

KS FoU

Kommunal legetjeneste – kan den ledes?

Rapport

Februar 2016

Oppdragsgiver: KS
Rapportnr.: R9010
Rapportens tittel: Kommunal legetjeneste – kan den ledes?
Ansvarlig konsulent: Svein Lyngroth
Kvalitetssikret av: Per Schanche
Dato: Februar 2016

Innhold

1	BAKGRUNN OG SAMMENDRAG	7
1.1	BAKGRUNN	7
1.2	DAGENS LEDELSE AV KURATIV LEGETJENESTE	7
1.3	KOMMUNENES VIRKEMIDLER TIL LEDELSE AV LEGETJENESTEN	8
1.4	BEHOV FOR ENDRING I VIRKEMIDDELAPPARATET	10
1.5	FAST ANSATTE FASTLEGER	11
1.6	KOMMUNAL LEGETJENESTE – KAN DEN LEDES?	12
2	BAKGRUNN, METODE OG INNLEDENDE PERSPEKTIVER	14
2.1	BAKGRUNN FOR ARBEIDET	14
2.2	METODISK TILNÆRMING	14
2.3	UTVALGET AV KOMMUNER	15
2.4	UTVALGSKOMMUNENE	17
2.5	KURATIV LEGETJENESTE, AKTØRER, SAMARBEID OG PASIENTKATEGORIER	20
2.6	JURIDISKE OG ØKONOMISKE FORHOLD OG VIRKEMIDLER	21
2.7	LEDELSE OG STYRING	21
3	GJENNOMGANG AV KVALITATIVE FUNN	24
3.1	INNLEDNING	24
3.2	DAGENS LEDELSE AV KURATIV LEGETJENESTE	24
3.2.1	Informantenes kvantitative svar	24
3.2.2	Informantenes kvalitative svar og vurderinger	25
3.3	KOMMUNENES VIRKEMIDLER TIL LEDELSE AV LEGETJENESTEN	28
3.3.1	Informantenes kvantitative svar	28
3.3.2	Informantenes kvalitative svar og vurderinger	29
3.4	BEHOV FOR ENDRING I VIRKEMIDDELAPPARATET	33
3.4.1	Informantenes kvantitative svar	33
3.4.2	Informantenes kvalitative svar og vurderinger	34
3.5	FAST ANSATTE FASTLEGER	39
3.5.1	Informantenes kvantitative svar	39
3.5.2	Informantenes kvalitative svar og vurderinger	41
3.6	AVTALER MED NÆRINGSDRIVENDE LEGER	43
3.6.1	Informantenes kvalitative svar og vurderinger	43
3.7	FASTLEGENES DELAKTIGHET I LEDEVAKT	44
3.7.1	Informantenes kvalitative svar og vurderinger	44
3.8	LEDELSE AV LEGETJENESTEN – PERSPEKTIVER FRA TO KOMMUNEOVERLEGER	45
3.8.1	Porsgrunn kommune	45
3.8.2	Meland kommune	47
4	KOMMUNAL LEGETJENESTE – KAN DEN LEDES?	49

Vedlegg	Intervjuguide
	Ledelse av kurativ legetjeneste i Finland
	Plan for legetjenester i Porsgrunn

Forord

FoU-prosjektet har hatt som målsetting å vurdere om kurativ legetjeneste i kommunene kan ledes. I rapporten presenterer vi funn fra hvordan 15 kommuner vurderer problemstillingen og analyser tilknyttet disse. Totalt er det intervjuet 134 informanter, hvorav de fleste kommer fra kommunene. Det er også gjennomført studiebesøk i Finland. Vi har også intervjuet representanter fra berørte fagorganisasjoner, direktorater mv. Datagrunnlaget i rapporten er hentet fra dokumentstudier, spørreundersøkelser og dybdeintervjuer i kommuner.

Vi vil takke alle som har bidratt med beskrivelser, vurderinger og perspektiver, både ved å stille opp i samtaler, fremskaffe skriftlig dokumentasjon og gi innspill underveis i prosessen. Samtidig vil vi presisere at rapporten helt og holdent står for vår regning.

Arbeidet har vært utført av Finn Arthur Forstrøm, Hans Knut Otterstad, Rune Holbæk og Svein Lyngroth. Sistnevnte har vært prosjektleder. Per Schanche har vært kvalitetssikrer.

Stabekk, februar 2016

Agenda Kaupang AS

1 Bakgrunn og sammendrag

1.1 Bakgrunn

FoU-prosjektet har hatt som målsetting å vurdere om kurativ legetjeneste i kommunene kan ledes. Endringer innen helse- og omsorgstjenestene gir kommunene et behov for å lede legetjenesten i en retning som er ønskelig for det kommunale tjenestetilbudet. Erfaringsmessig er dette krevende i mange kommuner.

Et overordnet mål for dette FoU-prosjektet, har derfor vært å kartlegge og analysere i hvilken grad kommunenes handlingsrom for å utøve god ledelse av sin legetjeneste er tilstrekkelig, og hvorvidt kommunene benytter seg av dette handlingsrommet.

Problemstillingene KS ønsker å få belyst, er:

- Hvordan leder kommunene legetjenesten, hvem er legenes administrative leder og hvor i organisasjonen er dette forankret? Hvordan forankres ledelse av legetjenesten inn mot politisk og administrativ ledelse i kommunen?
- Hvilke virkemidler har kommunene tilgjengelig til å lede legetjenesten, og hvordan tar de i bruk dette? Har kommunene tilstrekkelig handlingsrom for å lede legetjenesten i ønsket retning?
- Hvordan ønsker kommunene at ledelsen av legetjenesten skal foregå, og ser kommunene behov for endringer av virkemiddelapparatet for å kunne lede tjenestene i ønsket retning?
- Enkelte kommuner ansetter fastleger på fastlønn. Hva er årsaken til dette, hvilke ledelsesmuligheter/-begrensninger gir dette, og hvilke resultater (positive og negative) oppnår kommunene ved å fastsette, fremfor å bruke fastlegeavtaler?

I dette kapitlet oppsummerer vi de viktigste funnene fra den kvalitative undersøkelsen knyttet til ledelse av kurativ legetjeneste i kommunene. Det er undersøkt hvordan ledelse av legene praktiseres i 15 utvalgskommuner, og det er totalt intervjuet 134 informanter, hvorav flere er leger.

For å svare ut spørsmålet knyttet til ledelse av legene, er både ledelse og styring viktige perspektiver. I rapporten avgrensner vi begrepet *ledelse* til å være samspillet mellom leder og medarbeidere, og *styring* til å være det som kan kalles indirekte ledelse, det vil si å styre atferd gjennom systemer og regler.

Sentrale og lokale avtaler samlet sett gir rimelig gode muligheter for ledelse av fastlegetjenesten i kommunen: ASA 4310, SFS 2305, helse- og omsorgstjenesteloven, helsepersonelloven, fastlegeforskriften og individuelle avtaler om fastlegetjeneste. Regelverk er imidlertid ikke et tilstrekkelig virkemiddel alene. Det må også bygges en kultur for samhandling og gjensidig respekt mellom leder av den kommunale legetjenesten og den enkelte lege.

Hovedinntrykket i denne utredningen er at utvalgskommunene i liten grad benytter seg av dagens tilgjengelige virkemidler og handlingsrom for å utøve god ledelse av sin legetjeneste. Samtidig er kommunenes handlingsrom i styringen av fastlegene noe begrenset. I de følgende underpunktene vil vi belyse hovedårsakene til dette.

1.2 Dagens ledelse av kurativ legetjeneste

Det er store forskjeller mellom kommunene når det gjelder organisering, oversikt, oppfølgingsregimer mv. av legene. Det er et gjennomgående funn at ledelse av legetjenesten ikke prioriteres på samme måte som andre store helse- og omsorgstjenester i utvalgskommunene.

Sentralt i forståelsen av hvordan kommunene ønsker at legetjenesten skal ledes, er faktorer knyttet til ledelsesfokus hos ledere med ansvar for å følge opp legetjenesten. I denne sammenheng er

kommuneoverlegens posisjon og legenes rolleforståelse av stor betydning. Det er et krav til legeyrket om å møte akutte og livsviktige behov hos pasientene. I den sammenheng er kravet om at ledelsen skal forstå legenes arbeidshverdag viktig for mange leger.

I all hovedsak har kommunene skilt mellom administrativ og faglig ledelse og styring av legetjenesten. Rollene som kommunalsjef og kommuneoverlege er ofte knyttet til henholdsvis administrativ og faglig ledelse. Vårt utvalg av kommuner er bevisst dette skillet.

Kommuneoverlegens rolle og myndighet fremstår som sentral i den faglige ledelsen av legetjenesten. Et viktig funn er at denne rollen må prioriteres både faglig og ressursmessig for å følge opp og å lede legetjenesten i ønsket retning. I flere store bykommuner arbeider kommuneoverlegen(e) på deltid, og i enkelte av utvalgskommunene er det en kombinert stilling som næringsdrivende fastlege og kommuneoverlege. Resultatet er at kommuneoverlegene kan ha flere interesser, når fastlegene forhandler med kommunen om ulike prioriteringer og økonomiske spørsmål. Dette bidrar trolig ikke til noen god forvaltningskultur i helsesektoren.

Et viktig funn her er at kommuneoverlegestillingene, sammen med resten av lederskapet for helsetjenesten, er betydelig underdimensjonert for å kunne ha en proaktiv rolle i ledelsen av legene. Det er satt av for lite ressurser til ledelse og oppfølging av fastlegene i kommunene.

Nesten alle kommunene i utvalget har en leder på fulltid til ledelse av en avdeling innen pleie- og omsorgstjenestene, hvor det er mer enn 15–20 årsverk. Samtidig er det et fåtall av utvalgs-kommunene som har tilsvarende ressurser, i form av kommuneoverlege eller tilsvarende for oppfølging og ledelse av fastlegene. Dette gjelder spesielt i større bykommuner med næringsdrivende leger og «selvstyrte» legesentre.

Informantene gir uttrykk for at kommuneoverlegefunksjonen er sentral for å sikre kommunens samfunnsmedisinske perspektiv i alle sektorer med fokus på befolkningens helsetilstand, men kartleggingen viser samtidig at denne rollen fremstår som vag – og kan i enkelte av våre utvalgskommuner nesten fremstå som helt forvitret. Prioriteringen av ressurser til den medisinsk-faglige ledelsen av legene er også kritisk, med tanke på fokuset og utviklingen av det forbyggende helsearbeidet i kommunene.

De viktigste funnene knyttet til dagens ledelse av kurativ legetjeneste er som følger:

- Det er store forskjeller mellom kommuner når det gjelder organisering, oversikt over styringsdata, oppfølgingsregimer mv. av legene.
- Administrativ og faglig ledelse av legetjenesten er i all hovedsak delt mellom kommunalsjef og kommuneoverlege.
- Ledelse av legetjenesten prioriteres ikke på samme måte som andre deler av helse- og omsorgstjenesten i kommunene.
- Antall innbyggere pr. årsverk brukt til kommuneoverlegefunksjonen varierer betydelig i utvalget, fra 7 169 for en av de minste kommunene, til 55 274 i en av de største kommunene.
- Kommuneoverlegens rolle, rolleforståelse og myndighet er viktig i den helhetlige ledelsen av legetjenesten. Kommuneoverlegerollen må prioriteres både faglig og ressursmessig, og kommunene bør sikre en felles og integrert ledelsesmessig forståelse mellom kommuneledelsen og kommuneoverlegen.

1.3 Kommunenes virkemidler til ledelse av legetjenesten

Kommuner med en helhetlig plan og styring av fastlegene og legesentrene, har en bedre felles forståelse og samordning av legenes arbeid opp mot kommunens og innbyggernes behov. Samarbeidet kan med andre ord styrkes med en plan for legetjenesten som rulleres regelmessig.

Det er imidlertid nesten ingen av kommunene som har en slik plan. Ledelsen i de undersøkte kommunene samarbeider i liten grad med legene om strategi og prioriteringer for legetjenesten.

Det er kun noen få av utvalgskommunene som samler inn aktuell styringsinformasjon knyttet til fastlegenes arbeid. Eksempler på slik styringsinformasjon er åpningstider på legekontor, telefontilgjengelighet og ventetid på telefon samt fastlegenes deltakelse i legevakt mv. Det kan altså virke som om utvalgskommunene har begrenset kompetanse over hvilken styringsinformasjon de trenger, og bruker lite ressurser på å fremskaffe informasjonen. Svært få kommuner rapporterer systematisk om grunnleggende og viktig styringsinformasjon. Resultatet er at de fleste av utvalgskommunene mangler grunnlagsdata, og dermed ikke har mulighet til å bruke disse til å utvikle tjenesten i ønsket retning.

Ifølge fastlegeavtalen kan fastlege i fulltidspraksis pålegges å delta inntil 7,5 timer pr. uke (tilsvarende 20% stilling) i andre allmennlegeoppgaver i kommunen, for eksempel i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, sykehjem og fengsler. De minste kommunene i utvalget benytter 7,5 timers «tilpliktingsmuligheten» i høy grad. Vår gjennomgang tyder på at dette gir en bedret integrering av fastlegene, og gir legene en bedreforståelse av helheten i det kommunale helse- og omsorgstilbudet. De største kommunene i utvalget opplever ofte at «tilpliktingsmuligheten» medfører mange små stillinger og et fragmentert tjenestetilbud. Resultatet er at flere av de større kommunene i utvalget ønsker å samle små stillinger (20% og mindre) til større stillinger, som eksempelvis fast ansatt sykehjemslege og helsestasjonslege.

Flere informanter har foreslått at timene som kan avsettes til kommunalt arbeid utenom det kurative arbeidet, med fordel kan benyttes til samarbeidsmøter, planleggingsmøter mv. Dette kan være et godt tiltak for å sikre nødvendig dialog og samarbeid. Samtidig er det fremhevet at kommunene må planlegge og styre dette. Slike møter kan fort bli dyre dersom en skal frikjøpe mange leger.

Flere av våre informanter fremhever at takstsystemet styrer en betydelig del av arbeidsprioriteringen til de næringsdrivende legene. Resultatet kan være at fastlegenes kurative virksomhet prioriteres foran samfunnsmedisinsk og forbyggende arbeid, dialog og samhandling. Samtidig viser undersøkelsen at det er en gjennomgående lav kompetanse om takstsystemets virkninger i kommunenes administrative ledelse.

I alle utvalgskommunene gjennomføres de lovpålagte samarbeidsutvalgene mellom kommunens ledelse og fastlegene (SAMU). Det er gjennomgående lav deltakelse i allmennlegeutvalgene (ALU), og kommunene følger opp legenes møteplikt, som er beskrevet i fastlegeavtalen, i svært liten grad. Samarbeidsutvalgene er trolig avgjørende som fundament for godt samarbeid, men det er svært variabelt hvordan møtene planlegges og følges opp i kommunene. Våre funn tyder på at et godt samspill mellom SAMU og ALU, kan være et viktig suksesskriterium for å få på plass en integrert ledelse av kurativ legetjeneste i kommunene.

De viktigste funnene knyttet til kommunenes virkemidler til ledelse av legetjenesten er som følger:

- Nødvendig styringsinformasjon fra legepraksis og legesentre gir mulighet for en presis dialog, og bør samles inn årlig. De fleste kommunene har imidlertid verken kapasitet eller kompetanse til å bruke slik styringsinformasjon for å sikre et forsvarlig allmennlegetilbud og faglig utvikling av allmennlegetjenesten.
- Mange informanter fremhever at takstsystemet styrer mye av næringsdrivende fastlegers arbeidsprioritering.
- Flere kommuner framhever at legenes disponible timer til andre allmennlegeoppgaver i kommunen, med fordel kan benyttes til oppgaver som samarbeidsmøter, planleggingsmøter mv. Dette kan være et velegnet tiltak for å sikre nødvendig dialog og samarbeid, men det må planlegges nøye, slik at kostnadene knyttet til denne typen «frikjøp» gjenspeiler nytten med møtene.

- Samarbeidsutvalgene må prioriteres og benyttes i arbeidet for å sikre at driften av allmennlegetjenesten skjer på en god måte for alle parter. Kommunene bør aktivt benytte, planlegge og lede møtene for å sikre strategisk oppfølging av legetjenesten.
- Allmennlegeutvalgene bør prioriteres av legene. Kommunene bør følge opp møteplikten til fastlegene og deres deltakelse i møtene. Et godt samspill mellom allmennlegeutvalgene og samarbeidsutvalget er et viktig suksesskriterium i ledelsen av den kurative legetjenesten.
- Kommunene bør utarbeide en plan for legetjenesten for å sikre riktig dimensjonering av tjenestene, synliggjøre hvordan kommunen kan bidra til å styrke styringen og trekke opp retningslinjer for forbedrings- og utviklingsarbeidet i legetjenesten. Planen bør ha fokus på tiltak for å møte framtidige utfordringer i helsetjenesten, og rulleres regelmessig.

1.4 Behov for endring i virkemiddelapparatet

Resultater fra vår undersøkelse viser at størrelsen på kommunen og tilsetningsforholdet fastlegene har til kommunen, er avgjørende for hvordan kommunens ledelse følger opp legene. I mindre kommuner foregår den daglige dialogen på en mer naturlig måte. Dette henger sammen med at kommunene har færre leger å forholde seg til og ofte kun ett, eller et fåtall legesentre.

Legesentrene er i de mindre kommunene ofte lokalisert i nær tilknytning til administrasjonen innen helse- og omsorgstjenestene med kommunalt tilsatt støttepersonell, og kjennskapet til hverandre er stor. Eksempelvis er hjemmetjenestens brukere ofte knyttet til en eller to av fastlegene. Enkelte av de minste kommunene i vårt utvalg opplyser at det kan være rekrutteringsutfordringer på legesiden. Utfordringer med rekruttering av fastleger kan gi enkelte kommuner et begrenset handlingsrom i ledelse og styring av fastlegene, og medfører ofte behov for spesielle avtaler og tilpasninger.

I større kommuner er det langt større avstand mellom kommunens administrasjon og ledelse knyttet til helse- og omsorgstjenestene, og de ulike legekantorene. Her er det også et langt større innslag av næringsdrift blant legene, som i stor grad er organisert i legesentre. Den daglige kommunikasjonen og samhandlingen fungerer på en annen måte her, enn i de mindre kommunene. En fastlege vil eksempelvis ofte ha pasienter på listen som sokner til flere av hjemmetjeneste-distriktene i kommunen. Dermed får disse legene langt flere fagpersoner å forholde seg til, og samarbeidet blir ikke så nært som det gjerne blir i mindre kommuner, med andre type relasjoner og organisering av tilbudet.

Mye tyder på at det i de store kommunene er nødvendig med mer «kontraktstyring» av legene. Det vil si at det oppstår et behov for mer formell og systematisk oppfølging av samarbeidet om felles pasienter. De store kommunene rapporterer om en lav grad av tilgjengelig styringsinformasjon og manglende oppfølgingsrutiner mv. av legetjenesten. Konsekvensen av dette er at det er størst behov for å styrke oppfølgingen og styringen av legene i de større kommunene.

I flere av utvalgskommunene er det et ønske fra mange av informantene om flere virkemidler i oppfølgingen av fastlegene. Oversikt og kjennskap til lovverk og sentrale føringer, registrering av data til styrings- og kvalitetsformål, god dialog og systematisk oppfølging av legene, vil trolig svare ut deler av dette behovet.

Sanksjoner som å holde tilbake basistilskuddet og å si opp fastlegeavtalen, oppleves som negative og dramatiske virkemidler. Samtidig er det få av utvalgskommunene som oppgir at de benytter advarsler som et virkemiddel i oppfølgingen og ledelsen av legene. Dette kan henge sammen med at et fåtall av utvalgskommunene har et etablert avvikssystem som gjør det mulig å få oversikt over tilfeller som kan medføre advarsel. Når det gjelder faglige vurderinger av fastlegenes praksis og oppfølging av fastlegene, er det i stor grad Fylkeslegen som utfører dette gjennom tilsyn. Kommunene opplyser at de har minimal informasjon om gjennomføringen av slike tilsyn før det blir konkludert fra Fylkeslegen.

Flere av informantene har opplyst at listelengden kan være avgjørende for fastlegens mulighet for samarbeid. For mange pasienter på listen til en fastlege, kan medføre at det blir mindre tid for fastlegene til å følge opp øvrige kommunale oppgaver, og dermed vanskeligere å samkjøre legene med øvrige kommunale tjenester. Samtidig er det få av kommunene som har en eksakt avgrensning av det de mener er en riktig listelengde. Enkelte kommuner peker på at gjennomsnittlig listelengde på landsbasis (om lag 1130 pasienter) kan være en riktig målestokk.

De viktigste anbefalingene om endringer i virkemiddelapparatet er som følger:

- Kommunene bør samarbeide med legene om utvikling av strategier og prioriteringer for legearbeidet, slik at det samsvarer med kommunenes mål for tjenestene. Dette bør synliggjøres i en egen kommunal plan for legetjenesten.
- Dagens virkemidler for oppfølging av legetjenesten oppleves å være krevende å håndtere i flere kommuner. Det er et ønske fra flere kommuner, om flere og mer positive virkemidler i ledelse av fastlegene. Samtidig er det et fåtall av kommunene som etterspør systematisk informasjon og benytter et avvikssystem i oppfølgingen av fastlegene.
- Sanksjoner som å holde tilbake basistilskuddet og å si opp fastlegeavtalen, oppleves som et dramatisk virkemiddel, og benyttes nesten aldri.
- I rammeavtalen mellom KS og Den norske legeforening om allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunene, fremkommer det at kommunen kan kreve at legen avgir grunnlagsdata som er nødvendig for kommunens planlegging og administrasjon av helsetjenesten. Kommunen og fastlegen skal samarbeide om rapporteringskravene. I denne avtalen er det rom for tolkning, og pålegget er en ikke iverksatt paragraf i fastlegeforskriften.
- Departementet bør sørge for at § 29 i fastlegeforskriften¹, om krav til rapportering, trer i kraft. Dette innebærer at kommunene kan pålegge at fastlegen avgir nødvendige data til styrings- og kvalitetsformål for å ivareta myndighetenes ansvar for et forsvarlig allmennlegetilbud og faglig utvikling av allmennlegetjenesten.
- De minste kommunene i utvalget benytter i høy grad 7,5 timers «tilplikting» av offentlige legeoppgaver. Vår kartlegging viser at dette gir en bedret integrering av fastlegene, og det gir legene en bedret forståelse av helheten i tilbudet i disse kommunene.
- De største kommunene i utvalget opplever at «tilplikting» av offentlige legeoppgaver medfører mange små stillinger og et fragmentert tjenestetilbud. Flere større kommuner i utvalget ønsker å samle små stillinger (20%) til større stillinger, som eksempelvis fast ansatt sykehjemslege og helsestasjonslege.
- Listelengden kan være avgjørende for fastlegens mulighet for samarbeid. For lange lister kan medføre at legene får for lite tid å samarbeide godt med de øvrige kommunale tjenestene om felles pasienter.

1.5 Fast ansatte fastleger

KS har ønsket å få belyst hva som er årsaken til at enkelte kommuner ansetter fastleger på fastlønn, og hvilke ledelsesmuligheter/-begrensninger dette gir. I enkelte kommuner kan rekrutteringsutfordringer på legesiden gi kommunene begrenset handlingsrom i ledelse og styring av legene, og det kan skape behov for spesielle avtaler/tilpasninger. Vi har i utvalget vårt ikke tatt med kommuner hvor dette er en bevisst forutsetning i rekrutteringsprosessen.

¹ Forskrift om fastlegeordning i kommunene § 29, Krav til rapportering: «Fastlegen skal avgi nødvendige data til styrings- og kvalitetsformål for å ivareta myndighetenes ansvar for et forsvarlig allmennlegetilbud og faglig utvikling av allmennlegetjenesten. Staten, eller kommunen i samarbeid med fastlegen, fastsetter hvilke data som skal avgis. De alminnelige regler om taushetsplikt gjelder ved utlevering av opplysninger etter første ledd». (Trer i kraft når dep bestemmer)

Vår gjennomgang tyder på at kommuner med en høy andel fast ansatte fastleger, gir større grad av integrering og en enklere «linjestyring» av legene. Samtidig har vår gjennomgang vist at det ikke er en selvfølge at disse kommunene benytter seg av styringsmuligheten som ligger i ansettelsesforholdet.

Kommuner med en høy andel fast ansatte fastleger, har jevnt over en høyere andel ressurser avsatt til kommuneoverlegefunksjonen. Samtidig viser intervjuene at i de samme kommunene har kommuneoverlegen et dedikert forhold til ledelse og styring av legetjenesten. Kommunens tilfredshet med ledelse av legetjenesten er størst i utvalgskommunene med en høy andel fast ansatte fastleger. I prosjektet er det gjennomført et studiebesøk til Finland. Mye tyder på at ledelse av «primærlegene» i Finland har likhetstrekk med norske kommuner med en høy andel fast ansatte fastleger.²

De viktigste funnene i utvalgskommunene knyttet til valg av fastlønn til leger er som følger:

- Fast ansatte fastleger gir mulighet for integrering av legene i kommuneorganisasjonen og bedre muligheter for styring av legene gjennom «linjeledelsen».
- Kommunene som har etablert ordningen med fastlønn for kurativ legetjeneste, og hvor dette ikke er gjort som en del av rekrutteringsarbeidet, har etablert ordningen for å sikre et integrert og helhetlig arbeid mellom fastlegens arbeid og de øvrige kommunale tjenestene.
- Det er ikke en selvfølge at kommuner som har en høy grad av leger på fastlønn, benytter seg av styringsmuligheten.
- Bruk av fastlønn opplyses å være et mulig virkemiddel for enkelte kommuner for å hjelpe leger til å kunne starte opp en ny praksis som fastlege.

1.6 Kommunal legetjeneste – kan den ledes?

Umiddelbart kan det være fristende å svare nei på spørsmålet om det er mulig å lede legetjenesten, sett i lys av funnene i utvalgskommunene. I tillegg er det populært å hevde at det er umulig å styre og lede legene. Et slikt svar er imidlertid defensivt og lite proaktivt. Vårt svar er derfor at det er mulig å styre og lede den kommunale legetjenesten, men det handler til en viss grad om at legene selv vil la seg lede.

Samhandlingsreformen har tydeliggjort behovet for et langt tettere samarbeid mellom fastlege, kommune og spesialisthelsetjenesten. Samtidig er oppgavene tillagt fastlegene i endring, som en konsekvens av nye statlige føringer. Fastlegen får en stadig mer sentral rolle.

Denne undersøkelsen har vist at kommunene i dag leder og styrer legetjenesten i liten grad. Dette skyldes lav bevissthet om hvordan legetjenestene kan styres, og lite tid og ressurser avsatt hos den kommunale ledelsen til denne oppgaven.

Dersom kommunene skal lykkes i å lede den kommunale legetjenesten, må de sørge for at det avsettes tilstrekkelig ressurser til ledelse, og prioritere hva som må gjøres i oppfølgingen av den enkelte lege. I dette arbeidet er utarbeidelse av en plan og strategier for styring og ledelse av legene viktig. Dette bør gjøres i nært samarbeid med legene i kommunen og de formelle samarbeidsorganene SAMU og ALU.

Intervjuene viser at kommunenes forventninger til fastlegeordningen er at det i «per capita-tilskuddet» ligger rammer for fortløpende dialog og samhandling om pasienter, mellom kommunens ansatte og legene. Ansatte i kommunene opplever det som problematisk, dersom legen krever ekstra lønnskompensasjon for denne typen arbeid. Informantene fremhever samtidig at avklaring av hva det er behov for av samarbeidsmøter, dialog og samhandling, i stor grad bestemmes av

² Se vedlegg 2, Ledelse av kurativ legetjeneste i Finland

legen. De informantene som tar opp dette problemet, mener legen har for stor makt i avgjørelsen av disse spørsmålene. Kommunens reelle styring av de næringsdrivende legene på dette området oppleves å være svak.

Kommunene bør systematisk og regelmessig samle inn aktuell styringsdata og informasjon fra fastlegene/fastlegekontorene. Dette vil gi kommunene en oversikt over hvordan den kurative legetjenesten fungerer og utvikler seg i kommunen. Hvilken informasjon som skal rapporteres, bør avgjøres i dialog mellom kommunens ledelse og fastlegene. Samtidig bør rapporteringen gjøres på en måte som ikke medfører mye ekstra arbeid for fastlegene/fastlegekontorene. Dersom departementet sørger for at § 29 i fastlegeforskriften trer i kraft, vil det bli langt enklere for kommunene å få til en tilpasset rapportering av styringsinformasjon. Videre bør KS og Den norske legeforening utarbeide en veileder knyttet til styring og ledelse av legene, inkludert rapportering av styringsinformasjon.

Kommunestørrelse, kommuneledelsens prioriteringer, kommuneoverlegens rolle og funksjon, andel av fastlegene som er næringsdrivende, er særtrekk som har betydning for hvordan ledelsen bør tilpasses og legges opp i de ulike kommunene. Holdninger og innstillinger hos den enkelte fastlege og samarbeidskultur er også av stor betydning. Vår kartlegging viser at det er enklere å få til god ledelse og styring i mindre kommuner med kun fast ansatte leger. Det vil være mer krevende å etablere god ledelse og styring i større bykommuner med hovedsakelig næringsdrivende leger, hvor kommunen ikke har en plan for oppfølging av legetjenesten og ressursene til ledelse av legene er relativt små i forhold til i mindre kommuner.

I dette FoU-prosjektet har intervjuene vist at ledelse og styring av legene forutsetter at kommunene er bevisste på at ledelse er en påvirkningsprosess hvor resultatene skapes i en relasjon mellom leder og medarbeider. Dette forholdet er viktig i all ledelse, og muligens enda viktigere i ledelse av næringsdrivende fastleger. I våre utvalgte kommuner kan mye tyde på at styring og ledelse av legene forutsetter at legene selv vil bli ledet.

Departementet bør sørge for at § 29 i fastlegeforskriften, om krav til rapportering av nødvendige data til styrings- og kvalitetsformål, trer i kraft. Dette vil forenkle kommunenes mulighet til å avgjøre hva som må gjøres, og det vil sikre at legene gjør det de skal. En forutsetning er imidlertid at kommunene etablerer et nettverk av mennesker og relasjoner som kan lede og styre fastlegene.

2 Bakgrunn, metode og innledende perspektiver

2.1 Bakgrunn for arbeidet

Legetjenesten er en viktig del av kommunenes helse- og omsorgstjeneste, og den er et viktig redskap i kommunenes arbeid med å oppfylle sentrale helsepolitiske målsettinger. Med *legetjenesten* menes i dette prosjektet kurativ legetjeneste i kommune, både næringsdrivende og fastlønnede fastleger.

Legetjenesten er under press på flere områder. Forslag til ny akuttforskrift legger føringer for økt kompetanse i legevakt med behov for flere leger med rett spesialisering i kommunene. Det regjeringsoppnevnte akuttutvalget³ har arbeidet med forhold omhandlende krav til legevakt, og en ny stortingsmelding om primærhelsetjenesten setter blant annet fokus på utvikling av tverrfaglige team for pasienten.

Endringer innen helse- og omsorgstjenestene gir kommunene et behov for å lede og styre legetjenesten i en retning som er ønskelig for det kommunale tjenestetilbudet. Erfaringsmessig er dette krevende i mange kommuner. Fra medlemmene er KS bedt om å ta et politisk initiativ overfor departementet for å styrke kommunenes posisjon overfor legetjenestene, i henhold til helselovgivningen, slik at samhandlingsreformen kan ivaretas på en bedre måte.

Et overordnet mål for dette FoU-prosjektet har derfor vært å kartlegge og analysere i hvilken grad kommunenes handlingsrom for å utøve god ledelse av sin legetjeneste er tilstrekkelig, og hvorvidt kommunene benytter seg av dette handlingsrommet.

Problemstillingene KS ønsker å få belyst er:

- Hvordan leder kommunene legetjenesten, hvem er legenes administrative leder, og hvor i organisasjonen er dette forankret? Hvordan forankres ledelse av legetjenesten inn mot politisk og administrativ ledelse i kommunen?
- Hvilke virkemidler har kommunene tilgjengelig til å lede legetjenesten, og hvordan tar de i bruk dette? Har kommunene tilstrekkelig handlingsrom for å lede legetjenesten i ønsket retning?
- Hvordan ønsker kommunene at ledelsen av legetjenesten skal foregå, og ser kommunene behov for endringer av virkemiddelapparatet for å kunne lede tjenestene i ønsket retning?
- Enkelte kommuner ansetter fastleger på fastlønn. Hva er årsaken til dette, hvilke ledelsesmuligheter/-begrensninger gir dette, og hvilke resultater (positive og negative) oppnår kommunene ved å fastsette, fremfor å bruke fastlegeavtaler?

2.2 Metodisk tilnærming

I vårt arbeid har det vært fire faser for innsamling av data:

- Identifisering av hvilke data som kreves for å kunne besvare de fire punktene i kravspesifikasjonen til KS for oppdraget, både kvantitative data for resultatoppnåelse og kvalitative data, som viser nøkkelpersonenes opplevelse og vurderinger i helse- og omsorgssektoren.
- Utvalgelse av 15 kommuner for å gi et tverrsnitt av funksjonaliteten av arbeidet i denne sektoren.
- Kartlegging av hvordan kommunene har organisert ledelse og styring av legetjenesten i dag, og hvilke virkemidler som benyttes.

³ NOU 2015:17

- Dialogsamling om foreløpige funn og sentrale problemstillinger hvor representanter for involverte aktører ble invitert.

Det er samlet informasjon om følgende forhold, som anses som viktige for «produksjon av tjenester» og resultatoppnåelsen:

1. Kommunestørrelse
2. Fastlegenes avlønningssystem
3. Kommuneoverlegens rolle, ledelse og styring, inkludert samarbeidsklimaet mellom fastlegene som i økende grad har organisert seg i legesentre, og i tillegg legenes samhandling med den kommunale administrasjon og de øvrige fagfolk innen pleie og omsorg, rus, psykiatri og forbyggende helsetiltak.

For de to første variablene finnes det offentlig statistikk fra kommunen samt fra KOSTRA, HELFO og legeregisteret i Statistisk sentralbyrå (SSB). Den siste variabelen er kartlagt gjennom personlige intervjuer eller gruppeintervjuer, med en standardisert intervjuguide med 55 spørsmål, både faktaspørsmål og vurderingss spørsmål.⁴ Vi har intervjuet informantene om ulike fakta og vurderingss spørsmål knyttet til ledelse og styring av kurativ legetjeneste i kommunene. Videre har vi bedt informantene om å ta stilling til ulike utsagn knyttet til temaet. I oppsummeringen av svarene har vi delt informantene mellom politikere, administrativ ledelse og leger.

Intervjuene ble både foretatt ved direkte besøk i de 15 utvalgs kommunene, og ved supplerende intervjuer pr. telefon. Alle som ble intervjuet, måtte besvare samtlige spørsmål, men det var mulig å melde «pass» der spørsmålet omfattet fakta som informanten enten hadde delegert til andre medarbeidere, eller ikke hadde oversikt over.

2.3 Utvalget av kommuner

I prosjektets innledende fase ble det samlet inn statistikk for landets kommuner om antall innbyggere, antall fast ansatte leger og annen aktuell tilgjengelig statistikk. Videre ble statistikken delt mellom kommuner med høy andel næringsdrivende leger og kommuner med høy andel fast ansatte fastleger. KHUR-data⁵ viser at det er ca. 95% av fastlegene som er selvstendig næringsdrivende og ca. 5% av fastlegene som er kommunalt tilsatte. I denne innledende fasen har vi også undersøkt statistikk fra KOSTRA⁶.

Undersøkelsene viste at de ti største kommunene i Norge har den nest laveste legedekningen pr. innbygger. Den laveste dekningsen finner vi i kommuner med mer enn 5 000 innbyggere og mer enn 70 % fast ansatte leger. Den høyeste legedekningen har de minste kommunene. Dette skyldes til en viss grad at selv få stillinger gir høy dekning i små kommuner. Eksempelvis vil en kommune med 500 innbyggere ha en legedekning på 20 pr. 10 000 innbyggere med kun med en lege.

Mye tyder på at antallet innbyggere har hatt betydning for kommunenes prioritering av andelen leger i kommunene. Grensen går ved ca. 15 000 innbyggere, og disse har fra 10 til 25 % ansatte leger. De kommunene som er større, ligger vanligvis under 10 % når det gjelder antall fast ansatte fastleger. Det er nesten ingen kommuner med mer enn 5 000 innbyggere som har mer enn 70 % ansatte leger, kun sju. Dette gjør det vanskelig å sammenlikne de to hovedgruppene: kommuner med næringsdrivende fastleger og kommuner med fast ansatte fastleger.

Utvalget av kommuner som representerer kommunene med høy andel fast ansatte fastleger, er dermed lite. Årsaken er at de fleste kommunene har næringsdrivende fastleger. Når det gjelder utvalget av kommuner med fast ansatte fastleger, har det vært et mål at denne løsningen skal

⁴ Intervjuguiden er vedlagt – vedlegg 1

⁵ KUHR er databasen for kontroll og utbetaling av helserefusjoner hjemlet i folketryktdoven

⁶ KOSTRA står for Kommune-Stat-Rapportering og gir statistikk om ressursinnsatsen, prioriteringer og måloppnåelse i kommuner, bydeler og fylkeskommuner

være en bevisst prioritering, og ikke skyldes rekrutteringsutfordringer av fastleger. I dialog med KS ble det ut fra inndelingen over valgt ut 15 kommuner for dypere analyse. Datamaterialet som er hentet fra disse kommunene, har vært vårt grunnlag for å besvare spørsmålene i oppdraget. I analysen har vi gjennomført intervjuer i følgende kommuner:

Tabell 2.1 Utvalgskommunene, antall innbyggere og antall informanter fordelt på kommune

Kommune	Antall innbyggere	Antall informanter
Sarpsborg	54 192	8
Arendal	44 219	8
Haugesund	36 538	9
Porsgrunn	35 755	11
Harstad	23 640	7
Stjørdal	22 957	7
Nes (Akershus)	20 410	7
Hå	18 528	9
Søgne	11 217	6
Sortland	10 166	10
Meland	7 736	9
Risør	6 909	5
Austevoll	5 012	7
Nes (Buskerud)	3 414	10
Ørskog	2 294	9
Sum informanter fra kommuner		122
Informanter fra Helsedirektorat, Legeforening mv.		12
Sum informanter totalt		134

I *utvalgskommunene* er det intervjuet 122 informanter. Administrativ ledelse i kommunene utgjør 55 informanter, politikere i kommunene utgjør 13 informanter, leger inkludert 15 kommuneoverleger, utgjør 54 informanter. Representanter fra Den norske legeforening (Legeforeningen), Helsedirektoratet mv. er også intervjuet og utgjør 12 informanter. *Totalt* er det i prosjektet intervjuet 134 informanter. Utvalget av politikere fra kommunene er noe lavere enn utvalget av kommuner. Årsaken til dette henger sammen med at det i prosjektperioden var kommunevalg, og dermed problemer med å få tak i informanter med inngående kjennskap til temaet. I utvalgskommunene har vi intervjuet informantene ved hjelp av gruppeintervju og semistrukturerte⁷ intervjuer. Denne typen intervjuer kan best beskrives som en samtale mellom konsulenten og en respondent, der gangen i samtalen er styrt av konsulenten. Forut for intervjuene hadde konsulent utarbeidet en intervjuguide, en plan for hvilke temaer intervjuene skulle omhandle. I tillegg til gruppeintervjuene er det gjennomført intervjuer pr. telefon med aktuelle informanter.

Kvalitetskontroll av data

Det har vist seg å være et behov for å kvalitetssikre den offentlige statistikken for de 15 utvalgskommunene. Alle deltakerkommunene er derfor blitt spurt om antall fastleger som arbeider i 2015 med kurativt legearbeid, andel av stilling til andre kommunale oppgaver og avlønningstype, det vil si fast lønn eller næringsdrivende. Turnusleger er holdt utenfor i tellingen. Tallene fra undersøkelsene i kommunene vil bli presentert senere i rapporten.

⁷ Ordet semistrukturert betyr «halvstrukturert, delvis strukturert»

2.4 Utvalgskommunene

I prosjektets innledende fase ble det foretatt en statistisk analyse av sammenhengen mellom produksjon av kurative tjenester / forbruk konsultasjoner, ansettelsesforhold og størrelse på kommuner. Analysen ble gjort for alle landets kommuner for å undersøke om det finnes noen systematiske variasjoner mellom kommunene. På bakgrunn av analysen valgte vi «våre kommuner». Det ble lagt vekt på å velge kommuner med ulik størrelse, med ulikt antall fast ansatte fastleger, geografisk spredning mv. I prosjektarbeidet ble det avdekket enkelte feil i innrapporterte tall fra kommunene til KOSTRA og andre offentlige statistikker. Vi valgte derfor å gjennomføre en egen kartlegging for å få mer presis aktuell styringsinformasjon. Neste tabell viser oversikt over utvalgskommunene oppdelt etter kommunetype, antall innbyggere, kommunalt eller fast ansatte fastleger, antall innbyggere pr. årsverk kommuneoverlege.

Tabell 2.2 Oversikt over utvalgskommunene oppdelt etter kommunetype, antall innbyggere, kommunalt eller fastlønnede leger

Kommune	Antall innbyggere	Legenes administrative leder	Antall kommuneoverleger	Kommuneoverlege, stillingsprosent	Antall innbyggere pr. årsverk kommuneoverlege	Antall fast ansatte fastleger	Antall næringsdrivende fastleger
Sarpsborg	54 192	Helsesjef	4	3,6	15 053	3	46
Arendal	44 219	Kommunalsjef	2	0,8	55 274	0	40
Haugesund	36 538	Helsesjef	1	1	36 538	1	29
Porsgrunn	35 755	Virksomhetsleder	1	1	35 755	1	39
Harstad	23 640	Kommunalsjef	1	1	23 640	3	18
Stjørdal	22 957	Etatssjef	1	1	22 957	3	22
Nes (Akershus)	20 410	Kommunalsjef	1	1	20 410	0	14
Hå	18 528	Kommunalsjef	1	0,6	30 880	16	1
Søgne	11 217	Kommunalsjef	2	1,32	8 498	0	8
Sortland	10 166	Avdelingsleder legekantor	1	0,5	20 332	8	3
Meland	7 736	Helsesjef	2	0,4	19 340	6	2
Risør	6 909	Kommunalsjef	1	0,3	23 030	0	5
Austevoll	5 012	Kommunalsjef	1	0,6	8 353	5	0
Nes14 (Buskerud)	3 414	Enhetsleder	1	0,2	17 070	0	5
Ørskog	2 294	Enhetsleder Helse	1	0,32	7 169	0	3

Det er en relativt stor variasjon mellom kommunene for de ulike forholdene som tabellen over viser. Antall innbyggere varierer fra 54 192 (Sarpsborg) til 2 294 (Ørskog). Det er mest vanlig at kommunalsjef og helsesjef er legenes administrative leder. Ressurser avsatt til kommuneoverlege varierer mye mellom kommunene. Når vi deler antall innbyggere i kommunene på antall årsverk som er avsatt til kommuneoverlege, finner vi en også en betydelig variasjon.

Ørskog kommune er utvalgets minste kommune, men har den høyeste andelen ressurser til kommuneoverlege, til tross for at det kun er 0,32 årsverk avsatt til formålet. Arendal kommune har 0,8 årsverk avsatt til kommuneoverlege, fordelt på to personer. Når vi justerer antallet årsverk kommuneoverlege på antall innbyggere i kommunene, er andelen ressurser avsatt til formålet det laveste i utvalget. Arendal er for tiden i ferd med å rekruttere flere leger.

Når det gjelder kommuner med høy andel fast ansatte fastleger, er dette representert ved kommunene Hå, Sortland, Meland og Austevoll. Dette er kommuner som har betydelig høyere andel fast ansatte fastleger enn næringsdrivende fastleger.

Sarpsborg kommune

Sarpsborg kommune i Østfold fylke har ca. 54 000 innbyggere, og kommunen er en av Norges ti største byer. I Sarpsborg er det helsesjefen, som selv er lege, som er legenes administrative leder. Videre har kommunen avsatt ressurser til kommuneoverlege i fire stillinger, som samlet utgjør 3,6 årsverk. Helsesjefen er underlagt kommunaldirektør. I kommunen er 40 % av kommuneoverlegestillingen (som utgjør 0,6 årsverk) avsatt til oppfølging av fastlegene. Kommunen har i all hovedsak næringsdrivende fastleger, men har i tillegg ett kommunalt legekantor med tre fast ansatte fastleger.

Arendal kommune

Arendal kommune i Aust-Agder fylke har ca. 44 000 innbyggere. I Arendal er det kommunalsjef for helse og omsorg som er legenes administrative leder. Kommuneoverlegene rapporterer direkte til kommunalsjef. Kommunen har hatt to kommuneoverleger frem til i dag, fordelt på en 20 % stilling og en 50 % stilling. Begge kommuneoverlegene er også næringsdrivende fastleger. Etter planen skal Arendal øke stillingsressursen til kommuneoverlege, og kommunen har for tiden en pågående rekrutteringsprosess. Kommunen har kun næringsdrivende fastleger og ikke fast ansatte fastleger i kurativ virksomhet.

Haugesund kommune

Haugesund kommune i Rogaland fylke har ca. 36 000 innbyggere. I Haugesund er det helsesjefen som er legenes administrative leder. Helsesjefen er underlagt kommunaldirektør. Det er avsatt full stilling til kommuneoverlege: 50 % som kommuneoverlege og 50 % på legevakt som medisinsk faglig leder, i tillegg til ansvaret for 300 listepasienter. Kommunen har en fast ansatt lege i 100 % stilling knyttet til kurativ fastlegepraksis i ett kommunalt drevet fastlegekantor. Videre er det kun næringsdrivende fastleger.

Porsgrunn kommune

Porsgrunn kommune i Telemark fylke har ca. 35 000 innbyggere. Virksomhetsleder for legetjeneste og miljørettet helsevern er legenes administrative leder. Vedkommende er direkte underlagt kommunalsjef for helse og omsorg. Kommunen har en kommuneoverlege i 100 % stilling. I Porsgrunn er det en fast tilsatt fastlege i kurativ virksomhet, ellers er det kun næringsdrivende fastleger.

Harstad kommune

Harstad kommune er den nest mest folkerike kommunen i Troms fylke med ca. 24 000 innbyggere. Kommunalsjef for helse og omsorg er legetjenestens administrative leder. Kommuneoverlegen har 100 % stilling, men er også enhetsleder. Det er videre tre fast ansatte fastleger i Harstad, resten av fastlegene er næringsdrivende.

Stjørdal kommune

Stjørdal kommune er en bykommune i Nord-Trøndelag fylke med ca. 23 000 innbyggere. Etatssjef er legenes administrative leder, og enhetsleder har ansvaret for fastlegene. Kommuneoverlegen har en 100 % stilling, men det er vedtatt en endring fra og med 2016 til 140 % stilling. Årsaken til endringen er et interkommunalt samarbeid knyttet til kommuneoverlegeressursene. Stjørdal har kun næringsdrivende fastleger, og det er ikke fast ansatte fastleger i kurativ praksis i kommunen.

Nes kommune (Akershus)

Nes kommune i Akershus fylke har ca. 20 000 innbyggere. I kommunen er det kommunalsjef for helse og velferd som er legenes administrative leder. Det er en kommuneoverlege i 100 % stilling. Kommuneoverlegen er organisert under kommunalsjef. Nes har ikke fast ansatte fastleger i kurativ virksomhet, kun næringsdrivende fastleger.

Hå kommune

Hå kommune i Rogaland fylke dekker den sørligste del av Jæren, og kommunen har ca. 18 000 innbyggere. Kommunalsjef er legenes administrative leder, og kommuneoverlegen er organisert under kommunalsjef. Kommuneoverlegen har en stilling på 60 % avsatt til formålet og 40 % til kurativ fastlegepraksis, som er fast tilsatt i kommunen. Alle fastlegene i kommunen, foruten én lege, er fast ansatte. Vedkommende som er næringsdrivende fastlege, har en praksis på 50 %.

Søgne kommune

Søgne kommune er en kystkommune i Vest-Agder fylke og har ca. 11 000 innbyggere. I Søgne er kommunalsjef for helse og omsorg legenes administrative leder. Kommunen har en kommuneoverlege i 100 % stilling pluss en næringsdrivende lege som assisterende kommuneoverlege i 30 % fastlønnet stilling. Vedkommende er i tillegg leder for et privat legesenter med 12 leger. Legesenteret fungerer også som lokal legevakt i tidsrommet kl. 15.30–23.00, i samarbeid med nabokommunen, som også har et tilsvarende legesenter. Kommunen har kun næringsdrivende fastleger og ikke fast ansatte fastleger i kurativ virksomhet.

Sortland kommune

Sortland kommune ligger i Vesterålen i Nordland fylke, og kommunen har ca. 10 000 innbyggere. Det er kommunalsjef for helse og omsorg som er legenes administrative leder. Kommuneoverlegen har 50 % stilling til formålet og jobber også som kommunalt tilsatt fastlege i 50 % stilling. Kommunen har åtte fast ansatte fastleger og tre næringsdrivende fastleger.

Meland kommune

Meland kommune er en kyst- og øykommune i Hordaland fylke med ca. 7 700 innbyggere. Kommunen har god broforbindelse og kort reisetid til Bergen. Helsesjefen er leder for kommuneoverlegene og er legenes administrative leder. Til kommuneoverlege er det avsatt 0,4 årsverk, fordelt på to kommuneoverleger. Meland har seks fast ansatte fastleger og to næringsdrivende fastleger.

Risør kommune

Risør kommune i Aust-Agder fylke har ca. 7 000 innbyggere. Kommunalsjef for helse og omsorg er legenes administrative leder. Kommuneoverlegen er organisert i stab til rådmann. Risør har avsatt 30 % stilling til kommuneoverlege. Den øvrige stillingsressursen til kommuneoverlegen er tilknyttet stilling i Forsvaret og 30 % kommuneoverlegestilling i Tvedestrand kommune. Kommunen har kun næringsdrivende fastleger og ikke fast ansatte fastleger i kurativ virksomhet.

Austevoll kommune

Austevoll kommune er en øykommune i Hordaland fylke (ytre Midt-Hordaland) ca. 5 000 innbyggere. Kommunen har fergeforbindelse til fastlandet som tar 45 minutter. Kommunalsjef for helse og omsorg er legenes administrative leder. Kommuneoverlegen har 60 % stilling avsatt til formålet og 40 % stilling til kurativ fastlegepraksis, som er fast tilsatt i kommunen. Kommuneoverlegen er organisert i stab til kommunalsjef.

Nes kommune (Buskerud)

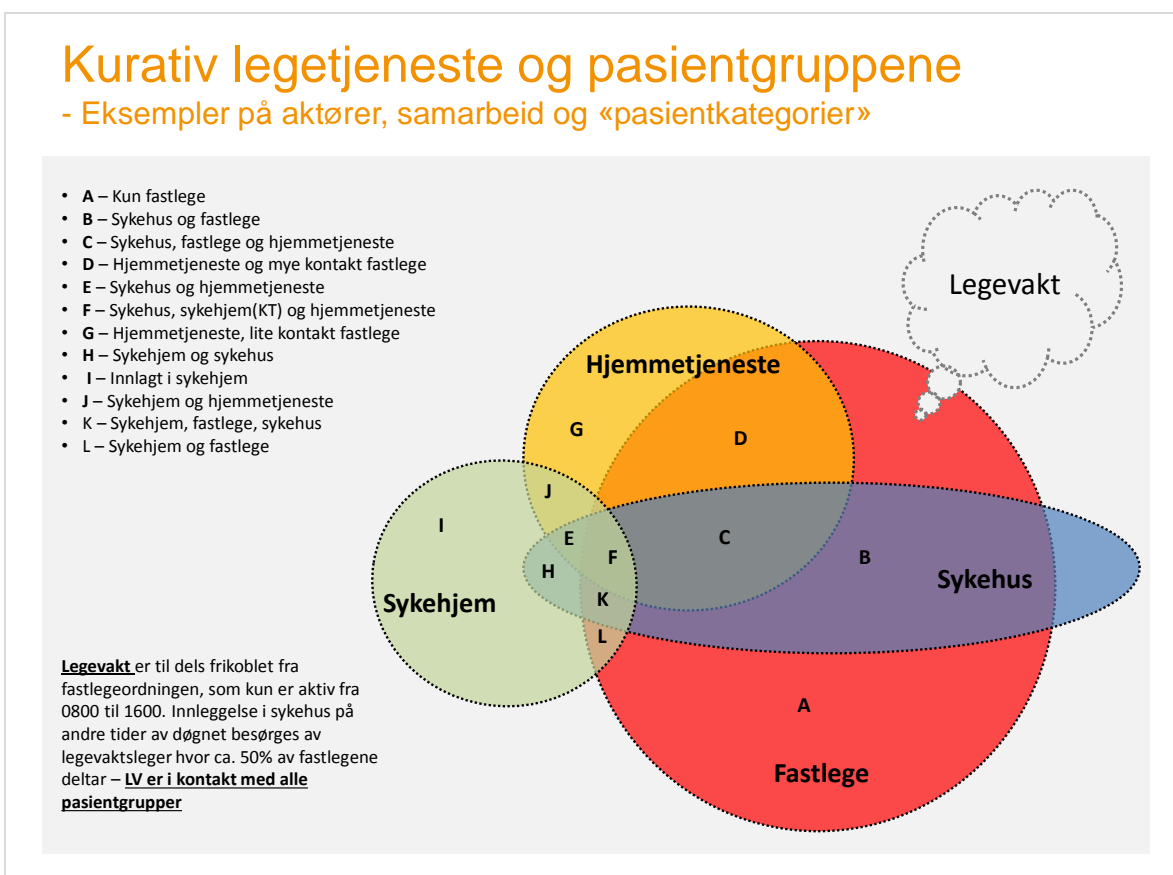
Nes kommune i Buskerud fylke har ca. 3 500 innbyggere. Leder helse og forebygging er leder for legene. Kommuneoverlegen har det faglige ansvaret og er organisert under leder helse og forebygging. Leder for helse og forebygging er organisert under kommunalsjef helse og omsorg. Kommunen har avsatt 20 % stilling til kommuneoverlege, den øvrige stillingsressursen til kommuneoverlegen er næringsdrivende fastlege. Kommunen har kun næringsdrivende fastleger og ikke fast ansatte fastleger i kurativ virksomhet.

Ørskog kommune

Ørskog kommune ligger på Sunnmøre i Møre og Romsdal, og kommunen har ca. 2 300 innbyggere. Enhetsleder for helse er legenes nærmeste administrative leder og rapporterer direkte til rådmannen. Kommuneoverlegen har en stilling på 32 %, og jobber ellers som næringsdrivende fastlege. Det er ikke fast ansatte leger i kurativ fastlegepraksis i kommunen, men det er kommunen som har ansvaret for drift av kommunens eneste legesenter.

2.5 Kurativ legetjeneste, aktører, samarbeid og pasientkategorier

Kurativ legetjeneste i kommunene har skjæringsflater inn mot flere aktører, samarbeidsflater og ulike pasientkategorier. Dette medfører en kompleks arbeids- og ledelsessituasjon for kommunenes ledelse, tjenesteproduksjon og fastlegenes rolle og funksjon. I neste figur viser vi en teoretisk skisse med eksempler på aktører, samarbeidsflater og «pasientkategorier».



Figur 2.1 Kurativ legetjeneste og pasientgruppene

Figuren viser kompleksiteten i forholdene som regulerer fastlegenes arbeidshverdag. Behandlingen av de ulike pasientgruppene stiller helt ulike krav til samhandling mellom helsepersonell i sykehus og kommunehelsetjenesten. Dette inkluderer også samhandlingen mellom de ulike helsepersonellgruppene i kommunehelsetjenesten, spesielt mellom fastlege og ansatte i hjemmesykepleien.

Det er i de fleste kommunene opprettet elektroniske meldesystemer for at pasientdata om den enkelte pasient skal formidles raskt. Dette er et viktig redskap, og mye taler for at systemet bedrer informasjonsflyten og har betydning for kommunens ledelse og styring av kurativ legetjeneste.

Forslag til ny akuttforskrift og ny primærhelsetjenestemelding legger føringer som får betydning for den kommunale legetjenesten, og endringer av kommunehelsetjenesten gir kommunene et behov for å lede legetjenesten i en retning som er ønskelig for det kommunale tjenestetilbudet.

2.6 Juridiske og økonomiske forhold og virkemidler

De fleste forhold knyttet til fastlegeordningen/legetjenesten er regulert i lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene, forskrift om fastlegeordningen i kommunene (fastlegeforskriften), forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen og sentralt avtaleverk.

Tre avtaler regulerer legetjenesten i kommunen: SFS 2305 (Kommunelegeavtalen), ASA 4310 (rammeavtalen) og ASA 4301 (statsavtalen).

Fastlegeordningen er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven, som forplikter kommunene til å ha en fastlegeordning. Pasientenes rettigheter er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven. Pasienten er her gitt rett til å velge fastlege.

Rammen for ledelse og styring av legene er avhengig av om legen er ansatt eller næringsdrivende. Neste tabell viser en oversikt over lov, forskrift og avtaler som er styrende for legetjenesten.

Tabell 2.3 Oversikt over lov, forskrift og avtaler som er styrende for legetjenesten

Fastlegens tilknytningsform til kommunen	Individnivå: Individuell avtale	Systemnivå: Sentralt avtaleverk	Systemnivå: Lover og forskrifter
Fast ansatt	Arbeidsavtale	Hovedavtalen Hovedtariffavtalen Kommunelegeavtalen SFS 2305	Helse- og omsorgstjenesteloven Fastlegeforskriften
Privat næringsdrivende	Individuell fastlegeavtale	Rammeavtalen ASA 4310 Statsavtalen ASA 4301	Helse- og omsorgstjenesteloven Fastlegeforskriften

Inntektene til de næringsdrivende fastlegene består av ca. 30 % pr. capita-tilskudd fra kommunen og 70 % aktivitetsbasert inntekt. Det er refusjoner over normaltariffen, refunderte egenandeler (frikortordningen) og egenbetaling fra pasienter som regulerer den aktivitetsavhengige inntekten. Tilskuddet pr. capita er et fast tilskudd pr. pasient legen har på sin liste. Fra 1. juli 2015 er det årlige tilskuddet på kr 427 pr. pasient.⁸ Videre er det som nevnt ca. 5 % av fastlegene som er fastlønnet, og mange av disse legene har ulike former for provisjonsordninger der de beholder deler av stykkprisinntjeningen de har gjennom takstsystemet.

2.7 Ledelse og styring

Formålet med denne undersøkelsen er å besvare spørsmålet om kurativ legetjeneste i norske kommuner kan ledes. Legetjenesten er en viktig del av kommunenes helse- og omsorgstjeneste, og den utgjør en hjørnestein i helsetjenestene. I vår analyse har vi tatt utgangspunkt i den skandinaviske ledermodellen for ledelse, som innebærer en stor grad av involvering i forståelse av begrepet. Det norske arbeidslivet har i stor grad vært basert på tillit, engasjement, og i mindre grad vært basert på kontroll. Forståelsen av ledelse og styring har trolig stor betydning for å kunne svare på spørsmålet om ledelse av kurativ legetjeneste. I det følgende vil vi legge frem vår forståelse av begrepene ledelse og styring.

Enkelte forskere har pekt på at de nye trendene innen ledelse og ledelsesteori har en dreining fra ledelse til styring. Det vises til at endringen i ledelsesmønstrene har pågått de siste 10–20 årene.⁹ Kjell Arne Røvik har studert trendene knyttet til ledelse over tid. Røvik mener trendene i ledelse det siste tiåret endrer seg, fra å handle om ledelse til å handle om styring. *Ledelse* avgrenses her til å

⁸ ASA 4301 (statsavtalen) Avtale om økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og legespesialister med avtalepraksis

⁹ Røvik, Kjell Arne (2007): *Trender og translasjoner. Idéer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget

være det direkte samspillet mellom leder og medarbeidere, og *styring* betegnes å være det som kan kalles indirekte ledelse, det vil si å styre atferd gjennom systemer og regler. Denne avgrensningen av begrepene er lagt inn som en premiss i undersøkelsen i kommunene.

Eksempler på styringssystemer som Rørvik fremhever, er Balanced Scorecard og ulike typer belønnings- og incentivsystemer. Konklusjonene til Rørvik bygger på undersøkelser av ledelseslitteraturen, hva konsultentselskapene (fire av de største internasjonalt) selger mest av, og hva store virksomheter gjør internt.

Rørvik har god dokumentasjon på sentralisering av makt og økt vektlegging av styringssystemer. Det mangler i forskningen imidlertid viktige kilder for hva som har skjedd på ledelsesfeltet. Dette gjelder også hva som har skjedd og skjer i kommunene. Rørvik har forsket på Posten og Telenor, som ikke nødvendigvis er representative for norske kommuner. Begge har hatt en overgang fra statlige forvaltningsorganer til markedsstyrte økonomiske organisasjoner. Når det gjelder konsultentselskaper, må de dreie innsatsen mot relokerbare leveranser, hvor det er enklest å skape overskudd.

Hva som er situasjonen for norske kommuner, er et mer åpent spørsmål. Mye tyder på at ledelsesforståelsen i kommunene er relativt lik den en finner i staten, hvor det er tydelige tegn på inkludering, medbestemmelse og relasjoner med medarbeidere og brukere. Imidlertid vil forhold knyttet til politisk og administrativ struktur, organisasjonskultur og maktforhold kunne begrense ledelsens frihet til å velge nye former for ledelse, endring og organisering.

Agenda Kaupang har i flere tiår arbeidet med ledelse og lederutvikling. I dette prosjektet har vi valgt å legge til grunn lederdefinisjonen som benyttes i Agenda Kaupang. Den defineres som følger:

«Ledelse er en bevisst påvirkningsprosess hvor resultatene skapes i en relasjon mellom leder og medarbeidere, og hvor medarbeiderne er medansvarlige. Ledelse handler ikke bare om å få medarbeidere til å handle, men om å få dem til å ville handle i tråd med virksomhetens mål.»

I sin kjente og mye siterte artikkel «What Leaders Really Do», utforsker John P. Kotter skillet mellom administrasjon og ledelse.¹⁰ På engelsk benyttes begrepene *management* og *leadership*. I det norske språket har vi dessverre ikke det samme ordpar, og det nærmeste er som nevnt administrasjon og ledelse, med administrasjon og styring som «tvillinger». I mangel av mer presise begreper bruker vi her begrepet *styring* som fellesbetegnelse. Kotter underbygger at styring og ledelse er to distinkte og utfyllende handlingssystemer, som har hver sine funksjoner og tilhørende aktiviteter. Begge er nødvendige for å oppnå suksess i et stadig mer komplisert organisasjonsliv. Samtidig påpeker Kotter at det i dag er for mye styring og for lite ledelse. Trolig er dette en god hypotese for statlig og kommunal sektor også i Norge.

Det tabloide svaret på om styring og ledelse er to forskjellige verdener, er ja. Det noe mer reflekterte svaret, ifølge Kotter, er nei. Styring og ledelse utfyller hverandre og er slik sett en helhet. Men det er to handlingssystemer, to ulik rasjonaliteter, som krever forskjellig oppmerksomhet, og ikke minst ulike ferdigheter hos en leder.

Styring handler om å håndtere kompleksitet. Styringens rutiner og prosedyrer er en reaksjon på et av de mest betydningsfulle utviklingstrekkene i det 20. århundre: fremveksten av store organisasjoner. Ledelse på sin side handler om å håndtere forandring. Den økende endringstakten fordrer mer ledelse.

¹⁰ Deler av denne teksten er også gjengitt i tidsskriftet «Stat og styring», hvor vi omhandler samme tema.

Begge handlingssystemene, det å takle kompleksitet og det å håndtere forandring, innebærer strengt tatt tre hovedelementer:

- Avgjøre hva som må gjøres
- Etablere et nettverk av mennesker og relasjoner som kan gjennomføre jobben
- Sikre at folk gjør det de skal

Avgjøre hva som må gjøres

Det administrative, eller styringsrasjonale tilsier at ledelsen starter gjennom planlegging og budsjettering og å fastsette arbeidsmål. Ledelse må deles opp i hensiktsmessige trinn, og det må tildeles ressurser slik at ledelsen kan gjennomføres. Ledelsesrasjonale tilsier at man starter ledelsen med å fastsette en retning, gjerne gjennom å utarbeide en visjon for fremtiden, og etablere strategier som kan bidra til å skape de nødvendige endringene.

Etablere et nettverk av mennesker og relasjoner som kan gjennomføre jobben

Neste skritt for administrasjon er å realisere planer ved hjelp av organisering og bemanning. Det opprettes strukturer og stillinger som kan sikre at kravene i planen kan realiseres. Stillingene besettes med kvalifiserte personer, planene forankres, ansvar delegeres og systemer for å overvåke gjennomføringen utvikles. Den ledelsesmessige delen av dette er å samkjøre mennesker. Det dreier seg om å formidle den nye retningen til dem som kan opprette koalisjoner, som forstår visjonen og som er opptatt av å realisere den.

Sikre at folk gjør det de skal

Styring sikrer til slutt gjennomføring av planen ved hjelp av kontroll og problemløsning, ved å sjekke resultat mot mål. Dette kan gjøres gjennom styringssystemer eller tilbakerapporteringsmøter. Videre identifiseres avvik, og det utvikles tiltak for å lukke avviket. For ledelse innebærer det å jobbe opp mot visjonen og de strategiske målene via motivasjon og inspirasjon: sørge for at mennesker, til tross for motstand og hindringer, beveger seg i riktig retning. Dette oppnår ledelsen ved å appellere til grunnleggende og ofte uutnyttede menneskelige behov, verdier og følelser.

Konklusjon: Bruk av begrepene ledelse og styring i dette prosjektet

I dette prosjektet er temaet ledelse, og om kommunal legetjeneste kan ledes. Her avgrenses begrepet ledelse til å være samspillet mellom leder og medarbeidere, og styring til å være det som kan kalles indirekte ledelse, det vil si å styre atferd gjennom systemer og regler. Det er i prosjektet lagt til grunn en utvidet forståelse av begrepet ledelse som omfatter aktiviteter som kan kalles styring. Det har vært nødvendig med en slik utvidet definisjon for å kunne svare på problemstillingene i oppdraget.

3 Gjennomgang av kvalitative funn

3.1 Innledning

Formålet med oppdraget er å besvare spørsmålet om kurativ legetjeneste i norske kommuner kan ledes. I dette kapitlet oppsummerer vi de viktigste funnene fra den kvalitative undersøkelsen knyttet til ledelse og styring av kurativ legetjeneste i kommunene.

Dette kapitlet er en oppsummering av intervjuer med informantene fra de 15 utvalgs kommunene. Spørsmålene har i hovedsak vært av kvalitativ karakter. Samtidig er informantene bedt om å svare på et utvalg påstander hvor svarene er gitt på en firedelt skala, i tillegg til at det også har vært mulig å svare «vet ikke». Oppsummeringen av disse kvantitative spørsmålene blir gjengitt først i avsnittene. Den kvantitative oppsummeringen er ment å gi en overordnet oversikt over svarene innen hvert tema, og i hvilken grad det er forskjeller i svarene fra politikere, administrativ ledelse og legene. Likevel mener vi at det er den kvalitative utdypingen som utgjør de mest interessante funnene, og som legges frem i dette kapitlet.

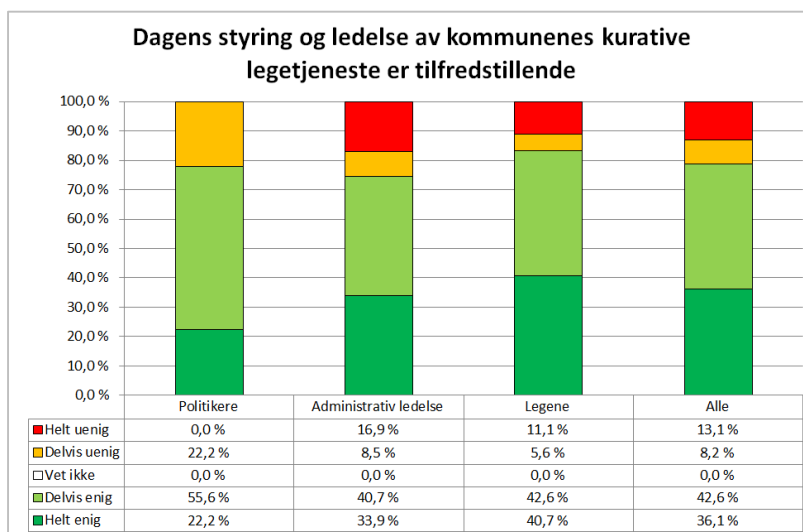
For ordens skyld gjør vi oppmerksom på at avsnittene 4.6 og 4.7 omfatter temaer hvor informantene kun har fått spørsmål av kvalitativ karakter. Til slutt i kapitlet blir perspektivene til kommuneoverlegene i to av kommunene nærmere presentert.

3.2 Dagens ledelse av kurativ legetjeneste

Det er store forskjeller mellom kommunene i utvalget når det gjelder ledelse og styring av legene knyttet til organisering, oversikt, oppfølgingsregimer mv. I intervjuene har det fremkommet ulike perspektiver på hvordan kommunene styrer og leder den kurative legetjenesten.

3.2.1 Informantenes kvantitative svar

Ledelsesfokuset hos kommunenes ledere med ansvar for å følge opp legetjenesten, er sentralt i hvordan kommunen vurderer legenes rolle i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Informantene i alle utvalgs kommunene fremhever kommuneledelsens fokus på temaet og kommuneoverlegens rolle og funksjon som viktig, og av stor betydning for hvordan styring og ledelse av den kurative legetjenesten foregår. Neste figur viser hvordan informantene besvarte påstanden om at dagens styring og ledelse av kommunenes kurative legetjeneste er tilfredsstillende.



Figur 3.1 Dagens styring og ledelse av kommunenes kurative legetjeneste er tilfredsstillende

Figuren viser at det blant informantene er legene som har den høyeste tilfredsheten med hvordan styring og ledelse av den kurative legetjenesten foregår.

- Politikernes svar viser at 77,8 % av informantene er helt eller delvis enig i utsagnet. Det er en andel på 22,2 % som er delvis uenig i utsagnet, og ingen er helt uenig i utsagnet.
- Informantene fra administrativ ledelse skårer noe lavere på samme spørsmål, og her er det 74,6 % av informantene som er helt eller delvis enig i utsagnet. Samtidig er 25,4 % av informantene helt eller delvis uenig i utsagnet.
- I legegruppen er 83,3 % av informantene helt eller delvis enig i utsagnet. Legegruppen har den høyeste andelen som er helt enig i utsagnet. En andel på 16,7 % er helt eller delvis uenig i utsagnet.
- Alle informantene summert sammen viser at andelen som er helt eller delvis enig i utsagnet, er 78,7 %, og at andelen som er helt eller delvis uenig, er 21,3 %.

Informantenes samlede svar på utsagnet om dagens styring og ledelse av kommunens kurative legetjeneste er tilfredsstillende, og tyder på at det er en relativt høy tilfredshet med hvordan legetjenesten ledes i kommunene.

Dersom vi analyserer hvilke kommuner som har svart hva, viser tallene at administrativ ledelse i utvalgs kommunene med mer enn 10–15 000 innbyggere har den høyeste andelen som er helt eller delvis uenig i utsagnet. Dette er utvalgs kommuner som nesten utelukkende har høy andel næringsdrivende leger. I de samme kommunene er imidlertid legene i stor grad fornøyde med hvordan ledelsen av legene foregår.

De kommunene som har størst sammenfall i hvordan administrasjon og legene besvarer spørsmålene, er å finne i kommunene med høy andel fastlønnede fastleger.

3.2.2 Informantenes kvalitative svar og vurderinger

Svarene på spørsmål knyttet til dagens styring og ledelse av kurativ legetjeneste, må ses i et helhetsperspektiv. Dette kommer tydelig frem i intervjuene og innebærer at for de fleste innbyggerne i kommunene, fungerer fastlegens rolle og funksjon tilfredsstillende. Fastlegesystemet oppleves av flere informanter å være selvstyrt og fungerer bra for de fleste innbyggerne.

Det er når pasientene har spesielle behov og når kommunen har behov for å lede og styre fastlegene, at våre informanter besvarer spørsmålene på en mer kritisk måte. Dette kommer vi tilbake til senere i rapporten.

I utvalgs kommunene har det videre vist seg at det er store forskjeller mellom kommunene når det gjelder organisering, oversikt over styringsdata, og hvordan legene følges opp mv. Dette er forhold som kommenteres videre i resten av kapitlet.

Administrativ og faglig ledelse

I alle våre utvalgs kommuner er det et skille mellom administrativ og faglig ledelse av legetjenesten. Skillet går mellom kommunalsjef og kommuneoverlege. I utvalgs kommunene er det kommuneoverlegen som i stor grad er legenes faglige leder. Ressursene avsatt til ledelse av legetjenesten er imidlertid ikke prioritert på samme måte som i andre store helse- og omsorgstjenester i kommunene. I utvalgs kommunene er det et fåtall av kommunene som ikke har en leder på fulltid når det eksempelvis gjelder ledelse av en avdeling innen pleie- og omsorgstjenestene med mer enn 15–20 årsverk. Samtidig er det et fåtall av utvalgs kommunene som har tilsvarende ressurser i form av kommuneoverlege eller tilsvarende, for oppfølging og ledelse av fastlegene.

Det er stor variasjon knyttet til ledelse av kurativ legetjeneste i de ulike utvalgskommunene. Svarene fra informantene tyder på at den kommunale legetjenesten ikke er ledet på en enhetlig måte. Stor variasjon mellom kommunene har sammenheng med blant annet kommunens størrelse og om kommunen baserer sin legetjeneste på fast ansatte fastleger og/eller næringsdrivende leger. De kommunene som har høy grad av fast ansatte fastleger, gir mer positive tilbakemeldinger på om legene kan ledes. Kommuner med stor overvekt av næringsdrivende leger, gir mer negative tilbakemeldinger på dette forholdet.

Kommuneoverlegens rolle og funksjon

Alle kommunene fremhever kommuneoverlegens rolle, rolleforståelse og funksjon som viktig i den helhetlige ledelsen av legene. Ressursene avsatt til kommuneoverlegefunksjonen varierer betydelig i utvalgskommunene. Det er en gjennomgående anbefaling fra informantene at kommuneoverlegerollen må prioriteres både faglig og ressursmessig for å følge opp og lede legetjenesten i ønsket retning.

I flere av utvalgskommunene arbeider kommuneoverlegen(e) på deltid, og i enkelte av utvalgskommunene har man en kombinert stilling som næringsdrivende fastlege og kommuneoverlege. Vi har fått opplyst at i de mindre kommunene er dette gjort for å sikre at kommuneoverlegefunksjonen blir ivaretatt når kommunen ikke har mulighet for å rekruttere kommuneoverleger i full stilling. De fleste kommunene som har kommuneoverleger i større stillinger, finner vi i de største kommunene. Imidlertid er det også enkelte av utvalgskommunene som har kommuneoverleger i delte stillinger, kombinert med næringsdrift av fastlegepraksis. I kartleggingen fremkommer det at det i slike tilfeller kan oppstå habilitetsproblematikk knyttet til forvaltningsmessige, juridiske og økonomiske forhold. Dette gjelder spesielt i kommuner med høy grad av næringsdrivende leger. Denne utfordringen løftes ikke frem på samme måte i kommuner med høy andel leger på fastlønn.

Størrelse på kommunen og ledelse av fastlegene

I kommunene med høy andel næringsdrivende leger er det store forskjeller mellom kommunene, men svarene viser at ledelsen og politikere i disse kommunene er utvalgets mest kritiske informanter når det gjelder ledelse av legene. Samtidig viser svarene fra legene at de opplever situasjonen på en annen måte. Svaret fra fastlegene, hvor nesten samtlige er næringsdrivende, viser at de er langt mer fornøyd med ledelsen enn administrasjonen i kommunen. I de samme kommunene, hvor det er en høy andel næringsdrivende leger, problematiserer flere av legene behovet for å lede og styre fastlegene. Det vises til at kommunen ikke skal overstyre de medisinskfaglige vurderingene fastlegen tar i sin daglige praksis. Dette rører ved legers faglige autonomi eller selvstendighet. Det er et krav til legeyrket om å møte akutte og livsviktige behov hos pasientene. Flere av de aktuelle informantene peker på at den egentlige styringen skjer gjennom fastlegeforskriften og statlige føringer, og at det er lite behov for ledelse ut over dette. Funnene kan dermed tyde på at flere av de næringsdrivende legene vi har intervjuet, ønsker mest mulig frihet til å bestemme over sin arbeidstid.

Informasjonen fra intervjuene tyder på at for flere av de større kommunene, med en høy andel næringsdrivende leger, så spiller legesenteret en viktig rolle. Legesentrene fremstår som selvstyrte enheter. Flere informanter peker på at sentrene har en vel så stor autoritet som den overordnede kommunale ledelsen. Dette kan medføre at opplevelsen av manglende ledelse eller innblanding fra kommunen oppfattes positivt. Resultatet er at legene vi har intervjuet i disse kommunene, er fornøyd med liten kommunal ledelse og skårer høyt på spørsmål om at ledelsen er god. I kommunene hvor disse momentene fremkommer, er den kommunale administrasjonen og ressurser avsatt til kommuneoverlege lavest blant utvalgskommunene. Det må her presiseres at det er store variasjoner mellom utvalgskommunene.

Næringsdrivende leger som representerer de minste utvalgskommunene, og hvor det er høy andel næringsdrivende leger, skårer lavere på opplevd ledelse. I disse kommunene gir imidlertid kommunens ledelse og politikerne en bedre vurdering av ledelsen av legene. Mye tyder på at dette henger sammen med at det i kommunene er små forhold, hvor det gjensidige kjennskapet er stort.

Intervjuene viser samtidig at det er flere av legene vi har intervjuet, som ønsker en tydeligere kommunal ledelse og styring av legene. Dette gjelder i all hovedsak de minste kommunene i utvalget, hvor halvparten drifter legesentrene etter punkt 8.2 i «Rammeavtale fastlegeordningen KS»¹¹, det vil si at kommunen eier lokalene og at støttepersonell er kommunalt ansatt.

Uavhengig av kommunestørrelse har flere av legene i intervjuene pekt på at det i ledelsen av fastlegene er viktig at kommunens ledelse forstår og respekterer legenes drift. Spesielt i kommuner med høy grad av næringsdrift, er det viktig at kommunene forstår hva som ligger i å drifte selvstendig næringsvirksomhet. Hvordan ledelsen foregår, henger her sammen med at legene og kommunens ledelse må ha et felles mål om å skape en best mulig fastlegetjeneste for innbyggerne. Intervjuene i de større kommunene kan tyde på at for å få til en god ledelse, må det være en god og positiv dialog. I de mindre utvalgskommunene og i kommuner med høy grad av fast ansatte fastleger, er ikke dette ansett som like viktig.

Konflikter med fastlegene

Det er få av våre utvalgskommuner som opplyser at det har vært konflikter mellom fastlegene og kommunen. Men vi har eksempler på at kommuner har kjøpt opp legepraksiser som har fungert dårlig, for deretter å selge dem ut igjen. Dette har i stor grad blitt løst i dialog mellom partene.

Enkelte kommuner melder at de har hatt avvik knyttet til medisinbehandling, åpningstid på legekantoret, vikarer i ferier og ved fravær mv. Dette er imidlertid saker som i stor grad har løst seg uten at det har blitt konflikt med kommunen, enten ved at legene har tilpasset seg eller at kommunen ikke har fulgt opp saken ytterligere. Det fremheves også i kartleggingen enkelte større uenigheter knyttet til forståelse og arbeid knyttet opp mot samhandlingsreformen. I alle kommunene som har problematisert dette, opplyses det at det fremdeles kan være uenighet, men at det ikke har utartet seg til å bli en fastlåst konflikt.

Et konkret eksempel på et område hvor flere kommuner rapporterer om krevende samarbeid, er fastlegers og kommuners forståelse av legetilsyn knyttet til kommunal øyeblikkelig hjelp på døgnbasis. Dette samhandlingstiltaket har det vært knyttet en del frustrasjon til organisering av legetilsyn. Det har i liten grad resultert i konflikter, mye takket være at KS og Legeforeningen har utarbeidet en veileder for hvordan legenes rolle skal være.

Kun en av kommunene i utvalget har vært i en situasjon hvor det har vært aktuelt å holde tilbake basistilskuddet. Denne situasjonen omhandlet oppsigelse av avtale, og hadde sammenheng med en tilsynssak fra Fylkeslegen.

Rekruttering av fastleger

Enkelte av de minste kommunene i vårt utvalg opplyser at det kan være rekrutteringsutfordringer på legesiden. Rekrutteringsutfordringer knyttet til fastleger kan gi enkelte kommuner et begrenset handlingsrom og skaper ofte behov for unike avtaler og tilpasninger. Vi får opplyst at dette kan gi begrensninger når kommunene skal inngå avtaler med enkeltleger.

¹¹ ASA 4310 Rammeavtalen mellom KS og Den norske legeforening om allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunene

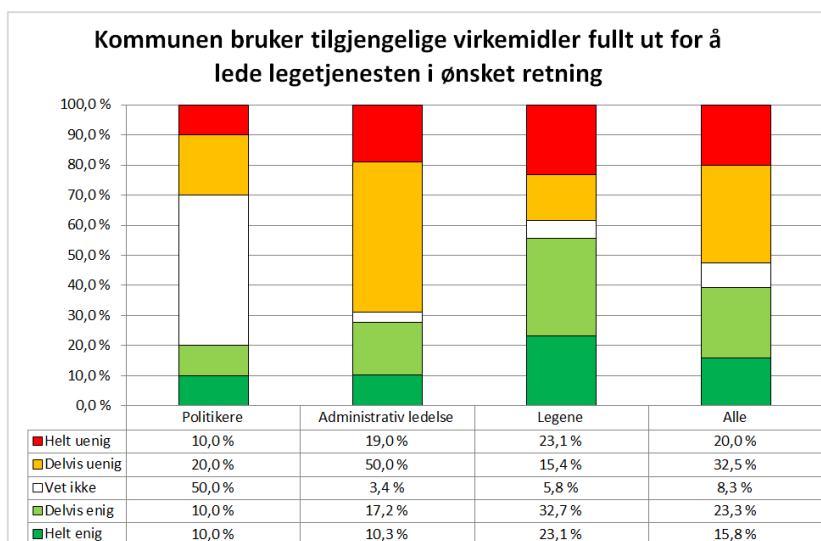
3.3 Kommunenes virkemidler til ledelse av legetjenesten

I rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen ligger det føringer for hva kommunene bør gjøre i oppfølgingen av legetjenestene i kommunene. Her fremkommer det også ulike virkemidler kommunene kan benytte i ledelse og styring av fastlegene. Blant annet viser avtalen til føringer om at kommunene bør utarbeide en plan for legetjenesten. I avtalene kommer det videre frem at kommunen skal sørge for nødvendig planlegging og sikre at legen har forutsigbarhet i sin virksomhet.

3.3.1 Informantenes kvantitative svar

I vår gjennomgang tyder svarene på at kommuner som har en helhetlig plan for legetjenesten, lykkes bedre i ledelse av fastlegene, enn de kommunene som ikke har dette. Samtidig finner vi i utvalgs kommunene at det er et fåtall av kommunene som samarbeider med legene om innsamling av aktuelle styringsdata, og bruken av disse i planleggingen, styring og oppfølging av legetjenestene i kommunen.

Neste figur viser hvordan informantene besvarte påstanden knyttet til om kommunen bruker tilgjengelige virkemidler fullt ut for å lede legetjenesten i ønsket retning.



Figur 3.2 Kommunen bruker tilgjengelige virkemidler fullt ut for å lede legetjenesten i ønsket retning

Figuren viser at det er legene som i størst grad er enig i at kommunen bruker tilgjengelige virkemidler fullt ut i ledelsen av legetjenesten.

- Politikernes svar viser at 20 % av informantene er helt eller delvis enig i utsagnet. Det er en andel på 30 % som er helt eller delvis uenig i utsagnet. Andelen som svarer vet ikke, er 50 %.
- Informantene fra administrativ ledelse skårer noe høyere på påstanden, og her er det 27,5 % av informantene som er helt eller delvis enig i utsagnet. Det er en andel på 69 % som er helt eller delvis uenig i utsagnet.
- I legegruppen er 55,8 % av informantene helt eller delvis enig i utsagnet. Legegruppen har den høyeste andelen som er helt enig i utsagnet. En andel på 38,5 % er helt eller delvis uenig i utsagnet.
- Alle informantene summert sammen viser at andelen som er helt eller delvis enig i utsagnet, er 39,1 %, og at andelen som er helt eller delvis uenig, er 52,5 %.

Informantenes samlede svar på utsagnet om bruk av tilgjengelige virkemidler, tyder på at svarene er noe sammensatt, men det er noe lav tilfredshet med hvordan tilgjengelige virkemidler benyttes i kommunene. Administrasjonen i kommunen er langt mer kritisk til dette forholdet enn legene.

Ved å se nærmere på hvem som har svart hva, er det et skille mellom informantene fra ulike typer kommuner. Kommuner med høy andel leger på fastlønn, opplever en høyere tilfredshet med bruken av tilgjengelige virkemidler, og det samme gjelder for ledelsen i disse kommunene.

Informantene i kommuner med høy andel av næringsdrivende leger er betydelig mer kritiske i sine vurderinger. Det er gjennomgående en vurdering fra kommunenes administrative ledelse om at kommunenes bruk av tilgjengelige virkemidler ikke er god nok. Samtidig er det i de større kommunene en høyere tilfredshet hos legene på spørsmålet om bruk av virkemidler. Legene fra kommunene med færre enn 10–15 000 innbyggere er imidlertid mer kritiske til kommunens bruk av tilgjengelige virkemidler i ledelsen av legetjenesten.

Svarene fra de største kommunene i utvalget varierer på dette spørsmålet, når vi ser svarene samlet. Det er en klar tendens til at kommunene Porsgrunn og Sarpsborg har en noe høyere tilfredshet blant politisk og administrativ ledelse. Det er også disse kommunene, av de større kommunene i utvalget, som har prioritert ledelse av fastlegene høyest.

3.3.2 Informantenes kvalitative svar og vurderinger

Det er stor variasjon i hvordan kommunene opplever at tilgjengelige virkemidler er tilgjengelige og kan brukes i ledelse av legene. Kommuneoverlegen fremstår som sentral i hvordan kommunene håndterer bruk av virkemidler i ledelsen av legetjenesten. Samtidig tyder våre funn på at i de kommunene som har utarbeidet en plan for legetjenesten og arbeider målbevisst med bruk av styringsdata, oppleves kommunens virkemidler som bedre enn i de kommunene som ikke har en plan for legetjenesten.

Oversikt over sentral styringsinformasjon

Det er et fåtall av utvalgskommunene som samler inn aktuell styringsinformasjon om fastlegene, og det kan virke som om ledelsen i utvalgskommunene har begrenset kompetanse om hvilken styringsinformasjon de trenger. I den grad styringsinformasjonen innhentes, er det kommuneoverlegen som har oversikt over denne. Det er samtidig få av våre informanter som synliggjør aktuelle momenter fra rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen på dette området. Det er dermed få kommuner i utvalget som rapporterer systematisk på grunnleggende styringsinformasjon. Få av utvalgskommunene har derfor tilgang på aktuelle styringsparametere. Dette kommer vi tilbake til senere i rapporten.

Takstsystemet styrer

Flere av informantene fremhever at fastlegenes kurative virksomhet nesten automatisk prioriteres foran samfunnsmedisinsk og forbyggende arbeid. Både informanter fra kommunenes administrasjon og enkelte av legene påpeker at dette er en grunnleggende forutsetning for legenes virksomhet og praksis.

På spørsmålet knyttet til samarbeid med fastlegene og hvordan denne dialogen fungerer, svarer de fleste utvalgskommunene at det er mangel på systematisk dialog. Selv om det er enkelte unntak, er hovedinntrykket at det er mangel på denne typen samarbeid. Intensjonen fra ledelsen i kommunene er vanligvis å sikre en slik systematisk dialog, men i praksis skjer ikke dette alltid.

I intervjuene kommer det frem, fra flere av informantene, at samarbeid er en del av «arbeidet» som ikke honoreres via takstsystemet. Resultatet er at motivasjonen hos flere av de næringsdrivende legene trolig er svakere enn hos de fast ansatte fastlegene, som inkluderer tidsbruken i sin vanlige arbeidstid. Samtidig er det kun et fåtall av kommunene som har lagt opp til et systematisk arbeid knyttet til denne problemstillingen. Her er Porsgrunn et godt eksempel på en kommune som har lyktes.

Informantene mener at legetilbudet til svake grupper som pasienter med rus- og psykiske helseutfordringer, prioriteres ulikt. Dette henger sammen med fastlegenes arbeidsmetodikk med raske konsultasjoner. Spesielt i større kommuner med høy andel næringsdrivende leger synes representanter fra hjemmetjenesten og administrasjonen å fremheve dette. Denne problemstillingen synes å være noe mindre i våre minste utvalgskommuner hvor legene enten er kommunalt tilsatte leger eller næringsdrivende leger. Intervjuene viser at utfordringen er mindre der legesenteret er kommunalt drevet, enn der legesenteret drives av næringsdrivende leger i solopraksis. Kartleggingen viser at det er en svak tendens til at større legesentre har en noe mer helhetsforståelse for problemstillingen.

Timer til kommunalt arbeid

Fastleger i fulltidspraksis kan ifølge fastlegeavtalen pålegges å delta inntil 7,5 time pr. uke i andre allmennlegeoppgaver i kommunen. Eksempler på dette er helsestasjons- og skolehelsetjeneste, sykehjem og arbeid i fengsler mv. Vår gjennomgang viser at de minste kommunene i utvalget benytter 7,5 timer «tilplikingsmulighet» i høy grad. Vi er kjent med at denne praksisen har vært omdiskutert. I vår gjennomgang tyder svarene fra de minste kommunene på at praksisen gir en bedret integrering av fastlegene, og gir legene i utvalgskommunene en bedret forståelse av helheten i tilbudet.

Situasjonen er derimot en annen i de største kommunene i utvalget. Her får vi opplyst at «tilplikingsmuligheten» medfører mange små stillinger og et oppdelt og fragmentert tjenestetilbud. Flere av de større kommunene i utvalget planlegger å tilsette fast ansatte sykehjemsleger og helsestasjonsleger for å unngå for mange små stillinger i dette arbeidet.

Vi har tidligere vist at vår definisjon av ledelse handler om at ledelse er en bevisst påvirkningsprosess, hvor resultatene skapes i en relasjon mellom leder og medarbeidere, og hvor medarbeiderne er medansvarlige. Dette er et forhold vi har utfordret informantene på, og i intervjuene har det kommet frem at timene som kan avsettes til kommunalt arbeid, med fordel kan benyttes til oppgaver som samarbeidsmøter, planleggingsmøter mv. Dette gjelder spesielt der det er høy andel næringsdrivende leger.

Tiltaket kan være egnet for å sikre nødvendig dialog og samarbeid, og for å sikre integrering og felles forståelse av prioriteringer og satsinger. Samtidig er det i enkelte av utvalgskommunene kommet frem at kommunene må planlegge å styre denne samarbeidsformen tydelig. Årsaken er at denne typen møter kan bli kostbare dersom en skal frikjøpe mange leger over flere timer samtidig. En mulighet som her løftes frem, er å velge ut et representativt utvalg av legene. Andre kommuner i utvalget forsøker å få til faste samarbeidsmøter på legekantorene mellom hjemmetjenesten og fastlegene. Ved å legge disse møtene til korte lunsjmøter eller til møter på starten av dagen, har dette vist seg mulig. Svarene tyder på at dette er enklere å få til i mindre kommuner.

Samarbeidsutvalg

Ordringen med samarbeidsutvalg er innført for å legge til rette for en hensiktsmessig drift av allmennlegetjenesten, og for et konstruktivt samarbeid mellom kommunen og allmennlegene. Det er et mål at allmennlegene skal sikres innflytelse over drift og organisering av egen praksis og eget listeansvar. Kommunen har ansvar å ta initiativ til samarbeidsutvalg, og utvalget skal ha møte minimum halvårlig og etter behov.

Samarbeidsutvalget kan opprettes med to eller flere representanter fra hver av partene, og med like mange varamedlemmer. Samarbeidsutvalget konstituerer seg selv og velger leder; partene har ledelsen vekselvis ett år hver. Kommunen skal stille møtelokaler til disposisjon. Når det gjelder godtgjøring for møter, skal dette gjøres etter kommunens satser. I møtene har kommuneoverlegen møteplikt, og er ansvarlig for å tilrettelegge møtene, innkalle og følge opp saker hvor det er nødvendig. Andre samarbeidsparter kan delta som observatører etter behov.

Alle kommuner i utvalget har samarbeidsutvalg, men det er stor variasjon knyttet til hvordan møtene organiseres, hvilke saker som blir tatt opp og hvordan vedtak fra utvalgene blir fulgt opp. Enkelte av våre informanter etterspør en langt tydeligere styring av møtene og planlegging knyttet til oppfølging av vedtakene i møtene.¹²

En kommune som har tatt denne utfordringen på alvor, er Porsgrunn kommune. Kommunen har arbeidet målstyrt med møtene og opplever å ha konstruktive møter. Kommunen har hatt egen sak knyttet til hva en ønsker å få ut av samarbeidsutvalget, og har hatt en gjennomgang på hva en ønsker å få ut av møtene i utvalget. Etter endring i fokus på møtene opplever kommunen en sterk forbedring, blant annet i form av et langt tydeligere perspektiv på møtene. Det er to fastleger og en tillitsvalgt som deltar, og det oppleves å være god oppslutning på møtene. Arbeidet med samarbeidsutvalget henger trolig sammen med satsingen kommunen har gjort med plan for legetjenesten. Dette kommer vi tilbake til senere i rapporten.

Allmennlegeutvalg

Et allmennlegeutvalg bestående av kommunens allmennleger skal sikre samarbeidet legene imellom, ivareta deres interesser i fastlegeordningen og representere dem overfor kommunen. Det er kommunens oppgave å ta initiativ til at det blir opprettet et allmennlegeutvalg der alle allmennleger er deltakere. Det er et mål at allmennlegeutvalget skal bidra til nødvendig samarbeid mellom legene i kommunene for å ivareta legenes oppgaver i fastlegeordningen. Utvalget skal ha møte minst halvårlig og for øvrig etter behov – kommunen skal stille møtelokaler til disposisjon.

Deltakelse fra legene i allmennlegeutvalgene varierer i utvalgskommunene, og flere kommuner fremhever at det ofte er de samme fastlegene som møter. I de mindre kommunene i utvalget er møtedeltakelsen høyere enn i de større kommunene. Tilsvarende tyder det på at deltakelsen i møtene er høyere i kommuner med høy andel fast ansatte leger. De største kommunene i utvalget rapporterer om en deltakelse i møtene på under 50 %.

Allmennlegeutvalgets oppgaver er knyttet til forskjellige forhold, som valg til samarbeidsutvalg, fremme saker overfor samarbeidsutvalget, rådgi legenes representanter i samarbeidsutvalget, drøfte retningslinjer for håndtering av truende og voldelige pasienter mv.

Legene har plikt til å delta i møtene. Imidlertid får det sjelden konsekvenser for dem som likevel ikke møter opp, ettersom få av utvalgskommunene registrerer hvem som deltar. For å øke deltakelsen på møtene er det i enkelte av utvalgskommunene forsøkt med tilpassede møtetidspunkter. Dette har hatt en begrenset effekt.

Plan for legetjenesten

I rammeavtale mellom KS og Legeforeningen gis det tydelige føringer om at kommunene bør utarbeide en plan for legetjenesten. I rammeavtalen kommer det frem at det er kommunen som skal sørge for nødvendig planlegging, slik at legen har forutsigbarhet i sin virksomhet. I planen bør det fremgå forventet listestørrelse, rammebetingelser, pasientpopulasjon mv. Porsgrunn kommune har utarbeidet en slik plan, og sørget for at den er godt forankret både hos legene og i kommunens ledelse, administrativt og politisk. Informantene fra Porsgrunn fremhever at for administrativ leder av legetjenestene og kommuneoverlegen er planen viktig for å sikre helhetlig drift og organisering av fastlegetjenesten.

¹² Samarbeidsutvalget bør gi råd i saker som eksempelvis gjelder fastlegeordningen, planlegging av kommunens allmennlegetjeneste, forhandling med helseforetak om samarbeidsavtaler, allmennlegenes rolle ved oppfølging av kommunens forpliktelser, serviceerklæringer for legekantorene i kommunen, retningslinjer for håndtering av truende og voldelige pasienter, oppretting av legehjemler, flytting av praksis, listelengder, legevakt, øyeblikkelig hjelp på dagtid mv.

Flere av våre informanter i kommunene fremhever at strategi og plan for legetjenesten har betydning for ledelse av legene. Dette handler om i hvilken grad kommunene har konkrete målsettinger for sin legetjeneste, og metoder/planer/tiltak for legetjenesten som følges med resultatmålinger og evalueringer, det vil si harde og myke driftsdata. Enkelte av informantene trekker frem at dersom kommunen ikke har noen mål for hva kommunen ønsker med legetjenesten, vil det være vanskelig å styre og lede legene.

I vår gjennomgang finner vi klare tendenser til at kommuner som har en helhetlig plan og styring av fastlegene og legesentrene, har en god felles forståelse og samordning av legenes arbeid opp mot kommunens og innbyggernes behov. Samtidig viser våre funn at det er få av utvalgskommunene som i stor grad samarbeider med legene om strategi og prioriteringer for praksisen. Et eksempel på slikt samarbeid kan være en plan for legetjenesten som rulleres.

Kommunenes mulighet for å holde tilbake basistilskuddet

Når det gjelder kommunenes vurdering av mulighetene for å holde tilbake basistilskuddet, er det stor variasjon i informantenes svar. Enkelte kommuner fremhever at muligheten er god, men at den ikke har vært benyttet. Andre kommuner har problemer med å se mulighetene og situasjonene dette skulle gjelde. I den grad dette virkemiddelet skal benyttes, pekes det på Fylkeslegen og dens vurderinger av misligheter og anbefalinger til kommunene.

Samarbeidet mellom leger og hjemmetjenesten

Samhandlingsreformen har bidratt til å sette søkelyset på pasientutvekslingen mellom kommuner og sykehus. Dette har betydning både som en samfunnsoppgave og som en potensiell utgiftspost for kommunene, dersom fastleger og pleie- og omsorgstjenesten ikke samarbeider om felles pasienter. I denne analysen har vi valgt å fremheve dette punktet, da det belyser et forhold flere av informantene fremhever som viktig.

Svarene fra informantene viser at det er ulike oppfatninger mellom de ulike kommunene, samt mellom politikere og administrativ ledelse kontra legene. Dette spørsmålet er av vesentlig betydning, da det omhandler de sykeste pasientene på fastlegenes liste, og derfor burde få høy prioritet når det gjelder å komme fremst i behandlingsskøen. De økonomiske forholdene knyttet til denne problemstillingen ble tydeliggjort som en del av samhandlingsreformen, hvor kommunene betaler en fastsatt pris pr. overliggerdøgn for de pasientene sykehuset definerer som «utskrivningsklare».

I utvalgskommunene hvor det hovedsakelig er fast ansatte leger, er det høy grad av samstemmighet blant informantene om at samarbeidet mellom legene og de kommunale tjenestene fungerer tilfredsstillende. Her fremkommer det i intervjuene at fastlegene foretar hjemmebesøk og følger opp de aktuelle pasientene etter behov. Det beskrives en situasjon hvor det er god dialog mellom legene og hjemmetjenesten, og det er høy grad av gjensidig tillit til vurderinger av pasienter. I de største av utvalgskommunene med hovedsakelig næringsdrivende leger, er det mindre positive vurderinger på dette området.

I utvalgskommunene med høy andel fast ansatte leger oppleves det at samarbeidet med hjemmebasert omsorg stort sett fungerer bra. Dette gir også ledere og politikere sin tilslutning til. Dette skyldes først og fremst at alle legene er lojale og følger opp bekymringer, og at det er formalisert dialog og oppfølging av felles pasienter.

Sykepleiere fra kommuner med høy grad av næringsdrivende leger opplyser at det er stor forskjell på legene med hensyn til viljen og prioriteringen av samarbeidet om felles pasienter. Dette kommer blant annet til uttrykk gjennom bruken av det elektroniske meldesystemet, der leger og sykepleiere kan gi opplysninger, for eksempel om behov for sykebesøk eller bekymringsmeldinger om sykdomsutviklingen. De fleste leger følger opp, men sykepleierne fra enkelte kommuner opplyser

at noen leger, anslagsvis 20–30 % ikke bruker eller responderer på meldinger i dette systemet. Vurderingene fra flere av disse informantene knyttes sammen med manglende muligheter for å styre og lede næringsdrivende fastleger. Motsatt fremhever legene i de samme kommunene at informasjonen og kvaliteten på informasjonen fra hjemmetjenesten ofte er mangelfull og lite kvalitetssikret.

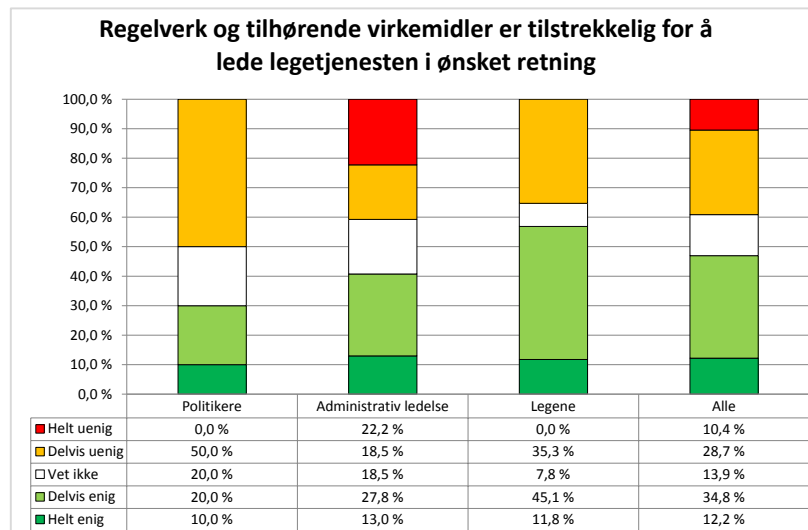
I utvalgets største kommuner er det ikke samme nærhet mellom kommunens ledelse og legene som i de mindre kommunene. I disse kommunene er det også et langt større innslag av næringsdrift, og legene er i stor grad organisert i legesentrene. Den daglige kommunikasjonen og samhandlingen fungerer på en annen måte enn i de mindre kommunene. Samtidig kan en fastlege ha pasienter på listen til flere av hjemmetjenestedistriktene. Mye tyder på at disse kommunene må ha en langt større tydelighet i samarbeidet for å få til en smidig samhandling. Når da de samme kommunene rapporterer på lav andel oppfølgingsrutiner og liten tydelighet i samarbeidsformen, kan det medføre utfordringer.

3.4 Behov for endring i virkemiddelapparatet

I vår gjennomgang viser undersøkelsen at størrelsen på kommunen og tilsettingsforholdet til fastlegene har stor betydning for hvordan kommunens ledelse følger opp legene. I utvalgets største kommuner er det lengre avstand mellom kommunenes administrasjon, ledelsen knyttet til helse- og omsorgstjenestene og de ulike legekantorene. Her er det også et større innslag av næringsdrivende leger. I de mindre kommunene i utvalget foregår den daglige dialogen og samhandlingen på en mer naturlig måte, da kommunene har færre leger, og ofte kun et fåtall legesentre. Legesentrene i de mindre kommunene er ofte lokalisert i nær tilknytning til administrasjonen, og det er gjennomgående god kjennskap til hverandres tjenester.

3.4.1 Informantenes kvantitative svar

Neste figur viser hvordan informantene besvarte påstanden knyttet til om myndighetenes regelverk og tilhørende virkemidler er tilstrekkelig for å lede legetjenesten i ønsket retning.



Figur 3.3 Regelverk og tilhørende virkemidler er tilstrekkelig for å lede legetjenesten i ønsket retning

Figuren viser at legene er mest fornøyd med regelverk og tilhørende virkemidler for å lede legetjenesten i ønsket retning.

- Politikernes svar viser at 30 % av informantene er helt eller delvis enig i utsagnet. Det er en andel på 50 % som er delvis uenig i utsagnet. Andelen som besvarer utsagnet med vet ikke, er 20 %.
- Informantene fra administrativ ledelse skårer noe høyere på samme spørsmål, og her er det 40,8 % av informantene som er helt eller delvis enig i utsagnet. Samtidig er 40,7 % av informantene helt eller delvis uenig i utsagnet. Andelen som er helt uenig i utsagnet, er på 22,2 %. Andelen som besvarer utsagnet med vet ikke, utgjør 18,5 %.
- I legegruppen er 56,9 % av informantene helt eller delvis enig i utsagnet. I legegruppen er det en andel på 35,3 % som er delvis uenig i utsagnet.
- Alle informantene summert sammen viser at andelen som er helt eller delvis enig i utsagnet er 47 %, og at andelen som er helt eller delvis uenig, er på 39,1 %.

Informantenes samlede svar på utsagnet om regelverk og tilhørende virkemidler er tilstrekkelige for å lede legetjenesten i ønsket retning, tyder på at legene er mest fornøyd og kommunens administrative ledelse er mest kritisk.

Dersom vi vurderer svarene fra informantene i forhold til kommuner med høy andel fast ansatte leger eller kommuner med høy grad av næringsdrivende leger, endrer bildet seg noe. Administrativ ledelse i disse kommunene er mer fornøyd med dagens regelverk og virkemidler, enn administrativ ledelse i kommuner med høy andel næringsdrivende fastleger.

Den høyeste andelen som er kritisk til dagens regelverk og tilhørende virkemidler, er den administrative ledelsen i kommunene, og spesielt i store og mellomstore kommuner med høy andel næringsdrivende leger. Samtidig er legene i disse kommunene langt mer fornøyd med gjeldende regelverk og virkemidler.

3.4.2 Informantenes kvalitative svar og vurderinger

Informantenes forståelse av forhold knyttet til regler og juss, økonomiske forhold og formelle krav til legene, er varierende. I intervjuene kommer det frem at de kommunene som har best oversikt over disse forholdene, er noe mer fornøyd med gjeldende regelverk og tilhørende virkemidler, enn de kommunene som har en lavere kompetanse om dette.

I intervjuene kommer det frem blant flere av utvalgskommunene at dagens virkemidler for oppfølging av legetjenesten oppleves å være krevende å håndtere. Et stort flertall av informantene ønsker flere virkemidler i ledelse av fastlegene. Samtidig er det et fåtall kommuner som etterspør systematisk informasjon og benytter avvikssystem i oppfølgingen av fastlegene. Flere av informantene har videre begrenset oversikt og kjennskap til innhold i lovverk og sentrale føringer gitt i lov og forskrift, hvor ulike tiltak er beskrevet. Oversikt over gjeldende avtaler, forståelse av legetjenesten gjennom dialog og felles mål med legene, vil trolig svare ut deler av kommunenes behov for bedre ledelse og styring, og etablere et godt samarbeidsklima. Tilgang til nødvendige data til styrings- og kvalitetsformål er en forutsetning for å kunne ivareta ansvaret og ledelsen av et forsvarlig allmennlegetilbud.

Det er også et fåtall av utvalgskommunene som er kjent med virkemidlene som fremkommer i rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen. I flere av intervjuene kommer det frem at de store kommunene i utvalget har en større «kontraksstyring» av legene. Parallelt med dette får vi opplyst at det i flere av de større kommunene er en lav grad av tilgjengelig styringsinformasjon og manglende oppfølgingsrutiner. I de mindre kommunene beskrives det en langt større grad av dialog og naturlig samhandling mellom fastlegene og øvrige ansatte i kommunene. En kommune som har arbeidet målstyrt med innsamling av styringsdata over tid for kurativ legetjeneste, er Porsgrunn. Kommunen har utarbeidet systematisk oversikt over aktiviteter knyttet til legetjenesten, har utarbeidet en plan for legetjenesten og følger systematisk opp eventuelle avvik.

Dialog og felles strategier for legetjenesten

Det er stor variasjon i hvordan kommunene følger opp og har systematisk dialog med fastlegene. Samarbeidsutvalg og arbeidet som foregår i allmennlegeutvalgene, spiller her en sentral rolle. Informantene i kommunene peker i stor grad på samarbeidsutvalget når det gjelder systematisk dialog med fastlegene. I all hovedsak synes samarbeidet mellom kommunene og fastlegene å fungere best i de minste kommunene og der en har valgt fastlønn til legene.

I de minste kommunene er det mindre forhold, og den naturlige dialogen synes å foregå på en enklere måte. Porsgrunn er et unntak, ved at en får til en god dialog og samhandling, i en mellomstor norsk kommune, mellom kommunen og fastlegene. Informantene i Porsgrunn fremhever at det er tett dialog mellom kommunens administrasjon, virksomhetsleder og kommuneoverlege og fastlegene. Samtidig er Porsgrunn en av få kommuner som har utarbeidet strategier for legetjenesten sammen med fastlegene. Det at kommunen har en kommuneoverlege i full stilling som arbeider målstyrt med temaet, er trolig av stor betydning. Hos kommunalsjef og virksomhetsleder finner vi også et tydelig fokus på hva og hvordan en ønsker å jobbe med legetjenesten.

Det er nesten ingen av utvalgskommunene som gjennomfører medarbeidersamtaler med fastlegene. Det er også et fåtall av kommunene som har faste treffpunkter med enkeltlegene. Funnene fra våre kommuner kan tyde på at systematisk dialog mellom administrasjonen i kommunen og fastlegene henger sammen med kommuneoverlegens rolle og funksjon. I kommunene hvor fastlegen er i full stilling og har rammer og ressurser avsatt til formålet, synes det å være mer systematisk dialog mellom fastlegene og kommunen. Porsgrunn er den kommunen som skårer høyest på dette temaet, og som samtidig er en av de største kommunene i utvalget, med høy andel næringsdrivende fastleger. Her er det også kommuneoverlege i full stilling.

Bruk av dagens virkemidler

I kartleggingen av kommunene har vi vist at det er stor variasjon mellom kommunene når det gjelder hvilke styrings- og driftsdata som er fremstilt i kommunenes årsmeldinger, og hvilken informasjon som samles inn systematisk. I intervjuene har det kommet frem at kommuneoverlegene har den beste oversikten over fastlegenes arbeid knyttet til telefontilgjengelighet, deltakelse i legevakt, daglegevakt, samarbeid mellom fastleger og hjemmetjenesten og annen arbeidspraksis. Det er samtidig et gjennomgående ønske fra ansatte i kommunens ledelse og politikere om sterkere og bedre virkemidler i ledelse av legene enn i dag.

Kjennskapen til eksempler som fremkommer i rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen, er som nevnt ulik i kommunene. Fra kommunene oppleves det å holde tilbake basistilskuddet og å si opp fastlegeavtalen, som et dramatisk virkemiddel. Få eller ingen av kommunene opplyser at de har benyttet advarsler som et virkemiddel.

I de større kommunene er legene skeptiske til sterkere virkemidler, og det opplyses at dagens virkemidler er tilstrekkelige for å lede legene. Et av hovedargumentene som blir fremhevet av flere informanter med legebakgrunn, er at fastlegeordningen er organisert for å ivareta pasientens behov for fastlege, ikke kommunens behov.

Rapportering på grunnlagsdata

Gjennomgangen har vist at det er stor variasjon i hvordan kommunene rapporterer på styringsdata, og hvordan kommunene informerer om aktuelle styringsdata i årsmeldingen. I rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen om allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunene, fremkommer det at kommunen kan kreve at legen avgir grunnlagsdata som er nødvendig for kommunens planlegging og administrasjon av helsetjenesten. Kommunen og fastlegen skal samarbeide om rapporteringskravene. I denne avtalen er det rom for tolkning, og pålegget er en ikke iverksatt paragraf i fastlegeforskriften.

Det er stor variasjon i hvordan kommunene rapporterer og informerer om aktuelle styringsdata i årsmeldingen. I intervjuene har det kommet frem at i den grad kommunene har oversikt over fastlegenes arbeid knyttet til telefontilgjengelighet, deltakelse i legevakt, daglegevakt, samarbeid mellom fastleger og hjemmetjenesten og annen arbeidspraksis, er det i utvalgs kommunene, i stor grad kommuneoverlegen som har denne oversikten. Kun en av kommunene i utvalget har en egen årsmelding for legetjenesten. Alle utvalgs kommunene har en årsmelding for helse og omsorg, eller et kapittel til dette området, hvor ulike parametere knyttet til legetjenesten inngår i variabel grad. Eksempler på dette er konsultasjoner på legevakt, lege- og pasienthenvelser, vold i nære relasjoner på legevakt og eventuelt tilgjengelige KOSTRA-tall.

Virkemidlene som fremheves fra flere kommuner, er kommunikasjon og dialog, plan for legetjenesten som rulleres, tilpassede møter, kommunalt tilsatte leger, samarbeidsutvalg og allmenlegeutvalg, samarbeid med tillitsvalgte, fastlegeavtalen mv. Det er, som tidligere nevnt, svært få av våre utvalgs kommuner som fremhever systematisk oversikt over sentrale statistikker for deltakelse i legevakt, legenes listelengde, åpningstider på legekantor, telefontilgjengelighet og ventetid på telefon, ventetid for konsultasjoner mv. Spesielt de kommunene som opplever at statens regelverk og tilhørende virkemidler ikke er tilstrekkelige, har i begrenset grad oversikt over aktivitetsdata knyttet til fastlegenes praksis.

Dokumentasjon i årsmelding

I forbindelse med intervjuene har vi undersøkt hvordan kommunene dokumenterer og fremstiller aktuelle forhold i årsmeldingene. Oversikt over hvilke kommuner som dokumenterer ulike forhold i årsmeldingene knyttet til kurativ legetjeneste viser vi i neste tabell.

Tabell 3.1 Oversikt over hvilke kommuner som dokumenter ulike forhold som bestemmer kvaliteten på det kurative legetilbudet

Forhold dokumentert i årsmelding	Kommuner
Legenes listelengde	Sarpsborg, Porsgrunn, Meland, Sortland, Harstad
Åpningstider på legekantor	Sortland, Harstad
Telefontilgjengelighet og ventetid på telefon	Sortland, Harstad
Fastlegenes deltakelse i legevakt	Meland
Tilgjengelig øyeblikkelig hjelp tilbud på dagtid	Sortland
Ventetid for konsultasjoner	Meland, Sortland
Lokalisering av praksis geografisk	Hå, Meland, Sortland
Organisering av praksis (størrelse på gruppepraksis, eventuelt solopraksis)	Hå, Meland, Sortland
Innkallingsrutiner for utsatte pasientgrupper	
Responstid i hjemmesykepleien	
Bemanning av hjelpepersonell	Ørskog
Volum av hjemmebesøk	Porsgrunn
Prioritering mellom pasientgrupper	
Prioritering mellom enkeltpasienter	
Kvaliteten på den kurative behandlingen av pasienter	Harstad
Registrerte klagesaker	Hå, Harstad
Bruk av de 7,5 timene som kommunen kan styre	Nes (BU), Austevoll, Ørskog, Sortland, Harstad

I flere av kommunene vi har intervjuet, er det fra mange av informantene et ønske om flere virkemidler i ledelse av fastlegene. Dette henger ikke helt sammen med våre funn hva gjelder kompetanse knyttet til inngåtte avtaler.

Gjennomførte intervjuer i kommunene viser en tendens til at det er kommunene som har begrenset oversikt over legenes aktiviteter og grunnleggende statistikker, og som i størst grad ønsker bedret føringer og retningslinjer for å lede legetjenesten.

Det er få eller ingen av utvalgs kommunene som oppgir at de benytter advarsel som et virkemiddel. Dette henger trolig sammen med at et fåtall av utvalgs kommunene har et avvikssystem som gjør det mulig å gi oversikter som kan medføre advarsel. Når det gjelder faglige vurderinger og oppfølginger av fastlegene med hensyn til faglige krav, er det i stor grad Fylkeslegen som utfører dette, og kommunen har minimal informasjon om disse forholdene før det blir konkludert fra Fylkeslegen.

Listelengden

Flere av informantene vi har intervjuet, har opplyst at listelengden kan være avgjørende for fastlegens mulighet for samarbeid. For lang liste kan medføre at det blir mindre tid for fastlegene til å følge opp øvrige kommunale oppgaver, og dermed vanskeligere å samkjøre legene med øvrige kommunale tjenester. Samtidig er det få av kommunene som har en eksakt avgrensning av hva de mener er en riktig listelengde. Enkelte kommuner peker på at gjennomsnittlig listelengde på landsbasis kan være en riktig målestokk. I enkelte kommuner er det bevissthet knyttet til dette temaet.

Fylkeslegens rolle

Når det gjelder faglige vurderinger av fastlegenes praksis og oppfølging av fastlegene, er det i stor grad Fylkeslegen som utfører dette gjennom tilsyn. Det finnes en rekke føringer som er av stor betydning for legenes arbeidsforhold, men dette er føringer som informantene mener kommunene i liten grad har direkte innvirkning på. Faglige forhold kan likevel ha stor betydning for hvordan legene jobber og prioriterer. Det er knyttet ulike faglige aspekter og føringer til kurativt arbeid, forebyggende arbeid, helsestasjonsarbeid, arbeid i sykehjem, hjemmesykepleie mv.

Med hensyn til faglige forhold har Fylkeslegen en spesiell rolle overfor fastlegene. Kommunene er i stor grad bevisst det faglige forholdet mellom kommunene og Fylkeslegen, selv om enkelte kommuner kan oppleve det som problematisk. Dette går spesielt på informasjon til kommunen ved klager på legen. Kommunene opplyser at de har minimal informasjon om gjennomføringen av tilsyn før det blir konkludert fra Fylkeslegen.

Når det eksempelvis er en pågående klagesak eller dialog mellom Fylkeslegen og fastlegene knyttet til vurderinger og/eller nivå på terskelen for å sykmelde pasienter, medisinering mv. informeres ikke kommunen om dette når det gjelder de næringsdrivende legene. Vi har imidlertid eksempler på at i kommuner med en høy andel fast ansatte fastleger, får kommuneoverlegen denne informasjonen. Informantene fremhever at dette henger sammen med at kommunen er arbeidsgiver.

Kjennskapet til sentrale avtaler og mellom KS og Legeforeningen

Det er utarbeidet avtaler mellom KS og Legeforeningen om allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunene. Våre informanter har som nevnt varierende kompetanse og oversikt over hva som står i hvilken lov og forskrift. Det er et fåtall av våre informanter som har oversikt eller inngående kjennskap til føringene og handlingsrommet til kommunene som er nevnt i «Kommunelegeavtalen», rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen og i «statsavtalen». I rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen er forholdet knyttet til kommunens mulighet til å kreve at legene avgir grunnlagsdata – som er nødvendig for kommunens planlegging og administrasjon av helsetjenesten – regulert.

De av informantene som er bevisst dette kravet, er i variabel grad sikre på om kommunene kan kreve dette, eller om det er gjenstand for forhandlinger å få til denne rapporteringen. Det er dermed en usikkerhet knyttet til om det i avtalen er rom for tolkning. I fastlegeforskriften er dette omhandlet

som en ikke iverksatt paragraf. Til tross for at flere av informantene er lite tydelige på hva kommunene bør kartlegge, er det gjennomgående en holdning om at en trenger styringsdata. Slik vi forstår informantene i kommunene, ligger det en klar oppfordring om at departementet bør sørge for at denne ikke iverksatte paragrafen¹³ i fastlegeforskriften bør tre i kraft. Resultatet av en slik endring vil være at kommunene kan pålegge at fastlegen avgir nødvendige data til styrings- og kvalitetsformål.

Nødvendig styringsinformasjon fra legepraksis og legesentre

Det er i fastlegeavtalene og i avtalen mellom KS og Legeforeningen listet opp flere forhold når det gjelder fastlegens ansvar, men også kommunenes ansvar. Det er klare føringer om at det skal utarbeides en plan for legetjenesten. Planen bør danne et grunnlag for dimensjonering av tjenestene, og synliggjøre hvordan kommunen kan trekke opp retningslinjer for forbedrings- og utviklingsarbeidet i legetjenesten. Planen bør også ha et fokus på tiltak for å møte framtidige utfordringer i helsetjenesten.

I planen bør det videre være en kartlegging av aktuell styringsinformasjon. Med utgangspunkt i erfaringer fra enkelte av utvalgskommunene og utvikling av legetjenester i flere kommuner, har vi utviklet en anbefalt minimumsliste kommunene kan ha en systematisert oversikt over når det gjelder nøkkelinformasjon. Nødvendig styringsinformasjon som kommunene bør samle inn for å kunne sikre en presis dialog om legetjenesten, kan eksempelvis være:

- Legenes listelengde
- Fastleger med spesialisering i allmenntilleggsmedisin
- Åpningstider på legekantor
- Telefontilgjengelighet og ventetid på telefon
- Elektronisk tilgjengelighet, med mulighet for e-konsultasjon, timebestilling og reseptbestilling på nett
- Fastlegenes deltakelse i legevakt
- Tilgjengelig øyeblikkelig hjelp tilbud på dagtid
- Brukere av legevakt koplet til listepasienter tilknyttet fastlege/legesenter
- Ventetid for nye konsultasjoner
- Lokalisering av praksis geografisk
- Organisering av praksis (størrelse på gruppepraksis, eventuelt solopraksis)
- Bruk av vikarer
- Responstid i forhold til hjemmesykepleien
- Bemanning av hjelpepersonell
- Sykebesøkspraksis og volum
- Oversikt over foreskriving av vanedannende medikamenter
- Sykemeldingsstatistikk
- Registrerte lokale klagesaker og klager til Fylkeslegen
- Antall meldte avvik fra kommune og fastlege
- Bruk av de fastsatte 7,5 timene som kommunen kan benytte
- Innleggelser i spesialisthelsetjenesten, typer og omfang

Videre bør kommunene ha en plan for legetjenesten i kommunen som er forankret hos kommunens leger.

Helsedirektoratet arbeider for tiden med å utvikle et samlet helseregister for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette har fått navnet «Kommunalt pasient- og brukerregister» (KPR). Hovedformålet med KPR-registeret er å gi grunnlag for planlegging, styring, finansiering og

¹³ Paragraf 29 i Forskrift om fastlegeordning i kommunene

evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester for sentrale og kommunale myndigheter. Det er meningen at opplysningene i registeret også skal være en viktig datakilde for statistikk, helseanalyser, kvalitetsforbedringsarbeid, beredskap og forebyggende arbeid og forskning. Det er et mål at registeret skal samle informasjon og kunnskap som grunnlag for å fremme helse, forebygge sykdom og skade, og gi bedre helse- og omsorgstjenester. Et slikt register vil supplere kommunal statistikk og informasjon knyttet til kurativ legetjeneste i kommunene.

I flere av våre utvalgskommuner er legene organisert i legesentre. Legesentrene representerer et nivå mellom den enkelte fastlege og kommunen. Det kan være hensiktsmessig å styre rapporteringen i disse kommunene gjennom legesentrene. På den måten får kommunen sikret en felles forståelse og dialog med flere leger samtidig.

3.5 Fast ansatte fastleger

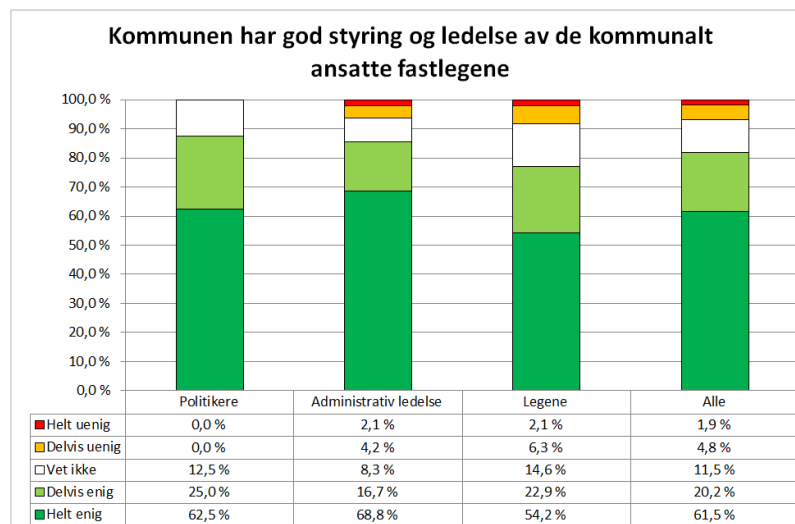
I Norge er det valgt en hovedmodell for fastlegeordningen som bygger på at fastlegen er selvstendig næringsdrivende med egen avtale med kommunen. I dag er som nevnt ca. 95 % av fastlegene privatpraktiserende, og den øvrige andelen på ca. 5 % ansatt i kommunen. I enkelte kommuner kan rekrutteringsutfordringer på legesiden gi kommunene begrenset handlingsrom og skape behov for spesielle avtaler/tilpasninger. I utvalget av kommuner har vi ikke tatt med kommuner hvor dette er et bevisst grunnlag i rekrutteringsprosessene.

3.5.1 Informantenes kvantitative svar

I intervjuene har vi spurt informantene om styring og ledelse av fast ansatte fastleger og næringsdrivende leger.

Kommunen har god styring og ledelse av de fast ansatte fastlegene

Neste figur viser hvordan informantene vurderer utsagnet om at kommunen har god styring og ledelse av de fast ansatte fastlegene.



Figur 3.4 Kommunen har god styring og ledelse av de fast ansatte fastlegene

Figuren viser at administrativ ledelse er mest fornøyd med styring og ledelse av de fast ansatte fastlegene.

- Politikernes svar viser at 87,5 % av informantene er helt eller delvis enig i utsagnet. Det er en andel på 12,5 % som besvarer utsagnet med vet ikke. Ingen av informantene er helt eller delvis uenig.

- Informantene fra administrativ ledelse har den høyeste andelen informanter som er helt enig i utsagnet. Denne andelen er på 68,8 %. Andelen som er delvis enig er på 16,7 %. Samlet svarer informantene at det er 85,5 % som er helt eller delvis enig i utsagnet. Det er en liten andel på 6,3 % som er helt eller delvis uenig i utsagnet.
- I legegruppen er 77,1 % av informantene helt eller delvis enig i utsagnet. I legegruppen er det en andel på 8,4 % som er helt eller delvis uenig i utsagnet.
- Alle informantene summert sammen viser at andelen som er helt eller delvis enig i utsagnet, er på 81,7 %, og at andelen som er helt eller delvis uenig, er på 6,7 %.

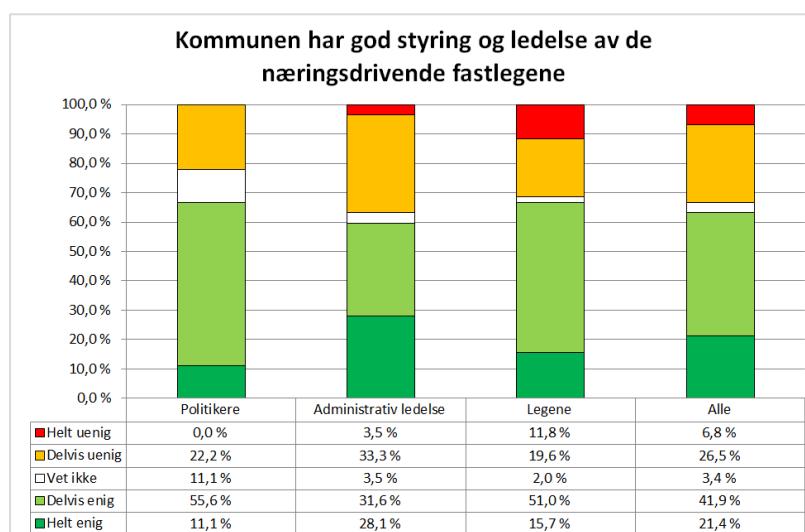
Informantenes samlede svar på om kommunen har god styring og ledelse av de fast ansatte fastlegene, tyder på at de fleste er fornøyd med denne tilsetningsformen av fastleger når det gjelder styring og ledelse.

Dersom vi analyserer hvem som svarer hva, finner vi at andelen som er helt fornøyd, er høyest i de større kommunene med høy andel næringsdrivende fastleger. Årsaken er trolig at antallet fast ansatte leger er få, og at de som er fast ansatte her, jobber daglig sammen med kommuneoverlegen. Gjennomgående er vurderingen fra de fleste informantene at ledelse av de kommunalt tilsatte fastlegene fungerer bra. Det er et visst unntak fra dette i mindre kommuner med høy andel næringsdrivende fastleger.

Kommunen har god styring og ledelse av de næringsdrivende fastlegene

På tilsvarende måte har vi spurt informantene om vurderingen knyttet til styring og ledelse av næringsdrivende fastleger.

Neste figur viser hvordan informantene vurderer utsagnet om at kommunen har god styring og ledelse av de næringsdrivende fastlegene.



Figur 3.5 Kommunen har god styring og ledelse av de næringsdrivende fastlegene

Figuren viser at andelen av informantene som opplever at kommunen har god styring og ledelse av de næringsdrivende fastlegene, er lavere enn for de fast ansatte fastlegene.

- Politikernes svar viser at 66,7 % av informantene er helt eller delvis enig i utsagnet. Det er en andel på 22,2 % som delvis uenig i utsagnet.
- Informantene fra administrativ ledelse har den laveste andelen informanter som er helt enig eller delvis enig i utsagnet. Denne andelen er på 59,7 %. Informantene fra administrativ ledelse

har imidlertid den høyeste andelen som er helt enig. Andelen som er helt eller delvis uenig i utsagnet, er på 36,8 %.

- I legegruppen er 66,7 % av informantene helt eller delvis enig i utsagnet. En andel på 31,4 % er helt eller delvis uenig i utsagnet.
- Alle informantene summert sammen viser at andelen som er helt eller delvis enig i utsagnet, er på 63,3 %, og at andelen som er helt eller delvis uenig, er på 33,3 %.

Informantenes samlede svar på om kommunen har god styring og ledelse av de næringsdrivende fastlegene, tyder på at de fleste er fornøyd med denne tilsetningsformen, likevel mindre fornøyd enn med fast ansatte fastleger.

Intervjuene viser at det er noe variasjon mellom kommunene når det gjelder forståelsen av om kommunene har god styring og ledelse av de næringsdrivende fastlegene. Den høyeste tilfredsheten med kommunens styring og ledelse finner vi dermed i mindre kommuner med en høy andel fastlønnede fastleger, når vi legger til grunn andelen som er helt enig og delvis enig i utsagnet. Når det gjelder andelen av svarene fra administrativ ledelse som er helt enig i utsagnet, finner vi dem i mindre kommuner med en høy andel næringsdrivende leger, samt i kommuner med en høy andel leger på fastlønn, som kun har et fåtall næringsdrivende leger i kommunen.

3.5.2 Informantenes kvalitative svar og vurderinger

Vår gjennomgang tyder på at kommuner med en høy andel fast ansatte fastleger medfører en større tilfredshet med ledelsen av legene. Dette henger trolig sammen med større grad av integrering av legene og en enklere «linjestyring» av legene. Samtidig har vår gjennomgang vist at det ikke er en selvfølge at kommuner som har en høy grad av fastlønn, benytter seg av styringsmuligheten som ligger i ansettelsesforholdet. Det er samtidig i våre utvalgs kommuner med høy andel fast ansatte fastleger, en gjennomgående trend at det er høyere andel ressurser avsatt til kommuneoverlegen. Intervjuene viser samtidig at i disse kommunene har kommuneoverlegen et dedikert forhold til ledelse og styring av legetjenesten. Kommunens tilfredshet med ledelse av legetjenesten er dermed høyest i kommuner med fast ansatte fastleger.

Utvalgs kommunene som er mest kritiske i sine vurderinger av ledelsen av de næringsdrivende fastlegene, er kommuner med mellomstore og store kommuner i utvalget. Her er det imidlertid stor variasjon mellom kommunene, som trolig kan forklares med lokale ledelsesmessige og kulturelle forhold.

Integrering av leger i kommuneorganisasjonen

I kommuner hvor en har valgt fastlønn til kurativ legetjeneste, er det en arbeidsavtale som regulerer arbeidsforholdet i kommunen. Når det gjelder næringsdrivende fastleger, er det individuell fastlegeavtale som regulerer legens avtale med kommunen. Kommunen har ikke anledning til å overstyre legens medisinsk-faglige skjønn, uansett om legen er fast ansatt eller næringsdrivende.

Kommunene Hå, Austevoll, Meland og Sortland er kommuner med en høy andel fast ansatte fastleger. Hå og Austevoll fremhever at dagen ordning med fast ansettelse i allmennpraksis er en god løsning for kommunen. I Sortland opplyser kommunens ledelse at denne ordningen er etablert på grunn av press fra legene.

I flere av kommunene hvor det er majoritet av fast ansatte fastleger, opplyser legene at det er positivt å være fagperson, samtidig som kommunen håndterer de administrative forholdene. Det betyr at legen kan konsentrere seg om faglige og ikke driftsmessige forhold. Fra kommunens side fremheves det bedret mulighet for integrering av legen i det daglige arbeidet og økt fellesskapsforståelse med de øvrige kommunale tjenestene. Videre oppleves det fra våre informanter som positivt å ha rettigheter knyttet til pensjon og studiepermisjoner på lik linje med kollegaer i spesialisthelsetjenesten.

I en av utvalgskommunene knytter ordningen med fast ansatte fastleger seg til tiden da fastlegeordningen ble innført. Kommunene og legene kunne da velge mellom fast eller privat avtale. Majoriteten ønsket fastlønn, og det ble dermed slik. I kommunen er det imidlertid en fortløpende drøfting om hvorvidt dette er en bra og bærekraftig løsning. Fra kommuneoverlegens side fremheves det at fastlønn er i balanse i forhold til godene en får tilbake. Fra kommunens side er en klar over at produktiviteten kan gå noe ned, men det veies opp av den helhetlige og integrerte måten å jobbe på.

I vår undersøkelse har vi ikke funnet signifikante funn knyttet til spørsmål som ulik prioritering mellom kommunene som har en høy andel fast tilsatte fastleger eller næringsdrivende fastleger. Det er i midlertid en viss variasjon mellom større kommuner, med nesten utelukkende næringsdrivende avtaleleger, kontra mindre kommuner, med nesten utelukkende næringsdrivende avtaleleger, og kommuner med høy andel fastleger.

Et eksempel som i flere kommuner trekkes frem, er legenes prioritering av hjemmebesøk. Funnene i undersøkelsen tyder på at samarbeidet og ledelsen av legetjenesten er et like viktig spørsmål som fast ansettelse eller næringsdrift i denne typen spørsmål. Det er imidlertid ulikheter mellom store og mindre kommuner. I mindre kommuner fremstår dette som enklere, og kommuner har oftere en relativt stor andel av næringsdrivende fastleger i «tilpliktede»¹⁴ roller. Samtidig viser gjennomgangen at selv i kommuner med bruk av fast ansettelse benytter en ikke nødvendigvis styringsmuligheten, og en har ikke nødvendigvis flere hjemmebesøk mv. Størrelsen på kommunene og det faglige og ledelsesmessige samarbeidet, synes å spille en stor rolle i dette spørsmålet.

Fastlønn kontra næringsdrift

De fleste kommunene i utvalget har en majoritet av næringsdrivende fastleger. Hovedargumentet til disse kommunene er knyttet til produktivitet og at kommunene ikke har behov for å overta driftsansvaret for en tjeneste som fungerer godt til mange av kommunens innbyggere. Ved å drifte egen butikk får legen et eierforhold til egen praksis og et større engasjement. Videre fremhever flere informanter at dagens drift med næringsdrivende fastleger fungerer etter hensikten, men det kan være nyttig å styre enkelte forhold bedre. Eksempler på dette er lokalisering av fastlegenes praksis, størrelse på legesenter og lokalisering av disse.

En næringsdrivende fastlege har et totalansvar for blant annet egen inntjening, betale skatter og avgifter, utstyr, lokaler og nødvendige forsikringer. Det bør presiseres at det er ulike typer regimer for hvordan dette løses i kommunene. I enkelte kommuner stiller kommunen med hjelpepersonell og lokaler, som legene betaler større eller mindre andeler av til kommunen. I deler av landet, med rekrutteringsutfordringer med fastleger, er det vanlig med en såkalt «0-avtale». Det vil si at legene ikke betaler noe for driften av legekantoret, og at kommunene benytter basistilskuddet til legene til å dekke denne kostnaden. Ellers er det vanlig at legene selv organiserer alt vedrørende lokaler og helsepersonell selv.

Inntekten til næringsdrivende fastleger anses som næringsinntekt. Næringsdrivende fastleger som har avtale med det offentlige, får store deler av inntjeningen regulert av driftsavtalesystemet. Den utfordringen som flest kommuner trekker frem når det gjelder fastlønn kontra næringsdrift, er knyttet til rekruttering. Nye leger må kjøpe seg inn i eksisterende lister, eller starte opp praksisen uten vesentlige tilskudd. Inntektene til de næringsdrivende fastlegene består av pr. capita-tilskudd fra kommunen og aktivitetsbasert inntekt. Det er refusjoner over normaltariffen, refunderte egenandeler (frikortordningen) og egenbetaling fra pasienter som regulerer den aktivitetsavhengige inntekten. Tilskuddet pr. capita er et fast tilskudd pr. pasient legen har på sin liste. Det å starte med

¹⁴ Gjelder kommunens rett til å pålegge fastlege med fulltidspraksis å utføre andre allmennlegeoppgaver enn det som faller innenfor listeansvaret, i inntil 7,5 timer per uke.

en 0-liste fremheves som økonomisk krevende, og enkelte av kommunene i utvalget viser til eksempler på at dette ikke har latt seg gjøre i praksis. Resultatet er at det i begrenset grad skjer en ønsket utvidelse av tallet på fastleger.

Vår gjennomgang har vist at det ikke er en selvfølge at kommuner som har en høy grad av fast ansatte fastleger, har bedre styring og ledelse av legene, eller at de i større grad benytter seg av styringsmuligheten som ligger i ansettelsesforholdet. Men det er en tendens til at samarbeidet oppleves som bedre i disse kommunene. Det er samtidig i våre utvalgskommuner med høy andel fast ansatte fastleger, en gjennomgående trend at det er en høyere andel ressurser avsatt til kommuneoverlegen. Intervjuene viser samtidig at i disse kommunene har kommuneoverlegen et dedikert forhold til ledelse og styring av legetjenesten. Kommunens tilfredshet med ledelse av legetjenesten er dermed høyest i kommuner med fast ansatte fastleger.

3.6 Avtaler med næringsdrivende leger

I Norge er det en tradisjon for at store deler av oppgaveløsningen i primærhelsetjenesten utføres av næringsdrivende leger. Eksempler på dette er avtalespesialistordningen og fastlegeordningen. Avtalebasert samarbeid med næringsdrivende leger i fastlegeordningen har blitt fremhevet av flere å være en effektiv organisasjonsform. Årsaken til dette er blant annet at det legger lite beslag på administrative ressurser i kommunen.¹⁵ Parallelt med dette har regjeringen i Meld. St. 26¹⁶ trukket frem at kommunene ikke har tilstrekkelig styrings- og ledelsesmuligheter overfor fastlegene og fastlegekontorene.

3.6.1 Informantenes kvalitative svar og vurderinger

Årsakene til at kommunene ikke har tilstrekkelig styrings- og ledelsesmuligheter overfor fastlegene og fastlegekontorene, fremheves i intervjuene å henge sammen med at ordningen er regulert gjennom individuelle og sentrale avtaler. Våre funn viser at dette ikke bare henger sammen med selve ordningen, men også hvordan kommunene følger denne opp. Vi har også vist at det er enklere å få til et integrert samarbeid med fast ansatte fastleger, spesielt i mindre kommuner.

I dagens ordning med næringsdrift av fastleger er det viktig å avklare forskjellen mellom å være næringsdrivende og ansatt. En næringsdrivende fastlege har som nevnt et totalansvar for flere forhold, som egen inntjening, betale skatter og avgifter, lokaler, utstyr og nødvendige forsikringer. En næringsdrivende fastlege mottar ikke lønn, men inntekten fra tjenestene er å anse som næringsinntekt.¹⁷ Næringsdrivende fastleger har i dagens system en avtale med kommunen, og store deler av inntjeningen er regulert av driftsavtalesystemet.

Det er nærliggende å anta at kommunene ved innføring av fastlegeordningen var bevisste på fastlegeavtalenes innhold. Vår gjennomgang i kommunene tyder imidlertid på at dette ikke er tilfellet. Intervjuene viser at kommunene snarere godtok «statlige føringer» og var langt mer opptatt av at pasientene skulle få en fastlege, enn hva en ønsket tydeliggjort i fastlegeavtalen.

Vi får opplyst at fastlegeavtalene bærer preg av dette. Flere av våre informanter fremhever at kommunene var og er langt mer bevisste på hva de ønsker ut av andre samarbeidsformer og kjøp av tjenester, enn hva som er tilfellet når det gjelder avtaler med næringsdrivende leger.

De avtalene som er blitt utformet, inneholder i liten grad lokale føringer ut over formaliteter knyttet til næringsdrift og pasientlister. Våre informanter viser til at strategiske vurderinger og lokale føringer av betydning for utforming av tjenester, i liten grad er tatt inn i avtalene. Når kommunen inngår en individuell fastlegeavtale er den tidsbegrenset. Kommunen kan ikke si opp eller gjøre

¹⁵ Sammen for en bedre primærhelsetjeneste, Legeforeningens oppfølging av Meld. St. 26, 2015

¹⁶ Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

¹⁷ Veileder for næringsdrivende leger, Den norske legeforening 2015

endringer i avtalen uten saklig begrunnelse. Endringer i fastlegeavtalen kan dermed kun gjøres dersom begge parter er enige om det.

Flere av våre utvalgskommuner ser med bekymring på føringene gitt i Meld. St. 26 Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Meldingen omhandler forslag til hvordan den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan utvikles for å møte dagens og fremtidens utfordringer. Meldingens forslag omhandler eksempelvis tiltak som skal legge til rette for en flerfaglig og helhetlig kommunal helse- og omsorgstjeneste, med god kvalitet og kompetanse. I dette arbeidet spiller kurativ legetjeneste i kommunene en viktig rolle. Kommunenes bekymring er hvordan de skal få til en endring av legenes prioriteringer, når de opplever at de har begrensede virkemidler pr. i dag. Våre funn viser at ledelse av kurativ legetjeneste i seg selv er krevende uten nye oppgaver.

I utvalgskommunene er det flere informanter som mener at sentrale aktører har etablert en ordning som gir kommunene begrensninger i handlingsrommet. I mangel av konkrete tiltak for å lede legene ender en dermed opp med dialog som verktøy for å lede legene. Når da staten innfører nye oppgaver til fastlegene, og pålegger kommunene å få legene til å utføre disse, fremstilles det i flere av utvalgskommunene som et stort sprik i holdning og handling fra myndighetenes side.

3.7 Fastlegenes delaktighet i legevakt

Norske kommuner er forpliktet til å tilby legevakt for å ta seg av innbyggernes døgnkontinuerlige behov for legehjelp. Organisering av legevakt ligger på utsiden av denne rapportens hovedtema, men ledelse og oppfølging av fastlegenes ansvar for legevakt henger sammen med kommunenes styring og ledelse av kurativ legetjeneste. Legevakten skal sikre at befolkningen får den legehjelpen som er nødvendig, både i og utenom fastlegenes vanlige åpningstid. Fastleger og legevakt er ment å være en organisk enhet som dekker 24 timers drift i førstelinjetjenestens øyeblikkelig hjelp-ansvar. Denne tjenesten skal oppleves trygg og tilgjengelig av befolkningen. Premissene er at fastlegene i prinsippet skal yte øyeblikkelig hjelp til sine listepasienter og at legevakt skal dekkes av fastleger.

3.7.1 Informantenes kvalitative svar og vurderinger

Det er stor variasjon i utvalgskommunene knyttet til hvordan fastlegenes praksis for tilhørighet i legevakt fungerer. I de minste kommunene i utvalget er det en mer integrert holdning til legevakt hos fastlegene enn i de større kommunene. Her opplyses det også å være få «grønne responser» i legevakten. Årsaken til dette opplyses å være en form for legevakt som er mobil, hvor fastlegene har vakt. Legen må ringes til og kommer enten hjem til pasienten eller møter pasienten på et legekontor. I de større kommunene er det i stor grad interkommunale legevakter med fast base og flere leger på vakt samtidig. Funn fra evalueringer av legevakter i denne kategorien av kommuner, viser at det ofte er mange «grønne responser» og et høyt innslag av vikarleger i legevakten.¹⁸

Ifølge fastlegeforskriften plikter fastlegen å delta i kommunal eller interkommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid. Fastlegen plikter også å delta i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortid, herunder tilgjengelighet i helseradionettet/nødnettet og ivaretagelse av utrykningsplikten. Kommunene kan frita fastlegen fra plikt til legevaktdeltakelse, dersom det er spesielle forhold som tilsier dette.

Nyere forskning viser at det er stor variasjon mellom kommunene når det gjelder fastlegenes delaktighet i legevakt. Det er et skille mellom store og små kommuner. Flere små kommuner sliter med rekruttering av fastleger, samtidig er det en høy andel av fastlegene i disse kommunene som har høy delaktighet i legevakt. Større kommuner sliter i mindre grad med rekruttering av fastleger, men dette er ofte kommuner som har lav delaktighet fra fastlegene i legevakt.¹⁹

¹⁸ Utredning av Arendal interkommunale legevakt, Agenda Kaupang 2014

¹⁹ TNS Gallup: KS høring: Akuttberedskap

Organisering av legevakt er, som nevnt, på siden av denne rapportens hovedtema. Likevel vil vi fremheve at legevaktene i våre utvalgskommuner synes å fungere best der det er en tydelig kommunal ledelse og styring. For å følge opp legevakten er det dermed viktig å ha en klar strategi for dette arbeidet, og en dedikert ledelse som styrer legevakten i ønsket retning og følger opp leger som ikke prioriterer denne oppgaven.

En av utvalgskommunene henter regelmessig ut statistikk på bruk av legevakt fordelt på de ulike legekantorene. Denne typen styringsdata vil kunne gi kommunen mulighet for å drøfte tiltak med de ulike legekantorene for å styre flere av de grønne henvendelsene på legevakt tilbake til det enkelte legekantor.

3.8 Ledelse av legetjenesten – perspektiver fra to kommuneoverleger

Meland og Porsgrunn er to av utvalgskommunene. I begge kommunene har det fremkommet interessante funn og perspektiver knyttet til oppfølging, dialog med fastlegene og kommunenes handlingsrom for å lede fastlegene. Agenda Kaupang har i etterkant av intervjuene med kommunenes ansatte og legene, utfordret kommuneoverlegene i begge kommunene på å utdype spørsmål om ledelse av kommunehelsetjenesten. Kommuneoverlegenes egne vurderinger knyttet til aktuelle tema gjengis nedenfor (sitat).

3.8.1 Porsgrunn kommune

Virkemidler i ledelse og styring av fastlegene

I ledelse av fastlegene er det viktig at kommunens helseledelse forstår og respekterer at legene drifter selvstendig næringsvirksomhet, men innenfor gjeldende avtaler, lover og forskrifter. Legene og kommunens helseledelse har et felles mål om å skape en best mulig fastlegetjeneste for innbyggerne, og kommunen kan føre en god og positiv dialog med legene om hvordan vi kan bli bedre. Alle møtepunkter brukes i dette arbeidet. Dette gjelder møter i samarbeidsutvalg og allmennlegeutvalg, møter med tillitsvalgte for fastlegene, møter med den enkelte lege og det enkelte fastlegekontor, fastlegers deltakelse i ulike fora som sykehjemslegeforum, legevakslegeforum, helsestasjonsforum, deltakelse i utviklingsprosjekter, kontakt i forbindelse med behandling av meldte avvik. Fokuset er hele tiden det felles ønske om å skape en best mulig tjeneste – fokuset fra kommunens helseledelse er ikke på kontroll og styring av legene. Retningen på utviklingen av fastlegetjenesten er beskrevet i kommunens Plan for legetjenester, som representanter for fastlegene deltok i utformingen av og hvor blant annet allmennlegeutvalget var høringsinstans.

Kommunen trenger å samle inn aktuelle styringsdata og informasjon fra fastlegene/fastlegekontorene for å ha en viss oversikt over hvordan den kurative legetjenesten fungerer i kommunen. Hva fastlegekontorene skal rapportere på, bestemmes etter en prosess mellom kommunens helseledelse og fastlegene, og rapporteringen må gjøres på en måte som ikke medfører mye ekstra arbeid for fastlegene/fastlegekontorene. Disse årlige rapportene, samt meldte avvik og klager fra andre tjenesteutøvere eller pasienter/pårørende, brukes inn i dialogen som føres mellom kommunens helseledelse og den enkelte fastlege/fastlegekontor.

Samarbeidsutvalg og allmennlegeutvalg

Porsgrunn kommune har, som alle kommuner, pålegg om at det gjennomføres samarbeidsutvalg og allmennlegeutvalg. Samarbeidsutvalgene har fire møter i året, og en opplever at møtene fungerer bra. Kommunalsjef deltar i møtene sammen med administrativ leder av legetjenestene og kommuneoverlegen. Allmennlegeutvalg avholdes vanligvis også fire ganger i året, og leder av legetjenesten samt kommuneoverlegen deltar i første del av møtene. Det kunne med fordel vært oftere, fordi det er sterkt ønske fra mange ulike kommunale tjenester om å få presentere seg og samtale med fastlegene om samarbeidet. Frammøtet er 60–70 %. De som ikke kan møte, må angi grunn, og det føres presensliste.

Vi har et eget sykehjemslegeforum og legevaktslegeforum, begge med møter omtrent fire ganger i året. Helsestasjonslegeforum starter opp våren 2016. I sykehjemslegeforumet og helsestasjonslegeforumet forventes det at alle sykehjemslegene og helsestasjonslegene deltar, mens de legene som ønsket å bidra til å gjøre legevakten vår bedre, er med i legevaktslegeforumet. Kommunen honorerer fastlegene for deltakelse i møtene (gjelder ikke allmennlegeutvalget).

Kommunens helseledelse opplever at det er en god tone og et godt samarbeid i de ulike samarbeidsmøtene med fastlegene, og vi er bevisste på at for å oppnå gode tjenester trenger vi å bygge og bevare en god samarbeidskultur.

Plan for legetjenesten

I rammeavtale mellom KS og DNLF (ASA 4310) gis det tydelige føringer for at kommunene bør utarbeide en plan for legetjenesten i kommunene. Det er kommunen som skal sørge for nødvendig planlegging, slik at legen har forutsigbarhet i sin virksomhet. I planen bør det fremgå forventet listestørrelse, rammebetingelser, pasientpopulasjon mv. Porsgrunn kommune har utarbeidet en slik plan og sørget for at den er godt forankret både hos legene og i kommunens ledelse, både administrativt og politisk. For administrativ leder av legetjenestene og kommuneoverlegen er planen viktig for å sikre helhetlig drift og organisering av fastlegetjenesten.

Planen danner grunnlag for dimensjonering av tjenestene, den synliggjør hvordan kommunen kan bidra til å styrke styringssystemene og trekker opp retningslinjer for forbedrings- og utviklingsarbeidet i legetjenesten. Planen har fokus på tiltak for å møte framtidige utfordringer i helsetjenesten.

Hva er spesielt viktig for legetjenesten i Porsgrunn kommune?

- Kommuneoverlegen oppfatter at sentrale og lokale avtaler samlet sett gir rimelig gode muligheter for ledelse av fastlegetjenesten i kommunen: ASA 4310, SFS 2305, helse- og omsorgstjenesteloven, helsepersonelloven, fastlegeforskriften, individuelle avtaler om fastlegetjeneste. Regelverk er imidlertid ikke tilstrekkelig, og det må også bygges en kultur for samhandling og gjensidig respekt.
- Rollen som kommuneoverlege overfor fastlegene og fastlegekontorene er å støtte dem i deres bestrebelser på å skape god kvalitet i tjenesten. Det er ikke et ensidig fokus på styring og kontroll. I kommunen er det en opplevelse av at en kommer lengst ved å ha en positiv og konstruktiv dialog mellom kommuneoverlege/leder av fastlegetjenesten og fastlegene/fastlegekontorene.
- Kommunen forventer at alle fastlegekontorer har fokus på god kvalitet og høy pasientsikkerhet og stadig har en tanke på utvikling og forbedring, og de må årlig rapportere på utviklings- og forbedringstiltak.
- Noen elementer av styring må til, men etter en prosess hvor også fastlegene er med på å angi en retning. Problemstillinger drøftes i allmennlegeutvalg og behandles i samarbeidsutvalget. Retningen er nedfelt i Plan for legetjenester.
- Fastleger inviteres til å delta i utviklingsprosjekter/utviklingsarbeid som angår fastlegetjenesten/fastleger. Kommunens helseledelse må respektere at fastlegene er selvstendig næringsdrivende som må honoreres ved deltakelse i slikt arbeid på systemnivå.
- Kommuneoverlegen har en rolle i utviklingen av en kultur for samhandling og en helhetlig kommunal helse- og omsorgstjeneste, hvor det skal være godt å samarbeide, og hvor ting som ikke fungerer, tas opp og brukes til endring og forbedring – og ikke til angrep og forsvar.
- Kommunen har avtale med den enkelte fastlegen, men det er vesentlig at kommunen ser på hvert enkelt legekontor som en helhet med leger og medarbeidere – det er de *sammen* som leverer fastlegetjenesten til befolkningen, ikke bare den enkelte fastlege.

- Godt samarbeid mellom kommunens helseledelse og fastlegene er avhengig av en god samarbeidskultur med legenes tillitsvalgte, samt et godt arbeid i samarbeidsutvalget.
- Det er viktig at kommuneoverlegen har tid til å følge opp fastlegene og fastlegekontorene – oppfølgingen lider ofte av for mange andre krevende oppgaver.

3.8.2 Meland kommune

Fastlegeforskrift og potensiell lojalitetskonflikt

Fastlegene har personlig ansvar for pasientene på lista, og den behandlingen som utføres. Det er ikke unntak om man har fastlønn. Bindingen til pasientene medfører stor grad av forpliktelse overfor pasientene, og det å gi god service og oppfølging. Litt spissformulert kan en si at de fleste fastlegene vil være mer lojale overfor pasientene, enn overfor rådmannen eller kommuneoverlegen. Leders oppgave overfor fast ansatte fastleger blir derfor å legge til rette for at legene opplever et personlig ansvar for pasientene. Dette vil de fleste trives med, og legene legger ned ekstra innsats i arbeidet. I lederteorier kalles dette blant annet selvledelse og superledelse. Min erfaring er at denne formen for personlig forpliktelse også gir økt produktivitet og er effektivt i økonomisk forstand, i motsetning til mer instrumentell styring mot utvalgte resultatmål.

Kommuneoverlegens styring og ledelse av fastlegenes takstbruk

Kommuneoverlegen har tilgang til alle legenes omsetningstall i Infodoc Plenario på detaljnivå. Dette brukes aktivt i legemøtene og noen ganger i enkeltsamtaler. I perioder «jager» kommuneoverlegen fastlønnslegene på takstbruk, spesielt de nyansatte, som også må sikres god supervisjon i takstbruk. Det er avgjørende å ansvarliggjøre hver enkelt lege med tanke på sin andel av inntjening til kommunen. Kommuneoverlegen opplyser ofte til legene at hvis de skal kunne forsvare en god lønnsavtale, må de også vise at de arbeider økonomisk effektivt, bruker takstsystemet fullt ut og sørger for «pasienter i omløp». En praktisk, og faglig riktig, konsekvens av dette er blant annet at legene ikke skal henvise pasienthenvendelser mottatt på dagtid til den interkommunale legevakten på kveld. Det er også viktig at kommunens administrasjon er klar over kostnadene ved å ta kommunalt ansatte fastleger ut av «produksjonen», og for eksempel inn i interne møter og utredningsvirksomhet.

Beredskap og daglegevakt/ansvar for ø-hjelp til egne listepasienter i kontortiden

Integrert fastlegepraksis med samtidig ansvar for daglegevakt til egne listepasienter, er komplisert med hensyn til inntjening via et takstsystem som favoriserer utstrakt kontrollvirksomhet av kjente pasienter. Skal man ha en reell akuttmedisinsk beredskap, skal det være ledig tid til akutt hjelp. Det innebærer at en av og til «brenner inne» med ledige akutt-timer, fordi behovet varierer stort fra dag til dag. Dette gir for så vidt et visst økonomisk tap sammenliknet med fulle timebøker, men kommuneoverlegen må ta det på kontoen for kommunens ansvar for beredskap. Kommuneoverlegen har vurdert at en slik integrert praksis uansett blir billigere enn å drifte en separat daglegevakt for kommunen, det kan være å lønne en egen «vaktlege», eller samarbeide interkommunalt om denne. Mange fastleger, spesielt i byene, er «flinke» til å fylle timelistene med avtalte kontroller, og deretter henvise akutt hjelp til legevakten. En slik praksis er teknisk effektiv og medfører profittmaksimering, men bryter med intensjonene i fastlegeordningen og faglige prinsipper ellers, og gir misfornøyde pasienter, og overforbruk av vår interkommunale legevakt.

Hva er spesielt viktig for legetjenesten i Meland kommune?

- Forutsigbare rammer og levelig arbeidssituasjon. Det er lite/ingen konflikter mellom legene og kommunen, og rammevilkår og lønnsvilkår er forutsigbare. De spenninger som eksisterer, ligger ofte på et overordnet prioriteringsnivå, som blant annet at forebyggende helsearbeid er for dårlig prioritert ut fra økonomiske hensyn, samt at det er satt av for lite legetid til offentlig legearbeid. Noen viktige faktorer er stabilt hjelpepersonell, fastlønnsavtaler med normal lønnsutvikling i de årlige forhandlingene, etablert legevaktsamarbeid, funksjonelle lokaliteter og en vennligsinnet kommuneledelse.

- Riktig rekruttering av leger. Kommuneoverlegen har bevisst styrt unna «business-legene» som ønsker lange lister og 12 timers arbeidsdager, gjerne i egne lokaler. Ved ferier og sykdom faller vikaransvaret fort over på kommunen. Dette er også en legetype som ikke passer inn i vårt kollegium. Kommuneoverlegen har en stor avdeling å lede, og har begrensede muligheter for å drive motivasjonsarbeid overfor den enkelte. Det er derfor viktig å ansette motiverte leger, og leger som liker tverrfaglig arbeid.
- På landbasis er det bare ca. halvparten av fastlegene som er spesialister i allmennmedisin, og denne andelen står på stedet hvil. Det er svakt at kommunene, og legene for den del, ikke har større ambisjoner for den kompetansen befolkningen møter på et legekantor. Hos oss krever vi at alle legene går i videre-/etterutdanningsprogram innen spesialiteten i allmennmedisin, og vi legger selvsagt til rette for dette gjennom permisjonsordninger og økonomi. Blant annet er det aktivt søkt på Helsedirektoratets tilskuddsordninger til spesialistutdanning. I rekrutteringen ligger også det å sørge for komplementær kompetanse, både faglig og sosialt, samt en balansert kjønnsfordeling.
- Det er etablert gode rutiner for tverrfaglig samarbeid for alle legene, med hjemmesykepleien, fysioterapeutene og helsestasjonen gjennom en skriftlig møteplan. Det skal gjøres spennende å jobbe med andre. Økonomisk er dette dekket godt inn gjennom Normaltariffen.
- I personalgruppa snakker vi ofte om å vektlegge hele pasientforløpet, fra når folk tar kontakt pr. telefon/SMS for timebestilling, ventetiden, lukefunksjonen, oppholdet på venterommet, tiden hos legen, laboratorietjenesten, og oppfølging/prøvesvar.
- Selv om vi ansatte har spesialiserte funksjoner, har vi alle et ansvar for å bidra til en god «flyt» og en god opplevelse for den enkelte pasient, og at vi har et mest mulig sømløst system internt.
- I kommunen jobbes det bevisst for at pasientlistene ikke er lengre enn at man opplever å kunne gi god oppfølging etter medisinsk behov, samt kunne ha god tilgjengelighet på akutt-timer. Listene er ikke lengre enn at kommunen ofte håndterer kortere fravær (ferie, sykdom) uten bruk av eksterne vikarer. Politisk har det likevel vært et press i retning av høyere listetak. Det er en utfordring å forklare politikerne at flere fastleger ikke i seg selv gir høyere utgifter over kommunebudsjettet. Driftsinntektene er aktivitetsbasert, i motsetning til nesten all annen kommunal virksomhet, som er rammefinansiert. Lengre pasientlister uten økt kapasitet gir derimot lengre ventetider og mer klager på tjenestens tilgjengelighet.
- Svært tett kontakt mellom fastlegene og kommuneoverlegen. For eksempel vil bruk av årsmelding for å styre tjenesten være «yesterday's news». Det skjer så mye som gjør at kommuneoverlegen må være langt tettere på. For eksempel kjøres trygdeoppgjørene hver 14. dag. Flere ganger i året skjer det endringer i rutiner, ikke minst på IKT-siden. Og nye takster etableres gjerne midt i kalenderåret.
- Flaks forekommer. Kommuneoverlegen har ledet legetjenesten siden 2000, har vært heldig og «arvet» mye av personalet, og mange av de gode samarbeidsrutinene som var etablert av min forgjenger. Samarbeidsformene er selvsagt utviklet og modernisert, men ut fra en filosofi om tette, tverrfaglige bånd mellom de ulike helseprofesjonene.
- Kommuneoverlegen er lite begeistret for begrepet «styring», som har et kjølig og instrumentelt preg over seg. I kommuneoverlegerollen må kommuneoverlegen av og til styre, men aller mest utøver kommuneoverlegen ledelse. Kommuneoverlegen har ingen tro på at kommuneoverlegen vet best hvordan andre erfarne leger skal behandle pasientene sine. Høyt motiverte og selvstendige medarbeidere utvikler seg sjelden gjennom styring, men gjennom dialog, medvirkning og verdibasert ledelse. Kommunen har mange medarbeidere med indre driv og engasjement, og de jobber gjerne noen timer gratis fra tid til annen. Kommuneoverlegen anser det som sin jobb å legge til rette for gode systemer, og aller mest understøtte arbeidet som legene og de andre helseprofesjonene skal utføre.

4 Kommunal legetjeneste – kan den ledes?

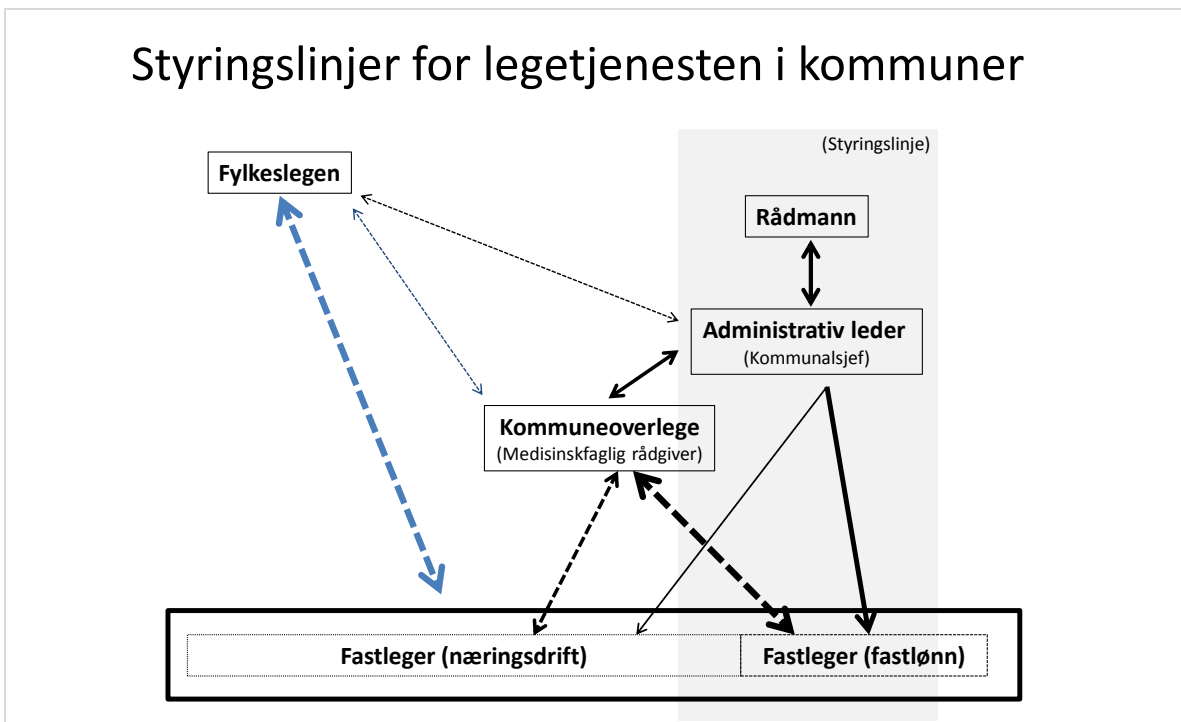
Umiddelbart kan det være fristende å svare nei på spørsmålet om det er mulig å lede legetjenesten, sett i lys av funnene vi finner i utvalgskommunene. I tillegg er det populært å hevde at det er umulig å styre og lede legene. Et slikt svar er imidlertid defensivt og lite proaktivt. Vårt svar er derfor at det er mulig å styre og lede den kommunale legetjenesten, men det handler til en viss grad om at legene selv vil la seg lede.

Samhandlingsreformen har tydeliggjort behovet for et langt tettere samarbeid mellom fastlege, kommune og spesialisthelsetjenesten. Samtidig er oppgavene tillagt fastlegene i endring som en konsekvens av nye statlige føringer. Fastlegen får en stadig mer sentral rolle.

Denne undersøkelsen har vist at kommunene i dag leder og styrer legetjenesten i liten grad. Dette skyldes lav bevissthet om hvordan legetjenestene kan styres, kommunenes handlingsrom til å styre, og lite tid og ressurser avsatt hos den kommunale ledelsen til denne oppgaven.

Styringslinjene for legetjenesten i norske kommuner påvirkes av om legene er næringsdrivende eller om de er fast ansatt av kommunene. Vår gjennomgang tyder på at det er ulike ledelsesoppgaver som må prioriteres avhengig av ansettelsesforholdet til fastlegen.

I neste figur viser vi hvordan styringslinjene for legetjenesten i kommunen kan skisseres.



Figur 4.1 Styringslinjer for legetjenesten i kommuner

Figuren viser at det er et skille mellom ledelse og styring av næringsdrivende fastleger og fast ansatte fastleger. Klammene rundt fastlegene markerer legens faglige autonomi og selvstendighet i medisinsk-faglige vurderinger.

Vår kartlegging viser at fast ansatte fastleger oftere er integrert i kommunens helse- og omsorgstjeneste. Tilsvarende viser undersøkelsen at næringsdrivende leger ikke på samme måte er integrert i kommunen. Næringsdrivende leger styres i større grad gjennom avtaleverket, og er selv ansvarlige for sin egen praksis. Dette stiller store krav til kommunenes styring og ledelse av næringsdrivende leger.

Skissen viser at i kommuner med en høy andel fast ansatte fastleger vil svaret være ja på om fastlegene kan ledes. Dette er markert med en heltrukket styringslinje fra rådmannen og ned til den enkelte fastlege. Muligheten for å utøve ledelse er imidlertid også avhengig av ressursene og rammebetingelser for ledelsen av legene. Dersom kommunene skal lykkes i å lede den kommunale legetjenesten, må de sørge for at det avsettes tilstrekkelig med ressurser til ledelse og prioriterer hva som må gjøres i oppfølgingen av den enkelte lege.

Alle kommunene fremhever kommuneoverlegens rolle, rolleforståelse og funksjon som viktig i den helhetlige ledelsen av legene. Ressursene avsatt til kommuneoverlegefunksjonen varierer betydelig i utvalgskommunene. Det er en gjennomgående anbefaling fra informantene om at kommuneoverlegerollen må prioriteres, både faglig og ressursmessig, for å følge opp og lede legetjenesten i ønsket retning.

I tillegg synliggjør modellen at Fylkeslegen representerer et eksternt tilsynsorgan, som skal bidra til å sikre kvalitet og faglighet i pasientbehandlingen. Tilsynsfunksjonen er direkte rettet mot den enkelte lege, og er uavhengig om det er næringsdrift eller fast ansettelse som er den gjennomgående praksisen i kommunen.

Ledelse og styring

Vi har tidligere i rapporten pekt på at John P. Kotter mener styring og ledelse utfyller hverandre som en helhet. Det å takle kompleksitet og å håndtere forandring innebærer ifølge Kotter strengt tatt tre hovedelementer: avgjøre hva som må gjøres, etablere et nettverk av mennesker og relasjoner som kan gjennomføre jobben, og sikre at folk gjør det de skal.

Mye tyder på at ledelse av helsevesenet, og kurativ legetjeneste har vært gjennom en betydelig endring. Tidligere var det i større grad en hierarkisk oppbygging, med tydeligere ledelseslinjer. I dag fremstår helsevesenet, kommunehelsetjenesten og fastlegens rolle og funksjon som «kunnskapsbedrifter» med produksjonskrav knyttet til pasientbehandling. I denne settingen har *fag* og *ledelse* blitt to atskilte søyler. Legen har selvfølgelig et autonomt forhold knyttet til vurdering av pasientens behov og perspektiver. Samtidig har kurativ legetjeneste påvirkning på andre forhold som gjelder samspill, koordinering og prioriteringer av pasienter.

Et aktuelt eksempel på dette kan være det lave antallet sykebesøk som gjennomføres til eldre mennesker med mobilitetsproblemer og funksjonstap, som ikke lenger klarer å oppsøke legen sin uten et stort behov for assistanse. Dersom kommunen ønsker å ha påvirkning på denne praksisen, slik at pasientene kan bo lengst mulig i eget hjem, er det viktig at lederne har en bevisst strategi og arbeider aktivt med påvirkning av legene. Dette bør skje gjennom felles etablerte mål mellom fastlegene og kommunens hjemmetjenester, og jevnlig oppfølging fra ledelsen for å sikre et felles handlingsmønster.

Oppfølging av fastlegene og tid til ledelse

Bevisst og strategisk jobbing med å utvikle hver enkelt leder og en felles ledelsespraksis i kommunen, er trolig nødvendig for at kommunene skal kunne lykkes som en moderne og attraktiv arbeidsgiver i framtiden. I dette ligger også en målstyrt og systematisk oppfølging av fastleger og andre leger som jobber i og med kommunene. Evnen til å kommunisere og samhandle er trolig en av de viktigste ferdighetene en leder må ha.

Det er nesten ingen av utvalgskommunene som gjennomfører medarbeidersamtaler med sine fastleger. Funnene i kartleggingen gir her sammenfallende svar for både kommuner som har høy andel fast ansatte fastleger og kommuner som har høy grad av næringsdrivende leger. Men i flere av kommunene er det eksempler på at kommuneoverlegen har jevnlig besøk hos alle legesentrene i kommunen. På ett vis gjennomføres det i enkelte kommuner samtaler med legene i form av faste møter med kommuneoverlegen og legekantorene.

Hvordan kommunens ledere følger opp legene, er trolig av stor betydning for utfallet av ledelsen av den kommunale legetjenesten. Når en leder er bevisst hvordan han eller hun kommuniserer for at medarbeiderne skal bli motiverte og dedikerte, vil lederen kunne oppnå gode resultater. Samtidig er det et viktig aspekt at ledelse blir knyttet til systematisk oppfølging av ulike styringsdata og til den tilhørende måloppnåelse.

Fastlegeordningen

Legetjenesten i kommunene er en viktig del av primærhelsetjenesten. Primærhelsetjenesten i Norge er spesiell ved at den i tillegg til ordinær kurativ virksomhet (diagnose og behandling), også består av offentlige oppgaver, samfunnsmedisinsk arbeid, oppfølging av turnusleger, legevakt mv.

De forskjellige oppgavene stiller ulike krav til behovet for ledelse og styring. Det rettslige verktøyet for styring av leger er avhengig av om legen er ansatt eller næringsdrivende. For selvstendig næringsdrivende leger, som de fleste fastlegene i stor grad er, vil styring måtte skje gjennom lov, forskrifter og avtale mellom kommunen og legen. For leger med et ansettelsesforhold, vil styring i tillegg kunne utøves gjennom arbeidsgivers styringsrett. Likevel er det i oppfølgingen av legene, trolig svært viktig hvordan ledelsen i kommunen jobber strategisk og proaktivt med legetjenesten.

Fastlegeordningen ble innført i 2001 for å forbedre kvaliteten i allmennlegetjenesten gjennom en fast legekontakt for dem som ønsket det, mulighet for kontinuitet i lege/pasient-forholdet, bedre tilgjengelighet til tjenesten og en mer rasjonell bruk av de samlede legeressurser. Det kurative legearbeidet har i økende grad blitt lokalisert i private legesentre, der legeledelse, arbeidsgiveransvar for hjelpepersonell, lønnsomhet og bunnlinje kan skape betydelige konflikter vis-à-vis kommunen som avtalepartner. To grupper av næringsdrivende leger med arbeid i privatdrevne legesentre, uttrykte det slik i intervjuet:

«Kommunen kan ikke lede legetjenesten. Ikke slik det er i dag, med tre private legesentre som er selvstyrte. Fastlegeordningen er etablert for å ivareta pasientenes behov for legetjenester og kontinuitet, ikke kommunens behov for å dekke nye pålagte oppgaver – kommunen kan ikke pålegge oss nye oppgaver.» (Svar fra en gruppe næringsdrivende leger i en mindre by.)

«Styringen skjer først og fremst etter avtaleverket, ikke alle forstår dette. Det er to likeverdige partnere, ledelsen må skje gjennom dialog og samarbeid, tror ikke mange skjønner at vi er like private som Volvat – dårlig løsning å tvinge noen.» (Svar fra en gruppe næringsdrivende leger i en større by.)

Hvilken rolle kommuneoverlegen har, og hvilke ressurser kommunene har avsatt til plan og oppfølging av de kurative legetjenestene, varierer i våre utvalgte kommuner. I enkelte kommuner har mangel på ressurser til funksjonen som kommuneoverlege, trolig medført en mangelfull oppfølging og utvikling av kommunehelsetjenesten. Samtidig er kommuneoverlegens rolleforståelse, samarbeidet med kommunens øvrige ledelse og de næringsdrivende legenes rolleforståelse, av stor betydning for ledelse av den kommunale legetjenesten. Man skal være forsiktig med å trekke bastante slutninger, men det kan være en tendens til at det er de kommunene som har begrenset oversikt over legenes aktiviteter og grunnleggende statistikker, som synes det er mest krevende å lede fastlegene. Samtidig er det disse kommunene som i størst grad ønsker klarere føringer og retningslinjer for å lede legetjenesten.

Aktuelle virkemidler

I dette prosjektet har vi undersøkt hvordan kommunene praktiserer ledelsen av den kommunale legetjenesten. Like viktig er hvordan kommunen har knyttet de ledelsesmessige utfordringene opp mot målstyring og resultatoppfølging av legenes virksomhet, både de fast ansatte fastlegene og de næringsdrivende fastlegene.

Det er mange ulike meninger som fremkommer i intervjuene, men hovedinntrykket er at politikere og ledere mener at de næringsdrivende legene framstår som vanskelige å lede og styre. Det er her viktig å presisere at det er store forskjeller blant de ulike utvalgskommunene. Problemet beskrives som størst i de større kommunene. Flere informanter mener at legene tilhører en sterk profesjon og at det er høy tilfredshet med fastlegeordningen i befolkningen. Dette kan være medvirkende årsaker til at kommuneledelsen ønsker å unngå konflikter.

I dette arbeidet er utarbeidelse av en plan og strategier for styring og ledelse av legene viktig. Dette bør gjøres i nært samarbeid med legene i kommunen og de formelle samarbeidsorganene SAMU og ALU. Kommunene bør også systematisk og regelmessig samle inn aktuelle styringsdata og informasjon fra fastlegene/fastlegekontorene. Dette vil gi kommunene en oversikt over hvordan den kurative legetjenesten fungerer og utvikler seg i kommunen. Hvilken informasjon som skal rapporteres, bør avgjøres i dialog mellom kommunens ledelse og fastlegene. Samtidig bør rapporteringen gjøres på en måte som ikke medfører mye ekstra arbeid for fastlegene/fastlegekontorene. Dersom departementet sørger for at § 29 i fastlegeforskriften trer i kraft, vil det bli langt enklere for kommunene å få til en tilpasset rapportering av styringsinformasjon. Videre bør KS og Legeforeningen utarbeide en veileder knyttet til styring og ledelse av legene, inkludert rapportering av styringsinformasjon.

Nødvendig styringsinformasjon som kommunene bør samle inn for å kunne sikre en presis dialog om legetjenesten, kan eksempelvis være:

- Legenes listelengde
- Fastleger med spesialisering i allmenntid
- Åpningstider på legekantor
- Telefontilgjengelighet og ventetid på telefon
- Elektronisk tilgjengelighet, med mulighet for e-konsultasjon, timebestilling og reseptbestilling på nett
- Fastlegenes deltakelse i legevakt
- Tilgjengelig øyeblikkelig hjelp tilbud på dagtid
- Brukere av legevakt kopleet til listepasienter tilknyttet fastlege/legesenter
- Ventetid for nye konsultasjoner
- Lokalisering av praksis geografisk
- Organisering av praksis (størrelse på gruppepraksis, eventuelt solopraksis)
- Bruk av vikar
- Responstid i forhold til hjemmesykepleien
- Bemanning av hjelpepersonell
- Sykebesøkspraksis og volum
- Oversikt over foreskriving av vanedannende medikamenter
- Sykemeldingsstatistikk
- Registrerte lokale klagesaker og klager til Fylkeslegen
- Antall meldte avvik fra kommune og fastlege
- Bruk av de fastsatte 7,5 timene som kommunen kan benytte
- Innleggelser i spesialisthelsetjenesten, typer og omfang

Videre bør kommunene ha en plan for legetjenesten i kommunen som er forankret hos kommunens leger.

Helsedirektoratet arbeider for tiden med å utvikle et samlet helseregister for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette har fått navnet «Kommunalt pasient- og brukerregister» (KPR). Det er et mål at registeret skal samle informasjon og kunnskap som grunnlag for å fremme helse, forebygge sykdom og skade og å gi bedre helse- og omsorgstjenester. Et slikt register vil supplere lokal informasjon knyttet til kurativ legetjeneste i kommunene.

Kommunene bør også sikre at administrasjonen har kompetanse om takstsystemets virkninger for legenes arbeid og prioritering. Flere kommuner framhever at legenes disponible timer til andre allmennlegeoppgaver i kommunen, med fordel kan benyttes til oppgaver som samarbeidsmøter, planleggingsmøter mv. Dette kan være et velegnet tiltak for å sikre nødvendig dialog og samarbeid, men det må planlegges nøye, slik at kostnadene knyttet til denne typen «frikjøp» gjenspeiler nytten av møtene.

Videre er det viktig at kommunene prioriterer samarbeidsutvalgene og benytter møtene i arbeidet for å sikre at driften av allmennlegetjenesten skjer på en god måte for alle parter. Kommunene bør aktivt benytte, planlegge og lede møtene for å sikre strategisk oppfølging av legetjenesten. Kommunene bør videre følge opp at allmennlegeutvalgene prioriteres av legene. Kommunene bør følge opp møteplikten til fastlegene og deres deltakelse i møtene. Et godt samspill mellom allmennlegeutvalgene og samarbeidsutvalget er et viktig suksesskriterium i ledelsen av den kurative legetjenesten.

Samarbeidsutfordringer

Et irritasjonsgrunnlag som fremheves av flere informantene, er knyttet til at næringsdrivende leger skal ha økonomisk kompensasjon for aktuelle avklaringsmøter, dialog og samhandling, når dette inngår i arbeidstiden til fast ansatte leger. Dette forholdet forsterker seg hos informantene, da legene representerer en høylønnsgruppe som tjener betydelig mer enn ansatte i kommunene. Bak svarene ligger det en forventning hos informantene om at ikke alt samarbeid må styres av takster.

Intervjuene viser at kommunenes forventninger til fastlegeordningen er at det i «per capita-tilskuddet» ligger rammer for fortløpende dialog og samhandling om pasienter, mellom kommunens ansatte og legene. Ansatte i kommunene opplever det som problematisk dersom legen krever ekstra lønnskompensasjon for denne typen arbeid. Informantene fremhever samtidig at avklaring om hva det er behov for av samarbeidsmøter, dialog og samhandling i stor grad bestemmes av legen. De informantene som tar opp dette problemet, mener legen har for stor makt i avgjørelsen av disse spørsmålene. Kommunens reelle styring av de næringsdrivende legene på dette området oppleves å være svak.

Sanksjoner ved brudd på avtalen

Ved brudd på bestemmelser i fastlegeforskriften, rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen eller individuell avtale, kan kommunen be om retting av forholdet. I styrende dokumenter kommer det frem at varsel om retting skal gis skriftlig og begrunnes, og det er beskrevet i avtalen at frist for retting av forholdet skal være rimelig. Det fremheves videre i avtalen at legen har rett til å uttale seg før et formelt varsel gis. Hver av partene kan kreve et møte om saken. Dersom legen etter fristens utløp ikke har rettet forholdet, kan kommunen gi legen en skriftlig advarsel om at det vil bli iverksatt trekk i basistilskuddet dersom ikke forholdet rettes uten unødig opphold. I våre utvalgskommuner er det svak bevissthet knyttet til disse forholdene. Det er også få av våre utvalgskommuner som har hatt konkrete konflikter med fastlegene. De konfliktene det vises til, er knyttet til Fylkeslegens eller NAVs ansvarsområder, hvor kommunen ofte informeres i etterkant. I disse tilfellene må kommunene utføre arbeidet knyttet til formaliteter rundt kontraktsrollen.

Det er avtalt at kommunen kan holde tilbake inntil 20 % av basistilskuddet hver måned inntil et eventuelt kritikkverdig forhold er rettet opp i. Ingen av våre utvalgskommuner har benyttet dette virkemiddelet. I vurderingen av om basistilskuddet skal holdes tilbake, legges det vekt på type mangel, omfang av mangel, grovhet mv. Det er videre føringer knyttet til at saken skal drøftes mellom KS og Legeforeningen, dersom en av partene krever det. Flere av våre informanter etterlyser mer positive verktøy i ledelse av legene enn det som er avtalt mellom partene.

Det er relativt få eksempler på sanksjoner overfor fastleger som ikke utøver tilfredsstillende virksomhet, eller som ikke oppfyller sine forpliktelser. De fleste kommuner velger heller å ha en

dialogbasert ledelse enn ledelse ut fra streng styring. På nasjonalt nivå knytter oppsigelse av fastlegeavtalen seg oftest til mislighold, og da oftest som en konsekvens av Fylkeslegens oppfølging av fastlegene.

I denne rapporten har vi pekt på at det i mange av kommunene er manglende rapporteringssløyer fra legen til kommunen, samt styring og ledelse av legetjenesten fra kommunens side. Dette er forhold som vanskeliggjør kommunens mulighet til å innhente tilstrekkelige opplysninger til å foreta nødvendig korreksjon av enkelte fastlegevirksomheter.

I intervjuene har vi fått bekreftet at den individuelle avtalen med fastlegene i liten grad har blitt brukt som ramme for oppfølging og styringsdialog fra kommunens side. Uten oppfølgingsmuligheter i form av pålagt rapportering, systematisert informasjon og oversikt over legenes praksis, og uten bruk av sanksjonsmuligheter, blir kommunens reelle styringsmulighet begrenset.

Behov for ledelse av legetjenesten

Det er flere forhold i vår undersøkelse som viser til at næringsdrift for legetjenesten legger til rette for et godt og effektivt pasienttilbud for mange av kommunens innbyggere. Med tanke på at denne formen for fastlegepraksis er gjeldende for om lag 95 % av alle fastlegene, blir spørsmålet knyttet til oppfølgingen av denne gruppen spesielt viktig. Samhandlingsreformen har tydeliggjort behovet for et langt tettere samarbeid mellom fastlege, kommune og spesialisthelsetjenesten. Samtidig er oppgavene tillagt fastlegene, som en konsekvens av nye statlige føringer, i endring, hvor fastlegen får en mer sentral rolle. I den sammenheng blir det viktig at kommunale ledere har en bevissthet knyttet til å avgjøre hva som må gjøres, etablerer et nettverk av mennesker og relasjoner som kan gjennomføre jobben og sikrer at folk gjør det de skal. Våre funn tyder på at dette grunnlaget er relativt begrenset i flere av utvalgskommunene.

Kommunestørrelse, kommuneledelsens prioriteringer, kommuneoverlegens rolle og funksjon, andel av fastlegene som er næringsdrivende, er forhold som har betydning for hvordan ledelsen bør tilpasses og legges opp i de ulike kommunene. Holdninger og innstillinger hos den enkelte fastlege og samarbeidskultur er også av stor betydning. Vår kartlegging viser at det er enklere å få til god ledelse og styring i mindre kommuner med kun fast ansatte leger. Det vil være mer krevende å etablere god ledelse og styring i større bykommuner med hovedsakelig næringsdrivende leger, hvor kommunen ikke har en plan for oppfølging av legetjenesten og ressursene til ledelse av legene er relativt små i forhold til i mindre kommuner.

I dette FoU-prosjektet har intervjuene vist at ledelse og styring av legene forutsetter at kommunene er bevisste på at ledelse er en påvirkningsprosess, hvor resultatene skapes i en relasjon mellom leder og medarbeider. Dette forholdet er viktig i all ledelse, og muligens enda viktigere i ledelse av næringsdrivende fastleger. I våre utvalgskommuner kan mye tyde på at styring og ledelse av legene forutsetter at legene selv vil bli ledet av kommunens ledelse.

Eksempler som krever en konstruktiv holdning hos legene og god samhandling med kommunens ledelse, kan være å oppgi aktuell styringsinformasjon, delta aktivt i legevakt, foreta nødvendige hjemmebesøk og delta på relevante samarbeidsmøter.

For å forenkle kommunenes mulighet til å avgjøre hva som må gjøres, og sikre at legene gjør det som forventes, bør departementet sørge for at § 29 i fastlegeforskriften, om krav til rapportering av nødvendige data til styrings- og kvalitetsformål, trer i kraft. Forutsetningen for dette er imidlertid at kommunene sikrer nødvendige ressurser og kompetanse for å lede og styre fastlegene i større grad enn i dag.

Vedlegg

Intervjuguide
Ledelse av kurativ legetjeneste i Finland
Plan for legetjenester i Porsgrunn

VEDLEGG 1 – INTERVJUGUIDE

Innledende spørsmål - ledelse
Hvordan leder kommunene legetjenesten?
Hvem er legenes administrative leder?
Hvor i organisasjonen er legenes administrative leder organisert?
Har det vært politiske saker knyttet til organisering og styring av legetjenesten de siste tre årene?
Hvor stor stillingsstørrelse er avsatt til kommuneoverlegen?
Hvordan er kommuneoverlegetstillingen organisert, hel, delt mellom fastlege og kommuneoverlege mv.? Er det flere kommuner som deler kommuneoverlege?
Hvilke driftsdata for kurative legetjenester har kommunen med i årsmelding og sentrale statistikker?
Oppsummerende utsagn
Det er klart hvem som er legenes administrative leder
Årsmelding gir god oversikt over styrings- og driftsdata for kurativ legetjeneste
Styring og ledelse av legenes arbeid
Hvilke samarbeidsutvalg/samhandlingutvalg/ALU finnes og hvor ofte har det vært møter siste år? Deltakelse mv. (få referat fra møte)
Benyttes fastlønn til noen av legene, i såfall hvor mange og hva er i årsaken til dette?
Hvilket system har kommunen for inngåelse, oppfølging og revurdering av fastlegeavtalene?
Hvilke strategiske vurderinger gjøres ved opprettelse av nye fastlegehjemler?
Har kommunen en systematisk dialog med fastlegene, og i såfall hvordan fungerer dette? (Medarbeidersamtaler, samlet med legene på legesenteret, befaring mv.)
Har kommunene tilstrekkelig handlingsrom for å lede legetjenesten i ønsket retning? (Fag, økonomi, juss)
Oppsummerende utsagn
Kommunen har god styring og ledelse av de næringsdrivende fastlegene
Kommunen har god styring og ledelse av de kommunalt ansatte fastlegene
Virkemidler
Hvilke virkemidler har kommunene tilgjengelig til å lede legetjenesten og hvordan bruker dere dette? -Fastlegeavtale, taktssystem, finansiering osv.
Hvordan er kommunenes vurdering og praktisering av ulike virkemidler i styringen av legene?
Hvilke virkemidler benyttes i til å kartlegge og overvåke følgende funksjoner?
Telefontilgjengelighet
Fastlegenes deltakelse i legevakt
Daglegevakt. NB; (skille mellom over og under 20 tusen innbygger vedr krav til prg.)
Samarbeid mellom fastleger og hjemmetjenesten (Sykebesøk av lege, samarbeidsmøter, teamarbeid mv.)
Legers arbeid i sykehjem, korttidsopphold, køh, palliative plasser mv.
Begrense og forebygge sykdom
Rusomsorg
Psykisk helsearbeid
Har det vært konflikter med fastlegene de siste 3 årene? Har kommunen i såfall benyttet sanksjoner i form av å holde tilbake basistilskuddet eller si opp avtalen?
Ønsker kommunene sterkere virkemidler for å kunne lede legene bedre enn i dag? I såfall hvilke?
Hva er kommunenes vurdering av mulighetene for å holde tilbake basistilskuddet?
Oppsummerende utsagn
Kommunen bruker tilgjengelige virkemidler fullt ut for å lede legetjenesten i ønsket retning
Regelverk og tilhørende virkemidler er tilstrekkelig for å lede legetjenesten i ønsket retning
Samarbeidet mellom den kurative legetjenesten og hjemmetjenesten fungerer tilfredsstillende for de kritisk syke pasientene
Helhetsinntrykk
Har du opplevd svikt i kurativ legetjeneste, i såfall hvor?
Hva er de tre viktigste virkemidlene i ledelse av kurativ legetjeneste i kommunen i dag?
Hva er ditt helhetsinntrykk av din kommunes mulighet for å lede den kurative legetjenesten?
Oppsummerende utsagn
Helhetsinntrykket er at dagens kurative legetjeneste ledes på en god måte i vår kommune
Dagens styring og ledelse av kommunenes kurative legetjeneste er tilfredsstillende
I forbindelse med intervjuene ønsker vi å få informasjon om følgende momenter
Legenes listelengde
Åpningstider på legekontor
Telefontilgjengelighet og ventetid på telefon
Fastlegenes deltakelse i legevakt
Tilgjengelig øyeblikkelig hjelp tilbud på dagtid
Ventetid for konsultasjoner
Lokalisering av praksis geografisk
Organisering av praksis (størrelse på gruppepraksis, eventuelt solo praksis)
Innkallingsrutiner for utsatte grupper
Responstid i forhold til hjemmesykepleien
Bemanning av hjelpepersonell
Volum av hjemmebesøk
Prioritering mellom pasientgrupper
Prioritering mellom enkelt pasienter
Kvaliteten på den kurative behandlingen av pasienter
Registrerte klagesaker
Bruk av de 7,5 timene som kommunen kan styre

Vedlegg 2 – Ledelse av kurativ legetjeneste i Finland

Vi har foretatt en enkel undersøkelse av hvordan Finland praktiserer og organiserer oppfølgingen av legene. Finland består av mange kommuner, som har ansvar for legetjenesten. NOMESKO-statistikk¹ viser at Finland hadde 300 leger pr. 100 000 innbyggere (Norge: 405 leger). Finland har siden 1970-tallet prioritert kommunehelsetjenesten som et redskap i WHO-strategien «Health for all by the year 2000», og har fortsatt dette arbeidet senere, fordi strategien ga gode resultater.

Vi har fått opplyst at de kommunalt tilsatte legene i Finland sjelden reiser på sykebesøk i pasientens hjem. Dette forklares med at det ikke er kapasitet til å reise ut fra legesenteret i arbeidstiden. Finland har trolig et større press på legene, da primærlegedekningen i kommunene er ca. 65 prosent av den som finnes i Norge. Dessuten er finansieringen underlagt kommunal budsjettering og økonomistyring i Finland. Fast ansatte kommuneleger i Norge har en arbeids-situasjon som ligner på den finske, men norske leger må benytte det statlige takstsystemet for konsultasjoner til å finansiere sin kommunale lønn i den faste arbeidstiden.

I neste tabell har vi oppsummert viktige deler av primærlegeoppgaver, type grad av primærlegeoppgaver og forholdet mellom finske og norske leger i kurativ virksomhet. Oppsummeringene i tabellen baserer seg på intervjuene vi har gjennomført i Finland og i Norge.

Tabell 0.1 En oppstilling av viktige deler av primærlegeoppgaver, samt type og grad av gjennomføring i finske og norske kommuner

Type virksomhet	Finske primærleger	Norske fastleger med fastlønn	Norske fastleger med næringsdrift
Ledelse	I linje	I linje	Gjennom avtaler/ kontrakter
Avlønning for kurative og forebyggende oppgaver	Fastlønn for begge oppgaver	Fastlønn for begge oppgaver	Normaltariffen/ HELFO-refusjon + 427 kr. pr. listepasient pr. år for kurative tjenester. Fastlønn for forebyggende helsearbeid
Prioritering av forebyggende helsearbeid	Står sterkt i finske kommuner	Avhengig av økonomi og prioritering	Variabelt
Kommuneoverlegens handlingsrom for å lede	Linjeledelse	Linjeledelse	Dialog og avhenger av datagrunnlag for virksomheten, prioriteringer og relasjoner
Prioritering av akutte og nye tilfeller i vanlig kontortid. Daglegevakt	Prioritert	Muligheter for å prioritere ut fra faglige og administrative valg i kommunen	Avhengig av prioritering. Styrkt av legesenterets profil for kontroller. Kan avhenge av økonomiske forhold - ledige timer til akutt hjelp som ikke blir fylt opp gjennom dagen
Fastlegemodell	Nei	Ja	Ja
Omfang av sykebesøk	Lav	Lav, men mulighet for kommunal prioritering	Variabel, men gjennomgående lav
Økonomi og legedekning	Styrkt av kommunen. Primærlegedekningen er bare 65 % av den norske	Økonomien og legedekningen er styrkt av kommunen.	Oppsplittet og dominert av HELFO-refusjon
Pasienttilfredshet kontinuitet i behandlingen	Lav kontinuitet i legepasientforholdet God akutt tilgjengelighet	Avhengig av kommunale prioriteringer og type legevakt	God pasienttilfredshet og oppfølging. Mindre god tilgjengelighet for akutt hjelp på dagtid

¹ NOMESKO 2010 - Classification of Surgical Procedures

En interessant forskjell i arbeidsform er at det kan synes som om det finske systemet vektlegger tilgjengelighet til akutt hjelp høyere enn i norske legesentre. Ved intervjuer i finske kommuner har det kommet frem eksempler på dette. Ved eksempelvis et lokalt legesenter, som består av syv leger, har to av legene ikke noen avtalte kontroller på mandager. Arbeidstiden er organisert som en daglegevakt, og dagen avsatt til dette formålet går på rundgang blant legene på legesenteret.

Videre reduseres behovet for oppfølging og kontroll av lege ved at spesialtrente sykepleiere bistår i oppfølgingen av pasientene. Sykepleierne er organisert i et team, og har dedikerte arbeidsoppgaver. Dette gjelder først og fremst ved sykdommer som diabetes, høyt blodtrykk og hjertepasienter på antikoagulasjonsbehandling. Her har medisinske spesialister utviklet fastsatte kontrollprogrammer. Våre informanter opplyser at sykepleiere kan gjennomføre disse arbeidsoppgavene i samarbeid med fastlegen. Resultatet er at legene i større grad kan konsentrere virksomheten i vanlig arbeidstid om akutte og nye tilfeller.

Næringsdriftsmodellen dominerer i norske kommuner i motsetning til Finland, hvor det i stor grad er fast ansatte leger. Norske næringsdrivende leger skårer høyt på pasienttilfredshet og kontinuitet i lege-pasient-forholdet. Men tilgjengeligheten for akutt hjelp og nye sykdomstilfeller er ikke like god, siden pasientlistene på dagtid er fylt opp med mange kontroller. Resultatet er at kapasiteten for nye henvendelser blir begrenset. En undersøkelse av «grønne» henvendelser fra totalt 761 pasienter på Arendal interkommunale legevakt, det vil si henvendelser som kunne behandles hos fastlegen neste dag, viste at 70 % av pasientene anga at årsaken var stengt legekantor, eller at de ble syke utenom vanlig kontortid.²

Akutt tilbudet er trolig bedre på finske legesentre, fordi akuttpasienter blir prioritert foran kontroller. Dette skyldes både timelistenes innretning mot akutt hjelp, og fordi spesialtrente sykepleiere tar en betydelig del av de enkle kontrollene.

Hovedspørsmålet i vårt oppdrag er om kommunal kurativ legetjeneste kan ledes. I den sammenheng er det av interesse å vurdere om og hvor der er forskjeller på dette området mellom Finland og Norge.

Vår gjennomgang tyder på at kommunenes rolle i ledelse av legene i Finland er formalisert på en tydeligere måte enn den er i Norge. Finske leger har mye å gjøre og styrer mye av pasientoppfølgingen gjennom akutt arbeid. Det er kommunene som organiserer og lønner allmennlegene, og som bestemmer størrelsen på tilskuddene til helsesentrene. Kommunene har dermed en arbeidsgiverrolle som kan minne om den i norske kommuner med høy grad av fast ansatte fastleger.

Vår undersøkelse av ledelse av legetjenesten i Finland tyder på at også her må ledelse av kurativ legetjeneste i kommunene inneholde involvering av ansatte, gode prosesser og felles forståelse av mål for hvordan driften av legetjenesten skal foregå. Intervjuene tyder imidlertid på at Finland har noe større oppmerksomhet på hierarki. Dette kommer til uttrykk i en viss «maktavstand» fra leder til medarbeidere. Mye tyder imidlertid på at ledelse av primærlegene i Finland har likhetstrekk med norske kommuner hvor det er høy andel fast ansatte fastleger.

² «Hvorfor velger pasienter legevakten fremfor fastlegen?» E. Moe, G.Tschudi Bondevik. Tidsskriftet Sykepleien Forskning nr. 3 2008

Vedlegg 3 – Plan for legetjenester i Porsgrunn

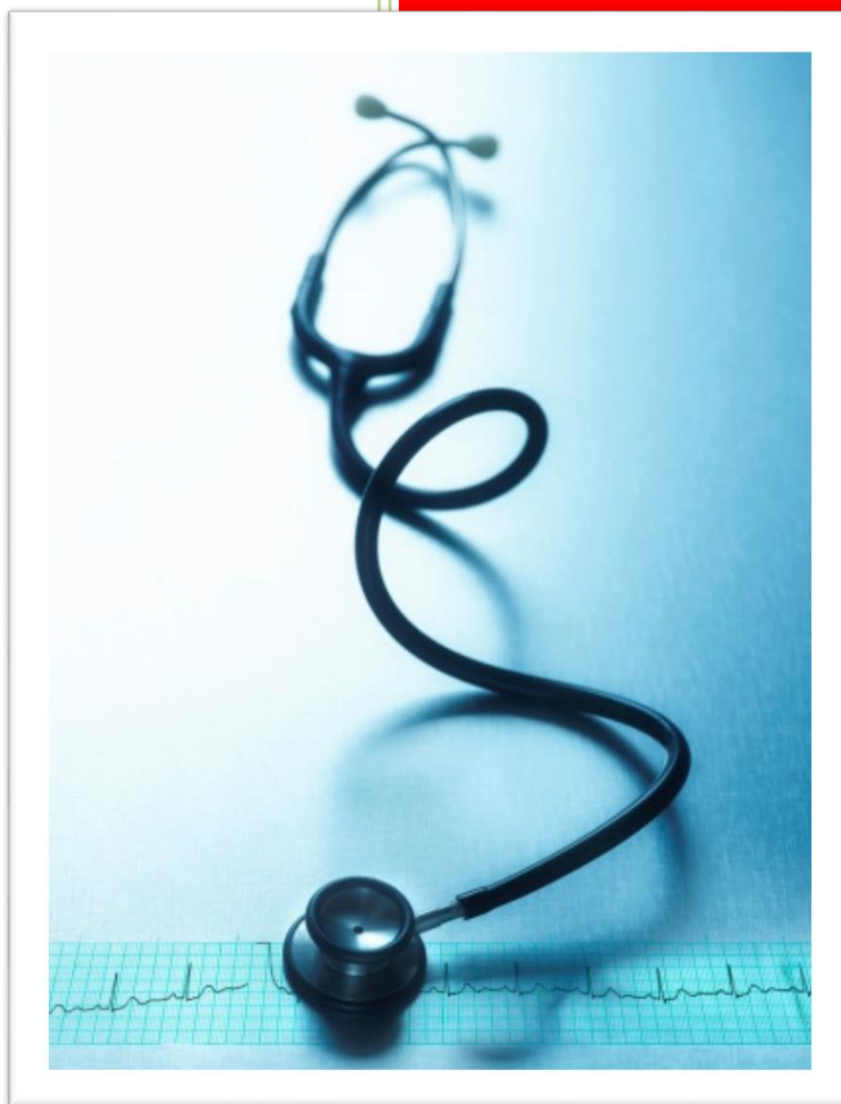
Dokumentet «Plan for legetjenester 2014–2018» foreligger i det følgende.



**PORSGRUNN
KOMMUNE**

2014-2018

PLAN FOR LEGETJENESTER



Innhold

1.0 Innledning.....	3
1.1 Lover forskrifter, avtaler og nasjonale føringer	4
2.0 Helse situasjonen for Porsgrunns befolkning.....	4
2.1 Samarbeid med andre instanser	6
3.0 Fastlegeordningen.....	6
3.1 Tilgjengelige fastlegeressurser	6
3.2 Styringsmål i fastlegetjenesten	8
4.0 Kommunale legeoppgaver	8
4.1. Sykehjem	9
4.2 Styringsmål i sykehjemslegeordningen	10
4.3 Helsestasjon og skolehelsetjenesten.....	10
4.4 Styringsmål for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.....	11
5.0 Øyeblikkelig hjelp døgnopphold.....	11
6.0 Legevakt.....	11
6.1 Styringsmål for legevakt	12
7.0 Leger i utdanning	12
7.1 Turnusleger.....	12
7.2 Medisinstudenter	12
7.3 Styringsmål for leger i utdanning	13
8.0 Rehabilitering	13
8.1 Styringsmål for legetjenesten innenfor rehabilitering	13
9.0 Kompetanse.....	13
9.1 Samhandling	14
9.2 Barn og unges psykiske helse	14
9.3 Psykisk utviklingshemmede.....	14
9.4 Rehabilitering	14
9.5 Flyktningehelse.....	14
9.6 Styringsmål for kompetanse i legetjenesten.....	15
10.0 Samarbeidsarenaer	15
11.0 Samfunnsmedisin	16
11.1 Styringsmål i samfunnsmedisinske oppgaver	16
12.0 Deltakelse i utviklingsarbeid.....	16
12.1 Styringsmål i utviklingsarbeid.....	17

13.0 IKT.....	17
13.1 Pasientsystem på legevakta	17
13.2 Elektronisk kommunikasjon; Prosjekt ELIN-K.....	17
13.3 Nødnett	17
13.4 Elektronisk håndtering av vaktplanen for leger på legevakt.....	17
13.5 Tilgjengelig og oversiktlig informasjon på kommunens nettsider	18
13.6 Styringsmål IKT	18
14.0 Mål og tiltak.....	19

1.0 Innledning

Rammeavtale mellom KS og DNLF (ASA 4310) punkt 6.2 »Planlegging», gir føringer for å utarbeide plan for legetjenesten i kommunene:

«Kommunen skal sørge for nødvendig planlegging slik at legen har forutsigbarhet i sin virksomhet i henhold til gitte rammebetingelser, slik som forventet listestørrelse, sammensetning av pasientpopulasjon, veiledning av turnusleger mv. Kommunen skal utarbeide plan for legetjenesten i kommunen. Planen skal rulleres og forelegges samarbeidsutvalget til vurdering og uttalelse.»

Plan for legetjenester i Porsgrunn kommune er utarbeidet for å få en helhetlig oversikt over tjenesteområdet som omfatter:

- *Fastlegeordningen
- *Sykehjemslegeordningen
- *Helsestasjonslegetjenesten
- *Legevakt
- *Samfunnsmedisinske tjenester og samhandling
- *Legetjenester knyttet til øyeblikkelig hjelp døgnopphold
- *Turnuslegeordningen

Planen danner grunnlag for dimensjonering av tjenestene, den synliggjør hvordan kommunen kan bidra til å styrke styringssystemene og trekker opp retningslinjer for forbedrings- og utviklingsarbeidet i legetjenesten. Planen har fokus på tiltak for å møte framtidige utfordringer i helsetjenesten.

Planen er utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av:

- Bente Aasoldsen, virksomhetsleder for Legetjenester og miljørettet helsevern (erstattet tidligere virksomhetsleder Terje Nygaard i oktober 2013)
- Gro Bergestig, virksomhetsleder for miljøarbeidertjenesten
- Aase Futsæther, virksomhetsleder ved Borgehaven bo- og rehabiliteringssenter.
- Marit Gjølme, fastlege ved Porsgrunn legekontor, representant for fastlegene
- Kommuneoverlege Bjørnar Nyen

Planen har vært drøftet i Samarbeidsutvalget (LSU) og i Allmennlegerådet. Planen har også vært ute til bred høring sommeren 2014 før ferdigstilling og politisk behandling. Høringsinstanser fremkommer av vedlegg 1.

1.1 Lover forskrifter, avtaler og nasjonale føringer

Fastlegetjenesten er regulert av

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm
- Forskrift om fastlegeordningen i kommunene
- Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunene (ASA 4310)
- Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening om leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten (SFS 2305)
- Nasjonale mål og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet i 2014

Plan for legetjenester viser hvilke områder som må videreutvikles i legetjenesten i planperioden for at fastlegeforskriftens formål skal oppfylles:

“§ 1 Formål: Formålet med fastlegeordningen er å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til.”

Forskriften legger et større ansvar på kommunene for integrering av fastlegene i den øvrige helsetjenesten i kommunen.

2.0 Helsesituasjonen for Porsgrunns befolkning

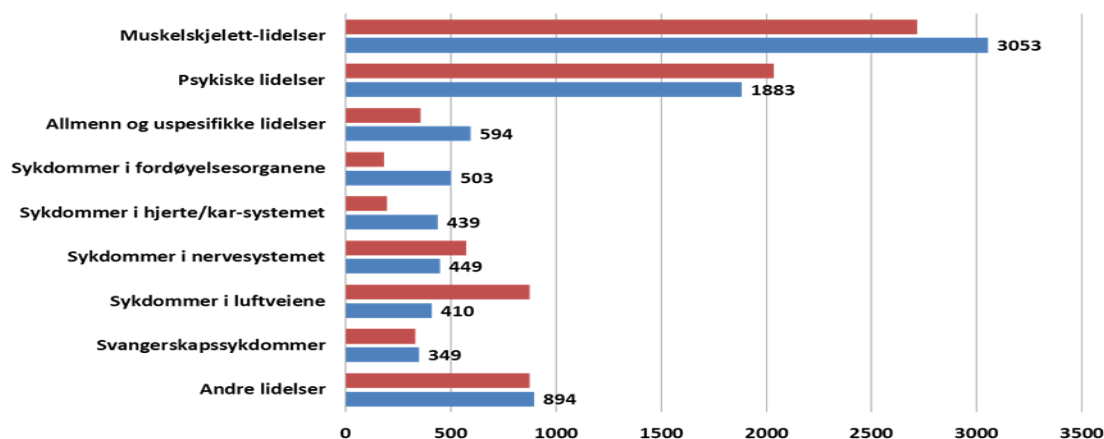
Noen helserelaterte indikatorer for Porsgrunn, Telemark og nasjonalt (Kilder: FHI, NAV)

	Porsgrunn	Telemark	Norge
Andel av befolkningen > 80 år	5,1 %	5,4 %	4,4 %
Arbeidsledighet (2011)	3,9	3,2	2,7
Legemeldt sykefravær (2011)	5,8	6,0	5,8
Arbeidsavklaringspenger (aug 2012)	4,7	5,1	5,3
Uføre 18 – 66 år (2008 – 2010)	11,0	11,5	9,5
Uføre 18 – 44 år (2008 – 2010)	3,0	3,4	2,3
Innleggelser (somatikk) pr. 1000 (2009-2011)	194	191	163
Innleggelser (psykiske lidelser) pr. 1000 (2009-2011)	50	43	29
Medisinbruk – psykiske lidelser (2009 – 2011)	154	151	131
Medisinbruk KOLS/astma (2009 – 2011)	99	102	97
Medisinbruk hjerte/kar (2009 – 2011)	129	134	133
Antall personer i kontakt med fastlege/ legevakt pr 1000 (2010 – 2011)			

	KOLS	7,8	9,1	7,8
	Type-2-diabetes	35	36	39
	Hjerte/kar	13	12	12
	Muskel/skjelett	113	119	128
	Psykiske lidelser	84	82	70

Utgifter pr innbygger i Porsgrunn i kommunal medfinansiering for diverse sykdomsgrupper 2012 (Psykiatri, kirurgisk behandling, nyfødte, fødsler og behandling med kostbare biologiske legemidler er ikke med i dette) (Kilde: Helsedirektoratet)	
Kreftsykdommer	kr 209
Hjerte/kar-sykdommer	kr 153
Nevrologiske sykdommer	kr 113
Infeksjoner (ikke luftveisinfeksjoner, urinveisinfeksjoner)	kr 89
Sykdommer i mage/tarm	kr 85
Muskel/skjelett-sykdommer/skader	kr 85
Lungeinfeksjoner	kr 84
KOLS	kr 79
Nyresvikt	kr 65
Rehabilitering	kr 48
Endokrine sykdommer (mest diabetes)	kr 37
ØNH-sykdommer	kr 28
Hud-sykdommer/skader	kr 25
Blod- og bindevevssykdommer	kr 24
Gynekologi	kr 21
Lever- og gallesykdommer	kr 18
Nyre- og urologiske sykdommer	kr 15
Diverse	kr 115

Tapte dagsverk etter diagnosegruppe i Telemark 3. kvartal 2011 (rødt) og 2012 (blått):



Særtrekk ved Porsgrunn i forhold til landsgjennomsnitt er noe høyere andel over 80 år enn landsgjennomsnitt, flere arbeidsledige og uføretrygdede, større bruk av 2. linjetjenesten både for somatiske lidelser og enda mer for psykiske lidelser. Når det gjelder de store kroniske sykdommer har

vi ikke holdepunkter for økt sykkelighet i Porsgrunn enn landet for øvrig. Når det gjelder psykisk sykdom har vi ingen data på forekomst av sykdom i forhold til landet for øvrig. Vi har ingen indikasjon for annerledes utvikling i sykdomsforekomst i Porsgrunn de siste årene sammenliknet med nasjonale tall. Det er interessant at fastleger i Porsgrunn setter mer diagnoser knyttet til psykisk helse og mindre knyttet til muskelskjelettplager enn landsgjennomsnittet.

Av sykefravær så skyldes 58 % av fraværet i Telemark muskelskjelett-lidelser og psykiske lidelser. Andelen for Porsgrunn antas å være omtrent den samme.

2.1 Samarbeid med andre instanser

Legetjenestene i Porsgrunn har en rekke samarbeidende instanser, både kommunalt, interkommunalt og på tvers av behandlingsnivåene. Samarbeidet med Sykehuset Telemark HF er ennå viktigere etter at samhandlingsreformen trådte i kraft. Det er et mål at pasienter skal oppleve et sømløst helsetilbud på tvers av både fagområder og forvaltningsnivåer. Tydelige, kjente og forutsigbare samarbeidsavtaler og retningslinjer er viktige hjelpemidler i samarbeidet.

3.0 Fastlegeordningen

Kommunen inngår fastlegeavtale med hver enkelt fastlege. Pr juni 2014 har vi 38 inngåtte fastlegeavtaler, 36 fastlegehjemler (2 delelister). Alle avtalene skal revideres; revideringen henger sammen med nye krav i nytt lovverk og nye nasjonale føringer. Ny mal for fastlegeavtale har vært ute til høring hos fastlegene, og nye avtaler vil inngås fortløpende gjennom høsten 2014.

I løpet av de siste årene har det skjedd en viss utskiftning av fastleger i Porsgrunn. Dessuten er antall fastlegehjemler utvidet. Det har vært rimelig god søkning til legestillingene i Porsgrunn. Det er ikke behov for ekstra tiltak knyttet til rekruttering av fastleger i planperioden. Men vi må følge med på utviklingen og sørge for at det til enhver tid er tilstrekkelig antall ledige plasser slik at det er reell byttemulighet for innbyggerne.

3.1 Tilgjengelige fastlegeressurser

KOSTRA-tall for 2013	Porsgrunn	Gr.13	Telemark	Landet
Andel legeårsverk per 10000 innbyggere	10,9	9,3	10,8	10,1

Det er et mål at det skal være mulig/enkelt både å skaffe seg og å bytte fastlege i Porsgrunn. Legene i Porsgrunn betjener flere pasienter enn antall innbyggere i kommunen. Det er pr juni 2014 ca. 38 500 pasienter på de 36 fastlegelistene i Porsgrunn kommune. Det betyr at det er netto ca. 3000 "gjestepasienter". 12 av legene har pr juni 2014 ledige plasser på sin liste, med sammenlagt ca 1650 ledige. Gjennomsnittlig listelengde for fastlegene er knapt 1100 som er vel 100 under nasjonalt gjennomsnitt. Dette gjenspeiles i KOSTRA-tallene for antall legeårsverk hvor Porsgrunn ligger om lag 10 % over landsgjennomsnitt. To fastlegehjemler har p.t. deleliste; dvs at pasientlisten betjenes av to leger; det er altså 38 fastleger i Porsgrunn.

I 2013 ble det gjennomført 114 994 konsultasjoner ved fastlegekontorene i Porsgrunn. Fastlegene hadde 1440 sykebesøk til sine pasienter, var i 1534 tverrfaglige møter og i 572 dialogmøter med NAV.

Det er vedtatt i samarbeidsutvalget at vi skal ha som mål at alle fastleger i Porsgrunn enten skal være spesialister i allmenntillegene eller være i utdanning for å bli det. For tiden er 35 av de 38 fastlegene i Porsgrunn enten spesialister i allmenntillegene eller utdanning for å bli det. Av de tre resterende har to en annen spesialitet.

Porsgrunn har pr mai 2014 ti fastlegekontorer med totalt 36 fastleger og to turnuslegeplasser. Det tilstrebes geografisk fordeling på fastlegene i kommunen.

Fastlegekontorene pr juni 2014:

Legekontor	Lokalisasjon	Antall fastlegehjemler	Turnuslege	Pasienter på fastlegeliste	Ledige plasser på Liste
Dr. Myhren As	Brevik	1	0	1963	0
Dr.Arne Brandt-Rantzau	Nordentorget	1	0	1203	0
Friisebrygga Legesenter	Friisebrygga	7	1	6519	29
Heistad Legekontor	Heistad	11 (derav en deleliste)	1	12178	180
Osebro Legekontor	Osebro	1	0	1189	21
Porsgrunn Legesenter	Hovenga	5	0	5207	0
Siri Storetvedt Heldaas og Kristin Heldaas	Vestsiden	1 (deleliste)	0	1496	13
St. Joseph Legesenter	Sentrum	1	0	907	193
Stridsklev Legekontor	Stridsklev	2	0	2329	0
Søsterhjemmet Med Senter	Jønholt	6	0	5521	1280
Totalt	10 fastlegekontorer	36 (38 fastleger)	2	38503	1645

En av fastlegene i Porsgrunn er fastlønnet, 37 er selvstendig næringsdrivende med avtale med kommunen. Fire av legekontorene har kun en legehjemmel. Det er enighet i samarbeidsutvalget at solo praksisene avvikles ved ledighet/salg og hjemlene samles i legesentre med minst to fastleger i hvert senter.

Porsgrunn har en gjennomsnittsalder på fastlegene på 48,6 år i 2014. 17 av legene er 50 år eller mer, 12 er 55 år eller mer og 9 er over 60 år eller mer. Når en såpass stor andel er i en alder hvor legevaksarbeid er mindre aktuelt, er det en utfordring å få dekket vaktene når målsettingen er at de fleste vaktene skal dekkes av fastlegene. 17 av fastlegene er kvinner (45 %).

Etter en lengre prosess med drøftinger bl.a. i SU, er det bestemt at fastleger kan søke om å forlenge sin avtale som fastlege ut over fylte 70 år, men ikke ut over 72 års alder.

3.2 Styringsmål i fastlegetjenesten

- **Porsgrunn kommune har i tråd med fastlegeordningen en legedekning som til enhver tid gir innbyggeren reell valgmulighet når det gjelder fastlege**
- **Robuste legekontorer med god fraværdekning**
- **God tilflyt av yngre fastleger som deltar i kommunale legeoppgaver og legevakt**

4.0 Kommunale legeoppgaver

I fastlegeavtalene har kommunen anledning til å tilplikte fastlegene til kommunale legeoppgaver i inntil 7,5 timer pr uke. De fleste fastlegene i Porsgrunn har kommunal legeoppgave ved siden av sin private praksis. Det er både fordeler og ulemper med denne ordningen. På den ene siden er det svært positivt med allmennfaglig kompetanse inn i kommunale oppgaver, på den andre siden blir det mange små stillinger som skal administreres. Spesielt i sykehjem ser vi at dette kan være utfordrende for kontinuiteten, kompetansen og tilgjengeligheten. Pr juni 2014 har Porsgrunn kommune 4,6 årsverk kommunale legeoppgaver fordelt på 25 av fastlegene. Noen kommuner velger å organisere legetjenesten i sykehjem i større stillingsprosenter. Vi vil i planperioden utrede dette.

I rundskriv "Nasjonale mål og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet i 2014", ber Helsedirektoratet kommunene om å ha et spesielt fokus på de allmennmedisinske kommunale legeoppgavene både når det gjelder kapasitet og kompetanse. Vi kommer i planperioden til å følge opp dette ved å utarbeide arbeidsavtaler for de kommunale stillingene, ha en gjennomgang av legedekningen i sykehjemmene og ved å revidere "Håndbok for sykehjemsleger" og "Håndbok for helsestasjonsleger". Det vil i planperioden bli opprettet 5 plasser for øyeblikkelig hjelp døgnopphold som gir oss nye legeårsverk i kommunale stillinger. Dette vil totalt sett styrke legedekningen på sykehjemmene, og styrke arbeidet med sykehjemslegefunksjonen på systemnivå.

4.1. Sykehjem

KOSTRA-tall 2013	Porsgrunn	Gr.13	Telemark	Landet
Legetimer per pasient i sykehjem	0,37	0,53	0,48	0,46

Sykehjemsavdelingene i Porsgrunn er plassert i seks ulike virksomheter. Sykehjemslegefunksjonen ved disse avdelingene dekkes av 12 fastleger og en kommunelege med til sammen 116,25 timer pr uke.

Legeressursene ved sykehjemmene fordeler seg slik:

Sykehjem	Antall avdelinger	Antall plasser	Legetimer per uke
Brevik sykehjem		Tot 50	15
	Korttidsavdeling	14	
	Skjermet avd.	8	
	Langtid	28	
Mule sykehjem		Tot 65	15
1 etg	Skjermet	6	
«10-enheten»	Langtid	8	
	Korttid (dobbeltrom)	2	
2. etg	Langtid	17	
	Korttid	1	
3. etg	Langtid	17	
	Korttid (dobbeltrom)	2	
Trygghetsavdeling		4	
	Korttidsplasser (dobbeltrom)	8	
St.Hansåsen sykehjem		89	22,5
2. etg	Skjermet	7	
	Korttid	18	
	Langtid	7	
3. etg	Skjermet	7	
	Korttid	18	
4. etg	Skjermet	7	
	Korttid	18	
	Langtid	7	
Frednes sykehjem		52	26,25
1 etg	Langtid	15	
2. etg	Langtid	16	
	Lindrende	5	
3. etg	Langtid	16	
Doktorløkka bosent		24	11,25
1 etg	Langtid	8	
2 etg	Langtid	6	
	Korttid	2	
3 etg	Langtid	1	
	Korttid	7	
Borgehaven bo- og rehabiliteringssenter		25	26,25
3 etg.	Langtid	4	
	Korttid (dobbeltrom)	6	
Rehabiliteringsavd.		15	

Det er enighet om at det er viktig å differensiere fordeling av legeressurs med mest tid til pasienter innlagt på lindrende enhet, rehabilitering og korttidsplasser, og relativ mindre ressurs til pasienter på skjermet enhet og langtidsplasser.

Det er vesentlig lavere dekning av sykehjemsleger i Porsgrunn enn i sammenlignbare kommuner. Spesielt stor er underdekningen ved St. Hansåsen sykehjem. Denne vil bli bedre i forbindelse med opprettelse av plasser for øyeblikkelig hjelp døgnopphold.

4.2 Styringsmål i sykehjemslegeordningen

- God og tilgjengelig legedekning på kommunens sykehjem
- Oppdatere Håndbok for sykehjemsleger
- Anledning til å delta i / bidra med utviklingsarbeid

4.3 Helsestasjon og skolehelsetjenesten

Kostratall 2013:	Porsgrunn	Gr.13	Telemark	Landet
Årsverk av leger i helsestasjons- og skolehelsetj. per 10000 innbyggere 0-5 år	6,3	4,7	6,1	5,4

I dag dekkes helsestasjonsarbeidet av 44,5 legetimer pr. uke fordelt på 12 fastleger og en kommunelege. Det er i dag ikke brukt legetimer direkte i skolehelsetjenesten, men en fastlege er to timer pr uke ved helsestasjon for ungdom og er fra 2014 en time pr. uke medisinskfaglig rådgiver for helsesøstrene i skolehelsetjenesten, særlig for å lette samarbeidet med fastlegene.

I rundskriv "Nasjonale mål for og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet" pekes Helsestasjons- og skolehelsetjenesten på som et viktig satsingsområde i det forebyggende arbeidet. Det er derfor ikke ønskelig å flytte ressurser fra dette området til andre kommunale oppgaver selv om vi bruker mer legeressurser på dette enn sammenlignbare kommuner..

Det er viktig at legene som jobber på helsestasjon får en felles møtearena, et helsestasjonslegeforum, tilsvarende sykehjemslegeforum i Porsgrunn og helsestasjonsgruppa for leger i Skien. Legene jobber til forskjellige tider, opp mot ulike helsesøstre og trenger et felles møtested for å drøfte ulike problemstillinger som dukker opp. Tilsvarende sykehjemslegeforum kan disse møtene legges til ettermiddagstid 2-3 ganger årlig med obligatorisk fremmøte og lønn. Forumet kan meldes opp som smågruppevirksomhet til legeforeningen, slik at deltagelse også gir poeng til spesialiteten i allmenntilleggsmedisin. Et slikt helsestasjonslegeforum vil medføre at man kan få en mer enhetlig praksis i helsestasjonsdriften i kommunen.

4.4 Styringsmål for helsestasjons- og skolehelsetjenesten

- **Bedre det tverrfaglige samarbeidet i skolehelsetjenesten**
- **Etablere møtested for helsestasjonslegene**
- **Oppdatere Håndbok for helsestasjonsleger**

5.0 Øyeblikkelig hjelp døgnopphold

I forbindelse med samhandlingsreformen og nytt lovverk pålegges kommunene å opprette plasser for Øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Porsgrunn kommune har søkt og fått innvilget midler fra Helsedirektoratet for å opprette 5 plasser. Planlagt oppstart er oktober 2014. Det er opprettet 2,1 nye legeårsverk for å dekke disse plassene. Stillingene fordeles på 3-4 personer. Disse legene vil gå i store kommunale stillinger ved at de delvis skal jobbe på øyeblikkelig hjelp avdelingen, og delvis være sykehjemsleger. Vi vil bruke denne muligheten til å styrke sykehjemslegetjenesten, også på systemnivå.

6.0 Legevakt

Formål med legevakten er «å tilby øyeblikkelig hjelp til dem som bor eller oppholder seg i kommunen».

Porsgrunn kommune har legevakt som er bemannet med sykepleiere hele døgnet og med lege fra kl 15 til kl 8 ukedager og hele døgnet i helgene.

Det er en oppgave å sikre at legeressursene på legevakten holder en høy faglig standard. Det oppnås best ved at det er kommunens egne fastleger som i alminnelighet bemanner legevakten. Det har vært en problemstilling at legene har gitt bort vaktene sine, og at legevakten derfor har vært bemannet med stor andel vikarleger. Hovedgrunnen til at legene har gitt bort vaktene sine er at vaktene har vært lange (16 timer). Fra mai 2014 endret vi vaktlengden for legene ved å dele opp vaktene og gi fast lønn på natt. Vi ser allerede en tendens til at flere av fastlegene tar sine vakter selv.

Det er allikevel behov for å ha tilgang på gode vikarer. Det er ønskelig med en liten og stabil vikarpool. Vikarene må beherske norsk skriftlig og muntlig og ha erfaring fra allmenntilleg og akutt medisin. Alle går igjennom opplæring med medisinsk faglig ansvarlig lege ved legevakta.

Da legevakten ikke er bemannet med lege på dagtid, blir øyeblikkelig hjelp pasienter uten fastlege i kommunen henvist til de ulike legekantorene etter tur. Dette er en utfordring spesielt på sommeren med mange ferieturister. Mindre alvorlige problemstillinger blir tatt på legevakt på kveld, men dette fører noen ganger til opphopning av pasienter på legevakten på kveldstid. Det er ønskelig at kommunen og fastlegene blir enige om en mer permanent avtale når det gjelder øyeblikkelig hjelp

henvendelser på dagtid. Dette må sees i sammenheng med ny forskrift om den akuttmedisinske kjeden, en forskrift som i disse dager er ute på høring.

6.1 Styringsmål for legevakt

- **80% av legevaktene tas av egne fastleger**
- **Robust ordning for øyeblikkelig hjelp på dagtid**

7.0 Leger i utdanning

7.1 Turnusleger

For tiden mottar Porsgrunn to turnusleger hvert halvår. En har sitt tjenestested ved Friisebrygga legesenter og den andre ved Heistad legekantor.

Det er ulike økonomiske ordninger for de to turnusplassene. På Friisebrygga er turnuslegen lønnet av kommunen. Kommunen mottar det statlige tilskuddet og de inntektene som turnuslegen genererer og betaler turnuslegens andel av utgifter til legesenteret. Turnuslegen ved Heistad lønnes av legesenteret som mottar det statlige tilskuddet og de inntektene som turnuslegen genererer. Forskjellen skyldes at Heistad legekantor i sin tid ba om å få turnuslege, og kommunen satte som betingelse at kommunen ikke skulle ha utgifter på turnuslegen. Vi har som mål å få samme økonomiske ordning ved begge turnusplasser. Det er utfordrende at de økonomiske vilkårene ved ordningen har blitt gradvis dårligere ved at utgiftene øker (lønn, kontorutgifter etc), mens støttebeløpet fra staten har vært uforandret i mange år.

Kommunen ser det som et samfunnsansvar å bidra til utdanning av nye leger ved å ta imot turnusleger. Det er også en måte å rekruttere fastleger til kommunen.

Kommunen ønsker derfor å tilrettelegge for at Porsgrunn fortsatt skal ta imot turnusleger. Det kan på sikt bli aktuelt å se på løsninger for å utvide ordningen med flere turnusleger enn to, dersom de økonomiske vilkårene for å ta imot turnuslege bedres fra statens side.

7.2 Medisinstudenter

Det er i dag to legekantorer i Porsgrunn (Heistad legekantor og Porsgrunn legesenter) som har medisinstudenter utplassert fra universitet. Studenter i 10. semester ved Universitet i Oslo er utplassert ved fastleggekantor 6 uker vår og høst. Det er dessuten leger som tar inn studenter fra andre universiteter i kortere eller lengre perioder.

Kommunen er positiv til at Porsgrunns legekantorer er villig til å delta i undervisning av studenter; det er viktig at fastleger bidrar til å lære opp kommende leger.

7.3 Styringsmål for leger i utdanning

- Like vilkår for kommunens turnusleger
- Økning til 3 turnusleger dersom de økonomiske vilkårene bedres

8.0 Rehabilitering

I forbindelse med samhandlingsreformen blir flere rehabiliteringsoppgaver overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Samtidig er det i et folkehelseperspektiv viktig å øke fokuset på enkeltmenneskers og familiers mestringsevne, også i forbindelse med sykdom og funksjonsnedsettelse. Dette krever økt satsning på tverrfaglig samarbeid på rehabiliteringsfeltet i kommunen både i og utenfor institusjoner. Fastlegene har en vesentlig rolle i dette og må ta del i styrkingen av kapasitet, kompetanse og kvalitet på feltet i kommunen.

For å kunne dekke befolkningens behov for rehabiliteringstjenester utenfor institusjon må det utvikles bedre rutiner for samarbeid mellom fastleger, hjemmetjeneste, fysio- og ergoterapeuter.

8.1 Styringsmål for legetjenesten innenfor rehabilitering

- Gode rutiner mellom fastlege, hjemmetjeneste og fysio-ergoterapeuter
- God legedekning i forhold til rehabilitering i institusjon
- Gode styringsdata/ nøkkeltall innen helse
- Gjøre kjent i legegruppen hvilke rehabiliteringstilbud som finnes

9.0 Kompetanse

Det er et mål at alle fastleger i Porsgrunn skal være spesialister i allmenntidmedisin eller være i utdanning for å bli det.

Dette bidrar til sikring av standard på fastlegetjenesten ved

- at lege i spesialisering følger et detaljert program for videreutdanningen for å bli spesialist i allmenntidmedisin
- at det er et etablert krav om resertifisering av spesialister i allmenntidmedisin hvert femte år gjennom et detaljert etterutdanningsprogram

- obligatorisk veiledningsgruppe i videreutdanningen og etterutdanningsgruppe i resertifiseringsperioden
- obligatoriske grunnkurs
- obligatorisk kurs i akuttmedisin
- obligatorisk kurs i sakkyndighetsarbeid

Andre kilder for kompetanseheving er lokale kurs arrangert av Prosedyregruppa for samhandling i Telemark. Deltakelse i både nasjonale og lokale læringsnettverk og ulike typer utviklingsarbeid vil medføre kompetansebygging.

Vi ser vi at det i de nærmeste årene er nødvendig å ha spesielt fokus på fastlegenes kompetanse på følgende områder:

9.1 Samhandling

Det har alltid vært viktig med god samhandling mellom fastleger og andre kommunale tjenesteytere. Dette behovet er økende fordi flere oppgaver overføres fra sykehus til kommunehelsetjenste. Fastlegene har en nøkkelrolle i dette, og det er nødvendig at samhandlingskompetansen styrkes hos alle, også hos fastlegene. Samtidig er det nødvendig at det avsettes tilstrekkelig tid til slik samhandling. Utviklingen av e-meldingssystemer vil lette samhandlingen.

9.2 Barn og unges psykiske helse

Psykiske vansker er et stort helseproblem hos barn og unge i Norge i dag. Det ser ut til at behovet for hjelp til barn og unge med psykiske plager og deres foresatte er økende. Tradisjonelt har de fleste fastleger i liten grad vært inkludert i det helhetlige tjenestetilbudet for disse gruppene; ofte har de blitt en slags ekspeditører av søknader til andrelinjetjenesten etter bestilling fra skole, PPT og/eller foreldre. Det er nødvendig at fastlegene blir en del av teamet omkring disse barna/ungdommene/familiene, og det er derfor nødvendig med en generell kompetanseheving på feltet, både rent faglig, men også i forhold til mulighetene for behandling og tjenester i kommunen.

9.3 Psykisk utviklingshemmede

Personer med psykisk utviklingshemming er en relativt stor og sammensatt gruppe, som alle fastlegene har på sine lister. Denne gruppen er i utgangspunktet mer utsatt for flere somatiske og psykiske lidelser enn normalbefolkningen. I tillegg kan det dreie seg om svært sjeldne syndromer, som det finnes lite kunnskap om både lokalt og nasjonalt. Dette medfører at fastlegen i enkelte tilfeller må samarbeide med mange ulike instanser hvor informasjonen og kompetanseoverføringen fra 2. og 3. linjetjenesten blir helt sentralt.

En av de største utfordringene til mennesker med utviklingshemmede er at mange av dem har redusert evne til å meddele symptomer og plager. Fastlegen er derfor helt avhengig av god informasjon fra dem som kjenner pasienten godt, nemlig pårørende eller personalet. På grunn av en kombinasjon av overhyppighet av sykdom, og liten evne til selvrappoterer, er dette kanskje en gruppe som bør tilbys faste helseundersøkelser i form av årskontroll.

9.4 Rehabilitering

Fordi det er nødvendig med økt fokus på mestring, rehabilitering og læring må alle tjenesteytere i den kommunale helsetjenesten styrke kompetansen på dette området de nærmeste årene; det gjelder også fastlegene.

9.5 Flyktningehelse

Kommunen skal sørge for at asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente får tilbud

om primær- og spesialisthelsetjenester. Porsgrunn kommune har ikke en egen helsetjeneste for disse gruppene, og de må derfor få de nødvendige tjenestene av det ordinære tjenesteapparatet. Her har fastlegene en viktig rolle, både selvstendig og også som medisinske koordinatore for enkeltpersoner med omfattende helsetjenestebehov. Ofte er dette både faglig, språklig og kulturelt utfordrende, og det er nødvendig med spesiell kompetanse for å håndtere dette på en tilfredsstillende måte. Så lenge kommunen ikke har en spesiell helsetjeneste for disse gruppene, vil disse bli tildelt ulike fastleger i kommunen. Dermed vil alle fastlegene trenge denne spesielle kompetansen. Det vil høsten 2014 bli jobbet med at det frigjøres ressurser slik at en fastlege får et spesielt ansvar for kartlegging og helsemessig oppfølging av nyankomne flyktninger. Denne legen vil også kunne dele kompetanse med de andre legene som har asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente på sine lister.

9.6 Styringsmål for kompetanse i legetjenesten

- **Styrke fastlegenes kompetanse særlig innenfor områdene:**
 - Samhandling
 - Barn og ungdoms psykiske helse
 - Utviklingshemmedes helse
 - Rehabilitering
 - Flyktningehelse
- **Styrke flyktningehelsetjenesten**

10.0 Samarbeidsarenaer

Det er et nasjonalt mål og en prioritering at kommunen formaliserer og styrker samarbeidsarenaene med fastlegene. I Porsgrunn er det etablert Samarbeidsutvalg (SU) og Allmenlegeutvalg (AU). I tillegg deltar kommunen i Sykehjemslegeforum. SU i Porsgrunn kommune har vært uendret i sin sammensetning i mange år. Vi foreslår en gjennomgang av mål og hensikt med utvalget og sammensetning av utvalget. AU er en viktig arena hvor fastlegene møtes for informasjon og diskusjon. Deltagelse i AU er obligatorisk for fastlegene, likevel har det over tid vært lav deltagelse fra enkelte leger/ legekontorer. Arbeidet med å registrere deltagelse og oppfølging av dette bør fortsette.

Det er behov for å etablere samarbeidsforum på de områdene hvor det i dag ikke finnes til tross for at det er store samarbeidsflater med fastlegene. Vi ser at dette særlig gjelder hjemmetjenester, helsestasjon og skolehelsetjeneste. Samarbeid på tvers kan være tema i AU.

10.1 Styringsmål for samarbeidsarenaer

- **Styrke de eksisterende samarbeidsarenaene**
- **Utrede og eventuelt etablere nye samarbeidsarenaer mellom kommunale tjenester og fastlegene**

11.0 Samfunnsmedisin

Kommunal lege/ kommuneoverlege må dekke ulike samfunnsmedisinske oppgaver:

- a) Kommunal helsemyndighet
 - Smittevern
 - Miljørettet helsevern
 - Helsemessig beredskap
- b) Medisinskfaglig rådgivning overfor
 - Politikere
 - Kommunens administrative ledelse
 - Ulike kommunale tjenester (omsorgstjenester, familiehelsetjenester, psykisk helse og rus, rehabilitering, miljøtjenesten/habilitering, skoler, barnehager)
- c) Andre samfunnsmedisinske oppgaver
 - Planarbeid
 - Folkehelse (oversiktsarbeid, folkehelseiltak/helsefremming)
 - Medisinskfaglig ledelse av legetjenesten (fastleger, sykehjemsleger, helsestasjonsleger)
 - Kvalitets- og utviklingsarbeid særlig i fastlegetjenesten, men også på samhandlingsfeltet
 - Samhandling, både mellom kommunale tjenester og sykehus, men også mellom ulike kommunale tjenester/tjenesteytere

Det bør i planperioden arbeides med utvikling av de samfunnsmedisinske oppgavene og organiseringen av disse, dels i samarbeid med nabokommuner.

11.1 Styringsmål i samfunnsmedisinske oppgaver

- **Robust legedekning i de samfunnsmedisinske oppgavene:**
 - **Legedekning for asylsøkere**
 - **Smittevern**
 - **Folkehelsearbeid**

12.0 Deltakelse i utviklingsarbeid

Fastlegeforskriften og helse- og omsorgstjenesteloven sier at kommunen skal sørge for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, også i fastlegetjenesten. De siste årene har leger fra Porsgrunn deltatt i utviklingstiltak som dette:

- Enkelte av fastlegene har vært engasjerte av STHF som praksiskonsulenter for å arbeide med samhandlingen mellom fastleger og sykehuset
- Noen av fastlegekontorene har deltatt i læringsnettverk sammen med andre fastlegekontorer; her deltar både leger og helsesekretærene i utviklingsarbeidet

- Det foregår en satsning på utvikling av samhandlingen omkring kronikere i et samarbeid mellom Porsgrunn og Skien og Porsgrunn kommuner. I dette har representanter for fastleger en viktig rolle.
- Det pågår et samarbeid mellom Porsgrunn kommune og Kysthospitalet for å bedre kunnskapene om håndtering av rygg- og nakkeplager, både i befolkningen, blant behandlere og hos arbeidsgivere. Fastleger har viktige oppgaver i dette utviklingsarbeidet.
- Fastleger engasjeres i utvikling av planer og håndbøker; noen eksempler: Håndbok for helsestasjonsleger, Håndbok for sykehjemsleger, Plan for legetjenester.

12.1 Styringsmål i utviklingsarbeid

- **Motivere og legge til rette for legers deltagelse i utviklingsarbeid/ prosjekter**

13.0 IKT

Viktige utviklingsområder på IKT:

13.1 Pasientsystem på legevakta

Legevakta har systemet WinMed 2 som pasientsystem. Versjonen er gammel og det har de siste par årene blitt store problemer med programvaren spesielt ift elektronisk kommunikasjon med samarbeidspartnere og HELFO. Leverandøren har sluttet å utvikle denne applikasjonen. Det må derfor investeres i ny programvare. Avsatte midler til dette er kr 100 000,-. Vi har to alternativer: oppgradere til Winmed 3 eller gå ut på anbud høsten 2014. Dersom vi skal ut på anbud vil vi i anbudet legge opp til opsjon for legekantorene. Vi vil nedsette et brukerutvalg som lager kravspesifikasjon og deltar i utvelgelsen. Representanter fra ulike legekantorer inviteres inn i brukerutvalget. Forventet implementering av nytt system: november/ desember 2014.

13.2 Elektronisk kommunikasjon; Prosjekt ELIN-K

Porsgrunn kommune er pr juni 2014 i pilot på elektronisk kommunikasjon. Med i piloten er 2 legekantorer, 1 sykehjem, 1 hjemmetjenestegruppe, fysio-/ ergoterapitjenestene og 1 PU bolig. Forventet utrulling mellom alle aktørene er høsten 2014.

13.3 Nødnett

Porsgrunn er i fase 2 i det nasjonale Nødnett prosjektet. Det innebærer at vi er i gang med opplæring og implementering på senhøsten/ vinteren 2014. Frem til dette er det klargjøring av linjer og utstyr. Legevakta og alle kommunens legekantorer skal være ta i bruk Nødnett-helse. Det er planlagt å få med Hjemmetjenesten/ nattjenesten i Nødnett i neste omgang.

13.4 Elektronisk håndtering av vaktplanen for leger på legevakt

Porsgrunn har hatt et system for planlegging av vaktplanen på legevakta. Systemet ble laget på bestilling på 90-tallet. Systemet kollapset høsten 2013. Vaktplanen lages nå manuelt, noe som er svært krevende. Fra juni 2014 vil vi ta i bruk nytt web-basert elektronisk verktøy (legevakt.no) for å

planlegge og administrere vaktene. Systemet vil være tilgjengelig for legene når vaktplanen for perioden okt-mars er ferdig.

13.5 Tilgjengelig og oversiktlig informasjon på kommunens nettsider

Vi ser at informasjon om kommunens tjeneste- og aktivitetstilbud til forskjellige målgrupper kan være uoversiktlig og vanskelig tilgjengelig. Det foreslås å sette i gang et arbeid med å gjøre informasjonen mer tilgjengelig.

13.6 Styringsmål IKT

- **Oppgradert eller nytt pasientsystem på legevakta**
- **Elektronisk kommunikasjon rulles ut**
- **Implementere Nødnett-helse**
- **Elektronisk håndtering av vaktplan for leger på legevakt**
- **Tilgjengelig og oversiktlig informasjon på kommunens nettsider**

14.0 Mål og tiltak

	Styringsmål	Strategi/ tiltak	Når	Kostnad (2014 kroner)
Fastlegeordningen				
1	Porsgrunn kommune har i tråd med fastlegeordningen, en legedekning som til enhver tid gir innbyggeren reell valgmulighet når det gjelder fastlege Jf pk..	Kontinuerlig følge med på ledig listekapasitet og vurdere økning av antall hjemler dersom det er behov	Fortløpende	
2	Robuste legekontorer som har en god fraværdeknning	Unngå etablering av solopraksis. Målsetning om at det er minimum 2 leger ved hvert kontor	Fortløpende ved ledighet	0,-
		God informasjon til samarbeidspartnerne ang fravær og fraværdeknning på de solopraksisene vi har i dag	Fortløpende	
3	God tilflyt av yngre fastleger som kan delta i kommunale legeoppgaver og delta i legevakt	Øvre aldersgrense på 72 år for forlengelse av fastlegeavtale (jfr pkt 3.1)	2014	0,-
Kommunale legeoppgaver –sykehjemslegeordningen				
4	God og tilgjengelig legedekning på kommunens sykehjem	Nedsette arbeidsgruppe som får i mandat: Evaluere dagens legedekning i sykehjemmene og utrede: -stillingsstørrelser -vaktordning -ø-hjelp -vikardekning 2015	Utredes 2015 for implementering 2016	Utredes
		God kompetanse på spesialområdene		
5	Oppdatert håndbok for sykehjemsleger	Revideres høsten 2014		
6	Anledning til å delta i/ bidra med utviklingsarbeid			

Kommunale legeoppgaver – helsestasjons og skolehelsetjenesten				
7	God legedekning i skolehelsetjenesten	Øke legeressursen i skolehelsetjenesten med 1 time pr uke – prøves ut i 2014 ved å flytte ressurser fra helsestasjonslege. Vurderes å gjøres til en fast ordning i 2015	2014	0,-
		Styrke legetjenesten for risikoutsatte barn og unge ved å flytte ressurser	Utredes	
8	Tverrfaglig samarbeid i skolehelsetjenesten	Opprette tverrfaglig samarbeid mellom helsesøster, lege, psykolog og fysioterapeut	2015?	
9	Møtested for helsestasjonslegene	Etablere helsestasjonslegeforum	Høst 2014	Ikke utredet
10	Oppdatert håndbok for helsestasjonsleger	Oppdateres våren 2015	Vår 2015	
Legevakt				
11	80% av legevaktene tas av egne fastleger	Ny vaktplan med kortere vakter	2014	
		Kompetanseøkning og samtrening på akuttmedisin for fastlegene/ sykepleierne på legevakta/ ambulanspersonell –work shop x 2 pr år	2014-2015	Ikke beregnet
12	Robust ordning for øyeblikkelig hjelp på dagtid	Utredes	Høst 2014	Ikke beregnet
Leger i utdanning				
13	Lik ordning for de to turnuslegene som Porsgrunn tar imot	Sette ned en arbeidsgruppe som beskriver hvordan det skal være og kostnadsberegner	2015	?
14	Økning til 3 turnusleger dersom de økonomiske vilkårene tillater det	Vurderes dersom det gjøres endringer i de økonomiske vilkårene endrer seg		
Rehabilitering				
15	Gode rutiner mellom fastlege, hjemmetjeneste og fysio-/ergoterapeuter			

16	God legedekning i forhold til rehabilitering i institusjon	Ha kontinuitet – dvs. fortrinnsvis en lege med særlig ansvar		
		Sette av tid til utviklingsarbeid		
17	Gode styringsdata/ nøkkeltall innen helse			
18	Gjøre kjent i legegruppen hvilke rehabiliteringstilbud som finnes			
Kompetanse				
19	Styrke fastlegenes kompetanse <ul style="list-style-type: none"> - Samhandling - Barns psykiske helse - Utviklingshemning - Rehabilitering - Flyktningehelse 	Alle fastlegene i Porsgrunn skal gjennomføre løpet for spesialistutdanning i allmenntidmedisin		
			Styrke flyktningehelsetjenesten	Ansette lege i 20 % stilling for å ivareta flyktningene mens de er i introduksjonsprogrammet
Samarbeidsarenaer				
20	Styrke de samarbeidsarenaene som allerede finnes	Gjennomgang av målet med og sammensetningen av SU		
		Oppfordre til at alle fastlegene skal delta i AU		
21	Skape nye samarbeidsarenaer	Utrede og evt etablere møtepunkt mellom kommunale tjenester og fastlegene		
Samfunnsmedisin				
22	Robust legedekning i de Samfunnsmedisinske oppgavene: <ul style="list-style-type: none"> - Legedekning for asylsøkere - Smittevern - Folkehelsearbeid 	Vurdere samorganisering av de samfunnsmedisinske oppgavene med nabokommuner	2015	
Leger i utviklingsarbeid				
23	Motivere og legge til rette for deltagelse i utviklingsarbeid/prosjekter		Fortløpende	

IKT				
24	Oppgradere eller implementere nytt pasientsystem på legevakta	Dersom vi skal ut på anbud: I samarbeid med GKI nedsette brukerutvalg som utarbeider kravspek og gjennomfører utvelgelse	2014	100 000,- (avsatte midler)
25	Implementere elektronisk samhandling mellom legekantorene, omsorgstjenestene, spesialisthelsetjenesten og NAV	Prosjekt Elin-K	Pilot: mai 2014 Utrulling: høst 2014	950 000,- (avsatte midler)
26	Ta i bruk Nødnett -helse	Følge fase 2 i nasjonalt prosjekt	Des 2014/ jan 2015	(avsatte midler)
27	Elektronisk håndtering av vaktplanen for leger på legevakt	Ta i bruk legevakt.no	Okt 2014	20 000,-
28	Tilgjengelig og oversiktlig informasjon på kommunens nettsider	Tverrfaglig arbeidsgruppe	Vår 2015	