til nabokommuner, og man har valgt en ekstra fastlegestilling som strategi for å kunne håndtere utfordringer med hensyn til å kunne bemanne en egen legevakt. Det er en sykestue tilknyttet legetjenesten.

Hensikt med samarbeidet: Noen sykestuer har bygd opp kompetanse for å kunne gi lindrende behandling og cellegift. Kommunen står altså bak et forutsigbart tilbud som inkluderer cellegift og lindrende behandling. Det gir erfaringsmessig ro og tillit både for pasienten, pårørende og helsepersonell. Derved spares ett til to liggedøgn ved sykehuset.

Hvem inngår i samarbeidet: Samarbeidet involverer Nordkapp kommune og Lindring i Nord ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. Opplegget betyr at cellegiftpasientene kan ta blodprøver på fastlegekontoret forut for behandlingen, motta behandlingen på sykestua, og vanligvis reise hjem etter noen timer. Fortsatt er lege, omsorgstjenesten og institusjonsplass, om nødvendig, umiddelbart tilgjengelig for pasienten.

¹⁸ Intervju med kommuneoverlegen i Nordkapp.

Beskrivelse av fastlegens rolle: Fastlegene har en mindre rolle i den daglige gjennomføringen av dette samarbeidet, og kreftsykepleierne står i sentrum. Legenes rolle er at de har et mer aktivt medisinsk ansvar (dosering av cellegift).

3.8 Umiddelbar kommunikasjon - ambulant akutt-team og fastleger

Med inspirasjon fra Hamarområdet presenteres et samarbeid mellom ambulant akutt-team i DPS og fastleger¹⁹.

- Kommunikasjon på et minimumsnivå, som passer inn i fastlegens hverdag:
 - Elektroniske notater (ikke nødvendigvis fullstendig) sendes umiddelbart fra DPS til fastlege (hva slags tiltak settes i gang, er det behov for kontakt med fastlegen).
 - Fastlege responderer umiddelbart.
 - Alternativ: kommunikasjon gjennom direktenummer til fastlegen (i nødsfall).
- Motiv: helhetlig behandlingstilbud.
- Når akutt-teamet sier «nå trenger vi deg», er fastlegene der.

Kontekst: Fire kommuner; Hamar, Ringsaker, Stange og Løten, med til sammen 89 000 innbyggere. DPS er lokalisert på Hamar.

Hensikt med samarbeidet: Motivet for å velge denne samarbeidsmodellen er generelt et mål om at pasienten skal ha et helhetlig behandlingstilbud. Når akutt-teamet sier «nå trenger vi deg», så er fastlegene der. Akutt-teamet får umiddelbar respons fra nesten alle 70-80 fastlegene i de 4 kommunene. Akutt-teamet kan gi tjenester også uten at fastlegen har gitt dem oppdraget.

Det som utløste samarbeidet var at man hadde sett at det er veldig mye dødtid på møtene mellom nivåene. Dette passer i liten grad inn i en akuttmedisinsk hverdag. Man tenkte igjennom på hvilken måte akutt-teamet skulle kommunisere med fastlegene, som ville gjøre det enkelt for fastlegene, og drøftet dette med en tidligere praksiskonsulent som også stilte som «prøvekanin» i en forsøksperiode. I kontrast til denne modellen, driver den øvrige DPS tradisjonell kommunikasjon med fastlegene, det vil si med å ta imot henvisninger, lage foreløpige rapporter etter at utredningen er ferdig (om hva slags behandlingsopplegg pasienten skal ha), og skriver epikriser etter behandling (sendes innen 7 dager).

Hvem inngår i samarbeidet: Akutt-teamet i DPS Hamarområdet og fastleger i fire kommuner.

Beskrivelse av fastlegens rolle: Samarbeidsmodellen handler om kommunikasjon på et minimumsnivå, noe som passer godt inn i fastlegens hverdag. For det første kommuniserer akutt-teamet med fastlegen gjennom elektronisk notater, som de sender øyeblikkelig etter å ha hatt kontakt med en fastlegens pasient. Notatet trenger ikke være fullstendig. Fokus er på at det skal sendes umiddelbart. I det elektroniske notatet skrives også hva slags tiltak teamet setter i gang, og om det er behov for umiddelbar kontakt med fastlegen. Modellen er enkel; notatet heter «EDI-notat», og er en mulighet som alle med DIPS journalsystem har.

¹⁹ Basert på intervju med leder for akutt-teamet.

En utfordring er at fastlegene ikke kan sende notat tilbake, på grunn av manglende tekniske løsninger. Løsningen er at de ringer tilbake. Den andre formen for kommunikasjon er basert på at akutt-teamet har direkte telefonnummer til alle fastlegene i opptaksområdene. Dette brukes kun i «nødsfall». Man trenger da altså ikke gå veien om sentralbordet.

4 Avslutning

Kapittel 2 beskriver modeller for hvordan kommuner samarbeider med fastleger i dag, og hvilke former for integrert samarbeid som finnes med fastlegene, også interkommunalt (nivå 1 og 2). Kapittel 3 beskriver modeller for hvordan helseforetak og fastleger samarbeider i dag (nivå 3).

Samarbeidsmodellene som presenteres på nivå 1 og nivå 2, omfatter interkommunale samarbeid om legetjenester og kommuneoverlege, samarbeid mellom fastlege og diabetessykepleiere, tverrfaglig samarbeidsmøte i kommune, kommuneoverlegearbeid og lokalt samarbeidsutvalg i stor by, samarbeid mellom fastleger og fagteam, modell for en mer bevisst rolle for fastleger i oppfølging av sykefravær, fastleger og frisklivsarbeid, modeller for akuttmedisinsk trening og legevaktmodeller. Det viste seg å være langt mellom interkommunale samarbeidsmodeller som involverer fastleger, og få interkommunale samarbeid om kronikergrupper.

Samarbeidsmodellene på nivå 3, som er mellom helseforetak og fastleger, omfatter eksempler på ambulante team fra spesialisthelsetjenesten, praksiskoordinatorsamarbeid, samhandling innenfor rus og psykiatri, telemedisinsk samarbeid, samarbeid omkring intermediære enheter og kommunikasjon mellom akutt-team ved DPS og fastleger.

I arbeidet med denne rapporten har vi ikke kommet over så mange samarbeidsmodeller som gjelder kronikeroppfølging. Eksemplet med kommunalt diabetesteam i Alta er løftet frem. Også andre kommuner har etter hvert etablert lignende modeller for diabetesomsorgen. Denne typen samarbeid om kronikergrupper eller diagnosespesifikke team som er beskrevet her, skulle kunne overføres til andre pasientgrupper.

Fastlegene deltar i mange samarbeid – ofte i en passiv rolle men noen ganger i en mer aktiv rolle. Fastlegene deltar på mange arenaer, og underveis i arbeidet med rapporten har vi fått mange kommentarer på at man ikke alltid ser det som hensiktsmessig at fastlegen er med, gitt at deltakelsen er passiv. Et eksempel hvor fastlegen derimot har en mer bevisst og aktiv rolle, er i samarbeidet om sykemeldte i Larvik (1234 Ferskvare).

Vi antok at faktorer som befolkningsstørrelse, avstand til sykehus, og hvorvidt fastlegene har driftstilskudd eller er ansatt i kommunen, påvirker innretningen av samarbeidsmodellene.

To til tre av samarbeidsmodellene som er presentert, forutsetter at fastlegene som er involvert er ansatt i kommunen. For det første gjelder dette interkommunal legetjeneste med hovedkontor og utekontor. En slik modell ville ikke kunne fungere uten kommunalt tilsatte fastleger. Dette fordi modellen innebærer at kommunene betaler både for

transporten og går god for at arbeidstiden kan brukes til å reise til og fra utekontorene (ikke mulig med inntjening gjennom takster for en fastlege i denne tiden), og fastlegene får også lønnstillegg for å betjene utekontorene. En modell med en legedrevet sykestue, forutsetter også en kommunalt ansatt fastlege som sykestuelege. Det å ta ansvar for det faglig-administrative og strategiske arbeidet i utvikling og styring av sykestuene, krever engasjement utover å ta medisinsk-faglige ansvar fra dag til dag. Likeledes vil vi anta at det er en fordel, men ikke en forutsetning, at fastlegen i modellen med styrket sykestuefunksjon, er kommunalt ansatt.

Befolkningsstørrelse, bosettingsmønster og avstand til sykehus er faktorer som betyr mye spesielt når det gjelder akuttmedisinske modeller. For fire av de fem akuttmedisinske modellene vi presenterer, er lang reiseavstand til sykehus en sentral rammebetingelse for utforming av samarbeidsmodellene; det er et stort behov for gode og til dels avanserte akuttmedisinske tjenester når man befinner seg langt fra nærmeste sykehus, om det er modeller for teamtrening, eller om det er en modell som innebærer litt mer avanserte tilleggstjenester enn en gjennomsnittlig legevakt. VAKe er en telemedisinsk modell som i en tid har vært prøvd ut. Få kommuner har tatt det i bruk, til tross for at utstyret er på plass. Det er utfordringer med å få lokalsykehusene til å ta imot slike konferanser.

For et interkommunalt ambulerende kreftteam er også befolkningsstørrelsen, med fire relativt små kommuner som samarbeider, en forutsetning for at samarbeidsmodellen ble som den ble; kommunene ønsker å slå sammen ressurser og lage et større fagmiljø sammen. Samtidig er avstandene en utfordring, og det er foreløpig uklart hvordan man praktisk sett skal håndtere dette.

5 Referanser

Abelsen B, Gaski M. Samfunnsøkonomisk analyse av diabetesbehandlingen i Alta kommune. Rapport nr. 4/2011. Alta: Norut Alta, 2011.

Biernacki P, Waldorf D. Snowball sampling: Problems and techniques of chain referral sampling. Sociological Methods & Research, 1981, 10:2, 141-163.

Bjørner T. Det vanskelige sykmeldingsarbeidet. Tidsskriftet for den norske legeforening, 2013, 133:6.

Brandstorp H, Kirkengen AL, Halvorsen PA, Sterud B, Haugland B. Training interaction in primary care emergency teams: the role of the patient. The International Journal of Person Centered Medicine, 2012; 2:4, 656-663.

http://www.nsdms.no/filarkiv/File/Artikler/Team_training_the_role_of_the_patient.pdf

Feltkode endret

Brandstorp H et al. 2013: Exploring leadership practice as interaction in primary care emergency team training (Artikkel under arbeid).

Eggesvik J. Diabetesteam i primærhelsetjenesten. Et prosjekt i programmet HELSE OG ULIKHET. Vadsø: Fylkeslegen i Finnmark, 1995.

Eikeland OJ, Hansen EH, Tønsaker S, Hunskaar S. Vaktårnprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport for 2011. Rapport nr. 4-2012. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research 2012.

Forskrift om fastlegeordning i kommunene. Forskrift av 2012-08-29 nr.824 til helse- og omsorgstjenesteloven og helsepersonelloven.

Gausdal M, Michelet M. Demensteam – oppgaver og utfordringer. En undersøkelse av demensteam og demenskoordinatorers rolle i norsk demensomsorg i 2011. Helse og omsorgsdepartementet og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. 2011.

<http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?itemID=3186>

Feltkode endret

George AL, Bennett A. Case studies and theory development in the social sciences. Cambridge, Massachusetts: The Belfer Center for Science and International Affairs, John F. Kennedy School of Government, Harvard University, 2004.

Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Hva påvirker allmennlegenes kontraktsvalg og flytteplaner? Tidsskrift for den norske legeforening, 2000, 120: 3134-3139.

Hansen GV, Ramsdal H. Forpliktende samhandling om psykisk helse på Romerike («Romeriksprosjektet»). Underveisevaluering. Halden: Høgskolen i Østfold, oppdragsrapport 2012:2.

Helgesen MK, Hofstad H. Regionalt og lokalt folkehelsearbeid: Ressurser, organisering og koordinering. En baselineundersøkelse. Oslo: NIBR-rapport 2012:13, 2012.
<http://www.nibr.no/filer/2012-13.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet 2005. Forskrift til krav om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Hilpüsch F, Parschat P, Fenes S, Aaraas IJ, Gilbert M. Pleie- og omsorgspersonell i akuttmedisinske team. Tidsskrift for den norske legeforening 2011; 131: 28-31.
<http://tidsskriftet.no/pdf/pdf2011/28-31.pdf>

Kallings, LV. Fysisk aktivitet på recept i Norden - erfaringer og anbefalinger. Nordisk Nettverk for Fysisk Aktivitet, Mat og Sunnhet. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, 2010.

Keast R, Brown K, & Mandell M. 2007, "Getting The Right Mix: Unpacking Integration Meanings and Strategies", International Public Management Journal, 10:1; 9-33.

Kehlet K, 2009. Senja – Norges første helsekommune. Utposten nr. 3, 2009
<http://www.utposten-stiftelsen.no/LinkClick.aspx?fileticket=PYEQQLNoXis%3d&tabid=480&mid=1119>.

Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven), Prop. 90 L (2010-2011).

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, Prop 91 L (2010-2011).

Meld. St. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

Meld. St. 15 (2012-2013) Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner.

Meld. St. 34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen.

Narum AB, Romøren TI. Vi har ingen tradisjon for geriatri. Førstelinetjenestens vurdering av bruk og nytte av Geriatrik team i Nord-Trøndelag. Nasjonalt geriatriprogram rapport nr. 1/2000. Oslo: Sosial- og helsedepartementet/Statens helsetilsyn, 2000.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. ...er hjelpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr. 1-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009.

Nordby E. Evaluering av legetjenester i Senjalegen. Lenvik kommune, 2012.
[http://www.nsdmm.no/filarkiv/File/Eksterne_rapporter/Evaluering_av_legetjenester_i_Senja/egen\(1\).pdf](http://www.nsdmm.no/filarkiv/File/Eksterne_rapporter/Evaluering_av_legetjenester_i_Senja/egen(1).pdf)

Olsen TS, Jentoft N. Tillitsprosjektet: innovasjon ved bruk av 365 egenmeldingsdager. FoU-rapport 2/2012. Kristiansand: Universitetet i Agder, Agderforskning: 2012.
www.agderforskning.no/reports/fou02_2012_tillitsprosjektet.pdf.

Olsen T, Gjertsen H. Mellom barken og veden? Evaluering av sykestueprosjektet i Finnmark. Bodø: Nordlandsforskning rapport nr 13/2011.

Ose SO, Dyrstad K, Brattlid I, Slettebak R, Jensberg H, Mandal R, Lippestad J, Pettersen I. Oppfølging av sykemeldte – fungerer dagens regime? Trondheim, SINTEF rapport 2013.

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

Ranheim T, Flottorp S, Austvoll-Dahlgren A, Johansen M. Effekter av tverrfaglige ambulante team for pasienter med kroniske sykdommer. Rapport Nr 7-2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010.

Ronge K. Flere sykehjemsplasser løser ikke problemet. Tidsskrift for den norske legeforening 2002; 122:655.

Sellæg WF. Områdegeriatriske team – en modell for forpliktende samhandling mellom sykehjem og sykehus. Tidsskrift for den norske legeforening 2005; 125: 1019-1021.

Weber M. Makt og byråkrati. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1982.

6 Vedlegg: Intervjuguide

Intervjuguiden er et felles utgangspunkt for kartlegging av samarbeidsmodeller på alle nivå. Vi antar at den konteksten samarbeidet mellom helseforetak og fastlege foregår i, har betydning både for etableringen av samarbeidet, innholdet i det og resultatet av det. Vi vil derfor kartlegge noe bakgrunnsinformasjon.

Bakgrunnsinformasjon/kontekst

1. Kommunestørrelse (små eller store kommuner; antall innbyggere)
2. Kommunen(e)s geografiske beliggenhet (hvor lang reisetid til nærmeste sykehus)
3. Kommunale eller private legekontor

Videre går vi inn på selve samarbeidet og kartlegger motivasjon, utløsningsmekanismer og samarbeidsstrategier.

Hvordan koordineres samarbeidet?

4. Hvorfor samarbeide (hva er motivet)?
 - Med hensyn til gevinster av samarbeidet: Finnes forventninger om at alle parter i samarbeidet skal høste gevinster av samarbeidet?
5. Hva utløser samarbeidet (hva er bakgrunn for samarbeidet/årsaker til at det oppstod)?
 - Samarbeid foregår f eks rundt en styringsoppgave eller et interessefelt eller en utfordring. Kan vi dele samarbeidsmodellen inn i faser, med ulike deltakere, saker og arenaer?
6. Samarbeidsstrategier - hvordan foregår samarbeidet, hvilke tilpasninger og løsninger? Dette kan operasjonaliseres slik, avhengig av case:
 - Roller/ansvarsfordeling: spesielt om hva som er kommunelegens og ev. fastlegers rolle?
 - Formalisering av rutiner?
 - Finnes det nedskrevne retningslinjer for dette samarbeidet?
 - Antall samarbeidspartnere (få eller mange, enkelt eller komplekst)?
 - Hvor mye tid (f eks hver uke eller måned) avsatt til samarbeid?
 - Brukes det støttefunksjoner, som teknologi/telemedisin i samarbeidet?
 - Hvilke informasjonskanaler benyttes i samarbeidsmodellen?
 - Hvilke kommunikasjonskanaler benyttes i samarbeidsmodellen?
 - Legestyrte, kommunestyrt eller eventuelt foretaksstyrt samarbeid?
 - Kunnskap om hverandres rutiner og arbeidsmåter; grad av felles kunnskapsgrunnlag på tvers av de som samarbeider?
 - Byr samarbeidet/koordineringen på spesielle utfordringer (konfliktstoff?)