

Rapport

Samhandlingsreformen, kommunal helseadministrasjon og legetjenesten i kommunene

Forskere

Bård Paulsen
Jan Lippestad
Roar Johnsen



KOMMUNSEKTORENS INTERESSE- OG ARBEIDSGIVERORGANISASJON
The Norwegian Association of Local and Regional Authorities

SINTEF Teknologi og samfunn
Helsetjenesteforskning
2010-12-23



SINTEF Teknologi og samfunn
Helsetjenesteforskning
Postboks:4760 Sluppen
7465 Trondheim

Besøksadresse:
Teknobyen innovasjonssenter
Abels gt 5 7030 Trondheim

Telefon: 73 59 03 00
Telefaks: 932 70 800

Foretaksregisteret: NO 948 007
029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

Samhandlingsreformen, kommunal helseadministrasjon og legetjenesten i kommunene

FORFATTER(E)

Bård Paulsen, Jan Lippestad og Roar Johnsen

OPPDRAKSGIVER(E)

Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon

RAPPORTNR. SINTEF A16806	GRADERING Åpen	OPPDRAKSGIVERS REF. KS FOU-prosjekt: P.nr. 094018	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-05026-4	PROSJEKTNR. 60H11930	ANTALL SIDER OG BILAG 101
ELEKTRONISK ARKIVKODE U:\prosjekt\60H119.30		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Bård Paulsen	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Marian Ådnanes
ARKIVKODE E	DATO 2010-12-23	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Britt Venner, forskningssjef <i>Britt Venner</i>	

SAMMENDRAG

Formålet med denne undersøkelsen er å drøfte forholdet mellom kommunal helseadministrasjon og legetjenesten i kommunene – med utgangspunkt i de styringsutfordringer Samhandlingsreformen stiller kommunene overfor.

Rapportens del 1 gir resultater fra en surveyundersøkelse der kommuneoverleger og helseadministratører i norske kommuner redegjør for erfaringer siste ti år, og gir synspunkter på de utfordringer reformen stiller kommunal helsetjeneste overfor. Styringsmessig har kommunene hatt et lite aktivt forhold til legetjenesten, men svargiverne mener Samhandlingsreformen krever mer aktiv styring av legetjenesten, for å ivareta samhandlingsbehov både i kommunene og mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenestene.

Rapportens del II gir resultater fra en litteraturbasert studie av organisatoriske tiltak for å kvalitetssikre primærlegers henvisningspraksis.

I rapportens del III gis en oppsummering av drøfting av styringsutfordringene i kommunal helsetjeneste i et ekspertpanel, sammehsatt av leger i kommune- og spesialisthelsetjeneste, representanter fra kommunal helseadministrasjon og forskere fra samfunnsmedisinske miljø.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Legetjenesten i kommunene	Municipal health service
EGENVALGTE	Helseadministrasjon	Municipal health administration

Forord

Samhandlingsreformen stiller kommunene overfor store utfordringer. Kommunale helse- og omsorgstjenester skal ta vare på stadig flere og sykere pasienter enn i dag, styrke rehabiliteringstilbudet, drive mer omfattende og mer effektivt forebyggende arbeid, og gi bedre støtte og styrke egen mestringsevne til de som må leve med store helse- og funksjonsproblemer. I alle disse sammenhengene må legetjenestene i kommunene spille en nøkkelrolle – både gjennom de kurative tjenestene organisert gjennom fastlegeordningen, og de tjenester som organiseres som offentlig legearbeid. Det er kommunene som har ansvaret for å tilby sin befolkning legetjenester, og innrette legetjenesten slik at den også ivaretar grupper med særskilte behov. I denne rapporten gjøres en drøfting av kommunenes erfaringer fra sitt samarbeid med legene i arbeidet med å utvikle sin legetjeneste i tråd med befolkningens behov, som grunnlag for råd om hvordan dette samarbeidsforholdet mellom legetjenesten og kommunal administrasjon kan utvikles videre for å møte de utfordringene samhandlingsreformen tar sitt utgangspunkt i. I tillegg gjøres en litteraturbasert gjennomgang av organisatoriske forhold knyttet til legenes henvisninger av pasienter til spesialisthelsetjenesten.

Undersøkelsen er basert på en survey til kommuneoverleger og helseadministrator i norske kommuner. Vi sier takk til alle som har svart på skjema og gitt oss verdifulle synspunkter. Vi vil takke også til KS-advokat Øyvind Renslo som har gått gjennom rapportens kapittel 2 og gitt nyttige kommentarer til vår presentasjon av de avtalemessige rammene for legetjenesten i kommunene. En hjertelig takk også til deltakerne i vårt ekspertpanel, som velvillig stilte opp og har omsatt kunnskap om legetjenesten rolle i det kommunale systemet til begrunnede råd om hvordan dette kan utvikles videre for å møte de store utfordringene vi står overfor på dette området.

Prosjektet er finansiert av Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon. Vi sier takk for et interessant og spennende oppdrag, og for et hyggelig samarbeid i oppfølging av prosjektet underveis.

Prosjektet er gjennomført i et samarbeid mellom SINTEF Helsetjenesteforskning og Institutt for Samfunnsmedisin/NTNU. Prosjektleder har vært seniorforsker Bård Paulsen ved SINTEF Helsetjenesteforskning. Han er ansvarlig for gjennomføring av surveyundersøkelsen og har skrevet rapportens del I. Jan Lippestad har vært ansvarlig for del II, som gir resultater fra en litteraturstudie seg om legehenvvisninger til sykehus. Roar Johnsen, ISM/NTNU, har organisert og ledet drøftingene av den kommunale helsetjenestens styringsutfordringer i et ekspertpanel, og skrevet rapportens del III i samarbeid med Bård Paulsen.

Trondheim, desember 2010

Bård Paulsen

Jan Lippestad

Roar Johnsen

Innholdsfortegnelse

FORORD	3
INNHOLDSFORTEGNELSE.....	5
TABELLOVERSIKT	8
SAMMENDRAG	11
1 INNLEDNING.....	17
1.1 Prosjektets bakgrunn og formål.....	17
1.2 Forskningmessig belysning av forholdet mellom kommunal forvaltning av private legetjenester i fastlegesystemet	18
1.3 Utviklingstrekk: Offentlig allmennlegearbeid og samfunnsmedisinsk arbeid	20
1.4 Oppsummering og konkretisering av problemstilling	21
2 KONTRAKTMESSIG GRUNNLAG FOR LEGETJENESTENE I KOMMUNENE	25
2.1 Innledning	25
2.2 Rammeavtalen mellom Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon og Lægeforeningen om allmennlegepraksis i kommunene	26
2.3 Fastlegeordningens krav til utvalg i kommunene.....	26
2.4 Kommunens ansvar	27
2.5 Legenes ansvar	27
2.6 Kommunens rett til å pålegge legen offentlige allmenmedisinske oppgaver	27
3 DATAGRUNNLAG OG METODE	29
3.1 Innledning	29
3.2 Innretning og tema.....	29
3.3 Svarprosent	30

3.4	Spesielt om kommuneoverlegene	30
4	GENERELT OM SAMARBEIDET MELLOM LEGETJENESTEN OG KOMMUNENE.....	31
4.1	Innledning	31
4.2	Hvilke faktorer har mest betydning for kommunens samarbeid med legetjenesten?	31
4.3	Kommunens innflytelse på legetjenesten.	33
4.4	Politikernes engasjement i legetjenestens utforming	34
4.5	Oppsummering/drøfting	35
5	SAMARBEIDSUTVALGET: AGENDA OG BETYDNING	37
5.1	Innledning	37
5.2	Viktige samarbeidstema for administrasjonen – viktige tema for samarbeidsutvalget	38
5.3	Oppsummering/drøfting	41
6	INNHENTING AV AKTIVITETSDATA SOM STYRINGSVERKTØY I KOMMUNENE.....	43
6.1	Innledning	43
6.2	Drøfting.....	44
7	LEGEOPPGAVENE I FOREBYGGENDE HELSEARBEID.....	45
7.1	Innledning	45
7.2	Kommunal innflytelse på legearbeidet i helsestasjon og skolehelsetjeneste.	45
7.3	Ulike betingelser for forebyggende helsearbeid i ulike typer kommuner	48
7.4	Oppsummering/drøfting	48
8	OM SAMARBEID MELLOM LEGETJENESTEN OG OMSORGSTJENESTEN I KOMMUNENE	51
8.1	Innledning	51
8.2	Legetjenesten i sykehjem	51
8.3	Medisinsk oppfølging av gamle pasienter i hjemmebasert omsorg.....	53
8.4	Tiltak for å styrke det medisinske og omsorgsmessige tilbudet	54
8.5	Oppsummering/drøfting	56
9	KOMMUNENE OG SAMHANDLINGSREFORMENS UTFORDRINGER	59

9.1	Innledning	59
9.2	Tiltak i egen kommune	60
9.3	Tiltak på nasjonalt nivå	62
9.4	Ulike behov i ulike typer kommuner	64
9.5	Utfyllende kommentarer fra kommuneoverleger og helseadministratorer	65
9.6	Sammenfatning/drøfting.....	66
10	SAMMENFATNING/DRØFTING.....	69
	REFERANSER.....	73
	DEL II.....	75
	ORGANISATORISKE TILTAK FOR Å KVALITETSSIKRE ALLMENNLEGENES HENVISNINGER TIL SYKEHUS.....	76
	DEL III	93
	ET EKSPERTPANEL DRØFTER FORHOLDET MELLOM KOMMUNAL HELSEADMINISTRASJON OG LEGETJENESTEN I LYS AV PERSPEKTIVENE I SAMHANDLINGSMELDINGA.....	93

Tabelloversikt

Tabell 1.1	Legeårsverk kommunehelsetjenesten fordelt etter virkeområde. 2001-2009. Kilde: SSB	21
Tabell 3.1	Svarfordelingen for kommuneoverleger og helseadministratorene etter kommune størrelse. Sammenlignet med fordelingen for kommune i Norge. Absolutte tall. I parentes: Prosent av total.	30
Tabell 4.1	"Hvor viktig er ulike forhold nevnt under for at kommunen skal få en god innretning av legetjenesten i kommunen?" Andel som svarer "Avgjørende" eller "Stor betydning" blant de som har en mening om dette. Etter svargiver. Kommuneoverleger og helseadministratorene. Prosentvis.....	31
Tabell 4.2	Betydningen av "Godt samarbeidsutvalg" og "Klare mål". Etter kommune størrelse. Andel som mener at disse faktorene er betydningsfullt blant dem som har vurdert spørsmålet. N= 355	32
Tabell 4.3	Multivariat analyse: Vurdering av samarbeidsutvalgets betydning. Etter profesjonstilknytning og kommune størrelse. Logistisk regresjon. N=355	33
Tabell 4.4	Multivariat analyse: Betydningen av klart formulerte mål for legetjenesten fra kommunenes side. Etter profesjonstilknytning og kommune størrelse. Logistisk regresjon. N=355	33
Tabell 4.5	Vurdering av kommunens innflytelse på kvalitet, lokalisering og organisering. Prosentvis. N=373	34
Tabell 4.6	Innflytelse på kvalitet, organisering og lokalisering av legetjenesten etter kommune størrelse. Andel som mener de har innflytelse blant de som har vurdert spørsmålet. Prosent. N= 373	34
Tabell 4.7	Helseadministratorenes vurdering av politikernes engasjement i legetjenesten. Prosentvis. N=185.....	35
Tabell 5.1	Andel av kommuneoverlegene som sier det er samarbeidsutvalg i kommunene. Etter kommune størrelse. Prosentvis N=188.....	38
Tabell 5.2	Viktige problemstillinger i samarbeidsutvalget (Svargivere: Kommuneoverleger) og viktige problemstillinger for kommunenes helseadministrasjon i samarbeidet med legene (Svargivere: Helseadministratorene). Andel som sier at problemstillingen er "viktig". N= 373.....	39
Tabell 5.3	Multivariat analyse: Viktighet av kvalitetsindikatorer. Etter stilling og kommune størrelse. Logistisk regresjon. N=355	40
Tabell 5.4	Multivariat analyse: Vektlegging av aktivitetsrapportering fra legepraksis. Etter stilling og kommune størrelse. Logistisk regresjon. N=355	40
Tabell 5.5	Multivariat analyse: Samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Etter stilling og kommune størrelse. Logistisk regresjon. N=355.....	41
Tabell 6.1	Typer data. Kommuner der data samles inn. Kilde: Kommunelegene. Prosentvis.	43

Tabell 7.1	Stillingsinstruks for leger i helsestasjon og skolehelsetjeneste? Prosent. N=373	45
Tabell 7.2	Ulike faktorerers betydning for hvordan legene definerer sitt arbeid i helsestasjoner og skolehelsetjeneste. Etter svargiver. Prosentvis. N=373	46
Tabell 7.3	Multivariat analyse: Tradisjon og sedvane stor betydning. Etter svargivers stilling og kommunestørrelse. Logistisk regresjon. N=373	46
Tabell 7.4	Multivariat analyse: Betydningen av stillingsinstrukser. Etter svargivers stilling og kommunestørrelse. Logistisk regresjon. N=373	47
Tabell 7.5	Multivariat analyse: Betydningen av kommunale plandokumenter. Etter og kommunestørrelse. Logistisk regresjon. N=373	47
Tabell 7.6	"Hvordan fordeles legeoppgaver innen forebyggende helsearbeid? Prosentvis. Kommuneoverleger N=188.	48
Tabell 7.7	Andel "Helt/litt enig" i utsagn om betingelser for kommunal påvirkning av legetjenesten i forebyggende tjenester. Kommuneoverleger og helseadministratorer. Etter kommunestørrelse. Prosent. N=373	48
Tabell 8.1	Synspunkter på tilsynslegevirksomheten i egen kommune. Grad av enighet med påstandene. Kommuneoverleger og helseadministratorer. Prosentvis. N=373	52
Tabell 8.2	Om legetjenesten i sykehjem. Andel av svargiverne som er sier seg "Helt enig/litt enig" i påstandene under blant de som har vurdert påstandene. Kommuneoverleger og helseadministratorer. Prosent. N=373	52
Tabell 8.3	Rutiner for medisinsk oppfølging av pasienter i omsorgstjenesten med store behov etter utskrivninger fra sykehus. Kommuneoverleger. N=188.	53
Tabell 8.4	Vurdering av den medisinske servicen overfor pasienter med store behov i hjemmebasert omsorg i din kommune? Kommuneoverleger og helseadministratorer. Prosentvis. N=373	54
Tabell 8.5	Multivariat analyse: Kvaliteten på medisinsk service vurdert som "Utmerket/Stort sett bra". Etter svargiver og kommunestørrelse. Logistisk regresjon. N=373	54
Tabell 8.6	Vurdering av ulike tiltak for styrking av tilbudet til krevende pasienter i kommunal omsorg. Kommuneoverleger og helseadministratorer. Andel som mener tiltaket er "Viktig" eller "Nokså viktig". Prosentvis. N=373	55
Tabell 8.7	Multivariat analyse: Bedre kvalitetsindikatorer vurdert som viktig. Etter svargiver og kommunestørrelse. Logistisk regresjon. N=373	56
Tabell 9.1	Tiltak i egen kommune. Andel som mener ulike tiltak er "Viktig". Kommuneoverleger og helseadministratorer. Prosentvis N=373	60
Tabell 9.2	Tiltak på nasjonalt nivå. Andel som mener tiltaket er "Viktig". Kommuneoverleger og helseadministratorer. Prosentvis N=373	62
Tabell 9.3	Forts. Tiltak på nasjonalt nivå. Andel som mener tiltaket er "Viktig". Kommuneoverleger og helseadministratorer. Prosentvis N=373	63
Tabell 9.4	Multivariat analyse: "Utvikling av gode økonomiske og organisatoriske modeller for interkommunalt samarbeid om legetjenester". Etter svargivers stilling og kommunestørrelse. Logistisk regresjon. N=373	64
Tabell 9.5	Multivariat analyse: "Utvikling av gode modeller for interkommunalt samarbeid på administrasjonsplanet". Etter svargivers stilling og kommunestørrelse. Logistisk regresjon. N=373	64
Tabell 9.6	Multivariat analyse: "Mindre sentralstyring". Etter svargivers stilling og kommunestørrelse. Logistisk regresjon. N=373	65

Tabell 9.7	Multivariat analyse: "Bedre nasjonale data om legetjenesten". Etter svargiver og kommunestørrelse. Logistisk regresjon. N=373	65
------------	---	----

Sammendrag

Rapporten gir resultater fra en undersøkelse og drøfting av forholdet mellom kommunal helseadministrasjon og legetjenesten i kommunene, med utgangspunkt i de utfordringer Samhandlingsreformen stiller kommunene overfor. Rapportens første del gir resultater fra en surveybasert undersøkelse av kommunale erfaringer fra samarbeidet med sine fastleger. Rapportens del II gir resultater fra en litteraturbasert undersøkelse av primærleger henvisningspraksis. Rapportens del III gir en sammenfatning av drøftinger i et ekspertpanel, der temaet var: Forholdet mellom kommunal helseadministrasjon og legetjenesten i kommunene med utgangspunkt i Samhandlingsreformens utfordringer.

Del I: Kommunale erfaringer i arbeidet med legetjenesten i kommunehelse-tjenesten.

Undersøkelsen bygger på en survey til en sentral helseadministrator og kommunelege 1/kommuneoverleger i norske kommuner. (Svarprosent: 42 %). Undersøkelsen ble gjennomført våren 2010.

Generelle forhold i samspillet mellom den kommunale helseadministrasjon og fastlegene i kommunene:

- Vår analyse tyder på at det ikke først og fremst er de formelle organisatoriske tiltakene som oppleves som viktige. Både kommuneoverlegene og helseadministratorene tillegger den direkte dialogen mellom kommuneoverlegen og den enkelte lege særlig stor betydning
- Samarbeidsutvalgene tillegges moderat betydning - både blant kommuneoverlegene og helseadministratorene. Her er imidlertid forskjellen stor mellom kommunene. Nesten samtlige av svargiverne i de aller største kommunene - 95 % - mener samarbeidsutvalgene har "avgjørende" eller "stor" betydning for kommunens samarbeid med legene, mens bare 57 % av svargiverne i de små kommunene har samme oppfatning.
- Svargiverne fra de mindre kommunene opplever at de har stor påvirkningsmulighet både når det gjelder lokalisering av legetjenesten, organisering og kvalitet.
- Svargiverne fra de største kommunene, inkludert bydelene i Oslo, gir uttrykk for at de bare i liten grad kan påvirke slike forhold.
- Undersøkelsen gir et bilde av systematiske ulikheter i arbeidsform og mulighet for innflytelse og påvirkning på legetjenesten i de større og i de mindre kommunene. Svargiverne fra de største kommunene har mer tro på formaliserte samarbeidsorganer enn svargiverne fra de mindre, men opplever samtidig at påvirkningsmulighetene på legetjenestens utforming er små.

Om innsamling og bruk av data fra legetjenesten i kommunene:

- Innsamling av data om aktivitet og kvalitet i allmennlegetjenesten er ikke innarbeidet rutine i norske kommuner. Bare vel 40 % av kommunelegene kan rapportere om slike tiltak, det mest vanlige svaret er at det gjøres "av og til".
- Der slike undersøkelser gjøres er det kvaliteten i den daglige driften av legekantoret som er den primære problemstillingen: Viktigste tema er ventetider og telefontilgjengelighet, samt "opplevd kvalitet for brukerne".
- Bare få av kommunene ser ut til ha gjennomført spesielle undersøkelser knyttet til oppfølging av kronikergrupper og av eldre pasienter etter sykehusopphold.

Om det forebyggende helsearbeidet i helsestasjoner og skolehelsetjeneste:

- Under halvparten av kommunene representert i denne undersøkelsen har stillingsinstrukser for legenes deltakelse i dette arbeidet.
- Under halvparten av svargiverne mener kommunale instruksjoner og planer er viktige for måten dette arbeidet drives på.

Erfaringer og vurderinger vedrørende organisering av det medisinske tilsynet i sykehjemmene og medisinsk oppfølging av hjemmeboende eldre pasienter med store behov:

- Særlig helseadministratorene mener det er behov for en sterkere kommunal styring av tilsynslegetjenesten.
- Det er lite som tyder på at rapporter fra tilsynslegene har noen plass i kommunal planlegging.
- Det ser ut til at et flertall av kommunene har utviklet melderutiner mellom kommunale omsorgstjenester og fastleger i forbindelse med sykehusutskrivninger av omsorgstrengende pasienter med store behov for oppfølging etter utskrivning.
- Men under en fjerdedel sier at det er etablert bestemte kommunale krav til oppfølging av slike pasienter.
- Litt under halvparten beskriver den medisinske servicen overfor hjemmeboende pasienter som "Utmerket" eller "Stort sett bra".
- Svargiverne fra de aller minste kommunene er langt mer fornøyd med den medisinske servicen overfor hjemmeboende pasienter enn svargiverne fra andre kommuner.
- Bedre samarbeid og bedre samhandlingsverktøy – både i forhold til spesialisthelsetjenesten og den kommunale omsorgstjenesten – fremstår som prioriterte tiltak for å styrke tilbudet til krevende pasienter i kommunal omsorg.
- Tiltak for styrking av sykepleiekompetanse i kommunehelsetjenesten ansees viktig.

Gjennomgående er det tydelig forskjell mellom kommuneoverlegene og helseadministratorene når det gjelder oppslutningen om utviklingstiltak, der helseadministratorene fremstår som de mest tiltaksorienterte. Når det gjelder styringsorienterte tiltak – som f. eks å stille tydeligere kommunale krav og å utvikle kvalitetsindikatorer for legetjenesten – er forskjellene særlig store.

Del II: Organisatoriske tiltak for å kvalitetssikre allmennlegers henvisninger til sykehus - en litteraturbasert undersøkelse.

Undersøkelsen er basert på en gjennomgang av norsk og internasjonal litteratur som omhandler variasjoner i allmennlegenes henvisningspraksis. Ulike studier gir svært ulike konklusjoner mht i hvor stor grad ulike faktorer påvirker variasjoner i henvisningsrater, og i hvilken grad dette lar seg påvirke gjennom systematiske utviklingstiltak. Det ser også ut til å være lite sikker kunnskap om forholdet mellom variasjoner i henvisningsrater og medisinsk kvalitet. Resultatene fra undersøkelsen oppsummert:

Opplæring, kompetanseheving, veiledning, tilbakemeldinger

- Tilbud om opplæring og veiledning fra spesialist gjør allmennpraktikere bedre rustet til å tilby behandling gjennom økt tro på egen kunnskap
- Øvelser i prosedyrer og bruk av kliniske retningslinjer er til god hjelp i henvisningsbeslutningen
- Antall unødvendige henvisninger reduseres gjennom prosedyretrening og etablering av formelle og uformelle kommunikasjonskanaler allmennlege/spesialist
- Kontinuerlig medisinsk opplæring har signifikant betydning for diagnostisering, behandling og henvisning
- Henvisningsprosessen vil sannsynligvis forbedres gjennom utarbeidelse av standard henvisningsveiledere, kombinert med opplæring fra spesialist
- Opplegg for opplæring må utarbeides i et samarbeid allmennlege/ spesialist. Studier viser en mismatch mellom det allmennlegene trenger og det spesialistene finner det interessant å undervise i

Finansielle tiltak

- Det er få funn som viser at finansielle endringer forbedrer henvisningsprosessen
- Enkelte funn viser at tiltak kan endre antallet henvisninger, men det er ikke funn som viser at dette vil bedre kvaliteten på henvisningene
- Effekten av å gå fra basishonorering til en blandet "basis- og ytelseshonorering" har vist en viss reduksjon i henvisningsraten
- Overgang til fundholdning (der allmennpraksis får ansvar for en del av midlene til å honorere spesialister for f. eks. å motta henviste pasienter) har vist en mindre reduksjon i henvisningsraten

Organisatoriske tiltak

- Det er generelt dokumentert lite forbedringseffekt gjennom organisatoriske endringer
- Enkelte studier viser at gruppepraksis benyttet færre henvisninger enn singelpraksis, mens andre studier mener at det ikke kan påvises noen slik sammenheng
- Etablering av møtearenaer for diskusjon og informasjonsutveksling mellom allmennlege og spesialist reduserer antallet henvisninger
- Tilbud om veiledning og "second opinion" reduserer antallet henvisninger

- En velfungerende portvaktrolle forutsetter medisinsk opplæring av allmennleger, tett kommunikasjon allmennlege/ spesialist, samt tilbud om "support" når beslutning om henvisning skal tas

Det synes å være enighet om at etablering av arenaer og kommunikasjonssystemer for samhandling, diskusjon og informasjonsutveksling vil styrke både det horisontale samarbeidet (mellom allmennleger) og det vertikale samarbeidet (mellom allmennleger og spesialisthelsetjenesten). Det kan dokumenteres at etablering av systemer for faglig støtte i enkeltsaker, tilbakemeldinger og second opinion vil også styrke samarbeidet i begge plan, og vil bedre kvaliteten på henvisningene og bidra til å unngå unødvendige henvisninger, samtidig som det vil representere et bedre tilbud for pasientene og unngå unødvendig ressursbruk. Etter vår vurdering representerer etablering av Distriktsmedisinske sentre (DMS) og Praksiskonsulentordningen (PKO) tiltak for å skape slike arenaer og styrke samhandlingen.

DEL III: Et ekspertpanel drøfter forholdet mellom kommunal helseadministrasjon og legetjenesten i lys av perspektivene i Samhandlingsmeldinga.

Det ble sammensatt et ekspertpanel for å reflektere over forholdet mellom kommunal helseforvaltning og legetjenestene, og gi råd om hvordan dette forholdet kan utvikles i lys av de perspektivene som trekkes opp i "Samhandlingsmeldingen". Ekspertpanelet var sammensatt av representanter fra: kommunal helseadministrasjon, kommuneoverleger, en representant fra spesialisthelsetjenesten med bred erfaring fra samarbeid med kommunal helse- og omsorgstjeneste, leger med erfaring som fastlege, forskere fra samfunnsmedisinske miljøer. Panelet drøftet spørsmålet om styring av legetjenesten både i et individuelt perspektiv og i et systemperspektiv. På det individuelle nivået tok panelet utgangspunkt i en tenkt situasjon det en lege driver en praksis som ikke tilfredsstillende krav til f. eks. tilgjengelighet (ventetider, mulighet for å komme i kontakt med legen), eller oppfølging av kommunale strategier vis a vis bestemte grupper som trenger særlige tiltak. Kommunene har i liten grad tradisjon og mulighet å justere slike forhold: Det finnes i dag ikke omforente kriterier for kvalitet i legetjenesten. Det er ikke tradisjon for at kommunene stiller eksplisitte krav til kvalitet i legetjenesten og det er ikke nedfelt noen kvalitetskrav i avtalene mellom fastleger og kommunene. Kommunene har ikke sanksjonsmidler overfor negative avvik i legetjenesten.

I et systemperspektiv drøftet panelet de utfordringer kommunenes helsetjeneste vil bli stilt overfor, både når det gjelder å utvikle gode forebyggende tjenester, og når det gjelder å utvikle samarbeidet mellom de ulike tjenestene i kommunen, i interkommunalt samarbeid og i samarbeid med spesialisthelsetjenester. Diskusjonene i panelet viser at det er behov for en systematisk og tydelig styringsrolle i den kommunale helsetjenesten og i det kommunale systemet, som gjør kommunene i stand til å gjennomføre gode analyser av situasjonen i egen kommune, sette klare mål, utvikle planer for nå disse målene, og prioritere å styre bruken av medisinske, omsorgsfaglige og andre ressurser for å nå disse målene. Samlet sett peker diskusjonen i panelet på behovet for å styrke samfunnsmedisinens koordinerende rolle og ledende plass i den kommunale helsetjenesten. Det er behov for kommunal kompetanse for analyse og prioritering av viktige behov, for et fastere grep og en klarere kommunal forankring for ivaretagelse av forholdet til spesialisthelsetjenesten, for koordinering mellom legetjenesten og andre kommunale tjenester, og for kvalitetssikring og annen oppfølging av tjenestene på den kommunale helsesektoren.

1 Innledning

1.1 Prosjektets bakgrunn og formål

Norge, i likhet med de fleste andre land i Europa, må ruste seg til å møte store sosialpolitiske utfordringer som følge av en raskt aldrende befolkning. Disse utfordringene vil i særlig grad måtte møtes i kommunene, som har ansvaret for å tilby omsorgstjenester og alminnelige helsetjenester til befolkningen. Dette er utgangspunktet for "Samhandlingsreformen" (St. meld. 47/2008-09), som skisserer en strategi for å møte disse utfordringene, og der en styrking av det kommunale nivået skal danne plattformen. Kommunene skal i større grad enn i dag vektlegge forebyggende helsearbeid. De skal ta et større ansvar for behandling av pasienter med kroniske lidelser. Kommunene får et større ansvar for forberedende og oppfølgende behandling av pasienter som trenger spesialisert behandling i sykehus. Kommunene skal etablere opplærings- og mestringstilbud for dem som på grunn av funksjonsproblemer eller helsesvikt trenger slik opplæring for å få en bedre hverdag, og til personell som arbeider med slike brukergrupper. Samlet sett skal kommunene ta et vesentlig større ansvar for å levere gode helse- og omsorgstjenester til befolkningen enn det de gjør i dag, også på områder som vi tradisjonelt oppfatter som spesialisthelsetjenestens ansvar. Kommunenes nye rolle stiller store krav både til personellet på sektoren, og til kommunenes evne til å organisere, planlegge og styre en stor og kompleks helse- og omsorgstjeneste. Fastlegene får en nøkkelrolle i den reformerte kommunehelsetjenesten, både i kurativ sammenheng, i det forebyggende helsearbeidet, i opplæringsammenheng og i tilbudet til kronikere og mennesker under kommunal omsorg. I "Samhandlingsmeldinga" blir det foreslått å tilrettelegge for en mer aktiv styring av nye legeressurser til kommunehelsetjenesten, samtidig som visse sider ved legenes tilknytningsform kan bli lagt om.

Den norske kommunehelsetjenesten er politisk og administrativt lokalt forankret. Vi skiller oss dermed fra både Sverige og Danmark, der den primære legetjenesten er forankret i henholdsvis länet og det regionale nivået. I Sverige er det stor variasjon fra län til län med hensyn til organisering av den lokale legetjenesten, og det pågår en debatt om videre utviklingsveier: en tett oppkobling av legetjenesten mot lokale tverrfaglige team med et felles ansvar for befolkningens helse, eller et individualisert listeansvar lik det vi har i Norge (Anell 2005). I Danmark ønsket helsemyndighetene å knytte allmennlegetjenesten til lokale team i forbindelse med sin regionaliseringsreform i 2007 ("Strukturreformen"), men møtte så sterk motstand fra legene at det ble oppgitt. I kjølvannet av dette er det framforhandlet nye takster som skal legge grunnlag for tettere medisinsk oppfølging av blant annet kronikere (Kraznick og Paulsen 2009). I England, som er pionernasjon når det gjelder listepasientsystemet, er den primære helsetjenesten statlig forankret. Lokal ledelse og utvikling i primærhelsetjenesten er knyttet til lokale primary care trusts, der helseprofesjonene har en viktig rolle. Den sterke politiske og administrative tilknytningen til det kommunale nivået setter dermed Norge i en særstilling i forhold til mange av de landene vi ellers i stor grad føler oss i slekt med når det gjelder velferdsstatlige løsninger.

Den kommunale forankringen omfatter også legetjenesten – selv om mye av de kontraktmessige reguleringer mellom legene og kommunene er knyttet til sentrale avtaler. Etablering av en fastlegepraksis forutsetter en kontrakt med den kommunen man ønsker å arbeide i, kommunen utreder et per-capita tilskudd til den enkelte legen, og det er kommunen som har det politiske og juridiske ansvaret for å sikre sin befolkning en forsvarlig allmennlegetjeneste. Når samhandlingsreformen på samme tid utfordrer både legetjenesten og kommunene utfordrer den også forholdet mellom dem. Samhandlingsreformen krever en aktiv deltakelse fra legene i mange sammenhenger, ofte i teampregt samarbeid, både med andre deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, i

interkommunale tiltak, og i nye samarbeidsrelasjoner vis a vis den spesialiserte helsetjenesten. Reformen krever styrking av eksisterende kompetanse eller oppbygging av ny kompetanse der den ikke finnes, for at kommunene skal ivareta de oppgaver som reformen tillegger dem. "Samhandlingsmeldinga" nevner f. eks:

- Kommunal medfinansiering av sykehusopphold vil gjøre det rasjonelt for kommunene å unngå sykehusinnleggelse av pasienter som kan utredes og få medisinsk tilsyn i et forsterket kommunalt tilbud. Det krever et større kommunalt samarbeid om alternativer til dagens henvisningspraksis, og et samarbeid mellom fastleger, leger i sykehus og kommunale omsorgstjenester om utvikling av nye tilbud til relevante pasientgrupper.
- Kommunene får et totalansvar for utskrivningsklare pasienter. Det gjør det nødvendig for kommunene å styrke både behandlings- og omsorgstilbud som kan ta hånd om svært krevende pasienter med sterkere behov for medisinsk service etter utskrivning.
- Kommunene må styrke det forebyggende arbeidet. I dette arbeidet spiller legene en nøkkelrolle og også på dette feltet vil det være stort behov for kompetanseoppbygging..
- Kommunene skal øke sin totale kompetanse og kapasitet for å ivareta oppgaver som i dag vanligvis oppfattes som spesialisthelsetjenestens ansvar.

På mange av de områdene der samhandlingsreformen utfordrer kommunene vil det kreves nye arbeidsformer også på legesiden. Samtidig kreves tilrettelegging av strukturer som på en vesentlig måte styrker samarbeidet og samspillet mellom den politisk/administrative ledelse i kommunene, legene og andre deler av kommunehelsetjenesten. Forholdet mellom kommunal helseadministrasjon og legekorpset i den enkelte kommune utfordres på mange måter. På den ene siden vil kommunene være avhengige av medisinsk kompetanse og erfaring i planlegging og utvikling av nye tilbud. På den andre siden kan det bli behov for rent driftsmessige oppfølging, for å sikre virksomhetens innretning mot kommunale mål.

Det er dette som et utgangspunkt for denne undersøkelsen. Prosjektet har to hovedformål:

1. Å kartlegge kommunale erfaringene med de ordninger man i dag har for kommunal tilrettelegging av et legetilbud for befolkningen.
2. Å utvikle erfaringsbaserte forslag for kommunenes arbeid med å styrke og utvikle sin legetjeneste for å møte de utfordringer kommunene nå stilles overfor.

Målsetting nr 1 – erfaringskartlegging – er basert på en survey blant kommunale helseledere og kommuneoverleger/kommunelege 1. Det meste av denne rapporten, kapitlene 3 til 10, dreier seg om rapportering fra denne undersøkelsen.

Målsetting nr 2 - strategiutvikling – bygger på resultatene fra undersøkelsen nevnt over. Den danner grunnlaget for utvikling av strategier for å knytte leger i kommunehelsetjenesten tettere opp mot det kommunale styringssystemet, basert på systematisk analyse og drøfting i et ekspertpanel, rapportens del III.

1.2 Forskningsmessig belysning av forholdet mellom kommunal forvaltning av private legetjenester i fastlegesystemet

Loven om kommunehelsetjenesten pålegger kommunene å sikre legetjenester til sin befolkning. For å ivareta dette ansvaret inngår kommunen individuelle avtaler med et antall privatpraktiserende leger som anses nødvendig for å ivareta dette ansvaret. I tillegg til de privatpraktiserende legene finner vi i en del av kommunene fastlønnstillinger for fastleger. Disse fastlønnstillingene er en arv fra tiden før fastlegeordningen ble innført 2001. Fastlegesystemet – slik det er utformet i Norge – bygger på at legene skal være næringsdrivende¹.

¹ Forskrift om fastlegeordningen i kommunene, §11.

Legeavtalene bygger på et generelt avtaleverk mellom Kommunes Sentralforbund og Den Norske Lægeforening. I bunnen for dette ligger de lovmessige forhold som er regulert av Staten, og de økonomiske avtalene mellom Staten og den Norske Lægeforening. Avtaleverket har bestemmelser om opprettelse av visse samarbeidsorganer mellom legene og den kommunale helseadministrasjon, hvor kravet om et samarbeidsutvalg er det viktigste. Gjennom legekontraktene kan kommunene rett til på visse vilkår pålegge en lege inntil 7,5 timer per uke for å løse offentlige allmennt medisinske legeoppgaver – som f. eks helsestasjonsarbeid, skolehelsetjeneste, tilsynslegetjenesten i sykehjem og fengselshelsetjeneste. Kommunal forvaltning av den private allmenntjenesten er altså kontraktmessig. I tillegg kommer de føringer som kan legges for det offentlige legearbeidet legene utfører innen sine avtalte deltidsstillinger innen offentlig legearbeid. En mer omfattende drøfting av det avtalemessige rammeverket for fastlegeordningen er gitt i kapittel 2.

Vi har i dag ikke landsdekkende aktivitetsdata som gir styringsdata for aktiviteten i legetjenestene i kommunene (Kise og Nore 2007). SEDA, som er basert på uttrekk fra pasientjournalssystemer hos 80 utvalgte legepraksiser, er primært innrettet mot å gi fastlegene et landsrepresentativt referansegrunnlag for kvalitetssikring av egen praksis, og er ikke innrettet mot kommunal styring. Rikstrykdeverks legeregningkort er foreløpig ikke blitt tatt i bruk for slike formål, og kostnadene ved å tilrettelegge et slikt system vurderes som meget høye. I overskuelig framtid må vi altså regne med at økte kommunale styringsbehov ikke uten videre kan støttes av gode styringsdata på alle viktige områder.

Som et ledd i Norges Forskningsråds evaluering av fastlegeordningen gjennomførte AFI en undersøkelse av kommunenes styring av legetjenestene i et fastlegebasert system (Heen og Gjerberg 2005). Undersøkelsen er basert på to elementer: en kvalitativ undersøkelse i ni kommuner, kombinert med en landsdekkende spørreskjemabasert undersøkelse av kommunenes erfaringer. I den kvalitative delen påviser undersøkelsen store variasjoner kommunene mellom. Både legenes tilknytningsform, og arbeidsformene i allmenntjenestevalg og samarbeidsutvalg, gjør samarbeidet mellom legene og kommunene svært personavhengig. Det gir et stort mulighetsrom både for positive og negative utfall mht tjenesteutvikling og samarbeidsformer på sektoren, avhengig av forhold som personlige prioriteringer og personlig kjemi mellom de sentrale aktørene i samarbeidet mellom kommunene og legene. Undersøkelsen konkluderer med at innslaget av det man kan kalle hierarkiske styringsformer er svært lite, og begrenser seg til visse problemstillinger knyttet til f. eks spørsmålet om opprettelse av legehjemler, tilsetning av nye leger i etablerte hjemler, og tilplikting av timeverk til allmennt medisinsk offentlig legearbeid. I følge forfatterne er den viktigste styringsformen det de kaller dialogisk, bygd på samtaler og avtaler preget av likeverdighet og frivillighet. Samarbeidsformen er relasjonell, gjensidigheten er basert på forutsetningen om at begge partene ønsker et langvarig forhold, med liten vekt på detaljregulering.

Gjerberg og Heens undersøkelse av dagsordensetting i allmenntjenestevalg og samarbeidsutvalg tyder på at det er spørsmål knyttet til organisering og innretning av den kurative praksisen som dominerer, der blant annet fordeling av timeverk til allmennt medisinske offentlige legeoppgaver er en viktig del. Men når timestfordelingskabalene er lagt, er innholdet i og innretningen på f. eks legetjenester i sykehjem, helsestasjoner skolehelsetjenester, fengselshelsetjenester og tilsvarende oppgaver som oftest gjenstand for "dialogisk" styring: samtalebasert, personavhengig og lite formalisert. I noen kommuner er imidlertid slike oppgaver ivaretatt gjennom egne legestillinger, og på den måten koblet opp mot den kommunale strukturen.

1.3 Utviklingstrekk: Offentlig allmennlegearbeid og samfunnsmedisinsk arbeid

Fastlegeforskriften² gir som nevnt kommunene rett til å pålegge legene inntil 7,5 timer offentlig legearbeid per uke: I sykehjem, helsestasjon skolehelsearbeid, i fengselshelsetjeneste og i andre offentlig organiserte legetjenester i kommunene. Slike tjenester er basert på (time-)lønn og praksiskompensasjon. En undersøkelse i 36 kommuner i 2002, gjennomført av HERO 2005, tyder imidlertid på at kommunene ikke benyttet denne muligheten fullt ut (Godager og Lurås 2005). I disse 36 kommunene var legenes gjennomsnittlige engasjement rundt 5,5 timer per uke, som tilsvarer knapt 75 % av den legetiden som kommunene i henhold til avtalene kunne disponert i offentlig helsearbeid. En surveyundersøkelse blant landets allmennleger, gjennomført av Grytten og medarbeidere, fant at legene i gjennomsnitt brukte 4,8 timer per uke til slikt arbeid (Grytten og medarb. 2003). De fant også at leger som var fastlønnede før reformen hadde redusert sin innsats i offentlig legerarbeid, mens de privatpraktiserende legene hadde omtrent uendret uketimetall. I en rapport der Helsetilsynet oppsummerer sine erfaringer med fastlegeordningens tre første år konkluderer tilsynet med at utviklingen har vært negativ når det gjelder de offentlige legeopp gavene, og uttaler:

*"Etter Helsetilsynets syn er det beklagelig at kommunene ikke ser ut til å ha prioritert styrking av det offentlige legearbeidet ved innføring av fastlegeordningen. Det har blant annet ført til at tilsynslegearbeidet i sykehjem ikke har fått nødvendig prioritet. Det er også bekymringsfullt at det samfunnsmedisinske arbeidet er blitt nedprioritert i lang tid"*³.

Etter Helsetilsynet mening har kommunene med andre ord forsømt de muligheter fastlegeordningen gir for å styrke det offentlige legearbeidet i kommunene. Samfunnsmedisinens svekkede stilling er grundig dokumentert i en studie av Betty Pettersen og Roar Johnsen (Pettersen og Johnsen 2005). Det kan se ut til at vi her står overfor en situasjon der vekstkraftene er svake både på kommune- og legesiden. I en anstrengt økonomisk situasjon kan en kommune spare penger ved ikke å utvide totalrammene for det offentlige legearbeidet, som er en ren kommunal utgift. På legesiden er kanskje også motivasjonen for utvidet innsats på dette feltet lav, siden fravær fra praksis kan gi redusert lønnsomhet i det legen oppfatter som sin primære virksomhet: klinikken. Den store variasjonen mht legeinnsats i sykehjemmene er for øvrig dokumentert gjennom flere studier (Paulsen og medarb. 2004) (Statens Helsetilsyn 1999). I sin kommentar til NFR sin samlede presentasjon av evaluering av fastlegeordningen uttrykker Helse- og Omsorgsdepartementet sin bekymring for det offentlige legearbeidet og varsler at dette spørsmålet vil bli fulgt opp av departementet (Helse- og Omsorgsdepartementet 2004).

Den hjemmebaserte omsorgen i kommunene har mange pasienter med høy sykkelighet og et stort innslag av kronikere, ofte med mange lidelser. God ivaretagelse av disse stiller store krav til samarbeidet mellom omsorgstjenesten og fastlegene i kommunen. En undersøkelse gjennomført på oppdrag av Sosial- og Helsedirektoratet 2006 tyder på at dette samarbeidet fungerer utilfredsstillende i mange kommuner. I rapporten gis denne oppsummeringen:

*"Undersøkelsen kan tyde på at fastlegenes rolleansvar i forhold til personer med omfattende omsorgsbehov utenfor institusjon er uklar både for legene selv og omsorgstjenestene. Det kan virke som om, spesielt brukere med vedtak om heldøgns omsorg i egne hjem/omsorgsbolig, ikke får tilfredsstillende samordning mht sine helse- og omsorgsbehov."*⁴

I tilknytning til dette kommenterer rapporten også kommunenes styring av denne viktige delen av legetjenesten "Det virker som om kommunelegene i mange kommuner ikke kjenner til hvordan legetjenestene overfor ulike målgrupper er organisert".⁵ Det kan tyde på at mange av kommunene i

² Sosial- og Helsedepartementet 2000. (Ikrafttreden 14 april 2000).

³ Statens Helsetilsyn (2003): Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen. Helsetilsynets rapport nr 8/2003, s 21.

⁴ Sosial- og helsedirektoratet (2006): Legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester utenfor Institusjon. 11/2006, s 30

⁵ Op. Cit. S. 30.

liten grad har planer, oppfølgingsrutiner eller andre virkemidler for sikring av legetjenester til grupper med særlig store behov, der forsvarlig medisinsk tilsyn er avhengig av et godt samarbeid med omsorgstjenesten.

Tabellen under viser utviklingen i fordelingen av legeårsverk på ulike kommunale oppgaver i perioden 2001 – 2009.

Tabell 1.1 Legeårsverk kommunehelsetjenesten fordelt etter virkeområde. 2001-2009. Kilde: SSB⁶.

	2001	2004	2009	Prosentvis endring 2001-2009
Diagnose, behandling og rehabilitering	3 376	3 444	3 817	13 %
Helsestasjon/skole	231	217	210	-9 %
Miljørettet helsevern	80	78	65	-18,8 %
Annet forebyggende arbeid	80	72	74	- 7,5 %
Institusjoner for eldre og funksjonshemmede	249	260	383	53,8 %
Administrasjon	93	80	87	-6,5 %
Sum legeårsverk	4 109	4 150	4 637	12,8 %

Samlet sett har det vært en 13 % vekst i den totale legeinnsatsen i kommunehelsetjenesten i løpet av årene 2001 – 2009. I den samme perioden har det imidlertid vært en klart negativ utvikling i helsestasjonsvirksomheten og skolehelsetjenesten⁷, samt i miljørettet helsevern. Et interessant trekk i bildet er at også at omfanget av legeårsverk i administrative oppgaver er gått tilbake. Vi har ingen oversikt over hva slags oppgaver som faller inn under denne kategorien. Men det er ikke urimelig å anta at dette i seg selv er et uttrykk for en svekket kontaktflate mellom legekorpset og den kommunale helseadministrasjon i kommunene. Interessant er også den sterke veksten i årsverksinnsatsen i institusjoner for eldre og funksjonshemmede. Det er rimelig å se dette i sammenheng med at problemstillingen ble sterkt fokusert i perioden. Kommunene ansvar for å sikre forsvarlig legetilsyn i institusjonene ble innskjerpet, og det statlige tilsynet med legetjenesten i sykehjem ble intensivert.

1.4 Oppsummering og konkretisering av problemstilling

Vår drøfting tyder på at:

- Etter innføring av fastlegeordningen har kommunene ikke fullt ut utnyttet de muligheter avtalene gir for å ta i bruk legekapasitet i samfunnsmedisinsk arbeid og annet offentlig legearbeid.
- Det har vært en klart negativ utvikling når det gjelder legeinnsatsen i helsestasjon, skolehelsetjeneste, miljørettet helsevern og helseadministrasjon.
- Medisinsk tilsyn med pasienter i sykehjem og i andre deler av omsorgstjenesten er utilfredsstillende i mange kommuner.
- Samarbeidet mellom leger og omsorgstjenestene om pasienter med store behov er mangelfullt i mange kommuner.

⁶ SSB: Helsetjenester, kommunehelsetjenesten.

⁷ På den annen side har det vært en sterk vekst i årsverksinnsatsen fra helsesøstre, jordmødre og annet personell i disse tjenestene i perioden.

- Kommunal styring av legetjenestene ser ut til å være relasjonell og dialogbasert, og formelle styringsordninger synes å spille en underordnet rolle.
- En gjennomføring av samhandlingsreformen stiller krav om økt kommunal innsats i forebyggende helsearbeid, tettere oppfølging av kroniske pasienter, bedre pasientopplæring, mestrings- og rehabiliteringstilbud i kommunene, og tilføring/utvikling av kompetansebasert i det kommunale systemet som gjør kommunene i stand til å ivareta oppgaver som i dag naturlig løses på høyere nivå.
- En gjennomføring av forslaget om kommunal medfinansiering av sykehusopphold vil øke fokus på fastlegenes henvisningspraksis, og på kommunal legeinnsats før og etter sykehusopphold.

Hovedintrykket er at mange viktige oppgaver innen det offentlige allmennmedisinske området er mangelfullt ivare tatt mange steder, og kommunene utnytter ikke fullt ut potensialet for å styre legeressurser inn i dette området. Generelt ser det ut til at den kommunale styringen av legetjenesten mange steder er svak. Når det gjelder det offentlige allmennmedisinske legearbeidet spesielt har vi imidlertid per i dag ingen systematiske undersøkelser av omfanget og innholdet i de ulike elementer i kommunenes styringskjeder: behovskartlegging, planlegging, ressursdisponering og styring. Vi har heller ingen data om evt. legedeltakelse i denne typen planleggings- og utviklingsarbeid i kommunene.

Den forskningmessige evalueringen av fastlegeordningen tyder på at den kommunale styringen av legetjenestene, med utgangspunkt i det avtaleverket som ble etablert i forbindelse med fastleger reformen, i stor grad er basert på uformelle og dialogpregede mønstre, og antakelig lite orientert mot innholdssiden i legenes arbeid. Evalueringen går imidlertid ikke spesielt inn på styring av det offentlige legearbeidet, og gir få holdepunkter for en drøfting av i hvilken grad avtaleverket gir kommunene godt nok verktøy for styring av denne delen av den kommunale helsetjenesten i forhold til utviklingsmål i den enkelte kommune.

Det ser ut til at viktige sider ved det offentlige legearbeidet har kommet svekket ut av fastlegeordningens første år, mens omfanget på den alminnelige kurative praksisen i legekantorene har økt i perioden. Litt forenklet kan vi kanskje si at mange av de styrte virksomhetene er blitt redusert, mens den delen av legetjenestene som styres av legen selv har økt.

En reform etter de linjene som er trukket opp i "Samhandlingsmeldinga" stiller helt nye krav til kommunene, og forutsetter et sterkt bidrag fra både leger og andre deler av helsepersonellet. Det stiller nye krav til samarbeidet mellom leger og kommunal administrasjon, også i planleggings- og utviklingsfasen. Satt på spissen: Samhandlingsreformen stiller kommunene overfor de største utfordringene på de områdene der utviklingen ser ut til å ha vært særlig svak siden årtusenskiftet.

Samhandlingsreformen reiser viktige utfordringer knyttet til elementer i legenes kliniske praksis – både i ivaretagelse av grupper med særlig store behov, henvisningspraksis og forberedelser av innleggelse i sykehus, og ivaretagelse av pasienter med store behov for medisinsk oppfølging etter utskrivning.

Norske kommuner representerer en betydelig – men uorganisert – erfaringsbank når det gjelder styring av helse- og omsorgstjenester. I årene etter innføring av fastlegeordningen har det skjedd en betydelig omlegging av tilknytningsformene i allmennlegetjenesten, blant annet ved at fastlønnsordningen for legene er under utfasing, samtidig som det er blitt mindre vanlig å tilsette leger i store fastlønnsbaserte stillingsandeler for å ivareta samfunnsmedisin og offentlig allmennlegearbeid. Med utfasing av fastlønnsstillingene økte betydningen av de kontraktmessige og avtalebaserte styringsformene. Det sentrale avtaleverket har dannet viktige forutsetninger for dette. Men i mange kommuner er utviklet samarbeidsformer og organisatoriske løsninger for det offentlige legearbeidet som gir et viktig supplement til en drøfting av de formelle virkemidlene. I det veikrysset vi nå står – ved overgangen til en fase i vår velferdsstatsutvikling der det kommunale nivået som skal inn i en sterkere og mer avgjørende rolle – er det viktig å lytte til de kommunale erfaringene.

Formålet med denne undersøkelsen er å samle og systematisere kommunenes erfaringer som ansvarlige forvaltere av legetjenestene, med utgangspunkt i dagens avtaleverk. Det gir oss en lang rekke delproblemstillinger:

- På hvilken måte samspiller leger og kommunal helseadministrasjon i arbeidet med å kartlegge behov og utvikle løsninger for pasienter med særlige behov?
- I hvilken grad og på hvilken måte samarbeider leger og kommunal helseadministrasjon for å definere innhold og innretning for det offentlige legearbeidet?
- I hvilken grad opplever man i kommunene at avtaleverket gir godt nok verktøy for å løse viktige oppgaver på dette området?
- Hva er evt. de viktigste begrensningene?
- I hvilken grad har kommunene utviklet andre fora eller supplerende organisatoriske løsninger enn de som beskrives i avtaleverket for å ivareta viktige oppgaver?
- Forslag/ønsker om samhandlingsformer med legene for å møte de utfordringer reformen stiller kommunene overfor.

2 Kontraktmessig grunnlag for legetjenestene i kommunene

2.1 Innledning

Loven om kommunehelsetjenesten gir kommunen et lovmessig ansvar for å sikre sin befolkning nødvendige helsetjenester⁸. For å oppfylle dette må kommunen inngå avtaler med et tilstrekkelig antall privatpraktiserende leger, eventuelt ansette leger i fastlønnsstillinger, slik at hver innbygger får en plass som fast pasient på en leges liste. Legenes plikter og rettigheter er hovedsakelig regulert av:

1. Lov om kommunehelsetjenester
2. Forskrift om fastlegeordning
3. Avtaler mellom Staten/Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon og Den norske Lægeforening om oppgjørsordning for leger i kommunene.
4. Rammeavtale mellom Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon og Den norske Lægeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen.

Kommunenes styringsrett over legertjenesten er begrenset til det som har rettslig grunnlag i lov, forskrift eller avtale. Loven om kommunehelsetjenester slår fast at det er kommunenes ansvar å sørge for legetjenester for sin befolkning. Forskriften slår også fast at hovedmodellen for fastlegene skal være avtaler med privat næringsdrivende leger. Leger som sitter i fastlønte legestillinger har rett til å fortsette sin praksis på dette grunnlaget. Forskriften om fastlegeordningen gir en lang rekke bestemmelser om innbyggernes rett til å velge lege og stå på en legeliste, og om fastlegenes rettigheter og plikter som f. eks listelengder og tilgjengelighet, og plikt til å delta i allmennmedisinsk offentlig legearbeid (Helsestasjonstjeneste, skolehelsetjeneste, fengselshelsetjeneste).

Forholdet mellom kommunen og de privatpraktiserende legene er kontraktmessig. De økonomiske betingelsene for leger i fastlegeordningen er regulert gjennom sentrale forhandlinger mellom Staten, Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) og Den norske Lægeforening. Det er imidlertid en forutsetning for å kunne drive en fastlegepraksis at den enkelte legen inngår en individuell avtale med den kommunen han/hun ønsker å etablere seg i.

De individuelle avtalene bygger på en standardavtale knyttet til rammeavtalen mellom Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon og Lægeforeningen. Her skal vi se nærmere på de føringer som ligger i disse to delene av avtaleverket: Rammeavtalen mellom Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon og Lægeforeningen og standarden for de individuelle avtalene.

8) LOV 1982-11-19 nr 66: Lov om helsetjenesten i kommunene.

2.2 Rammeavtalen mellom Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon og Lægeforeningen om allmennlegepraksis i kommunene

Gjennom Rammeavtalen mellom Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon og Legeforeningen⁹ er det etablert et rammeverk både for kommunenes mulighet for å påvirke visse sider ved legenes individuelle avtaler, samtidig som det gis bestemmelser om organisering av lokale organer som skal vareta samarbeidet mellom leger og kommuner.

Rammeavtalen har følgende hovedområder:

- Utvalg i fastlegeordningen:
 - Allmennlegeutvalg.
 - Samarbeidsutvalg.
- Kommunens oppgaver.
- Legens oppgaver.
- Turnusleger og offentlig legearbeid.
- Tilgjengelighet og fravær.

2.3 Fastlegeordningens krav til utvalg i kommunene

Avtalen krever at kommunene skal ta initiativ til at det etableres et allmennlegeutvalg og et samarbeidsutvalg i hver kommune. *Allmennlegeutvalget* omfatter alle legene i kommunen og skal være et representativt organ for legene vis a vis kommunen. Samtidig skal allmennlegeutvalget ha et ansvar for organisering av nødvendig samarbeid legene imellom for å løse legenes oppgaver i fastlegeordningen.

En viktig oppgave for allmennlegeutvalget er å velge representanter til *samarbeidsutvalget*. Samarbeidsutvalget er et partssammensatt utvalg, med like mange representanter fra kommunesiden og fra legesiden. Det har som hovedoppgave å ivareta behovet for dialog og samarbeid mellom kommunen og legene i tilrettelegging og drift av legetjenestene. Det er ellers gitt en lang og interessant opplisting av hva slags saker samarbeidsutvalget kan ha på sin dagsorden. Avtalen definerer samarbeidsutvalgenes formål slik:

“Samarbeidsutvalget skal legge til rette for at driften av allmennlegetjenesten skjer på en hensiktsmessig måte gjennom samarbeid mellom kommunen og allmennlegene. Allmennlegene skal sikres innflytelse over drift og organisering av egen praksis og eget listeansvar.”¹⁰

Samarbeidsutvalget har et *faktisk ansvar* for å påse at legene sørger for tilstrekkelig fraværdeknning i ferier, slik at det kommunale ansvaret for legetjenester er reelt også i perioder med stort legefravær. I tillegg kan samarbeidsutvalget *gi råd* i en lang rekke problemstillinger. Dels kan dette dreie seg om det vi kan kalle driftsmessige forhold, som f. eks fraværshåndtering, organisering av legevakt, eller tiltak ved midlertidig legemangel. I tillegg nevnes en lang rekke sakstyper som kan ha stor betydning for utvikling av legetjenesten i kommunene:

- Planlegging: Organisering, lokalisering og dimensjonering av legetjenesten.
- Fordeling og tilpliktning av offentlige legeoppgaver.
- Kvalitetsarbeid/kvalitetsindikatorer.
- Forslag til rapporteringsrutiner.

⁹ Rammeavtale mellom Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) og Den norske Lægeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene. Gjeldende for perioden 2008 – 2010.

¹⁰ Rammeavtalen, § 4.2.3.

Med utgangspunkt i listen over kan samarbeidsutvalgene i prinsippet arbeide med alle viktige spørsmål knyttet til legetjenestens utvikling – på en rådgivende basis. Slik sett kan samarbeidsutvalgene være en viktig kilde for kunnskap og forslag for de som har ansvaret for å utvikle planer for legetjenesten i kommunene.

2.4 Kommunens ansvar

Kommunene er ansvarlig for å planlegge og sikre en tilstrekkelig legetjeneste, og har et generelt informasjonsansvar overfor både leger og befolkningen i spørsmål som angår legetjenesten. Kommunen må til enhver tid vurdere eventuelle behov for opprettelse av nye legehjemler, og hvor i kommunen slike skal lokaliseres. Kommunene har også en rett til å nekte flytting av en praksis innen kommunen dersom slik flytting har åpenbare negative konsekvenser for innbyggerne. Kommunen har et generelt ansvar for å tilrettelegge for at legene kan utøve sin praksis på en forsvarlig måte, og kan f. eks. stille lokaler og hjelpepersonell til disposisjon for legen dersom dette vurderes som hensiktsmessig.

2.5 Legenes ansvar

Rammeavtalen inneholder en lang rekke bestemmelser om legenes ansvar. Gjennom den individuelle avtalen er legen forpliktet til å tilby pasientene på sin liste allmennlegetjenester med god tilgjengelighet, både når det gjelder telefontilgjengelighet og øyeblikkelig hjelp. Legen har rett til på visse vilkår å avpasse listelengden slik at det gir grunnlag for en forsvarlig praksis.

Den enkelte kan pålegges å levere grunnlagsdata for kommunal helseplanlegging til kommunene.

2.6 Kommunens rett til å pålegge legen offentlige allmenmedisinske oppgaver

Rammeavtalen gir kommunene rett til å pålegge den enkelte lege inntil 7,5 timer offentlig allmenmedisinsk arbeid per uke, men slike pålegg kan bare gis dersom kommunen gjennom frivillige avtaler ikke har klart å fylle de aktuelle oppgavene. Når det inngås individuelle avtaler om deltidsstillinger i kommunen for å ivareta slike oppgaver skal det utarbeides arbeidsavtaler. Måtene disse bestemmelsene oppfattes og anvendes på i kommunene, og i hvilken grad de gir kommunene effektivt verktøy for i varetakelsen av det offentlige legearbeidet, er avgjørende for omfang og innretning på den kommunale innsatsen på dette viktige samfunnsområdet.

3 Datagrunnlag og metode

3.1 Innledning

Undersøkelsen er basert på survey til kommunelege I/kommuneoverlege og en ledende helseadministrator i samtlige norske kommuner. I Oslo ble skjema sendt til helseadministrasjonen i hver av bydelene. Undersøkelsen bygger på et elektronisk spørreskjema, distribuert via kommunenes elektroniske postmottak. Det ble gjennomført en purring, distribuert på samme måte.

3.2 Innretning og tema

Spørreskjemas innretning mht tema valg og problemstilling bygger på intervju med kommuneoverleger og helseadministratorene i tre utvalgte kommuner.

Skjema er bygd opp rundt følgende hovedtema:

- Om samarbeidet mellom legetjenesten og kommunal helseadministrasjon
- Samarbeidsutvalg: Sakstyper og praktisk betydning.
- Innhenting av data til belysting av aktiviteten i legetjenesten
- Om samarbeid mellom legetjenesten og kommunale omsorgstjenester
- Legeoppgavene i forebyggende arbeid
- Kommune og samhandlingsreformen: Hva må til for å gjøre kommunene bedre rustet til å møte de utfordringene "Samhandlingsreformen" tar sitt utgangspunkt i?

Tema og problemstillinger er i stor grad sammenfallende for helseadministratorene og kommuneoverlegene. På visse punkter er imidlertid skjema spesialisert for hver av de to gruppene.

Kommunene organiserer sine helsetjenester på svært ulike måter, og har også svært ulike stillingsbetegnelser. Vi har ved utsendelsen bedt om at skjema sendes til den sentrale helseadministrator i kommunen. Stillingsbetegnelser og administrativ plassering for disse kan variere. Inklusjonskriteriet er at de har et administrativt lederansvar for legetjenesten i kommunen. Vanlig forekommende er kommunalsjef, helse- og omsorgssjef, enhetsleder, virksomhetsleder, og sektorsjef. I noen tilfeller er skjema utfyllt av rådmann eller ass. Rådmenn, og bydelene i Oslo bruker betegnelsen bydelsdirektør. I den videre diskusjonen brukes betegnelsen "helseadministrator" om alle som har besvart dette skjemaet. Variasjonen i stillingsbetegnelse avspeiler ulike organisasjonsløsninger i kommunene, og er dermed ikke bare et rent språklig anliggende. Ulik organisering gir ulike myndighets- og erfaringsgrunnlag, og må tas i betraktning ved vurdering av resultatene.

Formålet med undersøkelsen er å få fram viktige erfaringer fra aktører i det kommunale helseadministrative systemet med et særlig ansvar for utvikling av legetjenesten i kommunene. I noen sammenhenger ber vi om vurderinger og synspunkter på hva som har fungert godt og hva som har fungert mindre godt. Dette kan ikke betraktes som offisielle synspunkter fra enkeltkommuner, men må forstås som uttrykk for enkeltaktørers refleksjoner og erfaringer i sitt arbeid med de aktuelle problemstillingene i sin egen kommune. Svargiverne er anonyme, og vi kjenner heller ikke den enkeltes kommunetilknytning. Svar fra administratorene og kommuneleger i bydelene i Oslo behandles

som kommunevise svar. For å ivareta anonymitetshensynet var det ikke lagt inn mulighet til å trekke ut bydelene i Oslo som egen kategori. Kommunen Oslo, representert med svar fra et antall bydeler, er dermed noe overrepresentert i undersøkelsen.

3.3 Svarprosent

Henvendelsene gikk til alle norske kommuner, samt til hver av de 15 bydelene i Oslo. De 15 kommunebydelene i Oslo har alle over 20000 innbyggere, og er innberegnet i denne kategorien tabellene under.

Tabell 3.1 Svarfordelingen for kommuneoverleger og helseadministratører etter kommunestørrelse. Sammenlignet med fordelingen for kommune i Norge. Absolutte tall. I parentes: Prosent av total.

Innbyggertall	Ant. Kommuner, Norge	Kommuneoverleger	Helseadm
Under 2.000	98 (22)	33 (18)	41 (22)
2.001 – 5.000	138 (31)	51 (27)	47 (25)
5.001 – 10.000	90 (20)	37 (20)	44 (24)
10.001 – 20.000	54 (12)	37 (20)	20 (11)
Over 20.000	65 (15)	30 (16)	33 (18)
Totalt	444 (100)	188 (100)	185 (100)

Vi har fått svar fra 188 kommuneoverleger og 185 helseadministratører. Det gir en svarprosent på 42 for begge grupper. De to gruppene fordeler seg noe ulikt etter kommunestørrelse. Kommuneoverlegene er svakt underrepresentert for de aller minste kommunene, og er samtidig noe overrepresentert for kommuner med mellom 10.000 og 20.000 innbyggere. Helseadministratorene har en lavere andel fra kommuner med mellom 2.000 og 5.000 innbyggere, og en noe forhøyet andel fra de aller største kommunene.

3.4 Spesielt om kommuneoverlegene

Kommuneoverleger i full stilling er mest vanlig i de største kommunene, men finnes i alle typer kommuner. 33 av de i alt 188 kommuneoverlegene som har deltatt i vår undersøkelse er i heltidsstillinger. Det vanligste er at kommuneoverlegene arbeider i deltidsstillinger i kombinasjon med fastlegepraksis eller andre oppgaver. Kommuneoverlegene i slike stillinger oppgir en gjennomsnittlig ukentlig arbeidstid på 14,4 timer som kommuneoverlege, og 20,3 timer som fastlege.

4 Generelt om samarbeidet mellom legetjenesten og kommunene

4.1 Innledning

De individuelle avtalene sier noe om listelengder, deltidsstillinger og en rekke andre forhold knyttet til den enkelte legens praksisutøvelse. Det sentrale avtaleverket mellom Legeforeningen og Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon gir generelle føringer for organisering av samarbeidsorganer mellom kommunen og det samlede korpset av leger kommunen har avtaler med eller tilsatt i faste stillinger. Et viktig ledd i undersøkelsen var å få et bilde av kommunenes erfaringer med organisering av samarbeidsforholdet til legene.

4.2 Hvilke faktorer har mest betydning for kommunens samarbeid med legetjenesten?

Tabell 4.1 "Hvor viktig er ulike forhold nevnt under for at kommunen skal få en god innretning av legetjenesten i kommunen?" Andel som svarer "Avgjørende" eller "Stor betydning" blant de som har en mening om dette. Etter svargiver. Kommuneoverleger og helseadministratorer. Prosentvis.

	Kommune- overleger (N=188)	Helse- administratorer (N=185)	Alle	Sig. P Cramer's V
En god dialog mellom kommuneoverlegen og den enkelte legen	82	92	87	0,004
Et tilstrekkelig innslag av fastlønnnet legetid for ivaretagelse av bestemte oppgaver	85	86	86	0,669
Grundig arbeid med de individuelle legeavtalene	69	83	77	0,001
Klart formulerte mål for legetjenesten fra kommunens side	69	83	76	0,002
Gode data om kvalitet og aktivitet i legetjenesten	62	83	73	0,000
Et godt samarbeidsutvalg	67	76	72	0,058

I spørreskjema ble det gitt fire svaralternativ: "Avgjørende", "Stor betydning", "Litt betydning" og "Helt uten betydning". Disse ble slått sammen to og to: "Avgjørende" og "Stor betydning" slås sammen til "Betydningsfullt", og "Litt betydning" og "Helt uten betydning" til mindre betydningsfullt". Tabellen viser andel svargivere i som svarer "Betydningsfullt".

Alle de faktorer som er nevnt i denne tabellen beskrives som betydningsfulle av 70 % eller mer av svargiverne.

Det ser ut til at god dialog mellom kommuneoverlegen og den enkelte legen, samt et tilstrekkelig innslag av fastlønnsleger, vurderes som særlig viktige faktorer for at kommunene skal få en god innretning på sine legetjenester. Det å ha et godt samarbeidsutvalg tillegges ikke like stor betydning.

Det er ikke forskjeller mellom helseadministratorene og kommuneoverlegene når det gjelder vektlegging av nok fastlønnet legetid og i synet på samarbeidsutvalgene. I alle andre sammenhenger ser det ut til at tillegger helseadministratorene tiltakene mer vekt enn kommuneoverlegene. Det gjelder:

- Grundig arbeid med de individuelle legeavtalene
- God dialog mellom kommuneoverlegen og den enkelte legen
- Klart formulerte mål for legetjenesten fra kommunens side
- Gode data om kvalitet og aktivitet

Særlig stor er forskjellen når det gjelder troen på gode data om kvalitet og aktivitet i legetjenesten. Formaliserte, organisatoriske virkemidler har høyere støtte hos mange av helseadministratorene enn det har hos kommuneoverlegene. For begge grupper tillegges imidlertid dialogen mellom legene og kommuneoverlegene stor betydning.

Store og små kommuner har ulike forutsetninger både for å rekruttere leger, organisere samarbeidet med sine leger, samt administrative ressurser til helseplanlegging og utviklingsarbeid på sektoren. En test tyder på at det først og fremst er synet på samarbeidsutvalg og betydningen av klare mål som varierer mellom kommuner av ulik størrelse.

Tabell 4.2 Betydningen av "Godt samarbeidsutvalg" og "Klare mål". Etter kommunestørrelse. Andel som mener at disse faktorene er betydningsfullt blant dem som har vurdert spørsmålet. N= 355.

	Under 2000	2 – 5.000	5 – 10.000	10 – 20.000	Over 20.000	Alle	Signifikant Cramer's V
Et godt samarbeidsutvalg	57	57	71	86	95	72	0,000
Klart formulerte mål for legetjenesten fra kommunens side	89	76	67	73	79	76	0,027

Svargiverne fra de større kommunene tillegger samarbeidsutvalget vesentlig større betydning enn de mindre. Og motsatt: Det å ha klart formulerte mål for legetjenesten ser ut til å tillegges noe mer vekt i de aller minste kommunene enn det gjør i andre.

Tabell 4.3 Multivariat analyse: Vurdering av samarbeidsutvalgets betydning. Etter profesjonstilknytning og kommunestørrelse. Logistisk regresjon. N=355.

	Odds ratio (Ep B)	Sig P
Kommuneoverlege, heltid*	1,939	0,321
Kommuneoverlege, deltid*	0,609	0,051
Liten kommune (Under 2000 innb.)**	0,535	0,037
Stor kommune (Over 20.000 innb.)**	6,936	0,002
Konstant	2,789	0,000

* Referansekategori: Helseadministrator

**Referansekategori: Kommuner 2 - 20.000 innbyggere. (Midlere kommuner)

Tabell 4.3 viser den relative betydningen av kommunestørrelse og profesjonsforskjeller når vi kontrollerer disse for hverandre. Svargiverne fra de største kommunene har en mange ganger forhøyet sannsynlighet for å tillegge samarbeidsutvalget betydning enn kommuner flest – med en odds ratio på tilnærmet 7. Svargiverne fra de minste kommunene har et motsatt synspunkt. Kommuneoverleger i full stilling skiller seg ikke fra helseadministratorene når det kontrolleres for kommunestørrelse. Derimot ser det ut til at de som arbeider i deltid er mindre tilbøyelige til å tillegge samarbeidsutvalget betydning.

Tabell 4.4 Multivariat analyse: Betydningen av klart formulerte mål for legetjenesten fra kommunenes side. Etter profesjonstilknytning og kommunestørrelse. Logistisk regresjon. N=355.

	Odds ratio (Exp B)	Sig P
Kommuneoverlege, heltid	0,771	0,599
Kommuneoverlege, deltid	0,533	0,018
Liten kommune (Under 2000 innb.)	2,870	0,009
Stor kommune (Over 20.000 innb.)	1,198	0,621
Konstant	3,565	0,000

Helseadministratorene og kommuneoverleger i heltid er gjennomgående mer tilbøyelige til å tillegge klart formulerte mål betydning enn det kommuneoverlegene i deltid er. Når vi kontrollerer for dette ser vi at troen på klare mål er mye sterkere uttrykt i de minste kommunene. Storkommunene skiller seg ikke ut fra de andre på dette området.

4.3 Kommunens innflytelse på legetjenesten

- Kommunene har ansvaret for å sikre sin befolkning legetjenester. Det betyr:
- Å sikre befolkningen legetjenester av god kvalitet,
- Lokalisert slik i kommunen at befolkningen er sikret god tilgang på legetjenester,
- Organisert slik at tjenesten kan drives på en rasjonell måte.

Det viktigste verktøyet for å sikre kommunale hensyn i utformingen av legetjenesten er de individuelle kontraktene med hver enkelt lege. Svargiverne ble bedt om å vurdere i hvilken grad disse individuelle

kontraktene, basert på "Rammeavtalen mellom Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon og Den norske Lægeforening om allmennpraksis i fastlegeordningen i Norge", ga kommunene tilstrekkelig innflytelse over disse viktige områdene. Svarene fremgår av tabellen under.

Tabell 4.5 Vurdering av kommunens innflytelse på kvalitet, lokalisering og organisering. Prosentvis. N=373.

Gir avtalene nok innflytelse på:	Ja	Nei	Vet ikke	Tot (N)
Lokalisering	74	19	6	99 (373)
Organisering	58	36	6	100 (373)
Kvalitet	45	45	11	101 (373)

Flertallet av svargiverne mener at avtalene gir tilstrekkelig innflytelse på hvordan legetjenesten skal lokaliseres i kommunen. På den andre siden mener under halvparten at avtalene gir kommunene innflytelse når det gjelder tjenestens kvalitet.

Kommuneoverlegene og helseadministratorene gir samstemte oppfatninger i alle disse tre spørsmålene. Vi finner imidlertid betydelige forskjeller mellom kommuner av ulike størrelse. Tabellen under gir et inntrykk av dette.

Tabell 4.6 Innflytelse på kvalitet, organisering og lokalisering av legetjenesten etter kommunestørrelse. Andel som mener de har innflytelse blant de som har vurdert spørsmålet. Prosent. N= 373.

Gir avtalene nok innflytelse på:	Kommunestørrelse						Signifikant Cramer's V
	Under 2000	2 – 5.000	5 – 10.000	10 – 20.000	Over 20.000	Alle	
Lokalisering	82	84	88	81	57	79	0,000
Organisering	75	76	63	56	27	62	0,000
Kvalitet	71	61	51	40	22	50	0,000

Svargiverne fra de største kommunene svarer gjennomgående at de gjennom avtalene har mindre innflytelse, både på kvalitet, lokalisering og organisering av legetjenesten enn det svargiverne fra de mindre kommunene oppgir. Tabellen viser en klart fallende tendens fra de minste mot de større. Særlig når det gjelder kvalitet i legetjenesten er forskjellen stor: mens vel 70 % av svargiverne fra småkommunene mener avtalene gir innflytelse på dette, sier bare 22 % av svargiverne fra de største kommunene det samme.

4.4 Politikernes engasjement i legetjenestens utforming

Er legetjenesten et "hett tema" i kommunene? Opplever helseadministratorene stort engasjement fra politikersiden i viktige spørsmål knyttet til legetjenesten i kommunen? Tabell 4.7 gir et bilde av svargivernes erfaringer når det gjelder politikerengasjement i legetjenesten i egen kommune.

Tabell 4.7 Helseadministratorenes vurdering av politikernes engasjement i legetjenesten. Prosentvis. N=185.

Det er sterkt engasjement fra politikersiden når det gjelder:	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Vet ikke	Total (N)
lokalisering av legekantorene	32	29	35	3	100 (185)
hvor mange leger vi skal ha i kommunen	24	37	37	2	100 (185)
legedekningen i sykehjem	21	45	32	2	100 (185)
legedekning i skolehelsetjeneste og helsestasjon	4	37	56	3	100 (185)

Det ser ut til at lokalisering av legekantor er det som oftest utløser sterkt engasjement blant politikere. Minst interesse er knyttet til legedekning i forebyggende helsetjenester i skole og helsestasjon. Vi finner ingen indikasjoner på systematiske variasjoner mellom kommuner av ulik størrelse for noen av disse spørsmålene (Tabeller ikke vist).

4.5 Oppsummering/drøfting

Hovedelementene i de formelle rammene for samarbeidet mellom kommunene er de generelle avtalene mellom Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon og Den norske Lægeförening, og de individuelle avtalene mellom kommunen og hver enkelt av legene. Avtaleverket regulerer både forhold rundt den enkelte leges praksis, og sier noe om hvilke organisatoriske tiltak og løsninger som skal danne rammen for samarbeidet mellom kommunene legegruppen samlet.

Både kommuneoverlegene og helseadministratorene tillegger den direkte dialogen mellom kommuneoverlegen og den enkelte lege særlig stor betydning, slik det forøvrig er påvist i evaluering av fastlegeordningen (Heen og Gjerberg 2005). Likeledes ser det ut til at det å ha nok fastlønnet legetid vurderes som viktig – både av helseadministratorer og kommuneoverleger.

Gjennomgående tillegger helseadministratorene ulike formaliserte og organisatoriske tiltak større betydning enn det kommuneoverlegene gjør. Særlig tydelig er denne forskjellen når vi ser på den vekt som tillegges bruk av data om kvalitet og aktivitet i legetjenesten. Dette vurderes som ett av de viktigste tiltakene blant administratorene, men vurderes ikke like høyt blant kommuneoverlegene. Det er rimelig å se dette som et uttrykk for at kommuneoverlegene står med ett bein i hver leir. Det er ingen tradisjon for bruk av slike data som styringsverktøy i kommunene, og det er naturlig å anta at mange av de praktiserende legene kan oppleve at styringsverktøy basert på økt innsyn i praksis samsvarer dårlig med den tradisjonelle faglige autonomi som har preget allmenlegetjenesten.

Samarbeidsutvalgenes betydning vurderes svært ulikt i ulike typer kommuner. Nesten samtlige av svargiverne i de aller største kommunene - 95 % - mener samarbeidsutvalgene har "avgjørende" eller "stor" betydning for kommunens samarbeid med legene, mens bare 57 % av svargiverne i de små kommunene har samme oppfatning. Det er rimelig å se dette som et uttrykk for den generelle forskjellen mellom små og store systemer. Når en kommune blir for stor til at man kan holde en god oversikt basert på uformelle kontakter blir betydningen av formelle kanaler av større betydning. Samtidig er det verd å merke seg at det ikke er noen forskjeller kommunene imellom i vurderingen av dialogen mellom kommuneoverlegen og den enkelte legen. Arbeidet i samarbeidsutvalget erstatter ikke denne dialogen som innflytelseskanal, heller ikke i de største kommunene.

Et annet interessant trekk – tilsynelatende i motstrid med det som er nevnt over - er den større vektlegging på "klart formulerte mål for legetjenesten" i de minste kommunene, sammenlignet med andre. Kanskje er det slik at mer kontakt og en tettere dialog gir en mer løpende diskusjon mellom leger og kommunal administrasjon om legetjenestens innretning og organisering i de mindre systemene enn det som er vanlig i de større kommunene.

De individuelle avtalene regulerer mange sider ved legenes praksis. Det ser imidlertid ut til at det først og fremst er i spørsmålet om lokalisering av legepraksiser kommunene opplever at de individuelle avtalene gir påvirkningsmuligheter. Her er imidlertid forskjellene kommunene imellom store.

Svargiverne fra de mindre kommunene opplever at de har stor påvirkningsmulighet både når det gjelder lokalisering av legetjenesten, organisering og kvalitet. Og motsatt: Svargiverne fra de største kommunene, inkludert bydelene i Oslo, gir uttrykk for at de bare i liten grad kan påvirke slike forhold. En mulig forklaring kan være et økt innslag av fastlønnede leger i småkommunene. En annen mulig forklaring kan være at mange av de mindre kommunene stiller lokaler til disposisjon også for privatpraktiserende leger, slik at lokaliseringsspørsmålet i utgangspunktet er avklart. Det er ikke kontrollert for dette i denne studien. En annen mulig forklaring kan knyttes til resonnetet i avsnittet over: Mindre kommuner, med tettere dialog og mer personlig pregede relasjoner mellom administrasjon og lege, kan bidra til økt innflytelse over ulike sider ved legetjenesten.

Undersøkelsen gir et bilde av systematiske ulikheter i arbeidsform og mulighet for innflytelse og påvirkning på legetjenesten i de større og i de mindre kommunene. Svargiverne fra de største kommunene har mer tro på formaliserte samarbeidsorganer enn svargiverne fra de mindre, men opplever samtidig at påvirkningsmulighetene på legetjenestens utforming er små. Samarbeidsutvalgenes funksjon og betydning varierer med andre ord betydelig mellom kommunene imellom.

Det ser ikke ut til at spørsmål knyttet til legetjenesten er et hett tema blant kommunalpolitikere, med utgangspunkt i den beskrivelsen helseadministratorene gir. Blant de tema vi har belyst er det først og fremst lokaliseringsspørsmålet som utløser engasjement på politikersiden, mens spørsmål knyttet til legebemanning i forebyggende helsearbeid påkaller betydelig mindre interesse.

5 Samarbeidsutvalget: Agenda og betydning

5.1 Innledning

De sentrale avtalene forutsetter at kommunene skal ta initiativ til at det opprettes samarbeidsutvalg for ivaretagelse av en lang rekke problemstillinger knyttet til samarbeidet mellom kommunen og legene som gruppe. I forrige kapittel fant vi at samarbeidsutvalgenes betydning ser ut til å variere mye mellom kommunene: Svargiverne fra de største kommunene tillegger samarbeidsutvalgene stor betydning for kommunens forhold til legetjenesten, svargiverne fra de mindre kommunene betydelig mindre.

I kapittel 2 drøftet vi avtaleverket som beskriver samarbeidsutvalgenes rolle. Samarbeidsutvalgene skal ivareta visse oppgaver knyttet til drift og organisering av legetjenesten, og kan i tillegg drøfte og gi råd i viktige saker som har betydning for organisering og utvikling av helsetjenesten i kommunene. Betydningen av en slik rådgivende funksjon er avhengig av samspillet mellom den som gir og den som mottar rådene. Dersom samarbeidsutvalget opplever at eventuelle råd ikke lyttes til vil dette arbeidet ha liten mening. I den grad rådene oppleves som viktige og gir grunnlag for dialog mellom legekollegiet og kommunal helseadministrasjon, kan samarbeidsutvalgene bli en viktig kanal for gjensidig utvekslinger av kunnskap og synspunkter. Vi vet imidlertid lite om samarbeidsutvalgenes arbeidsform og dagsorden i kommunene, og i hvilken grad de arbeider med spørsmål som er viktige for politikktutforming på denne viktige sektoren i kommunene. Hva er viktige spørsmål for den kommunale helseadministrasjonen i samarbeidet med legene? I hvilken grad arbeider samarbeidsutvalgene med disse viktige spørsmålene? I dette kapitlet skal vi prøve å danne et bilde av dette.

Vi har i utgangspunktet ingen systematiske undersøkelser av hva som oppleves som de viktigste tema og problemområder i samarbeidet mellom kommunal helseadministrasjon og legene. Vi har derfor bedt vårt utvalg av kommunale helseadministratører ta stilling til betydningen av en rekke tema i samarbeidsforholdet med legene med utgangspunkt i spørsmålet:

"Hva er etter din mening de viktigste problemstillingene for kommunens helseadministrasjon i samarbeidet med legene i din kommune?"

Samarbeidsutvalget er tenkt som en kanal for drøfting av samarbeidsspørsmål mellom kommunen og legene. Kommuneoverlegene er kommunens sentrale representant i samarbeidsutvalgene. De ble bedt om på ta stilling til spørsmålet:

"Hva er etter din mening de viktigste problemstillingene i samarbeidsutvalget?"

I dette kapitlet vil vi gjøre en sammenligning mellom helseadministratorenes og kommuneoverlegenes svar på disse spørsmålene. Formålet er å prøve å tegne et bilde av samarbeidsutvalgenes betydning som arena for meningsutveksling på dette viktige området i kommunene.

Ikke alle kommuner har samarbeidsutvalg

Tabell 5.1 Andel av kommuneoverlegene som sier det er samarbeidsutvalg i kommunene. Etter kommunestørrelse. Prosentvis N=188.

Kommunestørrelse:	Ja	Nei	Vet ikke	Tot. (N)
Under 2000	24	61	15	100 (33)
2 – 5.000	55	39	6	100 (51)
5 – 10.000	97	3		100 (37)
10 – 20.000	95	3	3	100 (37)
Over 20.000	100	-	-	100 (30)
Alle	73	22	5	100 (188)

Sig P (Cramer's V): 0,000

Det ser ut til at rundt en fjerdedel av kommunene ikke har opprettet samarbeidsutvalg. I de aller minste kommunene gjelder dette flertallet. Små forhold kan gjøre det mindre naturlig å opprette formelle organer dersom aktørene kjenner hverandre godt. I mange av de små kommunene er det også en betydelig andel som svarer "vet ikke" på spørsmålet. Det kan tyde på at samarbeidsutvalgene i disse kommunene er sovende og ikke oppfattes som noen aktiv del av samarbeidsforholdet.

5.2 Viktige samarbeidstema for administrasjonen – viktige tema for samarbeidsutvalget

Kommuneoverlegene og helseadministratorene sier begge at "fremtidige mål og utfordringer for legetjenesten" og "Samarbeid mellom legetjenesten og omsorgstjenesten" er blant de viktigste - både som tema for samarbeidsutvalget og som en generell problemstilling i kommunens samarbeid med legene. Samarbeidet med omsorgstjenesten vektlegges noe mer av helseadministratorene enn av kommuneoverlegene.

Tabell 5.2 Viktige problemstillinger i samarbeidsutvalget (Svargivere: Kommuneoverleger) og viktige problemstillinger for kommunenes helseadministrasjon i samarbeidet med legene (Svargivere: Helseadministratorer). Andel som sier at problemstillingen er "viktig". N= 373.

	Viktige problemstillinger i samarbeids- utvalget (Kommune-overleger (N=188))	Viktige problemstillinger i samarbeidet med legene (Helse-administratorer) (N=185)	Alle	N	Sig P Cramer's V
Fremtidige mål og utfordringer for legetjenesten i kommunen	88	94	91	354	0,055
Samarbeid mellom legene og omsorgstjenesten	82	98	90	354	0,000
Fordeling av offentlige legeoppgaver	84	90	87	353	0,074
Spørsmål vedrørende legevakt	80	90	85	348	0,007
Dimensjonering av legetjenesten: Antall hjemler	81	76	79	351	0,244
Samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten	61	92	77	347	0,000
Utvikling av kvalitetsindikatorer for legetjenesten	60	80	71	346	0,000
Organisering av legepraksiser	57	67	62	348	0,049
Aktivitetsrapportering fra legepraksis	37	68	53		0,000
Lokalisering av praksissteder	57	67	62	349	0,488

Svaralternativene var "Svært viktig", "Nokså viktig", "Ikke særlig viktig" og "Helt uviktig". I tabellen har vi slått sammen dette til to kategorier. "Viktig" er en sammenslått kategori for svarene "Svært viktig" og "nokså viktig". Det alternative svaret er "Ikke viktig" er slått sammen av kategoriene "Ikke særlig viktig" og "Helt uviktig". I tabellen er vist den prosentvise andelen som mener tiltaket er "Viktig", blant de som har vurdert spørsmålet.

I spørsmålene om fordeling av offentlige oppgaver, dimensjonering av legetjenesten og lokalisering av praksissteder ser det ut til å være små forskjeller. På andre områder skiller imidlertid leger og administratorene lag:

- Samarbeid mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten
- Samarbeid mellom fastleger og kommunal omsorgstjeneste
- Utvikling av kvalitetsindikatorer for legetjenesten
- Aktivitetsrapportering fra legepraksis.
- Spørsmål vedrørende legevakt
- Organisering av legepraksis

Alle disse spørsmålene blir av administratorene tillagt mer betydning, sammenlignet med hvor viktig kommuneoverlegene mener spørsmålene er i samarbeidsutvalgets arbeid. Størst er forskjellen når det gjelder spørsmålet om aktivitetsrapportering fra legepraksis. Bare vel en tredjedel av svargiverne

blant kommuneoverlegene sier av dette er viktig i samarbeidsutvalget, mens to tredjedeler av helseadministratorene mener dette er et viktig spørsmål i det generelle samarbeidet med legen.

For noen av de aktuelle tema finner vi betydelige forskjeller mellom svargiverne – knyttet både til kommunestørrelse og svargivers stilling.

Tabell 5.3 Multivariat analyse: Viktighet av kvalitetsindikatorer. Etter stilling og kommunestørrelse. Logistisk regresjon. N=355.

	Odds ratio (Exp B)	Sig P
Kommuneoverlege, heltid*	0,649	0,361
Kommuneoverlege, deltid*	0,420	0,001
Liten kommune (Under 2000 innb.)**	1,990	0,055
Stor kommune (Over 20.000 innb.)**	1,787	0,118
Konstant	2,879	0,000

* Referansekategori: Helseadministrator

**Referansekategori: Kommuner 2 - 20.000 innbyggere. (Midlere kommuner)

Tabell 5.4 Multivariat analyse: Vektlegging av aktivitetsrapportering fra legepraksis. Etter stilling og kommunestørrelse. Logistisk regresjon. N=355.

	Odds ratio (Exp B)	Sig P
Kommuneoverlege, heltid	0,216	0,001
Kommuneoverlege, deltid	0,337	0,000
Liten kommune (Under 2000 innb.)	1,869	0,048
Stor kommune (Over 20.000 innb.)	2,232	0,019
Konstant	1,489	0,024

Tabell 5.3 viser at kommuneoverlegene i deltidsstillinger tillegger arbeid med kvalitetsindikatorer mindre i samarbeidsutvalgene enn den betydning de tillegges både av de heltids tilsatte kommuneoverlegene og av helseadministratorene – når vi kontrollerer for effekten av kommunestørrelse. Det ser forøvrig ikke ut til at svargiverne fra små og store kommuner skiller seg fra de andre i dette spørsmålet. Når vi stiller spørsmålet om betydningen av aktivitetsrapportering fra legepraksis (Tabell 5.4), får vi et helt annet bilde. Her er det små forskjeller mellom kommuneleger med ulike tilknytning – de er alle klart mer skeptiske til slik rapportering enn helseadministratorene gir uttrykk for. Her er det også betydelige kommunevise forskjeller. Svargiverne fra de største og de minste kommunene er tilbøyelige til å tillegge dette mer betydning enn svaregiverne fra andre kommuner.

Tabell 5.5 Multivariat analyse: Samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Etter stilling og kommunestørrelse. Logistisk regresjon. N=355.

	Odds ratio (Exp B)	Sig P
Kommuneoverlege, heltid	0,308	0,027
Kommuneoverlege, deltid	0,186	0,000
Liten kommune (Under 2000 innb.)	3,847	0,008
Stor kommune (Over 20.000 innb.)	2,060	0,104
Konstant	6,207	0,000

Tabell 5.5. viser at spørsmål knyttet til samarbeidet mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten beskrives som betydelig viktigere av administratorene enn den plassen dette har i samarbeidsutvalgene, slik det beskrives av kommuneoverlegene. Her er det små forskjeller mellom kommuneleger med ulik tilknytning. Svargiverne fra småkommunene tillegger dette problemet betydelig mer vekt enn svargiverne fra andre typer kommuner.

5.3 Oppsummering/drøfting

På viktige områder sammenfaller helseadministratorenes vurderinger av hva som bør tillegges vekt i det generelle samarbeidet med legene i kommunen med det kommuneoverlegene rapporterer som viktig i samarbeidsutvalgenes arbeid. Ett av de viktigste er spørsmålet om "Legetjenestens fremtidige mål og utfordringer" – som er det temaet som tillegges størst betydning i begge sammenhenger. Det tyder på at samarbeidsutvalgene – slik de beskrives av kommuneoverlegene – kan være en ressurs i det generelle utviklingsarbeidet i kommunene, der slike utvalg er aktive.

Når det gjelder mange av det vi kan kalle de driftspregede spørsmålene i legetjenesten er det relativt småforskjeller mellom administratorene og kommuneoverlegene med hensyn hvilken vekt spørsmålene tillegges. Det gjelder: fordeling av offentlige oppgaver, dimensjonering av legetjenesten, og lokalisering av praksissteder. Det samme gjelder til en viss grad også spørsmål knyttet til organisering av legepraksiser. Verd å merke seg er at spørsmålet om lokalisering av legepraksiser ikke tillegges særlig betydning, og heller ikke vektlegges forskjellig av legene og de administrativt ansvarlige. Kanskje kan det henge sammen med at lokalisering av legepraksiser er godt regulert gjennom de individuelle legeavtalene (jfr. kap 4.), og derfor i mindre grad fremstår som tema i andre sammenhenger.

Interessant å merke seg er at administrasjon og kommuneoverlege skiller lag på to viktige områder:

- Samarbeid mellom legetjenesten og andre deler av helse- og omsorgstjenesten.
- Innhenting av data om aktivitet og kvalitet i legetjenesten.

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten og de kommunale omsorgstjenestene er kjernesporsmål knyttet til allmennlegetjenestens plass i den samlede helsetjenesten, og vil få økende betydning i årene som kommer. Økende antall pleietrengende gamle, flere pasienter med kroniske lidelser som krever medisinsk oppfølging i eget hjem eller under kommunal omsorg, og en målsetting om bedre styrte og mer sammenhengende pasientforløp – vil komme til å bety store utfordringer for den kommunale legetjenestens evne til samarbeid både vertikalt og horisontalt. I "Samhandlingsmeldinga" antydes skjerpede krav overfor kommunene, både i oppfølging av krevende og kroniske pasienter, og når det gjelder mottak av omsorgstrengende pasienter ved utskrivninger fra sykehus. Det kan tenkes at det vil knytte seg konsekvensrike økonomiske insentiver for kommunene i gjennomføringen av dette. Det ser ut til at kommunal helseadministrasjon er betydelig mer opptatt av dette enn samarbeidsutvalgene, slik de beskrives av kommuneoverlegene i vår studie. Vi har også sett at

svargiverne fra de største og de minste kommunene har mer fokus på dette enn svargiverne fra de midlere kommunene. Det er i utgangspunktet vanskelig å gi noen forklaring på hvorfor dette spørsmålet ser ut til å ha størst betydning blant kommunene i på ytterfløyene. Kanskje har det svært ulike forklaringer. Mange av småkommunene har et større og raskere økende innslag av eldre i sin befolkning enn det andre kommuner har. På mange måter ligger de derfor i forkant når det gjelder å møte de generelle demografiske endringene i landet vårt – og får problematikken raskere på sin dagsorden. I de største kommunene er kanskje forklaringen i større grad knyttet til at man har store pasientvolum og samtidig mer kapasitet og kompetanse til analyse og planlegging enn det kommunene ellers har.

Data om aktivitet og kvalitet kan gi kommunene et grunnlag for å vurdere om tjenesten er innrettet mot prioriterte mål, om det er viktige grupper eller problemstillinger ikke ivaretas i den grad man ønsker, og om de tjenester som leveres er av den kvaliteten som må kreves. Bruk av slike data tillegges betydelig større vekt av helseadministratorene enn av kommuneoverlegene. Samtidig er svargiverne fra de større kommunene gjennomgående mer tilbøyelige enn andre til å oppfatte aktivitetsdata fra legetjenestene som viktige for samarbeidet med legene i sine kommuner. Det er naturlig å tolke dette som et uttrykk for at formelle styringsverktøy oppleves mer hensiktsmessige i større systemer med store organisatoriske avstander enn i små systemer mer preget av direkte kontakter, personlige relasjoner og større grad av gjennomsiktighet.

6 Innhenting av aktivitetsdata som styringsverktøy i kommunene

6.1 Innledning

Avtaleverket gir kommunene rett til å innhente data om aktiviteten i legetjenesten.

Slike data kan brukes til ulike formål, som f. eks kvalitetsutvikling i legetjenesten og som grunnlag for helsepolitiske valg. I dette kapitlet skal vi nærmere på omfanget av slik datainnsamling, og hva slags data som samles inn. I tillegg skal vi undersøke om det er systematiske forskjeller mellom kommunene med hensyn til bruken av slike data. Fremstillingen bygger på svargivningen fra kommuneoverlegene.

Tabell 6.1 Typen data. Kommuner der data samles inn. Kilde: Kommunelegene. Prosentvis.

	Rutine- messig	Av og til	Er undersøkt en enkelt gang	Aldri undersøkt	Vet ikke	Tot. (N)
Ventetider	13	54	13	17	4	100 (N=79)
Telefontilgjengelighet	13	53	13	17	5	100 (N=79)
Opplevd kvalitet for brukerne	5	32	20	35	8	100 (N=79)
Medisinforeskrivning	6	25	13	47	9	100 (N=79)
Primærforebyggende arbeid	6	25	8	49	11	100 (N=79)
Medisinsk oppfølging av visse kronikergrupper	8	23	10	48	13	100 (N=80)
Oppfølging av eldre pasienter etter sykehusopphold	9	19	10	49	13	100 (N=79)
Sekundær/tertiærforebyggende arbeid	4	24	5	49	18	100 (N=79)

Bare 80 av de 188 kommunelegene som deltok i vår undersøkelse beskriver tiltak for datainnsamling fra legetjenesten. Mest vanlig er undersøkelser av ventetider og telefontilgjengelighet. Medisinsk oppfølging av kronikere og oppfølging av eldre pasienter som skrives ut fra sykehus er blant de minst vanlige tema for slike kartlegginger. Data gir ikke grunnlag for påvisning av systematiske forskjeller mellom ulike typer kommuner.

6.2 Drøfting

Vår undersøkelse tyder ikke på at innsamling av data om aktivitet og kvalitet i allmennlegetjenesten er innarbeidet som rutine i norske kommuner. Bare vel 40 % av kommunelegene kan rapportere om slike tiltak, det mest vanlige svaret er at det gjøres "av og til". Mange av kommuneoverlegene har gjort tekstlige utdypninger av svarene sine, og viser til at mange av de tema som er nevnt i vårt skjema er gjenstand for drøfting og kvalitetssikring på andre måter – f. eks i møter, i forbindelse med årsrapportering og lignende. En skriver, som en kommentar til spørsmålsbatteriet:

"Alt dette blir jevnlig vurdert, men ikke systematisk".

Det viktigste tema for slike undersøkelser, der de er gjort, er tilgjengelighet til legetjenesten. Flertallet av de kommunene som rapporterer om datainnsamling nevner ventetider og telefontilgjengelighet som tema, med "opplevd kvalitet for brukerne" som en god nummer tre. Det er kvaliteten i den daglige driften av legekantoret som er den primære problemstillingen der slike undersøkelser er gjennomført.

Bare få av kommunene ser ut til ha gjennomført spesielle undersøkelser knyttet til oppfølging av kronikergrupper og av eldre pasienter etter sykehusopphold. Økningen i andelen eldre i befolkningen vil øke raskt i årene vi har foran oss, og det å utvikle et godt og sikkert opplegg for medisinsk oppfølging av skrøpelige eldre blir en av hovedutfordringene for kommunene. Det ser altså ut til at noen få av kommunene allerede har begynt å følge opp dette på en systematisk måte, og slik sett er i forkant av en utvikling som vil utfordre kommunenes helse- og omsorgstjenester på en grunnleggende måte.

7 Legeoppgavene i forebyggende helsearbeid

7.1 Innledning

Drift av helsestasjon og skolehelsetjeneste er blant de lovpålagte kommunale helsetjenestene, og har en lang tradisjon som en del av det forebyggende helsearbeidet i kommunene. De er begge rettet inn mot samfunnets rekrutter – barn og unge – og skal gi både et slags sikkerhetsnett for unge i utsatte situasjoner, og bidra til at unge mennesker selv blir best mulig i stand til å ta vare på egen helse. Det ser imidlertid ut til at de siste års utvikling når det gjelder innsatsen av legeårsverk på disse områdene totalt sett har vært relativt svak (jfr. tabell 1.1.)¹¹ Sannsynligvis er også variasjonen stor fra kommune til kommune.

På et overordnet nivå er arbeidet i helsestasjoner og skolehelsetjeneste styrt av forskrifter¹² og tilhørende veiledningsmaterieell fra Sosial- og Helsedepartementet¹³. Spørsmålet i vår sammenheng er i hvilken grad kommunene selv aktivt bidrar til å innrette dette arbeidet mot lokale problemstillinger og helsepolitiske mål.

7.2 Kommunal innflytelse på legearbeidet i helsestasjon og skolehelsetjeneste.

I sine funksjoner som helsestasjonslege eller skolehelselege går legene inn i fastlønnede deltidsstillinger. Den totale andelen for den enkelte lege er definert gjennom de individuelle avtalene. Bortsett fra det vet vi lite om hvordan og i hvilken grad slike deltidsstillinger styres i det kommunale systemet. Tabell 7.1 gir et bilde av kommunenes bruk av stillingsinstruks for slike deltidsstillinger.

Tabell 7.1 Stillingsinstruks for leger i helsestasjon og skolehelsetjeneste? Prosent. N=373.

	Ja	Nei	Vet ikke	Tot.
Helsestasjonsarbeid	41	43	17	100
Skolehelsetjenesten	34	50	17	100

Under halvparten av svargiverne sier at det finnes instruks for legenes deltakende i helsestasjon, og en tredjedel sier at det finnes for skolehelsetjeneste. Interessant er at en betydelig andel – 17 % - har svart "vet ikke", tatt i betraktning at det er svargiverne som er ansvarlig for de individuelle legeavtalene og fordeling av denne typen oppgaver. Det er ingen (signifikante) forskjeller mellom kommunelegene og administratorene når det gjelder hvordan disse spørsmålene besvares.

¹¹ Derimot har vi hatt en betydelig vekst for andre personellgrupper.

¹² Helse- og Omsorgsdepartementet (2003): FOR 2003-04-03 nr 450: Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjeneste.

¹³ Sosial- og Helsedirektoratet (2004): Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3 april 2003 nr 450.

Tabell 7.2 Ulike faktorerers betydning for hvordan legene definerer sitt arbeid i helsestasjoner og skolehelsetjeneste. Etter svargiver. Prosentvis. N=373.

	Kommune- overleger (N=188)	Helse- administratorer (N=185)	Alle	N	Sig. P Cramer's V
Tradisjon og sedvane	68	86	77	365	0,000
Ved at den enkelte lege selv definerer innholdet i tjenesten	69	57	63	364	0,026
Kollegiale samtaler mellom kommuneoverlege/leger	52	65	58	344	0,012
Gjennom stillingsinstrukser	48	68	57	333	0,000
Kommunale planer	43	64	54	350	0,000

Svarealternativene i skjema var "Stor betydning", "En viss betydning", "Litt betydning" og "Helt uten betydning". Som grunnlag for tabellen har vi slått sammen disse fire til to. "Stor betydning" og "En viss betydning" er slått sammen til "Betydningsfullt". Svaralternativene "Litt betydning" og "Helt uten betydning" er slått sammen til "Liten betydning". Tabellen viser andelen i kategorien "betydningsfullt".

Det ser ut til at legefaglige tradisjoner og den enkelte legens faglige oppfatninger er det som har størst betydning for legeinnsatsen i helsestasjonsarbeid og skolehelsetjenesten. Kommunale stillingsinstrukser og planer er ikke like betydningsfulle. Også her er det tydelige forskjeller mellom kommuneoverlegene og helseadministratorene. Kommuneoverlegene er noe mer tilbøyelige til å tillegge legenes egendefinisjon større betydning enn det administratorene gjør. Administratorene tillegger tradisjon og sedvane, men også den kollegiale dialogen mellom kommuneoverlege og lege, klart større betydning enn det kommuneoverlegene gjør. På den annen side har de også mest tro på organisatoriske styringsmidler (stillingsinstrukser og planer).

Svargiverne fra de større kommunene uttrykker andre erfaringer enn representantene fra de andre kommunene. Tabell 7.3 til 7.5 gir et bilde av dette.

Tabell 7.3 Multivariat analyse: Tradisjon og sedvane stor betydning. Etter svargivers stilling og kommunestørrelse. Logistisk regresjon. N=373.

	Odds ratio (Exp B)	Sig P
Kommuneoverlege, heltid*	3,556	0,019
Kommuneoverlege, deltid*	2,847	0,000
Liten kommune (Under 2000 innb.)**	1,386	0,358
Stor kommune (Over 20.000 innb.)**	0,439	0,015
Konstant	2,380	0,000

* Referansekategori: Helseadministrator

**Referansekategori: Kommuner 2 - 20.000 innbyggere. (Midlere kommuner)

Tabell 7.4 Multivariat analyse: Betydningen av stillingsinstrukser. Etter svargivers stilling og kommunestørrelse. Logistisk regresjon. N=373.

	Odds ratio (Exp B)	Sig P
Kommuneoverlege, heltid	0,364	0,022
Kommuneoverlege, deltid	0,444	0,001
Liten kommune (Under 2000 innb.)	1,215	0,507
Stor kommune (Over 20.000 innb.)	3,107	0,002
Konstant	1,650	0,007

Tabell 7.5 Multivariat analyse: Betydningen av kommunale plandokumenter. Etter og kommunestørrelse. Logistisk regresjon. N=373.

	Odds ratio (Exp B)	Sig P
Kommuneoverlege, heltid	0,536	0,146
Kommuneoverlege, deltid	0,447	0,001
Liten kommune (Under 2000 innb.)	1,131	0,662
Stor kommune (Over 20.000 innb.)	2,853	0,002
Konstant	1,382	0,070

De organisatoriske virkemidlene har større betydning for helseadministratorene enn for kommuneoverlegene, og i de største kommunene mer enn i andre, når vi kontrollerer effektene av disse for hverandre. Og motsatt: Tradisjon og sedvane tillegges mindre betydning i de større kommunene enn i andre, samtidig som kommuneoverlegene er tilbøyelige til å tillegge dette mer vekt enn administratorene. På et punkt skiller imidlertid kommuneleger i hel- og deltidsstillinger lag: De førstnevnte er tilbøyelige til å være enige med administratorene i vurderingen av kommunale plandokumenters betydning, og tillegger dette mer vekt enn sine kolleger i deltidsstillinger. Interessant å merke seg er også at det ikke ser ut til at de minste kommunene skiller seg fra de mellomstore (referansekategori) i noen av disse spørsmålene. Svargiverne fra småkommunene er ikke mer tilbøyelig til å vektlegge tradisjon og sedvane, og heller ikke mindre tilbøyelige til å vektlegge organisatoriske styringsmidler, enn de fra andre kommuner.

De 188 Kommuneoverlegene ble stilt en serie spørsmål om sin egen rolle. Et av spørsmålene dreide seg om betydningen av dialogen mellom kommuneoverlegen selv og legene i det forebyggende helsearbeidet: *"Blir det gjennomført samtaler mellom kommuneoverlege og leger i skolehelsetjeneste eller helsestasjon om målsettinger/viktige problemstillinger for det forebyggende arbeidet "* 41 % av kommuneoverlegene svarte "Ja" på dette spørsmålet, mens 57 % svarte "Nei". (2 % "Vet ikke"). Det er altså et klart mindretall blant kommuneoverlegene som gjennomfører slike samtaler. Kommuneoverlegene ble også spurt om *"Brukes erfaringer og rapporteringer fra legene i skolehelse og helsestasjon som grunnlag for planlegging av forebyggende helsearbeid i kommunen "* Her svarte 40 % "Ja" og 52 % "Nei". (9 % "Vet ikke").

Kommuneoverlegene ble samtidig spurt om de synes de har tilstrekkelige virkemidler for å utvikle gode forebyggende tjenester. (Enighet med påstanden: *"Som kommuneoverlege har jeg alle de virkemidler jeg trenger for å utvikle gode forebyggende tjenester"*). 32,5 var helt eller litt enig i utsagnet, og 66,5 % var uenige. (Andel "vet ikke": 1%). Det ser med andre ord ikke ut til at kommuneoverlegene selv opplever at de har de virkemidler det trengs for å utvikle gode forebyggende helsetjenester.

Tabell 7.6 "Hvordan fordeles legeoppgaver innen forebyggende helsearbeid?" Prosentvis. Kommuneoverleger N=188.

Tilfeldig etter hvilke leger som kan tilpliktes når en oppgave skal besettes	39
Legene velger selv hva slags oppgaver de ønsker å ta på seg	37
Slike oppgaver ivaretas i hovedsak av kommuneoverlegen	20
Vet ikke	4
Sum	100

Tabell 7.6 viser hvordan oppgaver i det forebyggende helsearbeid fordeles blant legene i kommunene. Tilfeldigheter og legenes egne ønsker ser ut til å ha omtrent like stor betydning som fordelingsmekanisme. Det er primært i småkommunene det er vanlig at kommuneoverlegen selv er ansvarlig for å ivareta disse oppgavene. (Tabell ikke vist).

7.3 Ulike betingelser for forebyggende helsearbeid i ulike typer kommuner

Kommunestørrelse er en sentral parameter når vi skal prøve å forstå betingelser for samspillet mellom kommunal helseadministrasjon og legene i kommunen. De små kommunene representerer gjerne oversiktlige systemer, med personlig pregede relasjoner mellom politikere, administrasjon og leger. I de større kommunene er avstandene mellom de ulike aktører større, samhandlingen mer byråkratisk, og organisatoriske virkemidler av større betydning i samspillet mellom kommunen og legetjenesten. Tabell 7.7 viser hvordan kommuneoverleger og helseadministratører i kommuner av ulike størrelse vurderer betingelsene for å tilrettelegge gode offentlige legetjenester i kommunen.

Tabell 7.7 Andel "Helt/litt enig" i utsagn om betingelser for kommunal påvirkning av legetjenesten i forebyggende tjenester. Kommuneoverleger og helseadministratører. Etter kommunestørrelse. Prosent. N=373.

	Under 2000	2 – 5.000	5 – 10.000	10 – 20.000	Over 20.000	Alle	Signifikant Cramer's V
Etter min mening prioriterer ikke kommunens politikere de forebyggende tjenestene høyt nok ressursmessig	62	72	71	74	68	69	0,552
De stillingsinstruksene vi har for det offentlige legearbeidet er for utydelige mht legenes oppgaver og plikter	61	66	65	72	68	66	0,774

I spørreskjema ble svargiverne bedt om å markere grad av enighet med de utsagnene som er gjengitt i tabellen. Svarkategoriene var "Helt enig", "Litt enig", "Litt uenig" og "Helt uenig". Som grunnlag for tabellen er "Helt enig" og "Litt enig" slått sammen til kategorien "Enig", og "Litt uenig" og "Helt uenig" slått sammen i kategorien "Uenig". Tabellen viser andel i kategorien "Enig" i ulike typer kommuner.

Det ser ut til å være en gjengs oppfatning blant kommuneoverleger og helseadministratører at politikerne i kommunene ikke prioriterer de forebyggende tjenestene høyt nok. Det gjelder uavhengig av kommunestørrelse. To tredjedeler av svargiverne mener at de stillingsinstruksene man har for det offentlige legearbeidet er for utydelige med hensyn til legenes oppgaver og plikter. Heller ikke her er det forskjeller mellom kommunene.

7.4 Oppsummering/drøfting

På tross av en god utvikling blant annet når det gjelder tilgang til kvalifiserte helsesøstre har legeinnsatsen i det tradisjonelle forebyggende helsearbeidet, organisert i helsestasjoner og skolehelsetjeneste, vært i tilbakegang de siste ti årene. Vår undersøkelse tyder heller ikke på at disse

delene av den kommunale helsetjenesten har vært et kommunalt satsingsområde med hensyn til styring og planlegging og utviklingsarbeid.

Under halvparten av kommunene representert i denne undersøkelsen har stillingsinstrukser for legenes deltakelse i dette arbeidet. Det ser ut til at det primært er den enkelte legen selv (med støtte i de føringer som er gitt i sentrale forskrifter og veiledere), samt tradisjoner og sedvane, som er de viktigste viktigere premisser for hvordan dette arbeidet drives i kommunene. Kommunale instruksjoner og planer ser ut til å være mindre viktige, og vurderes som betydningsfullt av under halvparten av de som har svart. Kommuneoverleger i deltidsstillinger er tilbøyelige til å være mer skeptiske til kommunal styring på dette området enn sine kolleger i heltidsstillinger. Bare en tredjedel av kommuneoverlegene at de har de virkemidlene de trenger for å utvikle gode forebyggende tjenester i egen kommune.

8 Om samarbeid mellom legetjenesten og omsorgstjenesten i kommunene

8.1 Innledning

Et overordnet mål med samhandlingsreformen er at kommunene skal settes i stand til å ta hånd om og gi omsorg til et raskt voksende antall eldre mennesker, mange med store medisinske og omsorgsmessige behov. De mange syke eldre pasientene vil stille både legetjenesten og omsorgstjenestene overfor svære utfordringer hver på sin kant – både når det gjelder kvalitet og kapasitet. Men kanskje enda viktigere: Disse utfordringene blir ikke mulig å håndtere uten at legetjenestene og omsorgstjenestene i kommunene utvikler nye og mer effektive måter å samarbeide om store felles og krevende pasientgrupper på.

Mange av kommunene har på ulike måter arbeidet for å tilrettelegge for en styrket utvikling på dette området.

8.2 Legetjenesten i sykehjem

Det er i flere undersøkelser påpekt store variasjoner kommunene imellom med hensyn til kapasiteten i legetjenesten i norske sykehjem (Statens Helsetilsyn 1999) (Paulsen og medarb. 2004). Det er derfor reist spørsmål om kommunenes styring av legetjenesten i sykehjem er tilstrekkelig for å sikre en tilfredsstillende medisinsk oppfølging av denne viktige gruppen kommunale omsorgsmottakere.

Tabell 8.1 viser hvordan kommuneoverleger og kommunale helseadministratorer vurderer tilsynslegetjenesten i den kommune der de selv arbeider. For de tema som er nevnt i tabellen er det ingen nevneverdige forskjeller mellom de to gruppene.

To tredjedeler av svargiverne er helt eller litt enig i at kapasiteten i tilsynslegevirksomheten er god i egen kommune. Omtrent like mange er helt enig i at det er stilt opp kommunale krav for hvor ofte pasienter skal tilses. Men for begge disse tema er det en stor andel som velger svaralternativet "Litt enig", og med det signaliserer en viss reservasjon. Vel halvparten oppgir at kommunen har gode stillingsinstrukser. Samtidig sier vel 60 prosent at tilsynslegevirksomheten varierer mye fra lege til lege. På den annen side sier de aller fleste seg uenige i at det er tilsynslegene selv som bestemmer hvor mye de skal være til stede ved det enkelte sykehjem. Når det gjelder spørsmålet om sterkere styring ser det ut til at svargiverne deler seg i to like store andeler: Rundt halvparten er helt eller litt enig i at det er behov for en sterkere kommunal styring av tilsynslegevirksomheten i egen kommune, mens en tilsvarende andel er litt eller helt uenig.

Tabell 8.1 gir et bilde av hvordan dette vurderes av svargiverne.

Tabell 8.1 Synspunkter på tilsynslegevirksomheten i egen kommune. Grad av enighet med påstandene. Kommuneoverleger og helseadministratører. Prosentvis. N=373.

	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig	Vet ikke	Tot. (N)
Kapasiteten i tilsynslegevirksomheten er god i vår kommune	37	29	20	13	1	100 (373)
Det er stilt opp kommunale krav for hvor ofte pasientene i sykehjem skal ha legekonsultasjon	34	29	11	17	9	100 (373)
Det er utarbeidet gode stillingsinstruksjoner for tilsynsvirksomheten	19	33	23	17	9	100 (373)
Kommunen burde ha en sterkere styring med tilsynslegetjenesten enn det som er tilfellet i dag	19	30	24	23	4	100 (373)
Måten tilsynslegevirksomheten utøves på varierer mye fra lege til lege	18	41	17	15	10	100 (373)
Tilsynslegene avgir rapporter som er viktige for kommunal planlegging	9	21	24	37	9	100 (373)
Hvor mye legen er til stede ved det enkelte sykehjem bestemmes av tilsynslegen selv	7	19	22	50	2	100 (373)

Rapportering fra tilsynslegene ser ikke ut til å gi noe viktig bidrag til kommunal planlegging. Og det ser ikke ut til at det er vanlig at sykehjemspasienter beholder kontakt med sin fastlege.

På enkelte områder har kommuneoverleger og helseadministratorene svært ulike oppfatninger. Tabell 8.2 viser at kommuneoverlegene er klart mer tilbøyelige enn helseadministratorene til å mene at det er tilsynslegene selv som bestemmer hvor mye de skal være til stede ved det enkelte sykehjem. Det kan tenkes at dette først og fremst er en refleks av ulike ståsted. Kommuneoverlegen er de fleste steder nærmere praksis og kan rapportere det de ser. Det kan tenkes at administratorenes svar i større grad reflekterer de formelle rammene rundt tilsynslegevirksomheten, knyttet til kontrakter og avtaler om stillingsandeler. Spørsmålet om kommunen burde ha mer styring med legetjenesten avdekker en betydelig meningsforskjell mellom svargiverne. Påstanden får oppslutning fra 60 % av administratorene, men bare vel 40 % av kommuneoverlegene.

Tabell 8.2 Om legetjenesten i sykehjem. Andel av svargiverne som er sier seg "Helt enig/litt enig" i påstandene under blant de som har vurdert påstandene. Kommuneoverleger og helseadministratører. Prosent. N=373.

	Kommuneoverleger (N=188)	Helseadministratører (N=185)	Alle	N	Signifikant P Cramer's V
Hvor mye legen er til stede ved det enkelte sykehjem bestemmes av legen selv	32	20	26	365	0,010
Kommunen burde ha en sterkere styring av tilsynslegetjenesten enn det som er tilfellet i dag.	42	60	51	359	0,001

8.3 Medisinsk oppfølging av gamle pasienter i hjemmebasert omsorg

Utskrivninger av syke gamle fra sykehus til kommunale omsorgstjenester er et sentralt helsepolitisk problem. Dårlig kommunikasjon og sviktende koordinering mellom nivåene i helsetjenesten utfordrer et helsepolitisk ideal om at pasienten skal oppleve en mest mulig "sømløs" helsetjeneste, der overgangene fra det ene tilbudet til det andre oppleves velkoordinert og uten belastninger for pasienten i form av uforutsigelighet og venting, eller usikkerhet rundt den medisinske situasjonen når behandlingen i sykehus er avsluttet. Det er nedlagt et betydelig arbeid i å utvikle gode meldingsrutiner mellom sykehus og kommunal omsorgstjeneste for å komme nærmere målet om en sømløs helsetjeneste. Det er imidlertid ikke nok å ha gode samhandlingsrutiner mellom nivåene dersom ikke tilbudet fremstår som noenlunde velkoordinert også horisontalt. I kommunehelsetjenesten er samarbeidet mellom legene og omsorgstjenesten i forbindelse med oppfølging av syke gamle pasienter etter utskrivninger ett av de områdene der det svikter i mange kommuner. Tabell 8.3 tyder på at mange av kommunene mangler gode rutiner for å sikre slikt samarbeid.

Tabell 8.3 Rutiner for medisinsk oppfølging av pasienter i omsorgstjenesten med store behov etter utskrivninger fra sykehus. Kommuneoverleger. N=188.

	Ja	Nei	Vet ikke	Tot. (N)
Er det etablert melderutiner mellom kommunale omsorgstjenester og fastleger for oppfølging av hjemmeboende pasienter med store behov etter utskrivninger fra sykehus?	68	28	4	100 (188)
Er det fra kommunens side formulert bestemte krav til oppfølging av hjemmeboende pasienter med store behov etter utskrivninger?	22	60	18	100 (188)

Tabell 8.3 baserer seg utelukkende på data fra kommuneoverlegene. Helseadministratorene ble stilt det samme spørsmålet, men en betydelig andel av disse markerte at de ikke hadde kjennskap til hvilke løsninger kommunen hadde. 28 % av administratorene svarte "vet ikke" på spørsmålet om melderutiner, og 51 % svarte det samme på spørsmålet om det var etablert krav til oppfølging av slike pasienter (tabell ikke vist).

To tredjedeler av kommuneoverlegene oppgir at det finnes melderutiner mellom omsorgstjeneste og fastleger ved utskrivninger av krevende pasienter, men bare vel en femtedel sier at det er utviklet bestemte kommunale krav til hvordan slike pasienter skal følges opp. Samlet sett er det lite som tyder på at kommunal helseadministrasjon har gått langt i å stille krav til legene for oppfølging overfor denne spesielle pasientgruppen. Hovedregelen er nok at det er pasienten selv, pårørende eller omsorgstjenesten som må som ta initiativet når behov for medisinsk hjelp oppstår.

Svargiverne ble bedt om å gi en samlet vurdering av den medisinske servicen til hjemmeboende pasienter med store behov i egen kommune. (Tabell 8.4) Svært få vurderer den som "utmerket". Kommunelegene er jevnt over mer positive enn administratorene. Ca halvparten av administratorene sier at den medisinske servicen er "tilfredsstillende".

Tabell 8.4 Vurdering av den medisinske servicen overfor pasienter med store behov i hjemmebasert omsorg i din kommune? Kommuneoverleger og helseadministratorene. Prosentvis. N=373.

	Kommunelege	Helseadministrator	Alle.
Utmerket	11	7	9
Stort sett bra	42	32	37
Tilfredsstillende	28	48	38
Svokter litt av og til	13	11	12
Utilfredsstillende	4	2	3
Vet ikke	2	1	2
Tot. (N)	100 (188)	100(185)	100 (373)

Sig P (Cramer's V) 0,003

Tabell 8.5 viser at kvaliteten på den medisinske servicen til pasienter i hjemmebasert omsorg med store behov vurderes ulikt i kommuner av ulik størrelse. Svargiverne fra de minste kommunene har mer enn tre ganger så stor sannsynlighet som andre for å mene at den medisinske servicen er bra, også når vi kontrollerer for effekten av forskjellene mellom kommuneoverleger og helseadministratorene. Det ser ikke ut til at de største kommunene skiller seg signifikant fra andre kommuner i denne sammenhengen. Interessant er også at kommuneoverleger i heltids- og deltidsstillinger vurderer dette svært ulikt. Deltidsoverlegene har en tendens til å vurdere situasjonen betydelig mer positivt enn både sine heltidsansatte kolleger. Samtidig viser tabellen at det ikke er signifikante forskjeller mellom administratorene og de heltidsansatte kommuneoverlegene.

Tabell 8.5 Multivariat analyse: Kvaliteten på medisinsk service vurdert som "Utmerket/Stort sett bra". Etter svargiver og kommunestørrelse. Logistisk regresjon. N=373.

	Odds ratio (Exp B)	Sig P
Kommuneoverlege, heltid*	1,209	0,654
Kommuneoverlege, deltid*	2,285	0,000
Liten kommune (Under 2000 innb.)**	3,276	0,000
Stor kommune (Over 20.000 innb.)**	0,711	0,313
Konstant	0,516	0,000

* Referansekategori: Kommuneoverlege

**Referansekategori: Kommuner 2 - 20.000 innbyggere. (Midlere kommuner)

8.4 Tiltak for å styrke det medisinske og omsorgsmessige tilbudet

Som et ledd i undersøkelsen ble svargiverne bedt om å ta stilling til et sett påstander om tiltak som kommunen kan iverksette eller bidra til for å forbedre tilbudet til krevende pasienter i kommunal omsorg. Tabell 8.6 viser hvordan kommuneoverlegene og helseadministratorene vurderte ulike tiltak.

Tabell 8.6 Vurdering av ulike tiltak for styrking av tilbudet til krevende pasienter i kommunal omsorg. Kommuneoverleger og helseadministratører. Andel som mener tiltaket er "Viktig" eller "Nokså viktig". Prosentvis. N=373.

	Kommune- overleger (N=188)	Helse- administratører (N=185)	Alle	N	Sig. P Cramer's V
Styrket samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten	94	100	97	366	0,001
Bedre elektroniske meldingssystemer mellom sykehus og kommunale tjenester	95	99	97	365	0,006
Bedre samarbeid mellom legene og omsorgstjenesten.	87	96	92	370	0,002
Bedre elektroniske meldingssystemer mellom legene og omsorgstjenesten	85	98	91	369	0,000
Flere sykepleiere med kompetanse på viktige pasientgrupper	87	94	91	367	0,022
Tydligere krav overfor legene mht hvordan slike pasienter følges opp	76	92	84	367	0,000
Bedre kvalitetsindikatorer for legetjenesten	64	87	75	361	0,000
Flere leger med spesiell kompetanse på viktige pasientgrupper	56	80	68	365	0,000

Svaralternativene i spørsmålene som ligger til grunn for tabellen var "Svært viktig", "Nokså viktig", "Ikke særlig viktig" og "Helt uviktig". Disse fire er slått sammen til to: "Svært viktig", og "Nokså viktig" er slått sammen til "Viktig" og "Ikke særlig viktig" og "Helt uviktig" er slått sammen til "ikke viktig". Beregningsgrunnlaget for tabellen er bare de som har vurdert spørsmålet (Kategorien "Vet ikke" settes lik missing).

Gjennomgående er det stor oppslutning om de aktuelle tiltakene. De alternative kategoriene "Ikke særlig viktig" og "Helt uviktig" velges bare i liten grad. Samtidig er det klare forskjeller mellom de to gruppene for alle aktuelle tema.

Både administratorene og kommuneoverlegene legger særlig stor vekt på tiltak for å styrke samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og legetjenesten i kommunene – både som en generell målsetting, og når det gjelder tiltak for bedre kommunikasjon. Også tiltak for å bedre samarbeidet mellom legene og omsorgstjenesten – både generelt og mer spesielt når det gjelder kommunikasjonssystemer – har stor oppslutning. Her er det imidlertid betydelig større forskjeller mellom svargiverne, ved at administratorene tillegger dette betydelig mer vekt enn det kommuneoverlegene gjør.

På enkelte områder er det særlig store forskjeller mellom de to gruppene. Det gjelder i første rekke spørsmålet om kvalitetsindikatorer for legetjenesten og spørsmålet om det bør satses på leger med spesiell kompetanse på visse pasientgrupper. Ingen av disse forslagene vinner særlig gehør hos kommuneoverlegene, mens administratorene tillegger disse tiltakene vesentlig mer betydning.

Stort sett er det liten forskjell mellom svargivere fra ulike typer kommuner med hensyn til hvordan tiltakene som er nevnt i tabellen blir vurdert. Når det gjelder kvalitetsindikatorer skiller imidlertid de største kommunene seg ut (Tabell 8.7). Svargiverne fra disse kommunene har en betydelig høyere sannsynlighet for å vektlegge dette som virkemiddel – også når vi kontrollerer for svargivers stilling.

Tabell 8.7 Multivariat analyse: Bedre kvalitetsindikatorer vurdert som viktig. Etter svargiver og kommunestørrelse. Logistisk regresjon. N=373.

	Odds ratio (Exp B)	Sig P
Kommuneoverlege, heltid	0,380	0,049
Kommuneoverlege, deltid	0,330	0,000
Liten kommune (Under 2000 innb.)**	1,441	0,287
Stor kommune (Over 20.000 innb.)**	2,558	0,037
Konstant	4,459	0,000

* Referansekategori: Kommuneoverlege

**Referansekategori: Kommuner 2 - 20.000 innbyggere. (Midlere kommuner)

8.5 Oppsummering/drøfting

Den helt sentrale utfordringen for den kommunale helsetjenesten i årene som kommer blir å gi eldre, syke og omsorgstrengende pasienter et trygt, sammenhengende, sømløst og forutsigelig omsorgstilbud – der god medisinsk oppfølging blir et viktig element. Dette reiser mange problemstillinger. Vi trenger en helsetjeneste der samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten, allmennlegene og omsorgstjenestene blir en nøkkelproblemstilling. I dette kapitlet har vi prøvd å danne oss et bilde av situasjonen i kommunene i årene før denne utviklingen setter fart. Vi har bedt om erfaringer og vurderinger vedrørende det medisinske tilsynet i sykehjemmene, det medisinske tilbudet til hjemmeboende eldre pasienter med store behov, og til slutt bedt om vurderinger av mulige kommunale tiltak for å styrke det helse- og omsorgsmessige tilbudet til syke gamle i kommunal omsorg.

Flertallet av kommuneoverlegene og helseadministratorene gir et betinget ja på spørsmålet om de opplever tilsynslegetjenesten i egen kommune som god. Mange er bare "litt enig" i dette, og en tredjedel er litt eller helt uenig. Deltidsansatte kommuneoverleger har et klart mer positivt syn på dette enn både sine heltidsansatte kolleger og administratorene. Særlig helseadministratorene ser behov for en sterkere kommunal styring av tilsynslegetjenesten. Bare et mindretall av svargiverne sier seg "helt enig" i at det er stilt opp kommunale krav til hvor ofte pasienter skal tilses, enda færre er helt enig i at det er utarbeidet gode stillingsinstrukser for tilsynslegevirksomheten. Det er ingenting som tyder på at rapporter fra tilsynslegene har noen plass i kommunal planlegging.

Det ser ut til at et flertall av kommunene har utviklet melderutiner mellom kommunale omsorgstjenester og fastleger i forbindelse med sykehusutskrivninger av omsorgstrengende pasienter med store behov for oppfølging etter utskrivning. Men under en fjerdedel sier at det er etablert bestemte kommunale krav til oppfølging av slike pasienter. Litt under halvparten beskriver den medisinske servicen overfor hjemmeboende pasienter som "Utmerket" eller "Stort sett bra", og i dette spørsmålet er helseadministratorene klart mer kritiske til situasjonen i egen kommune enn kommuneoverlegene er. Svargiverne fra de aller minste kommunene skiller seg ut: de er langt mer fornøyd med den medisinske servicen overfor hjemmeboende enn svargiverne fra andre kommuner.

Bedre samarbeid og bedre samhandlingsverktøy – både i forhold til spesialisthelsetjenesten og den kommunale omsorgstjenesten – fremstår som prioriterte tiltak for å styrke tilbudet til krevende pasienter i kommunal omsorg. Spørsmål om kompetanseløfting for å sette kommunalt helse- og omsorgspersonell i stand til å møte mer krevende pasientgrupper gir et delt resultat.

Kompetansemessig styrking av sykepleierne i kommunehelsetjenesten er et prioritert tiltak, mens det i mindre grad omfatter legene.

Gjennomgående er det tydelige forskjeller mellom kommuneoverlegene og helseadministratorene når det gjelder oppslutningen om utviklingstiltak, der helseadministratorene fremstår som de mest tiltaksorienterte. Når det gjelder styringsorienterte tiltak – som f. eks å stille tydeligere kommunale krav og å utvikle kvalitetsindikatorer for legetjenesten – er forskjellene særlig store. Den større styringsviljen i det administrative apparatet kan tolkes på flere måter. For svargiverne i kommuneadministrasjon er byråkratiske styringsmidler basert på f. eks målformulering og resultatrapportering en vanlig og vel innarbeidet arbeidsform, mens samspillet mellom kommuneoverlegene og legene ute i praksis er preget av kollegiale og dialogiske samarbeidsformer. Slik sett kan vi betrakte de ulikhetene vi har sett som et alminnelig uttrykk for et møte mellom ulike kulturer. På den annen side ligger det nok i de administrative synspunktene et uttrykk for kritikk av måten sektoren fremstår på i dag – med et betydelig element av understyring i forhold til viktige kommunalpolitiske målsettinger for helse- og omsorgspolitikken.

9 Kommunene og Samhandlingsreformens utfordringer

9.1 Innledning

De perspektivene som trekkes opp i "Samhandlingsmeldinga" stiller kommunene overfor store utfordringer. Kommunehelsetjenesten skal ta vare på flere og sykere pasienter, ha et større ansvar for oppfølging av kronikere, og styrke det kommunale forebyggende arbeidet. I mange av disse oppgavene vil legene stå helt sentralt – både som ressurs i utviklings- og planleggingsarbeid, og i praktisk gjennomføring. Som en del av undersøkelsen ble svargiverne bedt om å vurdere hva de selv – ut fra egne erfaringer – mente var nødvendige og viktige tiltak for å sette kommunene i stand til å møte disse utfordringene.

Slike tiltak kan tenkes forankret på ulike nivå: Lokalt i den enkelte kommune, eller i nasjonale tiltak. Kommunene kan etablere rutiner, iverksette prosjekter eller organisatoriske løsninger for å ivareta nye oppgaver – enten innenfor egne rammer, eller i samarbeid med andre. På statlig nivå kan vi tenke oss ulike ordninger, støtte- eller stimulerings tiltak, som kan styrke kommunenes muligheter til å utvikle den lokale helsetjenesten for å realisere viktige helsepolitiske mål. Vi har derfor bedt svargiverne ta utgangspunkt i to ulike perspektiver:

Lokalt perspektiv: Hva er de viktigste tiltakene som kan iverksettes lokalt for å gjøre den kommunen du selv arbeider i bedre i stand til å møte utfordringene?

Nasjonalt perspektiv: Hva er de viktigste tiltakene på nasjonalt nivå for å gjøre norske kommuner i sin alminnelighet i stand til å løse de oppgaver de vil bli stilt overfor?

Svargiverne ble bedt om å vurdere en rekke foreslåtte tiltak som enten kunne iverksettes i den enkelte kommune, eller i statlig regi. Svaralternativene var "Helt avgjørende", "Meget viktig", "Ikke særlig viktig" eller "Helt uten betydning". I tabellene i dette kapitlet er svaralternativene slått sammen til to kategorier: "Helt avgjørende/meget viktig" og "Ikke særlig viktig/helt uten betydning".

9.2 Tiltak i egen kommune

Tabell 9.1 Tiltak i egen kommune. Andel som mener ulike tiltak er "Viktig". Kommuneoverleger og helseadministratorer. Prosentvis N=373.

	Kommune- overleger (N=188)	Helse- adm. (N=185)	Alle	N	Signifikant P Cramer's V
Gode virkemidler for å styrke samarbeidet mellom fastlegene og de andre tjenestene på helse- og omsorgssektoren i kommunene.	88	98	93	372	0,000
Bedre samarbeid mellom fastlegene og spesialister i sykehuset.	89	97	93	371	0,002
Større forståelse i det kommunale og politiske lederskap for de utfordringer vi står overfor	82	84	83	364	0,674
Stimulere fastleger til å skaffe seg kompetanse på store kronikergrupper i kommunal omsorg	75	96	83	366	0,000
Samarbeid med nabokommuner om viktige tjenester	80	85	82	372	0,191
Tydligere kommunale krav til samarbeid mellom fastleger og kommunal omsorgstjeneste innarbeidet i avtaleverket	69	93	81	366	0,000
Bedre systemer for innhenting av data fra legetjenesten slik at vi kan belyse hvor godt vi når viktige mål	74	87	81	365	0,001
Styrket analyse- og planleggingskapasitet på det helsefaglige området i kommunen	71	88	80	365	0,000
En sterkere vektlegging av kommunale målsettinger i de individuelle avtalene med våre fastleger	67	83	75	364	0,001
Flere leger i store stillingsandeler knyttet til medisinsk oppfølging av eldre pasienter i kommunal omsorg	64	78	71	357	0,003
Samarbeid med nabokommuner på det administrative planet, for å utvikle en sterkere og mer profesjonell administrasjon	63	72	67	365	0,063

Svaralternativene for spørsmålene som danner grunnlaget for tabellen var "Helt avgjørende", "Meget viktig", "Ikke særlig viktig" og "Helt uten betydning". I tabellen er "Helt avgjørende" og "Meget viktig" slått sammen til "Viktig", og "Ikke særlig viktig" og "Helt uten betydning" til "Uviktig".

Både kommuneoverlegene og helseadministratorene tillegger tiltak for å bedre samarbeidet i trekanten fastleger – spesialisthelsetjenester – lokale omsorgstjenester stor betydning. 98 % av

administratorene, 88 % av kommuneoverlegene oppfatter dette som helt avgjørende eller meget viktig.

Stort sett tyder tabellen på generelt større tro på utviklingstiltak hos administratorene enn hos kommuneoverlegene. På noen områder er imidlertid synspunktene helt sammenfallende. Administratorene og kommuneoverlegene er enige om at det er et stort behov for større forståelser i det kommunale administrative og politiske lederskapet for de utfordringene kommunen står overfor. Heller ikke når det gjelder behovet for samarbeid med nabokommuner er det meningsforskjeller mellom gruppene. Begge tillegger samarbeid med nabokommuner om viktige tjenester stor betydning. De er imidlertid mer tilbakeholdne til tanken om også å samarbeide på det administrative planet, selv om begrunnelsen er å utvikle en sterkere og mer profesjonell administrasjon.

På enkelte områder er det viktige forskjeller mellom de to gruppene. Det gjelder særlig spørsmål som dreier seg kommunal påvirkning eller styring av den lokale helsetjenesten, der administratorene er betydelig mer tilbøyelige til å mene at tiltakene er avgjørende eller meget viktige enn det kommuneoverlegene er. Det gjelder:

- Tydeligere kommunale krav til samarbeid mellom leger og omsorgstjeneste innarbeidet i avtaleverket.
- Sterkere vektlegging av kommunale målsettinger i fastlegeavtalene.
- Styrket analyse- og planleggingskapasitet på det helsefaglige området i kommunen.
- Bedre systemer for innhenting av data fra legetjenestene for å belyse hvor godt man når viktige mål.

Et annet viktig område der forskjellene er store er spørsmål knyttet til kompetansesammensetning og innretning av legetjenesten mot bestemte pasientgrupper. Også her er kommuneoverlegene betydelig mer tilbakeholdne enn helseadministratorene. Det gjelder:

- Stimulere fastleger til på å skaffe seg kompetanse på store kronikergrupper i kommunal omsorg.
- Flere leger i store stillingsandeler knyttet til medisinsk oppfølging av eldre pasienter i kommunal omsorg.

Det er rimelig å anta at spørsmålet om samarbeid med nabokommuner vurderes ulikt i kommuner av ulike størrelse. Det er nærliggende å anta at jo mindre kommunen er, jo mer samarbeidsorientert vil man være. En test viser at hypotesen bare har delvis støtte i våre data (Logistisk regresjon, tabell ikke vist). Svargiverne fra de store kommunene (over 20.000 innbyggere) er klart mindre opptatt av å inngå i slike samarbeidsforhold enn kommuner opp til 20.000 innbyggere. Når vi kontrollerer for effekten av svargivers rolle i kommunen finner vi imidlertid ikke hold for en antakelse om at de aller minste kommunene (under 2.000) er mer samarbeidsorientert enn de midlere. (Logistisk regresjon, tabell ikke vist).

9.3 Tiltak på nasjonalt nivå

Tabell 9.2 Tiltak på nasjonalt nivå. Andel som mener tiltaket er "Viktig". Kommuneoverleger og helseadministratører. Prosentvis N=373.

	Kommune- overleger (N=188)	Helse-adm. (N=185)	Alle	N	Signifikant P Cramer's V
Bedre elektroniske samhandlingssystemer mellom sykehus, fastleger og kommunale tjenester	93	98	95	369	0,026
En økt forståelse i spesialisthelsetjenesten for kommunenes arbeidsmåte	91	96	93	368	0,110
En utvidelse av takstsystemet slik at det i større grad blir lønnsomt å følge opp kroniske pasienter	87	90	89	358	0,614
En utvidelse av takstsystemet slik at det i større grad blir lønnsomt å drive forebyggende helsearbeid i praksissammenheng	86	93	89	350	0,043
Utvikling av gode økonomiske og organisatoriske modeller for interkommunalt samarbeid om legetjenester	86	87	87	365	0,772
En omlegging til et oppgjørssystem for legene som frigjør mer tid til oppgaver som ikke passer inn i takstsystemet slik det er i dag.	81	90	85	350	0,016
Utvikling av gode modeller for interkommunalt samarbeid på administrasjonsplanet for å gi mindre kommuner en mer profesjonell administrasjon	83	85	84	359	0,582
Et avtaleverk for legetjenesten som i større grad enn i dag gjør det mulig å knytte fastlegene opp mot kommunale planer og målsettinger	75	93	84	366	0,000
Bedre nasjonale systemer for innhenting og bearbeidelse av data fra legetjenesten slik at vi kan belyse hvor godt vi når viktige mål	79	86	83	365	0,094
En betydelig økning i antallet fastleger på landsbasis	78	84	81	354	0,195

Tabell 9.3 Forts. Tiltak på nasjonalt nivå. Andel som mener tiltaket er "Viktig". Kommuneoverleger og helseadministratører. Prosentvis N=373.

	Kommune- overleger (N=188)	Helse-adm. (N=185)	Alle	N	Signifikant P Cramer's V
Tilrettelegging av ordninger som stimulerer fastleger til å skaffe seg spesialkompetanse på store kronikergrupper i kommunal omsorg	71	87	79	363	0,000
Bedre betingelser for fastlegestillinger på fast lønn i kommunene	82	65	74	348	0,000
En sterkere satsing på distriktsmedisinske sentra	70	77	74	352	0,132
Mindre sentral detaljstyring og større rom for at fastlegene i den enkelte kommune kan utvikle tjenester i tråd med befolkningens behov	52	57	54	345	0,339

Svaralternativene for spørsmålene som danner grunnlaget for tabellen var "Helt avgjørende", "Meget viktig", "Ikke særlig viktig" og "Helt uten betydning". I tabellen er "Helt avgjørende" og "Meget viktig" slått sammen til "Viktig", og "Ikke særlig viktig" og "Helt uten betydning" til "Uviktig".

I det nasjonale perspektivet – som i det lokale – er det tiltak for å styrke samspillet mellom spesialisthelsetjenestene og kommunal helse- og omsorgstjeneste som vektlegges sterkest – både blant kommuneoverlegene og helseadministratorene. Begge grupper vektlegger sterkt behovet for elektronisk samhandlingsverktøy, administratorene litt mer enn kommuneoverlegene. Nesten like sterkt vektlegges behovet for å øke forståelsen for kommunenes arbeidsmåter i spesialisthelsetjenesten. Her er det ikke forskjell mellom gruppene.

89 % av svargiverne vurderer revisjoner av takstsystemet for å få en bedre innretning mot prioriterte grupper som viktig. Det gjelder både i forhold til kronikeromsorg og forebyggende helsearbeid. Her er det små forskjeller mellom gruppene. Helseadministratorene er imidlertid noe mer tilbøyelig til å ville prioritere forebyggende helsearbeid gjennom takstsystemet enn det kommuneoverlegene er. Når det gjelder tanken om å revidere oppgjørssystemet slik at det frigjøres mer tid til oppgaver som ikke passer i dagens takstsystem ser det ut til at det er noe større forbehold på legesiden enn på administrasjonssiden.

På enkelte områder er det iøynefallende store forskjeller mellom de to gruppene svargivere. Godt over 90 % av administratorene mener det er behov for å utvikle et avtaleverk som i større grad knytter fastlegene opp mot kommunale planer og målsettinger enn det som er mulig i dag. Andelen som støtter en slik tanke er betydelig mindre på legesiden. Heller ikke tanken om å tilrettelegge ordninger som stimulerer fastlegene til å skaffe seg spesialkompetanse på store kronikergrupper i kommunal omsorg får den samme oppslutningen hos kommuneoverlegene som hos administratorene.

Verd å merke seg er også at de også er klart delt i synet på verdien av prøve å øke andelen fastlønte fastleger ved å tilrettelegge bedre betingelser for denne typen praksisfinansiering. Over 80 % av kommuneoverlegene støtter en slik tanke, mens bare 65 % av de administrative lederne gjør det.

Når det gjelder tiltak for å tilrettelegge for bedre interkommunalt samarbeid er det liten uenighet mellom svargiverne. Det er stor grad av enighet om at det er behov for utvikling av gode modeller for interkommunalt økonomisk og organisatorisk samarbeid om legetjenester, og for interkommunalt samarbeid på administrasjonsplanet. Det er heller ingen uenighet om betydningen av distriktsmedisinske sentre.

Interessant å merke seg er også at bare vel halvparten av svargiverne mener at det er "avgjørende" eller "meget viktig" å begrense sentral detaljstyring for å gi større rom for at fastlegene i den enkelte

kommune kan utvikle tjenester i tråd med befolkningens behov. Her er det ingen uenighet mellom gruppene.

9.4 Ulike behov i ulike typer kommuner

Spørsmålene om behovet for samarbeid med nabokommuner om tjenester og administrative løsninger gir ulike reaksjoner i ulike typer kommuner. Tabellene 9.3 og 9.4 gir et bilde av dette.

Tabell 9.4 Multivariat analyse: "Utvikling av gode økonomiske og organisatoriske modeller for interkommunalt samarbeid om legetjenester". Etter svargivers stilling og kommunestørrelse. Logistisk regresjon. N=373.

	Odds ratio (Exp B)	Sig P
Kommuneoverlege, heltid	1,315	0,633
Kommuneoverlege, deltid	0,799	0,514
Liten kommune (Under 2000 innb.)	1,258	0,632
Stor kommune (Over 20.000 innb.)	0,266	0,001
Konstant	9,225	0,000

* Referansekategori: Kommuneoverlege

**Referansekategori: Kommuner 2 - 20.000 innbyggere. (Midlere kommuner)

Tabell 9.5 Multivariat analyse: "Utvikling av gode modeller for interkommunalt samarbeid på administrasjonsplanet". Etter svargivers stilling og kommunestørrelse. Logistisk regresjon. N=373.

	Odds ratio (Exp B)	Sig P
Kommuneoverlege, heltid	1,038	0,943
Kommuneoverlege, deltid	0,801	0,481
Liten kommune (Under 2000 innb.)	0,458	0,027
Stor kommune (Over 20.000 innb.)	0,402	0,022
Konstant	8,042	0,000

Oversiktstabellen (tabell 9.2) viser at 87 % av svargiverne mener at "Utvikling av gode økonomiske og organisatoriske modeller for interkommunalt samarbeid om legetjenester" er "avgjørende" eller "meget viktig" som forberedelse til samhandlingsreformens utfordringer. Tabell 9.4 viser at svargivere fra småkommuner og det vi har kalt midlere kommuner (referansekategori) har omtrent den samme vurderingen av behovet for gode modeller for interkommunalt samarbeid om legetjenester, når vi kontrollerer for svargivers tilknytning. Svargiverne fra de største kommunene – over 20.000 innbyggere – er signifikant mer negative til et slikt samarbeid enn svargiverne fra de andre kommunene.

Oversiktstabellen (Tab. 9.2) viser også at de fleste er enige i at det er behov for "Utvikling av gode modeller for interkommunalt samarbeid på administrasjonsplanet for å gi mindre kommuner en mer profesjonell administrasjon". Tabell 9.5 viser imidlertid et interessant sammenfall i svarene fra største og de minste kommunene i dette spørsmålet, når vi kontrollerer for effekten av svargivers stilling. Både representantene fra storkommuner og småkommuner er klart mer skeptiske til denne typen samarbeid enn svargiverne fra de mellomliggende kommunene.

En tilsvarende markering av småkommunenes skepsis mot overlokale føringer på den lokale helsepolitikken finner vi i tabell 9.6. Halvparten av de som har svart sier seg enige i at "Mindre sentral detaljstyring og større rom for at fastlegene i den enkelte kommunen kan utvikle tjenester i tråd med befolkningens behov" er avgjørende/viktig. En multivariat analyse, der vi kontrollerer for svargivers tilknytning og kommunestørrelse, viser at svargiverne fra de minste kommunene er klart mest skeptiske til innblanding fra sentrale fagmyndigheter i den lokale helsepolitikken.

Tabell 9.6 Multivariat analyse: "Mindre sentralstyring". Etter svargivers stilling og kommunestørrelse. Logistisk regresjon. N=373.

	Odds ratio (Exp B)	Sig P
Kommuneoverlege, heltid	0,451	0,058
Kommuneoverlege, deltid	0,907	0,681
Liten kommune (Under 2000 innb.)	2,331	0,005
Stor kommune (Over 20.000 innb.)	0,929	0,821
Konstant	1,170	0,381

Vi har tidligere sett at formelle og organisatoriske virkemidler i kommunalt utviklingsarbeid vedrørende legetjenesten brukes i størst grad og vurderes mest positivt i de største kommunene. Dette mønstret får vi gjentatt når vi ber om vurderinger av tiltak på nasjonalt nivå. Også vurdert som tiltak på det nasjonale planet har dette ulik støtte i små og store kommuner, illustrert i tabell 9.7. Svargiverne fra de største kommunene har en nesten tre ganger større sannsynlighet for å mene at "Bedre nasjonale systemer for innhenting og bearbeidelse av data fra legetjenesten" er "avgjørende" eller "meget viktig" for å forberede kommunene for de utfordringene Samhandlingsmeldinga tar utgangspunkt i.

Tabell 9.7 Multivariat analyse: "Bedre nasjonale data om legetjenesten". Etter svargiver og kommunestørrelse. Logistisk regresjon. N=373.

	Odds ratio (Exp B)	Sig P
Kommuneoverlege, heltid	0,494	0,187
Kommuneoverlege, deltid	0,687	0,203
Liten kommune (Under 2000 innb.)	1,067	0,855
Stor kommune (Over 20.000 innb.)	3,157	0,030
Konstant	4,998	0,000

9.5 Utfyllende kommentarer fra kommuneoverleger og helseadministratorer.

En forhåndsoppstilt temameny, lik den vi bruker i denne undersøkelsen, vil aldri bli uttømmende. Vi har prøvd å stille sammen en rekke problemstillinger som sentrale dimensjoner knyttet til forholdet mellom legetjenesten og kommunal administrasjon, samarbeidsforhold, avtaleforhold, rapporteringsrutiner, kompetanseutvikling og interkommunalt samarbeid. Det er alltid en fare for at vi med en slik oppstilling ikke klarer å fange opp problemstillinger og tema som er viktige for de som står i den aktuelle situasjonen. I spørreskjema ble derfor svargiverne bedt om å gi utfyllende kommentarer, og beskrive andre viktige tiltak eller forhold enn de nevnte som de mente var viktige for å sette kommunene i stand til å møte samhandlingsreformens utfordringer.

En del viktige tema i **kommuneoverlegenes** svar var:

- Ressurssituasjonen:
 - Mange var bekymret for at ressurssituasjonen i kommunene ikke ville stå i samsvar med det som tilføres av nye oppgaver.
 - Behov for øremerking av midler for bestemte tiltak knyttet til reformen.
 - Stimulere kommunene til å utvikle lokale metoder som utløser midler.
 - Ikke heldig å flytte midler til distriktsmedisinske sentre på bekostning av tiltak i kommunene.
- Behov for økning og styrking av kommuneoverlegenes rolle. Styrke samfunnsmedisinen, og tilrettelegge bedre for at den medisinske kompetansen utnyttes i arbeidet med å utvikle kommunehelsetjenesten.
- Styrke det kommunale eierskapet til allmennlegetjenesten.
- Styrke rehabiliterende tjenester i kommunene.
- Avsette mer tid til samarbeid: i kommunen, og mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten.
- Styrke innsatsen for å utvikle elektronisk kommunikasjon i helsetjenesten.
- Gjennomgang av fastlegesystemet for å gi det en bedre innretning mot de utfordringer kommunene står overfor.

Helseadministratorene pekte blant annet på:

- Ressurssituasjonen. (Dette var et dominerende tema i svarene fra helseadministratorene):
 - Kommunene må få økonomiske rammebetingelser som setter dem si stand til å møte utfordringene.
 - Behov for øremerking av midler til viktige oppgaver.
 - Revidere finansieringsordningen for spesialisthelsetjenesten slik at det lønner seg å samarbeide med kommunene.
- Økonomiske og andre tiltak for å styrke forebyggende og helsefremmende arbeid. (F. eks ved øremerking av midlere).
- Revidere takstsystemet for legene slik at det bedre ivaretar samarbeidsbehov.
- Vurdere om fastlegeordningen er tilpasset de oppgaver kommunehelsetjenesten står overfor.
- Se på kommunestruktur og forvaltningsoppdeling: Hvor godt er dagens struktur tilpasset nye oppgaver?
- Flere leger med samfunnsmedisin som spesialitet.

9.6 Sammenfatning/drøfting

I dette kapitlet har vi bedt svargiverne – med utgangspunkt i sine erfaringer fra sitt arbeid i den kommunale helsetjenesten – vurdere ulike forslag til legerelaterte tiltak som de mener kan bidra til å styrke den kommunale helsetjenesten i møtet med samhandlingsreformens utfordringer. Noen av disse tiltakene er direkte styrings- og samhandlingsrelaterte – andre er mer indirekte. Vi har bedt dem ta utgangspunkt i to perspektiver: Aktuelle tiltak i egen kommune, og tiltak på nasjonalt nivå.

I et spørreskjema med begrenset plass vil vi ikke kunne behandle alle relevante tema knyttet til utviklingsbehov i kommunehelsetjenesten på en utfyllende måte. Svargivningen kan imidlertid gi oss

en pekepinn på i hvilke retninger kommuneleger og administrative ledere i den kommunale helsetjenesten ser viktige utviklingsbehov, på grunnlag av de erfaringer man har fra eget arbeid med ledelses- og utviklingsarbeid på den kommunale helsesektoren. Og vi får et bilde av hvor de viktigste forskjellene går mellom svargiverne fra de to kommunale funksjoner representert i vår undersøkelse: Kommuneoverlegene og administrative ledere på sektoren.

Både administratorer og kommuneleger vektlegger sterkt tiltak for å forbedre samspillet i trekanten spesialisthelsetjeneste - fastleger - kommunal omsorgstjeneste. Både i det lokale og det nasjonale perspektivet blir tiltak på dette området som oftest skåret med svaralternativene "Helt avgjørende" eller "meget viktig". På dette området er forskjellene mellom svargiverne små.

Også når det gjelder takstsystemets innretning er det små forskjeller mellom kommuneoverleger og administratorer. Det er få som reserverer seg mot revisjoner i takstsystemet som gir bedre innretninger mot prioriterte områder, som f. eks kronikeromsorg og forebyggende helsearbeid.

Gjennomgående ser det ut til at de kommunale helseadministratorene er betydelig mer tiltaks- og styringsorienterte enn kommuneoverlegene, særlig i det lokale perspektivet. Mens de fleste administratorene tillegger virkemidler som å tydeliggjøre kommunale krav til samarbeid legetjeneste/omsorgstjeneste, bedre systemer for lokale styringsdata, og tettere koblinger mellom individuelle avtaler og lokale helsepolitiske målsettinger stor vekt – er mange av kommuneoverlegene mer tilbakeholdne på disse områdene. Når det gjelder denne typen tiltak finner vi også en interessant forskjell mellom kommuner av ulik størrelse. Svargiverne fra de store kommunene er klart mest opptatt av å få utviklet gode styringsdata: "Nasjonale systemer for innhenting og bearbeiding av data fra legetjenesten slik at i kan belyse hvor godt vi når viktige mål".

Spørsmålet om tiltak for å stimulere interkommunalt samarbeid – enten omkring bestemte tjenester, eller på administrasjonsplanet – utløser lite uenighet mellom kommuneoverleger og administratorer. Derimot er det i slike spørsmål betydelige forskjeller mellom svargivere fra ulike typer kommuner. Verd å merke seg er at svargiverne fra de minste kommunene ikke ser ut til å være mer interkommunal samarbeidsorientert enn svargiverne fra de midlere kommunene – hverken når det gjelder samarbeid om legetjenester eller på administrasjonsplanet. Når det gjelder spørsmålet om samarbeid på administrasjonsplanet for å oppnå en mer profesjonell administrasjon på helsesektoren det ut til at småkommunenes representanter er klart mer tilbakeholdne mot denne tanken enn de som har utgangspunkt i de midlere kommunene. Også på andre måter kommer sterk selvstendighetstrang i småkommunene til uttrykk. Representantene fra småkommunene – både kommuneoverleger og administratorer – er de som oftest slutter seg til tanken "Mindre sentral detaljstyring, og større rom for at fastlegene i den enkelte kommune kan utvikle tjenester i tråd med befolkningens behov". I utgangspunktet er det overraskende at det er de minste kommunene – med en liten helseadministrasjon og ofte gjennomtrekkspreget legetjeneste - som i størst grad reserverer seg mot overlokale løsninger. Det er rimelig å se dette i sammenheng med de siste års debatt om behovet for tvangssammenslåing av kommuner, der et av argumentene nettopp er å oppnå en mer profesjonell kommunal administrasjon gjennom sammenslåing av mindre kommuner.

10 Sammenfatning/drøfting

Kommunehelseloven gir kommunene ansvaret for å tilby sine innbyggere nødvendige helsetjenester som ikke krevet behandling på spesialistnivå. For å sikre sin befolkning tilgang til allmennlegetjenester inngår kommunene avtaler med et nødvendig antall næringsdrivende fastleger, eventuelt tilsetter leger i fastlønnbaserte stillinger. Hovedmodellen for den norske fastlegeordningen er næringsdrivende leger. Individuelle legekonertrakter og det generelle avtaleverket mellom Legeforeningen, Staten og Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon setter premissene for samarbeidet mellom kommunene og legene som arbeider der.

En reform etter de linjer som trekkes opp i Samhandlingsmeldinga stiller kommunene og den kommunale helsetjenesten overfor store utfordringer. Kommunene skal ha et større ansvar for de eldste og sykeste pasientene. De må ha et tettere og mer aktivt samarbeid med spesialisthelsetjenestene for å skape et sammenhengende og enhetlig tilbud til pasienter ved utskrivninger fra sykehus der det er behov for kommunal omsorg og medisinsk oppfølging etter sykehusoppholdet. Kommunene skal styrke kronikeromsorgen og styrke sitt forebyggende helsearbeid. I alle disse sammenhengene vil legetjenesten i kommunene spille en avgjørende rolle. Et utvidet og styrket kommunalt ansvar for befolkningen vil gjøre det nødvendig å drøfte rammene rundt også denne nøkkeltjenesten. I denne rapporten drøftes kommunale erfaringer knyttet til samspillet og samarbeidet mellom kommunal administrasjon og legetjenesten i kommunene. Det kan danne et kunnskapsmessig bakteppe for en diskusjon av hvordan dette forholdet kan utvikles videre.

Vår drøfting viser at det går noen tydelige skiller gjennom kommunal helseforvaltning – og mellom ulike typer norske kommune - i måten kommunene forholder seg til sine legetjenester på. På den ene siden finner vi det som kan kalle den dialogiske styringsformen, slik den er beskrevet i Heen og medarbeideres undersøkelse (Heen og Gjerberg 2005). Den er preget av uformelle relasjoner, samtaler og gjerne stor gjensidig personlig tillit. Denne formen er i stor grad bygd inn i kommuneoverlegenes rolle, og trives særlig godt i de mindre kommunene. På den andre siden har vi det vi kan kalle den profesjonaliserte forvaltning av helsetjenestene. Den er preget av en større tro på organisatoriske tiltak og byråkratiske styringsformer. Denne formen finner vi sterkest uttrykt gjennom de svarene vi har fått fra helseadministratorene, og har et særlig godt fotfeste i de større kommunene (inkludert bydelene i Oslo).

Helseadministratorene beskriver i mange sammenhenger sektoren som understyrt. De mener oftere enn kommuneoverlegene at det bør stilles tydeligere kommunale krav til legene, og at kommunale planer og målsettinger bør få større gjennomslag både i avtaler og i det alminnelige samarbeidet med legene i kommunen. Kommuneoverlegene er mer tilbakeholdne i forhold til denne typen styringsmidler. Størst skepsisen blant kommuneoverleger i deltidsstillinger, vanligvis kombinert med praksis som praktiserende fastlege.

Samarbeidsutvalgenes svært ulike status illustrerer forholdet mellom de store og mindre kommunene når det gjelder troen på organisatoriske og formaliserte samarbeidsorganer. 95 % av svargiverne fra de største kommunene mener at samarbeidsutvalgene har avgjørende eller stor betydning, mens bare 57 % av svargiverne fra de minste kommunene mener det samme. I mange av småkommunene mangler samarbeidsutvalgene helt. Det er gjerne begrunnet med at små forhold gjør at man allikevel har en god dialog. Samtidig rapporterer svargiverne fra de største kommunene at de gjennom avtalene med legene har betydelig mindre innflytelse på spørsmål knyttet til legetjenestens lokalisering, organisering og kvalitet for brukerne. I den dialogiske modellen, basert på samtaleform, nærhet og gjensidighet, er det kanskje lettere å finne kompromisser og omforente løsninger. Når

avstanden mellom administrasjon og legetjenesten blir større blir gjerne synspunktene mer prinsipielle, omforente løsninger vanskeligere å oppnå, og betydningen av formaliserte organisatoriske og byråkratiske samarbeidsordninger større.

Utvikling av gode styringsdata – data om aktivitet og bruk av offentlige tjenester til bruk i analysesammenheng, oppfattes som viktigere av administratorene enn av kommuneoverlegene, og tillegges større betydning i store kommuner enn i små. Men bruk av slike data har liten tradisjon i kommunene, og bare få bruker slike data som grunnlag for behovsvurderinger og planlegging. Bare få kommuner innhenter på rutinemessig måte data om kvalitet og tilgjengelighet i legetjenesten. Det vanligste er at slike data innsamles mer sporadisk, og det som oftest gjøres til gjenstand for slike undersøkelser er telefontilgjengelighet og ventetider (13 % sier at slike undersøkelser gjøres regelmessig). Samlet sett er det lite som tyder på at bruk av data om aktiviteten i legetjenesten for å følge opp helsepolitiske målsettinger er blitt en vanlig arbeidsform i kommunehelsetjenesten. En åpenbar og antakelig viktig forklaring på dette er at det fra sentralt statlig hold ikke produseres data som på en enkel måte kan gjøres tilgjengelig på dette området. Det betyr at å igangsette slike undersøkelser i kommunene kan kreve en betydelig ekstrainsats både for kommunal administrasjon og legene selv. På den annen side kan oppfølging og erfaringsinnsamling ha mange former. I mange kommuner er andre og mer uformelle rapporteringsformer enn datainnsamling viktige. Særlig fra de mindre kommunene fortelles det om at kvalitet og tilgjengelighet i legetjenesten er tema man er opptatt av hele tiden, men dette følges opp gjennom møter og samtaler, og ikke ved datainnsamling. En knapp tredjedel av svargiverne sier at rapporter fra sykehjemslegene er viktige for kommunal planlegging. Rundt 40 % sier at det gjennomføres samtaler for rapportering og erfaringsinnhenting fra legene som arbeider i skolehelsetjeneste og helsestasjoner, som grunnlag for planlegging av forebyggende helsearbeid i kommunene. I de større kommunene skal rapportering – muntlig og dialogbasert eller formalisert og skriftlig (databasert) – dekke en sammensatt og kompleks virksomhet. Det er rimelig å anta at samtaleformen fort oppleves utilstrekkelig og usystematisk i det store systemet, mens datainnsamling og formaliserte analyseverktøy kan oppleves tilsvarende meningsløse i et mindre system, preget av personlige relasjoner og stor transparens.

Legeinnsatsen i forebyggende helsearbeid organisert i helsestasjoner og skolehelsetjeneste har minsket i omfang siden fastlegeordningens innføring. Og det store flertallet blant kommuneoverleger og helseadministratorer mener at disse tjenestene ikke prioriteres høyt nok av politikerne i egen kommune. Bare rundt halvparten sier at det er utviklet stillingsinstrukser for legene i slike (deltids-)stillinger i egen kommune, og to tredjedeler sier at de stillingsinstrukser man har for det offentlige legearbeidet er for utydelige med hensyn til legenes oppgaver og plikter. Hovedinntrykket er at også på disse områdene, der legeinnsatsen er organisert i fastlønnede deltidsstillinger, spiller kommunenes administrasjon en tilbaketrasket rolle.

Forholdet mellom legetjenesten og omsorgstjenesten blir sentralt i årene som kommer. Gode koblinger mellom en forsterket omsorgstjeneste og god medisinsk oppfølging er en forutsetning for at kommunene skal kunne ta hånd om stadig flere gamle og meget syke pasienter. Tilsynslegetjenesten i sykehjem og samspillet mellom fastlegene og den åpne omsorgen – blir særlig viktige i denne sammenheng. Vår undersøkelse tyder på at mange av kommunene bare delvis har kommet i gang med å forberede seg på dette. Selv om flertallet av svargiverne mener at tilsynslegetjenesten i egen kommune er tilfredsstillende, er det et stort mindretall som sier at den ikke holder mål. Bare rundt halvparten sier de har stillingsinstrukser for sykehjemslegene. Samtidig beskriver under halvparten av svargiverne den medisinske servicen overfor hjemmeboende omsorgsmottakere som "Utmerket" eller "stort sett bra", knapt 40 % velger betegnelsen "tilfredsstillende", og 15 % sier at "det svikter litt av og til" eller at tjenesten er "Utilfredsstillende". Flertallet av svargiverne sier at kommunene har etablert melderutiner mellom omsorgstjenester og fastleger i forbindelse med utskrivninger av syke gamle pasienter fra sykehus, men bare et mindretall sier at det er etablert bestemte krav til hvordan disse pasientene skal følges opp.

Når vi ber svargiverne angi hva som er de viktigste tiltakene for å gjøre kommunene bedre rustet til møtet med de utfordringer Samhandlingsmeldingen tar sitt utgangspunkt i - lokalt i egen kommune og på landsbasis – er det særlig tiltak for å styrke samarbeidet i trekanten spesialisthelsetjeneste, fastleger og kommunale omsorgstjenester som løftes opp. Likeledes er det mange som ser behov for å revidere takstsystemet slik at det blir mer lønnsomt å følge opp pasienter med kroniske sykdommer.

Og det er liten uenighet mellom kommuneoverleger og helseadministratorer om at det er behov for å utvikle bedre modeller for interkommunalt samarbeid om legetjenestene. Litt overraskende ser det ut til at svargiverne fra de minste kommunene er noe mer reservert mot interkommunalt samarbeid på administrasjonsplanet enn svargiverne fra de mellomstore kommunene. Det er ikke urimelig å se dette i sammenheng med at befolkningsmessig små kommuner vanligvis er meget store i utstrekning. Samarbeid over lange avstander kan ha omkostninger for befolkningen i form av lang avstand til viktige tjenester.

Den alminnelige forskjellen mellom kommuneoverleger og helseadministratorer manifesterer seg også i ulike vurderinger av nødvendige tiltak – lokalt og nasjonalt – for å styrke kommunene i forhold til dagens utfordringer. De fleste administratorene mener det er behov for å tydeliggjøre kommunale krav, å tilrettelegge for innhenting av data om forbruk og kvalitet i legetjenesten, og å tilrettelegge for tettere koblinger mellom individuelle legeavtaler og kommunale målsettinger, mens kommuneoverlegene er mer reservert overfor denne typen virkemidler i det kommunale systemet.

Mange av våre svargivere uttrykker altså et behov for å tydeliggjøre kommunale krav og målsettinger i sitt forhold til sine leger. Tradisjonelt er profesjonell autonomi et nøkkelord i forholdet mellom de privatpraktiserende legene og de offentlige myndighetene. Denne autonome stillingen bygger på et gjensidig tillitsforhold: På vegne av befolkningen som etterspør legetjenester legger det offentlige forholdene til rette slik at legene med sine kunnskaper, ferdigheter og profesjonelle etiske standard kan tilby medisinsk hjelp til de som trenger det (Light 2003). Denne relative autonomien er under press – i Norge og internasjonalt. (Sullivan 2000). Dette har mange årsaker, ikke først og fremst fordi tillitsforholdet endrer seg, men som en følge av organisatoriske og sosiale endringer i de omgivelsene legene arbeider innenfor. Legetjenesten opplever en økende transparens i form av kliniske retningslinjer, evidence based medicine, kvalitetsindikatorer og ulike rapporteringssystemer (Harrison og Dowswell 2002). Med større innsyn i legetjenesten øker mulighetene for å stille krav til prioritering og kvalitet. I mange land blir samtidig de organisatoriske rammene rundt legene mer kompleks. Et viktig eksempel i denne sammenhengen er England. De store reformene i Englands National Health Service på slutten av 90-tallet innebar en innordning av primærlegene i "Primary Care Groups" med formelle strukturer og sammensatte oppgaver i forhold til den befolkningen de skulle betjene (Harrison og Dowswell 2002). I det svenske systemet har integrerte primærvårdsteam, med et sammensatt befolkningsansvar og basert på et tett samarbeid mellom leger og andre ledd i primærhelsetjenesten, vært en viktig modell i mange deler av landet (Anell 2005). I slike systemer, der legenes praksis er organisert inn i strukturer basert på tett, gjensidig forpliktende samarbeid, vil den tradisjonelle autonomien utfordres av krav og forpliktelser overfor legenes samarbeidspartnerne.

De utfordringene samhandlingsreformen tar sitt utgangspunkt i vil øke presset på alle de tjenestene kommunene er ansvarlige for – også legetjenesten – og samtidig skjerpe kravene til helhetlighet i tilbud og sømløst samarbeid mellom ulike tjenester. Våre svargivere, og særlig de helseadministrativt ansvarlige – beskriver en legetjeneste som fra et kommunalt synspunkt på mange måter er understyrt i forhold til de oppgavene som vil konfrontere kommunene, der legetjenesten blir en nøkkeltjeneste. De etterspør mer styringsdata, tettere koblinger mellom avtaleverket og kommunale helsepolitiske målsettinger, tiltak for å styrke samarbeidet med omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste, og generelt tydeligere krav fra kommunesiden i samarbeidet med legene. Denne utviklingen er som nevnt ikke et særnorsk fenomen, men representerer generelle utviklingstrekk vi kjenner igjen fra mange andre land. Men en samhandlingsreform etter de linjene som er trukket opp i Samhandlingsmeldinga vil sette mange av disse spørsmålene på dagsorden også her hos oss. De løsningene vi finner vil ha stor betydning både for hvor godt kommunene klarer å løse sine oppgaver, for kvalitet og tilgjengelighet til viktige tjenester fra et befolkningssynspunkt, og for legenes rolle, trivsel, utviklingsmuligheter og generelle arbeidsforhold som en del av den kommunale helsetjenesten.

Referanser

- Anell, A (2005): Primärvård i forendring. Studentlitteratur. Lund
- Godager GC og Lurås H (2005): I skyggen av fastlegeordningen. Institutt for helseledelse og helseøkonomi, UiO, Skriftserie 2005:6.
- Grytten J, Skau I, Sørensen R og Aasland OG (2003): Fastlegereformen – En analyse av fastlegenes arbeidsbelastning og tjenestetilbud. BI-rapport 11/2003.
- Heen H og Gjerberg E (2005): Styring gjennom frivillighet. Styring og samarbeid i fastlegeordningen. AFI's rapportserie nr 6/2005.
- Kise M og Nore V: Styringsinformasjon og kommunale prioriteringsbeslutninger. I Sosial- og helsedirektoratet (2007): Prioritering i kommunehelsetjenesten.
- Harrison S og Dowswell G (2002): Autonomy and bureaucratic accountability in primary care: What English Practitioners say. *Sociology of Health and Illness* Vol. 24 No 2; 208-226
- Helse- og Omsorgsdepartementet (2004): Statusrapport om fastlegeordningen i Norge etter to og et halvt år.
- Helse- og Omsorgsdepartementet (2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. St.meld 47 (2008-2009)
- Kraznick A og Paulsen B (2009): Reforming Primary Care. I: Magnussen J, Vrangbaek K, Saltman RB og Martinussen P: Nordic Health Reform. Open University Press, UK
- Light D (2003): Towards a new professionalism in medicine: Quality, value and trust. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003 Nr 13-14; 123
- LOV 1982-11-19 nr 66: Lov om helsetjenesten i kommunene.
- Paulsen B, Harsvik T, Halvorsen T og Nygård L (2004): Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem. SINTEF Helsetjenesteforskning
- Pettersen B og Johnsen R (2005): More physicians in public health medicine, does it mean more clinical and less public health work? *Scand J of Public Health* 2005; 33 (2): 91-8
- Pettersen B og Johnsen R (2005): Søkelys på samfunnsmedisinen. Evaluering av kommunal samfunnsmedisinsk legetjeneste, offentlig legearbeid og de forebyggende oppgaver i fastlegeordningen. ISMs skriftserie nr 78.
- Sosial- og Helsedepartementet (2000): Forskrift om fastlegeordningen i kommunene,
- Sosial- og helsedirektoratet (2006): Legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester utenfor Institusjon. 11/2006, s 30 Helsetilsynets rapport nr 8/2003, s 21.
- Statens Helsetilsyn (2003): Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen.
- Statens Helsetilsyn (1999): Legetjenester i sykehjem. En nasjonal kartlegging 1999, IK-2698
- SSB: Helsetjenester, kommunehelsetjenesten, Tabell 5: Legeårsverk etter virkeområde 1994-2008. SSB 2009.
- Sullivan W M (2000): Medicine under threat: professionalism and professional identity. *CMJ, Mars* 2000;162 (5)

Rammeavtale mellom Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) og Den norske Lægeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene. Gjeldende for perioden 2008 – 2010.

Del II

Jan Lippestad

Organisatoriske tiltak for å kvalitetssikre
allmennlegenes henvisninger til sykehus.

En litteraturgjennomgang

Organisatoriske tiltak for å kvalitetssikre allmennlegenes henvisninger til sykehus

Innledning

Det er betydelige variasjoner legene i mellom når det gjelder andel pasienter som henvises til sykehus både i Norge og i land med helsesystemer som ligner på vårt (Garåsen og Johnsen 2007)¹⁴ ("Samhandlingsmeldinga", s 92) (Wilkin og Smith 1987)¹⁵ Problemstillingen er internasjonal, og det finnes en meget omfattende litteratur – i Norge og internasjonalt – som drøfter mulige årsaker til slik variasjon (Iversen og Luraas 2000)¹⁶, (Forest and Nutting 2006)¹⁷. I "Samhandlingsmeldinga" blir legenes villighet til å tåle usikkerhet pekt på som en viktig årsak til slik variasjon. Litteraturen drøfter ulike organisatoriske tiltak for å styrke legenes beslutningssituasjon: F.eks. i form av kollegabasert støtte, opprettelse av lokale observasjonssenger, og telemedisinske konsultasjonsordninger med spesialister i sykehus. Disse tiltakene har i ulike grad vært gjenstand for systematisk utprøving. Som et ledd i hovedprosjektet er det gjort en gjennomgang av norsk og internasjonal litteratur om organisatoriske tiltak som støtter legene i henvisningssituasjonene. Gjennomgangen har siktet mot å velge ut tiltak der det foreligger utprøving og effektmål.

I Norge sendes det ca 1.9 millioner henvisninger pr år fra allmennlege til sykehus eller spesialist, og ca. 150 årsverk går med til produksjon av henvisninger (Ree, 2003). Fastlegen kan henvise pasienten videre når utredningsmuligheter eller behandlingsmuligheter er brukt opp i førstelinjen og/eller mer spesialisert oppfølging er påkrevd (Grimshaw, Winkens og Shirran, 2005). Kommunikasjonen fra førstelinje- til andrelinjetjenesten foregår hovedsaklig og ofte kun via henvisningsdokumentet (Christensen et al 2006). Ettersom henvisningen er arbeidsdokumentet spesialisten har til rådighet for å vurdere pasientens videre utrednings- og behandlingsbehov, er det viktig at henvisningen er mest mulig dekkende. Det medisinskfaglige innholdet i henvisningen bør utformes slik at sykehus, poliklinikk/spesialist kan foreta en korrekt prioritering og planlegging (Ree, 2003). Slik kan utredningen i spesialisthelsetjenesten avgrenses til å være en videreføring der fastlegen stoppet, og det kan fattes raskere og riktigere prioriteringsbeslutningen (Ravnholt et al 2006). Å forbedre kommunikasjonen mellom første- og andrelinjetjenesten vil ikke bare styrke ivaretagelsen av den enkelte pasient, men også kunne spare samfunnet for unødvendig ressursbruk. Det er store variasjoner i både fokus på samhandling og hvor godt samhandlingskulturen er utviklet. Undersøkelser har vist forbedringspotensial, men også at endringer kan være vanskelig å få til (se bl.a. Grimshaw et al 2005, Christensen et al.). 1997, Grupe et al 2006, Line 2006, Ecceklis et al 2001).

¹⁴ Garåsen H, Johnsen R (2007): The Quality of communication between hospital physicians and general practitioners: A panel study assessment. BMC Health Service Research, Aug 24;7 (1):133

¹⁵ Wilkin D, Smith A (1987): Explaining Variation in General Practitioner Referrals to Hospital. Family Practice Vol 4, No 3, 160-69

¹⁶ Iversen T, Luraas H. (2000): The effect of capitation on GPs' referral decisions. Health Economics Apr 2000; 9 (3):199-210

¹⁷ Forrest CB, Nutting PA, von Schrader S, Rohde C, Starfield B (2006): Primary care physician specialty referral decision making: Patient, physician, and health care system determinants. Medical Decision Making, Jan 2006; 26(1):76-85

Henvisningsmønstre, rater og adferd i allmennpraksis er viet stor oppmerksomhet både nasjonalt og internasjonalt (Vedsted et al 2008). I en gjennomgang av 15 engelske studier av henvisningsrate til sykehus fant Wilkin og Smit (1987) at det på 1970-tallet ble henvist vel 2 – 4 % av pasientene som kontaktet allmennlege. Senere studier viser at omkring 5 % av kontaktene blir henvist. En gjennomgang foretatt av O'Donnell (2000) inkluderte 32 studier, og viste at leger i allmennpraksis henviser 4.2 pr 100 konsultasjoner. En finsk studie viste at i 4.5 % av pasientkontaktene med allmennlege ble det henvist til spesialisthelsetjenesten (Haikio et al 1995). De vanligste henvisningsgrunnene var muskel/skjelett (16 %), lunge (12 %), mage/tarm (11 %) og hjerte/kar (10 %). En engelsk studie (Webb og Lloyd 1994) fant at de hyppigste årsakene var muskel/skjelett (21 %), lunge (11 %), hud (10 %) og psykiatri (10 %). En annen finsk studie omfattet 3406 henvisninger til sykehus i løpet av en uke, og viste en henvisningsfrekvens på 5.2 % for menn og 4.7 % for kvinner (Vihvilainen et al 1997).

Metode

Søkebegrepene i denne undersøkelsen er hentet fra den sentrale problemstillingen for delprosjektet:

Norsk	<ul style="list-style-type: none"> • Henvising • Henvisningspraksis • Fastleger/ allmennpraktiserende leger • Spesialisthelsetjeneste/sykehus/helseforetak
Engelsk	<ul style="list-style-type: none"> • Referral • Referral decisions • Referral rates • General practitioners • Hospital/ hospital physicians

I søket er begrepene benyttet hver for seg og i kombinasjon.

I undersøkelsen har vi benyttet følgende søkemotorer:

- Bibsys biblioteksbasen
- Helsebiblioteket
- Kunnskapssenteret
- Medline
- PubMed

Relevante referanser er hentet fra i hovedsak følgende tidsskrifter:

- Tidsskrift for Den norske legeforening
- British Medical Journal
- Family Practice. Oxford Journals
- [The European Journal of Public Health](#)
- [Health Education Research](#)
- [Health Promotion International](#)

- [International Journal for Quality in Health Care](#)
- International Journal of Medical Informatics
- [Journal of Public Health](#) Medicine
- QJM: An International Journal of medicine
- Social Science & Medicine
- Health Policy

Søk i nevnte databaser er en avgrensningens kunst. Avanserte søk bl.a. i Pubmed gir mulighet til å kombinere de ulike søkebegrepene. Som nevnt innledningsvis, finnes det en meget omfattende litteratur som tar for seg temaer som henvisningsrater, henvisningsmønstre, henvisningsadferd osv. blant allmennpraktiserende leger. Eksempelvis gir bruk av søkeordene "*referral general practitioner*" i Pubmed 5.052 treff, "*referral rates*" gir 6.067 treff og "*referral general practitioner and rates*" gir 476 treff. Søk i ulike databaser har gjort begrensninger mulig ved at vi har konsentrert oppmerksomheten om referanser som går igjen i flere av databasene. Det er grunn til å anta at disse utvalgte referansene er de mest sentrale innenfor det aktuelle temaområdet. En annen tilnæringsmåte som vi har valgt i vårt arbeid er søk etter tidligere litteraturgjennomganger som er gjort på området. En slik gjennomgang er bl.a. gjort i 2008 ved universitetet i Århus (Vedsted et al 2008). Resultater fra denne gjennomgangen er benyttet i vår rapport. Sentralt bidrag finner en også i O'Donnells litteraturstudie i 2000, og i Akbari og medarbeideres arbeid fra 2008.

Henvisningsmønster og variasjoner. Intervensjoner og tiltak

Vi har i tabellen nedenfor oppsummert noen sentrale funn fra litteraturstudien. Etter tabellen går vi nærmere inn på resultatene fra enkeltstudiene.

Intervensjoner/tiltak	Funn
Opplæring, kompetanseheving, veiledning	<p>Henvisningsprosessen vil sannsynligvis forbedres gjennom utarbeidelse av standard henvisningsveiledere, kombinert med opplæring fra spesialister (Akbari et al 2008).</p> <p>Om veiledere presenteres på papir eller elektronisk har liten betydning for bruk og innvirkning på beslutningen. Det som kan ha betydning er veiledernes brukskvalitet, hvor lett det er å anvende dem under konsultasjonen, og mulighet for oppdatering (Jousimaa et al 2002).</p> <p>Lokal opplæring som involverer spesialister og bruk av strukturerte veiledere har vist seg å ha betydning for henvisningsrater (Grimshaw et al 2005).</p> <p>Kontinuerlig medisinsk opplæring har signifikant betydning for diagnostisering, behandling og henvisning (Batinac et al 2009, Forrest et al 2002).</p> <p>Antallet unødvendige henvisninger kan reduseres gjennom prosedyretrening og etablering av formelle og uformelle kommunikasjonskanaler (Donohoe et al 1999, Jones og Stott 1994).</p> <p>Tilbud om opplæring og veiledning gjør allmennpraktikere bedre rustet til å tilby behandling lokalt gjennom økt tro på egen kunnskap (Emslie et al 1993).</p> <p>Strukturen på og innholdet i opplæringen må utarbeides i et samarbeid mellom allmennpraktikere og spesialister. Studier viser at det kan være en "mismatch" mellom det allmennpraktikere mener at de trenger og hva spesialistene synes det er interessant å undervise om (Marshall 1998).</p>
Organisatoriske tiltak	<p>Det er oppsummert dokumentert lite forbedringseffekt gjennom organisatoriske endringer, bortsett fra om det tilbys en "second opinion" før henvisninger sendes (Akbari et al 2008).</p> <p>Allmennpraktikers kunnskap om og relasjon til spesialister det henvises til har betydning for hvor ofte det henvises (Walshe et al 2008).</p> <p>Etablering av møtearenaer for diskusjon og informasjonsutveksling mellom allmennpraktikere og spesialister reduserer antallet henvisninger (Ringard 2010).</p> <p>Ivaretagelse av en velfungerende portvaktrolle forutsetter medisinsk opplæring av allmennpraktikere, tett kommunikasjon mellom allmennpraktiker og spesialist, samt tilbud om "support" når beslutning om henvisning skal tas (Gross et al 2001, Gervas et al 1994).</p>
Finansielle tiltak	<p>Det er oppsummert gjort få funn som viser at finansielle endringer <u>forbedrer</u> henvisningsprosessen. Enkelte studier viser at slike tiltak kan endre <u>antallet</u> henvisninger, men det er ikke funn som viser at dette vil bedre <u>kvaliteten</u> på henvisningene (Akbari et al 2008).</p>

Det er gjennomført flere studier av intervensjoner på henvisningsmønstrer i allmennpraksis. Formålene med intervensjonene har vært dels å bedre kommunikasjonen mellom allmennpraksis og spesialister gjennom henvisningene, å sette inn andre alternativer i stedet, redusere henvisningsratene og effektivisere henvisningsprosessen. De har inneholdt elementer av utdanning, endringer av struktur og beslutningsstøtte.

Grupe og medarbeidere gjennomførte i 2006 en studie av henvisninger til Nukleærmedisinsk avdeling ved Odense Universitetshospital i en to måneders periode, henholdsvis før og etter utsendelse av en *henvisningsveileder* og *tilbakemelding* til de legene som hadde sendt inn mangelfulle henvisninger. Etter intervensjonen steg antallet henvisninger fra allmennpraktiserende leger samtidig som kvaliteten på henvisningene økte. På den annen side var det en reduksjon i antallet henvisninger fra privatpraktiserende spesialister, mens andelen gode henvisninger var uendret/økte noe. Forfatterne konkluderte med at en intervensjon med relativt enkle og billige *informasjonsverktøy* resulterte i en stigning i antallet og forbedring av henvisningene fra allmennpraktiserende leger, og en reduksjon i antallet henvisninger fra privatpraktiserende spesialister uten noen sikker forbedring av kvaliteten.

I Wright og Wilkinsons studie fra 1996 så en bl.a. på betydningen av *tilbakemeldinger fra spesialister* på henvisninger. I en spørreskjemaundersøkelse blant allmennleger svarte 77 % at den informasjonen som lå i henvisningen var korrekt og presis, og 66 % svarte at det var nyttig med tilbakemeldinger om innholdet i henvisningene. Usikkerhet i det å stille diagnose samt press fra pasientene var de to viktigste faktorene som påvirket henvisningsadferd. Øvelser i prosedyrer og bruk av kliniske retningslinjer var det som oftest ble trukket fram som god hjelp i beslutninger omkring henvisningene.

I en studie av Roland og Bewley fra 1992 ble allmennleger tilbudt å kunne *konsultere legespesialister* på sykehus som en del av arbeidet med henvisninger ("Boneline"). Allmennlegene benyttet seg av dette tilbudet i varierende grad, men de som benyttet seg av tilbudet vurderte det som verdifullt og rapporterte om at en unngikk flere henvisninger etter å ha konsultert spesialistene på sykehuset.

Studier av endringer i veiledningene for å henvise har vist at det kan oppstå alvorlige bivirkninger ved å fokusere på at visse pasienter skal henvises. Fra England viser noen studier at innføring av akutte utredningspakker for kreft har ført til en økt henvisningsrate, et fall i henvisningenes hensiktsmessighet og dermed et lavere utbytte av henvisningene (Allgar et al 2006, Potter et al 2007).

En rekke studier har systematisk evaluert konkrete *utdannelsesaktiviteter* (Grimshaw et al, 2005). Muligheten for å diskutere sitt henvisningsmønster med en profesjonell var uten effekt, mens å trekke inn spesialister i utdannelsesaktiviteter omkring henvisningene hadde effekt på bruken av henvisninger i relasjon til hvor relevante de ble vurdert å være.

En kvalitativ studie blant 28 engelske allmennleger viste at legene i høy grad ønsket å *utnytte henvisningsprosedyren som læring* i forhold til den kliniske problemstilling og dermed også om indikasjon og forventninger hos mottageren var i orden. De spesialistene som også ble intervjuet så ikke seg selv som sparringspartner på denne måten. De så i større grad deres input til allmennlege for å forklare om nye behandlingsmuligheter mv. (Marshall 1998).

De intervensjonene som er forsøkt omkring *struktur og insitamenter* har alle vist effekt. En omlegging av honoreringssystemet ga en reduksjon av henvisningsratene, men årsakssammenhengen synes vanskelig å utrede (Grimshaw et al, 2005). Effekten av å gå fra basishonorering til blandet basis- og ytelseshonorering var en reduksjon i henvisningsraten.

I England har man observert en mindre reduksjon i henvisningsraten ved overgangen til "*fundholding*", hvor allmennpraksis fikk ansvar for en del av midlene til å honorere spesialisthelsetvesenet for, f.eks. å motta henviste pasienter. En studie viste at et økt tilbud av praktiserende spesialister ga et økt antall henvisninger uten å øke den samlede henvisningsrate signifikant (Grimshaw et al, 2005).

Noen studier har sett på bruken av *veiledning, feedback* og særlige *henvisningsblanketter* (Grimshaw et al 2005) og har funnet at når man kombinerer veiledninger med utsendelse av skriftlig materiell, supplert med informasjon og kurs samt en egen henvisningsblanket, så hadde det effekt på kvaliteten og relevansen av henvisningene. Derimot hadde feedback og postal utsendelse av veiledninger ingen

effekt. Andre studier har sett på effekten av å få råd før det henvises og funnet en effekt med en bedre henvisningsprosess. Derfor kan det synes relevant å lage en arena hvor henvisende lege og mottageren av henvisningen i noen tilfeller kan konferere om henvisningen.

Det har vært utført et omfattende arbeid i Norge med strukturering og faglig forbedring av *elektroniske henvisninger* ved KITH, på oppdrag for Helsedirektoratet. Rapporten presenterer et forslag til nasjonal mal for det medisinskfaglige innholdet og strukturen i henvisningene (Ree AO, 2003). En Cochrane-analyse har vist at et strukturert henvisningsskjema er et av de tiltakene som er med på å gjøre intervensjoner for forbedring av henvisninger mer effektive (Grimshaw et al 2005).

I Region Syddanmark ble det i 2007 og 2008 gjennomført en kvalitetsvurdering av henvisninger og epikriser i full skala (alle sykehus og alle avdelinger) med bruk av et internettbasert *auditskjema* og *veiledere* til både henvisnings- og epikriseaudit (Lindkvist og Petersen 2009). Undersøkelser blant deltakerne (sykehusleger og praksiskonsulenter) viste at tiltakene hadde gitt konkrete forbedringer bl.a. med hensyn til kvaliteten på henvisningene, samtidig som man med en tverrsektoriell audit hadde fått satt fokus på sektoroverganger bl.a. ved at sykehusleger og praksiskonsulenter ble gitt en mulighet til å vurdere hverandre (Lindkvist og Petersen 2009).

Gross og medarbeidere (2001) viste i sin studie at tett kommunikasjon med spesialist, kontinuerlige opplæring og support viste seg som viktige faktorer for ivaretagelse av allmennpraktikernes portvakttrolle og hadde dermed også betydning for henvisningsrater og henvisningsmønstre. I flere studier har en trukket noe av de samme konklusjonene (Forrest et al 2002, Anthony et al 2010, Batinac et al 2009, Gray et al 2010, Grimshaw et al 2005). Studien til Sigel og Leiper (2004) pekte på at allmennpraktikere henviste når de nådde grensen for eget kunnskapsnivå, og at opplæring og trening kunne bidra til å flytte denne grense.

Marshall (1998) viste også til at opplæring er viktig for henvisningsrater og kvaliteten på henvisningene, men mente at formen på og innholdet i denne opplæringen måtte avtale mellom allmennpraktikere og spesialistene. I Marshalls studie ble det avdekket en mismatch mellom allmennpraktikeres behov for læring direkte knyttet til deres praksishverdag, og spesialistenes ønske om å gi opplæring om mer generell utvikling innen deres praksisfelt.

I Newton og medarbeideres studie fra 1991 pekte en på behovet for å se henvisningsbeslutninger i den konteksten beslutningstakere opererer. En stor del av henvisningsbeslutningene er ikke bare vanskelige i et klinisk perspektiv, men må vurderes i relasjon til personlige verdier, kunnskap og erfaringer blant dem som involvert, samt ut fra relasjonene mellom de involverte. En antok at en god *lege/pasientrelasjon* vil øke graden av åpenhet i kommunikasjonen og bidrar til å gi pasientene trygghet i situasjoner hvor legen mener at henvisning ikke er nødvendig. Den samme gode relasjonen kan også redusere pasientens press på legen for å få en henvisning.

Årsaker til variasjoner i henvisningsmønstre- og rater

Noen generelle vurderinger

Studier som skal forklare variasjonene i henvisningsrate har i hovedsak vært tverrsnittsstudier. Man har undersøkt om faktorer varierer på samme måte, som eksempelvis henvisningsraten. Det er med andre ord snakk om samvariasjon og ikke årsaker til variasjon. For en rekke faktorer som kan forklare variasjon i henvisningsrate er det ikke mulig å gjennomføre studier av årsaker. Man kan f.eks. ikke endre pasientenes kjønn, alder og sykelighet og se hva som skjer, på samme måte som man ikke kan flytte en praksis fra by til land. Man vet altså ikke om de faktorene som statistisk forklarer variasjonen faktisk er årsak til forskjellige henvisningsrater (Vedsted et al 2008).

For de faktorer hvor man har undersøkt om det er en årsakssammenheng, viser litteraturen at det ikke er gjennomført longitudinelle studier ut over de enkelte studier hvor man har fokusert på etterutdannelse av leger, veiledning i forbindelse med henvisninger og annen beslutningsstøtte. Vedsted og medarbeidere konkluderer derfor med at det er behov for forskning på dette området hvis man ønsker å få kunnskap om årsaker til hvorfor bruken av henvisninger varierer, eller om man kan påvirke bruken av henvisninger (Vedsted et al 2008).

Et vesentlig problem i forskning innen for dette område er at mange studier inkluderer så få leger at det er umulig å vise eventuelle sammenhenger mellom bruken av henvisninger og lege- og praksiskarakteristika (Vedsted et al, 2008).

Det synes å være en rekke utforskete områder i forhold til lege og praksis. Disse omfatter bl.a. legens arbeidspress, jobbtilfredshet, erfaring og holdning, villighet til å ta risiko på vegne av pasienten, betydningen av legefaglig kompetanse på et spesialområde (kunnskap og ferdigheter) samt om allmennlegen er spesifikt utdannet i henvisningsprosessens betydning i et helsevesen, arbeidsdeling, delegering, arbeidstider, tidsbestilling mv. i praksis, samt betydningen av shared care og kvalitetsutvikling (Vedsted et al 2008).

O'Donnells litteraturstudie i 2000 var knyttet til problemstillingen; Variasjoner i henvisningspraksis. Hovedkonklusjonen var at det fortsatt gjensto mye for å finne dekkende forklaringer på variasjonene. Vesentlige psykologiske faktorer så som allmennpraktikernes risikovilje og deres toleranse for usikkerhet ble trukket fram som viktige variabler. Tilgangen på konsulenter i spesialisthelsetjenesten antok man hadde betydning for henvisningsraten, men hvor mye dette betydde, hadde man lite kunnskap om. Videre ble det vist til manglende konsensus om hva som kjennetegner en hensiktsmessig eller passende henvisning, og det forelå lite dokumentasjon om langsiktige utfall for pasienter som ble henvist. I tillegg var det ingen informasjon om pasientgruppen hvor allmennlegen vurderte å henvise, men ikke gjorde det. Mangel på dokumentasjon gjorde det vanskelig å fastslå om de allmennlegene som hadde en gjennomsnittlig henvisningsrate var de legene som leverte det beste helsetilbudet. Det ble reist spørsmål om ikke "underhenvisning" var et større problem enn "overhenvisning", selv om det ikke forelå dokumentasjon på riktigheten av en slik hypotese. Forfatteren konkluderte med at variasjoner med hensyn til henvisningsrater eksisterer, men at store deler av disse variasjonene ikke har latt seg forklare. Inntil slik kunnskap forelå, burde henvisningsrater som et mål på allmennlegenes tjenesteutøvelse behandles med forsiktighet. Et fokus på enkeltlegers henvisningsadferd og bruk av retningslinjer for henvisning, kunne redusere legenes vilje til å tolerere usikkerhet, noe som i sin tur kunne føre til et økt antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten. I stedet anbefalte en at henvisningsrater ble brukt som en katalysator for å stimulere til dialog og samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten. En slik tilnærming ville ikke med sikkerhet føre til redusert antall henvisninger i seg selv, men kunne resultere i mer riktig bruk av spesialisthelsetjenesten og med dette et bedre resultat for pasientene.

I fem danske studier undersøkte man sammenhengen mellom variasjonen i henvisningsmønster og en rekke variable (Vedsted et al 2008). De undersøkte variablene var relaterte til pasient (alder), til lege (alder, kjønn, antall pasienter, antall konsultasjoner, kompetanse og erfaring, kontakt med mottager av henvisning), til praksis (urbaniseringsgrad, antall pasienter, avstand til legespesialist, tilleggsytelser pr konsultasjon, leger i praksis, pasienter i praksis, konsultasjoner og tilleggsytelser pr 1000 pasienter, praksisform). Disse variablene kunne forklare 9-23 % av variasjonen i henvisningsrate. Resultater fra de danske studiene kan oppsummeres som følger:

- Det ble funnet en sammenheng mellom henvisningsmønster og pasientalder
- Det ble funnet en sammenheng med avstanden til legespesialist; Økt avstand ga færre henvisninger (Christensen et al 1988, Christensen et al 1989). En antok at dette kunne skyldes den samme mekanismen som får leger i byer til oftere å henvise til fysioterapeut (Jørgensen og Olesen 2001), da avstanden er mindre og tilbudt er større i byer.
- Leger med mange konsultasjoner henviste oftere, noe som kan skyldes høyere sykkelighet hos populasjonen eller at jo flere kontakter, jo større risiko for henvisning. Samtidig viste det seg at jo flere pasienter legen hadde tilmeldt, jo færre ganger ble de henvist (Christensen et al 1988, Christensen et al 1989). Det siste mente en kunne skyldes at leger med flere pasienter har færre konsultasjoner pr pasient.

Generelt viste de studiene som var gjennomgått at man hadde kunnet forklare opp til 40-45 % av variasjonen i henvisningsmønster i de mest optimistiske studiene, men ellers stort sett kun opp til 20 % av variasjonen (O'Donnell 2000).

Trekk ved pasienten

Pasientenes alder og kjønn har betydning for kontakten med allmennlege (Vedsted og Olesen 2005, Vedsted 2007), stor betydning for sykkelighet og dermed hvor ofte en lege henviser (Wilkin og Smith 1987, O'Donnell 2000, Wilkin og Smith 1987-2, Sullivan et al 2005, Ferguson et al 2002, Bertakis et al 1992). Konklusjonen var at man bør ta hensyn til alder og kjønn i pasientgrunnlaget når man sammenligner leger. Hvis man derimot ville se overordnet på variasjonsfaktoren mellom praksisene (og ikke sammenligne konkrete leger eller praksis innbyrdes), pekte studier på at kjønns- og aldersstandardisering er av mindre betydning idet variasjonsfaktoren endres minimalt (O'Donnell 2000). Således viste en studie at pasientenes alder og kjønn forklarte 5 % av variasjonen i legers henvisninger til spesialist (Sullivan et al 2005).

Case-mix angir at pasienter i praksis har forskjellige sykdommer, forskjellige grader av dem og noen har flere enn andre. Det er generelt en tendens til at hvis man betrakter henvisninger overordnet uten å fokusere på særlige pasientgrupper, så er korreksjon for pasientenes sykkelighet (justert for case-mix) kanskje ikke av større betydning (O'Donnell 2000, Wilkin og Smith 1987). På den annen side viste en engelsk studie av henvisninger til spesialist at case-mix forklarte 30 % av variasjonen mellom praksis, som var seks ganger så mye som kjønn og alder (Sullivan et al 2005). Derfor synes det rimelig å justere for case-mix når man ser på henvisninger til spesialist. En norsk studie viste at pasienters selvvalgte helbred var en av de klareste prediktorer for å bli henvist (Fylkesnes 1993).

Sosiale forhold og utdanning/yrke synes også å kunne forklare noe av variasjonen i henvisninger, idet 23 % og 27 % av variasjonen i alle henvisninger har kunnet forklares ved å justere for sosiale forhold (Wilkin og Smith 1987, Wilkin og Smith 1987-2, Reid et al 1999, Ferguson et al 2002). Men sammenhengen mellom bruk av henvisning og sosiale forhold er imidlertid bestemt av en lang rekke andre faktorer. Derfor er betydningen av å justere for sosiale forhold alene ikke helt avklart. Noe kan tyde på at sosiale forskjeller i henvisningsrater kan skyldes ulikhet i tilgang til tjenestene (Fylkesnes 1993) på den måten at pasienter med dårlige sosiale forhold henvises til bestemte deler av helsevesenet mere enn andre pga. økt sykkelighet, samtidig med at man ser at pasienter som er sosialt bedre stilt i høyere grad henvises til spesialiserte deler av helsevesenet.

Press og forventninger fra pasienten

Et par studier har sett på press og forventninger fra pasientene til å få en henvisning i forbindelse med konsultasjonen hos lege. I 39 % av henvisningene til sykehus følte engelske leger et press fra pasienten, hvorav de for 1/3 av disse følte et sterkt press (Armstrong et al 1991). Man fant at leger med en høyere henvisningsrate også oftere følte et press. Studien til Evans (1993) viste at leger tillegger pasientens ønsker forskjellig vekt, uten at de følte seg presset eller beskrev dette som en konfliktsituasjon. En annen engelsk studie viste at pasientenes forventninger og angst i forbindelse med konsultasjonen førte til økt bruk av henvisninger (Webb og Lloyd 1994).

I en studie av Wright og Wilkinson (1996) ble det trukket fra to sentrale faktorer som virket inn på henvisningsmønsteret: Allmennpraktikerens usikkerhet knyttet til diagnosen og press fra pasientene med hensyn til ønske om henvisning.

Trekk ved legen

Det synes å være eksempler på en sammenheng mellom bruken av henvisninger og legens interesse for og kunnskap om et spesialområde (O'Donnell 2000, Jørgensen og Olesen 2001). Studiene viser at jo mere kunnskap legen har om et område, jo oftere henviser legen til dette spesialområde. Andre studier har imidlertid funnet at leger har en mere generell henvisningsfrekvens som går på tvers av forskjellige interesser, spesialiteter og case-mix (O'Donnell 2000, Wilkin og Smith 1987, Franks et al 1999). De sammenhengene som er funnet mener enkelte kan skyldes at leger med en mere "teknisk" orientert praksisstil generelt har en høyere henvisningsrate (Bertakis et al 2001). Med "teknisk" orientert menes at legen har en tilnærming til konsultasjonen som fokuserer på en teknisk løsning av problemet i forhold til andre tilnærminger, som f.eks. forebygging, aktiviserende, støttende (Bertakis et al 2001, Bertakis 1992).

Det synes å være liten evidens for at legenes alder, kjønn, år i praksis og arbeidstid forklarer variasjon i henvisningsbruken (Wilkin og Smith 1987, O'Donnell 2000, Reid et al 1999, Ferguson et al 2002, Verstappen et al 2005). En finsk studie fant imidlertid at yngre, mere uerfarne leger henviste oftere (Vehvilainen et al 1996).

Det synes heller ikke å være noen grunnlag for at etterutdannelse, arbeid med kvalitetsutvikling, holdninger mv. kan minimere variasjonen (Wilkin og Smith 1987, O'Donnell 2000). Dette betyr imidlertid ikke at generell kvalitetsutvikling og etterutdannelse ikke har en kvalitetsforbedrende effekt, idet nivået godt kan heves uten at variasjonen reduseres (Rytter et al 2005, Ravnholt et al 2005). Kvaliteten blir kanskje bedre, men henvisningsraten varierer i samme grad.

I en kvalitativ studie utført av Calnan og medarbeidere (Calnan et al 2007) ble det gjort intervjuer med leger med henholdsvis høy og lav henvisningsrate. Man fant at leger med en høy rate var mere forsiktige og mente det var best for pasienten å bli henvist hvis legen var i tvil. Derimot var leger med lav rate mere sikre på sine egne beslutninger og så det som et mål at forebygge innleggelse på sykehus.

Organisering av legepraksisen, antall konsultasjoner og listestørrelse

Når det gjelder hvordan legepraksisen er organisert synes det å være få forhold som samvarierer med henvisningsratene. Det er enkelte studier som har vist at gruppepraksis benyttet færre henvisninger (O'Donnell 2000, Verstappen et al 2005), og at større praksis (flere pasienter) benyttet færre henvisninger. Samtidig er det også studier som ikke kunne vise slike sammenhenger (Wilkin og Smith 1987, Fylkesnes 1993, O'Donnell 2000, Haikio et al 1995, Jones 1987, Madeley et al 1990).

Grunnen til at leger med mange kontakter pr pasient henviser relativt ofte og leger med mange pasienter på lista henviser relativt færre ganger, kan skyldes at det er den direkte kontakt som utløser en henvisning (Vedsted et al 2008). Hver kontakt med pasientens lege øker sannsynligheten for en henvisning. Samtidig er pasienter med behov for mange kontakter også ofte mere syke og har et større behov for henvisninger. Videre har leger med mange tilmeldte pasienter færre kontakter pr pasient (Vedstad et al 2005, Vedstad et al 2004, Wensing et al 2006).

I en flernivåanalyse av data fra allmennleger vedrørende henvisninger til spesialist i indremedisin (Diana et al 1997) konkluderte en bl.a. med at om en pasient blir henvist til spesialist eller ikke, er for en stor del avhengig av saksspesifikke forhold, så som sykdommens karakter, alvorlighetsgrad, i hvilken grad legen er sikker på diagnosen, samt pasientens alder og kjønn. Dette innebærer at variasjoner i henvisningsrate i svært liten grad reflekteres av forskjeller i kvaliteten på den behandlingen allmennlegen kan gi. Forfatterne oppsummerte sin studie bl.a. med å peke på at allmennleger som har en høy henvisningsrate, møter flere pasienter med en tilstand hvor det er nødvendig med henvisning. Videre mente en å kunne dokumentere at pasienter som har en lege med stort arbeidspress, har en noe høyere sjanse for å bli henvist, enn pasienter med en lege med lite arbeidspress. Leger med stort arbeidspress synes med andre ord å bruke henvisning til spesialist som en måte å håndtere arbeidssituasjonen.

Tilgang til spesialister og ventetid

En engelsk studie så på variasjonen i forskjellige regioners bruk av henvisninger til ambulatorier for å undersøke sammenhengen med tilgangen på spesialister (Roland og Morris 1988). Her fant man en sterk sammenheng mellom tilgang på spesialister i indremedisin, lungemedisin, psykiatri og dermatologi og bruken av henvisninger til disse. Flere studier dokumenterer at praksis på landet og/eller hvor det er langt til spesialist og sykehus har en lavere henvisningsrate (Wilkin og Smith 1987, O'Donnell 2000, Madeley et al 1990, Ferguson et al 2002) selv om andre studier også har funnet at dette er uten betydning (Reid et al 1999, Verstappen et al 2005).

Christensen et al's (1989) studier av ulikheter i henvisningsrater i allmennpraksis viste bl.a. at henvisningsraten økte med bedre spesialistdekning, og ble redusert når avstanden til spesialist økte. Videre viste studien av allmennpraktikere med et høyt antall konsultasjoner henviste oftere pasienter

til spesialist. På den annen side ble det vist til at ulike studier ga forskjellig svar med hensyn til en eventuell sammenheng mellom antallet på leges liste og antallet henvisninger til spesialist. Det kunne ikke påvises at utvidet bruk av mer grundige diagnostiske og terapeutiske prosedyrer førte til mindre krav om henvisning til spesialist. Forskerne hadde en antakelse om at samarbeidet i et legefelleskap ville redusere behovet for ekstern hjelp. En fant imidlertid ingen slik sammenheng; Det var ingen forskjeller i henvisningsraten mellom singelpraksis og et praksisfelleskap.

En studie viste at lengre ventetider på sykehus ga et fall i antallet henvisninger (Ferguson et al 2002). Kennedy og McConnells studie fra 1993 viste at venteliste og kompetansen i spesialisthelsetjenesten var av stor betydning i beslutningen om henvisning for elektiv behandling. Henvisninger ble vanligvis sendt nærmeste sykehus med relevant tilbud. Flertallet av respondentene i studien sa de var villige til å endre sin henvisningsadferd dersom ventetid ble kortere ved andre sykehus.

I en sammenligning av forskjellige områder i Wales fant man at praksis som hadde umiddelbar og direkte adgang til diagnostiske fasiliteter på det lokale sykehuset hadde færre henvisninger til innleggelse (Jones 1987). Det må ses i forhold til at en engelsk undersøkelse fant at 28 % av sykehushenvisninger skrives for å starte et diagnostisk forløp (Coulter et al 1989) og en tysk studie fant at av 411 henvisninger inneholdt 66 % et ønske om utredning og 43% inneholdt et ønske om å få utelukket alvorlig sykdom (Rosemann et al 2006). Det antyder at en del av henvisningene fra allmennpraksis innleggelse skjer fordi legen ønsker en utredning, som muligvis kunne gjennomføres på et lavere, effektivt omkostningsnivå.

En studie av Walshe og medarbeidere (2008) viste at allmennpraktikeres kjenneskap til og erfaringer med kompetansen til de spesialistene det ble henvist til hadde betydning for om og hvor ofte allmennpraktikerne henviste.

Henvisningenes nødvendighet og relevans

Når man ser på den store betydning henvisningen har i et helsevesen, som baserer seg på en portvaktfunksjon til spesialisthelsetjenesten sammenholdt med den relativt store uforklarlige variasjonen i henvisningsratene, har man i flere studier sett nærmere på om det skulle være snakk om kvalitetsbrist.

Som nevnt er det mange som ser variasjon som et tegn på at det er plass til forbedring. Det er derfor interessant å se på studier som har forsøkt å bedømme kvaliteten av henvisningene mht. relevans, innhold, prosedyrer, resultat mv.

Basert på litteraturen er det ikke en entydig grunn til å tro at variasjonen i henvisningsrater skyldes uhensiktsmessig bruk av henvisningsmuligheten. Fertig et al (1993) viste at bedømt av spesialist, var omkring 10 % av henvisningene fra allmennpraksis uhensiktsmessige. Til sammenligning var det 9 % for henvisninger fra andre spesialister. Vurdert i forhold til henvisningsveiledninger ble 16 % av henvisningene bedømt som uhensiktsmessige (Fertig et al 1993).

En tysk studie av 411 henvisninger til legespesialister viste at for 95 % av disse var spesialistene tilfredse med formålet med henvisningen og at 91 % av henvisningene var hensiktsmessige (Rosemann et al 2006). Derimot var det mindre tilfredshet med opplysninger om medisiner og beskrivelse av pasientens historie. I denne studien mente 6 % av pasientene at henvisningen hadde vært unødvendig (Rosemann et al 2006).

En studie av Elwyn et al (1994) så på 168 henvisninger fra engelsk allmennpraksis og fulgte resultatet gjennom et år. Man fant at 35 % av henvisningene prinsipielt var uhensiktsmessige/kunne unngås. 55 % av disse skyldes at henvisende lege ikke hadde hatt ressurser/muligheter for å gå videre med pasienten selv. Disse tallene bør ses i sammenheng med at det er funnet at engelske allmennpraktiserende leger henviser ca 4 % til sykehus "for sikkerhets skyld" (Wilkin og Smith 1987).

Det er derfor ikke grunn til å tro at man vil kunne fjerne eller minimere variasjonen i bruken av henvisninger ved å fokusere på deres "nødvendighet" eller "relevans". Derimot er det mer grunn til å tro at det er mulig å få ned antallet henvisninger hvis man gir mulighet for noe annet i stedet. Det kan

f.eks. være bedre mulighet for allmennlegen å foreta en utredning hvis legen gis mulighet for å konferere med en spesialist uten å skulle henviser (Vedsted et al 2008).

En studie av Jones og Stott (1994) viste at å heve kunnskapsnivået blant allmennpraktikere hadde en positiv innvirkning på det å unngå unødvendige henvisninger. Noen av de samme konklusjonene kom fram i studien til Donohoe og medarbeidere (1999) hvor en pekte på at unødvendige henvisninger kunne reduseres gjennom prosedyretrening og etablering av uformelle kommunikasjonskanaler mellom allmennpraktikere og spesialister.

Konklusjon og oppsummering

Som pekt på innledningsvis, vises det i Samhandlingsmeldinga til at det er betydelige variasjoner legene i mellom når det gjelder andel pasienter som henvises til sykehus både i Norge og i land med helsesystemer som ligner på vårt. Samhandlingsreformen krever en aktiv deltakelse fra legene i mange sammenhenger, ofte i teampreget samarbeid, både med andre deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, i interkommunale tiltak, og i nye samarbeidsrelasjoner vis a vis den spesialiserte helsetjenesten. Reformen krever styrking av eksisterende kompetanse eller oppbygging av ny kompetanse der den ikke finnes, for at kommunene skal ivareta de oppgaver som reformen tillegger dem. I "Samhandlingsmeldinga" pekes det bl.a. på at kommunal medfinansiering av sykehusopphold vil gjøre det rasjonelt for kommunene å unngå sykehusinnleggelse av pasienter som kan utredes og få medisinsk tilsyn i et forsterket kommunalt tilbud. Dette vil kreve et større kommunalt samarbeid om alternativer til dagens henvisningspraksis, og et samarbeid bl.a. mellom fastleger (horisontalt samarbeid), og mellom fastleger og leger i sykehus (vertikalt samarbeid).

I denne litteraturgjennomgangen har vi satt søkelys på organisatoriske tiltak for å kvalitetssikre allmennlegenes henvisninger til sykehus. Resultatene fra studien viser at mye gjenstår for å finne dekkende forklaringer på variasjonene i henvisningspraksis (man vet at det varierer – mindre om hvorfor).

De mest optimistiske studiene mener å kunne forklare ca 45 % av variasjonene i henvisninger - de mest nøkterne ca 20 %. Det foreligger lite dokumentasjon om langsiktige utfall for pasienter som blir henvist, samt lite dokumentasjon om hvordan det gikk med pasienter hvor allmennlege vurderte å henviser, men ikke gjorde det. Videre har en lite dokumentasjon på om allmennleger med gjennomsnittlig henvisningsrate er de legene som leverer det beste helsetilbudet. Resultatene fra litteraturgjennomgangen kan oppsummeres i følgende punkter:

Opplæring, kompetanseheving, veiledning, tilbakemeldinger

- Tilbud om opplæring og veiledning fra spesialist gjør allmennpraktikere bedre rustet til å tilby behandling gjennom økt tro på egen kunnskap
- Øvelser i prosedyrer og bruk av kliniske retningslinjer er til god hjelp i henvisningsbeslutningen
- Antall unødvendige henvisninger reduseres gjennom prosedyretrening og etablering av formelle og uformelle kommunikasjonskanaler allmennlege/ spesialist
- Kontinuerlig medisinsk opplæring har signifikant betydning for diagnostisering, behandling og henvisning
- Henvisningsprosessen vil sannsynligvis forbedres gjennom utarbeidelse av standard henvisningsveiledere, kombinert med opplæring fra spesialist
- Opplegg for opplæring må utarbeides i et samarbeid allmennlege/ spesialist. Studier viser en mismatch mellom det allmennlegene trenger og det spesialistene finner det interessant å undervise i

Finansielle tiltak

- Det er få funn som viser at finansielle endringer forbedrer henvisningsprosessen
- Enkelte funn viser at tiltak kan endre antallet henvisninger, men det er ikke funn som viser at dette vil bedre kvaliteten på henvisningene
- Effekten av å gå fra basishonorering til en blandet "basis- og ytelseshonorering" har vist en viss reduksjon i henvisningsraten
- Overgang til fundholdning (der allmennpraksis får ansvar for en del av midlene til å honorere spesialister for f. eks. å motta henviste pasienter) har vist en mindre reduksjon i henvisningsraten

Organisatoriske tiltak

- Det er generelt dokumentert lite forbedringseffekt gjennom organisatoriske endringer
- Enkelte studier viser at gruppepraksis benyttet færre henvisninger enn singelpraksis, mens andre studier mener at det ikke kan påvises noen slik sammenheng
- Etablering av møtearenaer for diskusjon og informasjonsutveksling mellom allmennlege og spesialist reduserer antallet henvisninger
- Tilbud om veiledning og "second opinion" reduserer antallet henvisninger
- En velfungerende portvaktrolle forutsetter medisinsk opplæring av allmennleger, tett kommunikasjon allmennlege/ spesialist, samt tilbud om "support" når beslutning om henvisning skal tas

Litteraturgjennomgangen har med andre ord avdekket at det gjenstår ennå mye forskning, både for å finne gode forklaringer på variasjoner i henvisningsrater- og mønstre, og når det gjelder å finne fram til organisatoriske tiltak med dokumentert effekt. Det synes imidlertid å være enighet om at etablering av arenaer og kommunikasjonssystemer for samhandling, diskusjon og informasjonsutveksling vil styrke både det horisontale samarbeidet (mellom allmennleger) og det vertikale samarbeidet (mellom allmennleger og spesialisthelsetjenesten). Det kan dokumenteres at etablering av systemer for faglig støtte i enkeltsaker, tilbakemeldinger og second opinion vil også styrke samarbeidet i begge plan, og vil bedre kvaliteten på henvisningene og bidra til å unngå unødvendige henvisninger, samtidig som det vil representere et bedre tilbud for pasientene og unngå unødvendig ressursbruk. Etter vår vurdering representerer etablering av Distriktsmedisinske sentre (DMS)¹⁸ og Praksiskonsulentordningen (PKO)¹⁹ tiltak for å skape slike arenaer og styrke samhandlingen.

¹⁸ Distriktsmedisinsk senter (DMS) – samhandling mellom desentralisert spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste: Samlokalisering mellom primærhelsetjeneste, ambulant spesialisthelsetjeneste, og en sykestueavdeling eller intermedieær avdeling. Kan også inneholde funksjoner som faste spesialister, røntgen, dialyseenhet, lysbehandling og andre tjenester.

¹⁹ Praksiskonsulentordningen (PKO) - et nettverk av allmennleger ansatt i deltidsstilling ved en sykehusavdeling. Oppgaver: Bidra til å utvikle samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, utvikle retningslinjer for god henvisnings- og utskrivingspraksis, bidra til bedre informasjonsflyt, etablere og veilede om rutiner for samhandling og bidrar til å skape arenaer for dialog mellom helsepersonell

Referanser og annen relevant litteratur

Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. The Cochrane Collaboration, 2008.

Allgar VL, Neal RD, Ali N, Leese B, Heywood P, Proctor G et al. Urgent GP referrals for suspected lung, colorectal, prostate and ovarian cancer. *Br J Gen Pract* 2006;56:355-62.

Anthony JS, Baik SY, Bowers BJ, Tidjani B, Jacobsen CJ og Susman J. Conditions that influence a primary care clinicians decision to refer patients for depression care. *Rehabil Nurs*. 2010 May; 35 (3): 113-22.

Armstrong D, Fry J, Armstrong P. Doctors' perceptions of pressure from patients for referral. *BMJ* 1991;302:1186-8.

Bailey J, King N og Newton P. Analyzing general practitioners referral decisions I. Developing an analytical framework. *Fam. Pract* 1994 Mar. 11 (1): 3-8.

Bailey J, King N og Newton P. Analyzing general practitioners referral decisions II. Applying the analytical framework: Do high and low referrers differ in factors influencing their referral decisions? *Fam. Pract* 1994 Mar. 11 (1): 9-14.

Batinac T, Petranovic D, Duelic-Nacinivic A, Trosej-Vukic B og Jelovcic-Barbic B. Significance of continuous medical education of general practitioners about common diseases-iron deficiency anemia. *Coll. Antropol.* 2009. Dec: 33 (4): 1191-6.

Bertakis KD, Callahan EJ. A Comparison of Initial and Established Patient Encounters Using the Davis Observation Code. *Fam Med* 1992;24: 307-11.

Bertakis KD, Callahan EJ, Azari R, Robbins JA. Predictors of patient referrals by primary care residents to specialty care clinics. *Fam Med* 2001;33:203-9.

Calnan M, Payne S, Kemple T, Rossdale M, Ingram J. A qualitative study exploring variations in GPs' out-of-hours referrals to hospital. *Br J Gen Pract* 2007;57:706-13.

Carlsen B og Nordheim OF. "Saying no is no easy matter". A qualitative study of competing concerns in rationing decisions in general practice. *BMC Health Serv Res*. 2005. Nov 9;5: 70.

Christensen B, Sørensen HT, Mabeck CE. Referral from General Practice to Dermatologists. *Scand J Prim Health Care* 1988;6:29-32.

Christensen B, Sørensen HT, Mabeck CE. Differences in referral rates from general practice. *Fam Pract* 1989;6:19-22.

Christensen B, Sørensen HT og Mabeck CE. Differences in Referral rates from General Practice. *Family Practice Vol 6, no 1, 1989.*

Christensen KA, Mainz J og Kristensen E. Kommunikationen mellem primær- og sekundærsektoren og dens betydning for pasientforløbet. *Ukeskr.Læger* 1997; 159; 7141-5.

Coulter A, Noone A, Goldacre M. General practitioners' referrals to specialist outpatient clinics. II. Locations of specialist outpatient clinics to which general practitioners refer patients. *BMJ* 1989; 299: 306-8.

Diana, MJ, Delnoij, P et al. Variation in GPs referral rates to specialist in internal medicine. *European Journal of Public health* 1997; 7; 427-35.

Donohoe MT. Reasons for outpatient referrals from generalists to specialist. *J Gen Intern Med*. 1999 may: 14 (5): 281-6.

Ecceklis M, Steen N, Grimshaw et al. Effect of audit and feedback, and reminder messages on primary care radiology referrals – a randomized trial. *Lancet* 2001 ;357; 1406-9.

Emslie C, Grimshaw J og Templeton A. Do clinical guidelines improve general practice management and referral of infertile couples? *BMJ*. 1993 Jun 26; 306 (6894). 1728-31.

Evans A. A study of the referral decision in general practice. *Fam Pract*. 1993 Jun 10 (2): 104-10.

Ferguson B, Gravelle H, Dusheiko M, Sutton M, Johns R. Variations in practice admission rates: the policy relevance of regression standardization. *J Health Serv Res Policy* 2002;7:170-6.

Fertig A, Roland M, King H, Moore T. Understanding variation in rates of referral among general practitioners: are inappropriate referrals important and would guidelines help to reduce rates? *BMJ* 1993;307: 1467-70.

Forrest CB. Family physicians referral decisions; results from the ASPN referral study. *J Fam. Pract.* 2002. Mar: 51 (3): 215-22.

Franks P, Zwanziger J, Mooney C, Sorbero M. Variations in primary care physician referral rates. *Health Serv Res* 1999;34: 323-9.

Fylkesnes K. Determinants of health care utilization visits and referrals. *Scand J Soc Med* 1993;21: 40-50.

Gewrvas J. Primary care, financing and gatekeeping in western Europe. *Fam. Pract.* 1994 Sep 11 (3): 307-17.

Gray F, Spence W og Kelly D. Cultivation of a learning culture in general practice: An educational intervention. *Educ Prim care* 2010. Sep: 21 (5): 290-8

Grimshaw JM, Winkens RA, Shirran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;CD005471.

Gross R, Tabenkin H og Brammli-Greenberg S. Gatekeeping: A challenge in the management of primary care physicians. *J manag Med*. 2001. 15 (4): 283-98.

Grupe P, Grindsted P, Møldrup M, et al. Kvalitetsforbedringer af henvisninger fra praksissektoren. *Ugeskr. Læger* 2006; 168; 1434-8.

Haikio JP, Linden K, Kvist M. Outcomes of referrals from general practice. *Scand J Prim Health Care* 1995;13: 287-93.

Jiwa M, Gordon M, Arnet H, Ee H, Bulsara M og Colwell B. Referring patients to specialists: A Structured vignette survey of Australian and British GPs. *BMC Fam Pract*. 2008 Jan.15: 9: 2.

Jones DT. A survey of hospital outpatient referral rates, Wales 1985. *BMJ* 1987;295:734-6.

Jones Elwyn G, Stott NC. Avoidable referrals? Analysis of 170 consecutive referrals to secondary care. *BMJ* 1994;309:576-8.

Jousimaa J, Makele M, Kunnamo I, MacLennan G og Grimshaw JM. Primary care guidelines on consultation practices: The effectiveness of computerized versus paper-based versions. A cluster randomized controlled trial among newly qualified primary care physicians. *Int J. Technol Assess health care*. 2002: 18 (3): 586-96.

Jørgensen CK, Olesen F. Predictors for referral to physiotherapy from general practice. *Scand J Prim Health Care* 2001;19: 48-53.

Kennedy F og McConnell B. General practitioner referral patterns. *J Public Health Med*. 1993. Mar 15 (1) 83-7.

Line Ø. Førstemann ut i Telemark: Praksiskonsulent ved lungeavdelingen. *Utposten* 2006; 35; 17-9.

Lindkvist H og Petersen CF. Proces og resultater. Tværsektoriel regional audit vedr. Kvalitetsvurdering af henvisninger og epikriser 2008. Notat 2009. Region Syddanmark. Avd. for kvalitet og forskning.

- Madeley RJ, Evans JR, Muir B. The use of routine referral data in the development of clinical audit and management in North Lincolnshire. *J Public Health Med* 1990;12:22-7.
- Marinosa BG og Jelovac I. GPs payment contracts and their referral practice. *J. Health Econ.* 2003 Jul; 22(4):617-35.
- Marshall MN. Qualitative study of educational interaction between general practitioners and specialists. *BMJ* 1998;316:442-5.
- McArdle PJ og Whitnall M. The referral practice of general medical practitioners to the surgical specialties: Implications for the future. *Br J Oral Maxillofac. Surg.* 1996. Oct: 34 (5): 394-9.
- McKinstry B. Management confidence and decisions to refer to hospital of GP registrars and their trainers working out-of-hours. *Br J Gen Pract.* 2000. Jan; 50 (450); 37-9.
- Nathwani D, Grimshaw J, Taylor RJ, Ritchie LD, Douglas JG og Smith CC. Factors influencing general practitioners referral to hospital of adults with presumed infective diarrhoea. *Br J Gen Pract.* 1994 Apr; 44 (381): 171-4.
- Newton, J, Hayes V, Hutchinson A. Factors Influencing general Practitioners Referral Decisions. *Fam Pract* 1991, vol 8, no 4: 308-13.
- O'Donnell CA. Variation in GP referral rates: What can we learn from litterateur? *Family Practice* Vol. 2000, vol 17, no 6, 462-71.
- Potter S, Govindarajulu S, Shere M, Braddon F, Curran G, Greenwood R et al. Referral patterns, cancer diagnoses, and waiting times after introduction of two week wait rule for breast cancer: prospective cohort study. *BMJ* 2007;335:288.
- Ramsay CR, Eccles M, Grimshaw JM og Steen N. Assessing the long-term effect of educational reminder messages on primary care radiology referrals. *Clin. Radiol.* 2003 Apr. 58 (4): 319-21.
- Ravnholt M, Jensen PB, Rytter L, Rubak J, Andersen JS. Den gode henvisning og den gode epikrise - en indikatorbaseret auditundersøgelse. København, DGMA, 2005.
- Ravnholt MM, Jensen PB, Rytter L, et al. Tværsektoriel audit – en god metode til at forbedre kommunikationen med sygehusafdelingerne. *Practicus* 2006; 183, 174-6.
- Ree, AO. Medisinskfaglig indhold i henvisninger: Den gode henvisning. KITH-rapport nr. 22. Trondheim. 2003
- Reid FD, Cook DG, Majeed A. Explaining variation in hospital admission rates between general practices: cross sectional study. *BMJ* 1999;319:98-103.
- Ringard A. Why do general practitioners abandon the local hospital? An analysis of referral decisions related to elective treatment. *Scand J Public health.* 2010 Aug: 38 (6): 597-604.
- Roland M, Morris R. Are referrals by general practitioners influenced by the availability of consultants? *BMJ* 1988; 297: 599-600.
- Roland M, Bewley B. Boneline: evaluation of an initiative to improve communication between specialists and general practitioners. *J Public Health Med* 1992; 14: 307–309.
- Rosemann T, Wensing M, Rueter G, Szecsenyi J. Referrals from general practice to consultants in Germany: if the GP is the initiator, patients' experiences are more positive. *BMC Health Serv Res* 2006;6:5.
- Rytter L, Brix P, Ravnholt M, Andersen JS, Rasmussen L, Rubak J. Kvaliteten af henvisninger og epikriser. *Practicus* 2005;29:105-7.
- Sigel P og Leiper R. GP views of their management and referral of psychological problems: A qualitative study. *Psychol. Psychother.* 2004. Sep. 77 (3): 279-95.

- Starfield B, Forrest CB, Nutting PA og Schrader S. Variability in physician's referral decisions. *J. Am. Board Fam. Pract.* 2002 Nov-Dec. 15 (6): 473-80.
- Sullivan CO, Omar RZ, Ambler G, Majeed A. Case-mix and variation in specialist referrals in general practice. *Br J Gen Pract* 2005;55:529-33.
- Sørensen HT, Christensen B. Henviisning til speciallæge. Århus: Institut for Almen Medicin, Aarhus Universitet, Århus 1987.
- Van den berg MJ, de Bakker DH, Westert GP, van der Zee J og Groenewegen PP. Do list size and remuneration affect GPs decisions about how they provide consultations? *BMC health Serv res.* 2009 Feb 26; 9: 39.
- Vedsted P. Kønsforskelle i brugen af sundhedsvæsenet. *Ugeskr Læger* 2007;169:2403-8.
- Vedsted P, Sørensen HT, Nielsen JN, Olesen F. Variation in proportion of frequent attenders between Danish general practices. *Scand J Public Health* 2004;32:188-93.
- Vedsted P, Olesen F. Brug af dansk almen praksis i dagtid. *Ugeskr Læger* 2005;167:3280-2.
- Vedsted P, Olesen F, Hollnagel H, Bro F, Kamper-Jørgensen F. Almen lægepraksis i Danmark. København: Tidsskrift for Praktisk Lægegerning, 2005.
- Vedsted, P, Olsen KR, Sørensen TH, Gurd-Hansen D. Henviisningsmønstret i Almen Praksis – Litteraturgennemgang. Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus. 2008.
- Vehvilainen AT, Kumpusalo EA, Voutilainen SO, Takala JK. Does the doctors' professional experience reduce referral rates? Evidence from the Finnish referral study. *Scand J Prim Health Care* 1996;14:13-20.
- Vehvilainen AT, Kumpusalo EA, Takala JK. Reasons for referral from general practice in Finland. *Scand J Prim Health Care* 1997;15:43-7.
- Verstappen W, ter Riet G, van der Weijden T, Hermsen J, Grol R. Variation in requests for imaging investigations by general practitioners: a multilevel analysis. *J Health Serv Res Policy* 2005;10:25-30.
- Walshe C, Chew-Graham C, Todd C og caress A. What influences referrals within community palliative care services? A qualitative case study. *Soc Sci Med* 2008 Jul; 67 (1): 137-46.
- Webb S, Lloyd M. Prescribing and referral in general practice: a study of patients' expectations and doctors' actions. *Br J Gen Pract* 1994;44:165-9
- Wensing M, van den HP, Akkermans R, van DJ, Grol R. Physician workload in primary care: what is the optimal size of practices? A cross-sectional study. *Health Policy* 2006;77:260-7.
- Wilkin D, Smith A. Explaining variation in general practitioner referrals to hospital. *Fam Pract* 1987;4:160-9.
- Wilkin D, Smith AG. Variation in general practitioner's referral rates to consultants. *Journal of Royal College of General Practitioners* 1987;37:350-3.
- Wright J, Wilkinson J. General practitioners' attitudes to variations in referral rates and how these could be managed. *Fam Pract* 1996; 13: 259–263.

Del III

Roar Johnsen, Bård Paulsen

Et ekspertpanel drøfter forholdet mellom kommunal helseadministrasjon og legetjenesten i lys av perspektivene i Samhandlingsmeldinga.

Et ekspertpanel drøfter forholdet mellom kommunal helseadministrasjon og legetjenesten i lys av perspektivene i Samhandlingsmeldinga.

Bakgrunn, sammensetning, organisering.

Som det tredje leddet i prosjektet ble det sammensatt et ekspertpanel for å reflektere over forholdet mellom kommunal helseforvaltning og legetjenestene, og gi råd om hvordan dette forholdet kan utvikles i lys av de perspektivene som trekkes opp i "Samhandlingsmeldingen". Ekspertpanelet var sammensatt av representanter fra:

- Kommunal helseadministrasjon:
Helse og omsorgsleder i Randaberg, Torild Lende Fjermestad,
Enhetsleder i Trondheim, Line Kristoffersen,
- Leger med erfaring som kommuneoverleger:
Kommuneoverlege i Alstahaug, Kirsten Toft,
Kommunaldirektør i Trondheim, Helge Garåsen,
Tidligere kommuneoverlege (nå professor i samfunnsmedisin, NTNU) i Surnadal, Anders Grimsmo,
Bydelslege i Sagene, Henning Mørland,
- Lege i spesialisthelsetjenesten med bred erfaring fra samarbeid med kommunal helse- og omsorgstjeneste:
Overlege Geriatrik avdeling, St Olavs Hospital, Ingvild Saltvedt
- Leger med erfaring som Fastlege:
Fastlege og praksiskoordinator i Mo i Rana, Anette Fosse
- Forskere fra samfunnsmedisinske miljøer:
Utviklingssjef i Helsinki, Pia Marie Jonsson

Deltakerne ble bedt om på bakgrunn av egne erfaringer og funn fra del I og del II, samt forslagene til Samhandlingsreform og nye forslag til Kommunal helselovgivning, og andre undersøkelser, som grunnlag for å diskutere forslag og råd om utvikling av forholdet mellom kommunal helseadministrasjon og legetjenesten i kommunene. Det ble i utgangspunktet presisert at panelet ikke skulle utvikle omforente holdninger og felles forslag, men prøve å belyse spørsmålet om styring av legetjenesten i kommunene ut fra ulike synsvinkler. Det er viktig i denne sammenhengen å presisere at de råd og tilrådingene som framkommer her ikke nødvendigvis representerer hele panelets syn. Forfatterne står ansvarlige for alt innhold da de baserer seg på fortolkninger og referat fra utsagn fra enkeltmedlemmer.

Panelet satt sammen i to dager. Det ble gjort skriftlige referat underveis, med støtte i kontinuerlige lydopptak. Det er i oppsummeringen ikke lagt vekt på systematiske referat av ulike synspunkter, og synspunkter og konklusjoner er ikke knyttet til enkeltpersoner blant deltakerne i panelet. Vi har prøvd å trekke ut av diskusjonen sentrale problemstillinger, og drøfte dem i en sammenhengende framstilling. Etter sammenfatning ble oppsummeringen distribuert blant deltakerne for justering og godkjenning.

Til møtet forelå det en agenda som hjelpemiddel for å strukturere diskusjonene. Første dag ble i hovedsak brukt til å diskutere kommunal forvaltning av private legetjenester, hvordan utnytte eksisterende ordninger, alternative muligheter og aktivitetsdata som styringsverktøy av legetjenester.

Kommunal forvaltning av private legetjenester: Noen generelle betraktninger

Det er kommunene som er ansvarlige for å sikre sin befolkning alminnelige helsetjenester av god kvalitet og tilfredsstillende tilgjengelighet. For å ivareta dette inngår kommunene avtaler med næringsdrivende fastleger, eventuelt ansetter leger i fastlønte stillinger. Hovedregelen er at fastlegene driver selvstendig næringsvirksomhet. Undersøkelsens to første deler dokumenterer en situasjon

preget av at kommunal helseadministrasjon i mange kommuner fremstår som lite aktive mht å påvirke legetjenestens innretning, samtidig som mange av svargiverne signaliserer et behov for å utvikle en tydeligere ledelse på dette feltet for å møte de utfordringene kommunene står overfor.

Innledningsvis drøftet panelet begrepet styring som utgangspunkt for å forstå forholdet mellom en privatpraktiserende lege og lokale fagmyndigheter. Begrepet "styring" gir assosiasjoner i retning av instruks og byråkratiske linjer. Det er hensiktsmessig å skille mellom det som er fastlegens faglige aktivitet på kontoret og den som er utenfor. Den legepraksis som foregår i kontoret er styrt av legenes faglige kompetanse og kliniske skjønn. Dette kan ikke overprøves av kommunale myndigheter, men er gjenstand for tilsyn av statlige tilsynsorgan. Dette forholdet er kontraktmessig regulert, og gir grunnlag for forhandling hensyn til listelengder, åpningstider og krav til lokalisering av praksis. De faglige oppgavene som utføres utenfor kontoret og som er avtalefestet med kommunen er gjenstand for instruks med hensyn til omfang, type oppgaver som skal ivaretas, men ikke det faglige innhold. De fleste uoverensstemmelser bunner i manglende kjennskap til hverandre. Men for et mindretall vil det være behov for styringsmuligheter. Når kommunene i liten grad bruker de muligheter de har er det fordi det oppleves som et maktmisforhold mellom legene og kommunene som fører til at kommunen drar seg unna konfrontasjoner hvor det er uenighet.

Ut fra disse forutsetningene har den gjensidige dialog mellom legen og den kommunale administrasjon blitt den viktigste samhandlingskanalen. Det ansvarsmessige forholdet mellom kommunal administrasjon, legetjenesten og kommunens innbyggere reiser imidlertid prinsipielle og praktiske problemstillinger, som viser de åpenbare begrensninger knyttet til den dialogiske samhandlingsmodellen. Det gjelder først og fremst problemstillinger knyttet til:

- Legetjenestens integrasjon i det totale kommunale tilbudet
- Negative avvik.

Kommunen har etter kommunehelseloven et ansvar for å tilby sin befolkning helsetjenester av god kvalitet og tilgjengelighet. For enkelte befolkningsgrupper stiller dette særlige krav både til de enkelte tjenestene, men også til samspillet mellom dem. Et viktig eksempel kan være tilsyn og medisinsk oppfølging av syke gamle i kommunale omsorgsboliger. I denne sammenhengen ble det nevnt en tilsynssak fra en kommune i Sør-Norge. Etter et besøk fra Helsetilsynet fikk kommunen en anførsel om at det var behov for bedre medisinsk tilsyn med hjemmesykepleiens syke eldre pasienter i kommunale omsorgsboliger, som ut fra sykdomstilstand og funksjonsnivå ikke kunne forventes å oppsøke lege selv uten betydelig hjelp. Kommunens helseadministrasjon tok kontakt med de aktuelle fastlegene, men lyktes ikke med å få til en avtale som etter kommunens oppfatning var tilfredsstillende. Et annet eksempel som ble nevnt er knyttet til utskrivninger av syke, gamle pasienter fra sykehus. Mange av disse trenger medisinsk oppfølging. I en kommune var det, etter initiativ fra kommuneoverlegen, etablert en ordning basert på medisinsk kontroll etter utskrivning innen en viss tid for pasientgrupper der det etter kommuneoverlegens vurdering var nødvendig. Dette ble bare i svært varierende grad fulgt opp av fastlegene i kommunen.

Eksempelene illustrerer behovet for virkemidler når oppgaver ikke ivaretas og faglige krav ikke møtes. Listeansvaret er for dårlig definert til at det kan brukes som styringsverktøy, og kommunene opplever at de i forliten grad kan påvirke forhold listelengde, responstider ved forespørsler fra omsorgstjenester, deltakelse i audit, og deltakelse i proaktive tjenester. I tillegg til å ha styringsmuligheter må og kommunene ha styringskompetanse som kommunene i varierende grad oppleves å ha.

Siden kommunene har ansvar for å sikre sin befolkning et forsvarlig medisinsk tilbud forutsetter det at man gjennom avtaler kan sikre tilfredsstillende kvalitet i hver enkelt av de tjenestene som inngår i det kommunale ansvaret. Et forsvarlig tilbud forutsetter imidlertid i mange tilfeller gode koblinger mellom de ulike tjenestene. Så langt ser det ut til at det avtalemessige rammeverket rundt legetjenesten ikke i tilstrekkelig grad har ivaretatt dette behovet. Det er knyttet sterke profesjonelle og etiske føringer til utøvelsen av legeyrket. Av og til hender det at en lege driver en praksis som ikke samsvarer med god yrkesmessig skikk. I noen tilfeller kan det dreie seg om medisinske avvik, som kan bli en medisinsk

tilsynssak, der Statens Helsetilsyn kan gripe inn gjennom sitt apparat på fylkes- og statlig nivå. Men det kan også tenkes saker som ikke like åpenbart er knyttet til medisinske vurderinger – men som er knyttet til forhold som f. eks tilgjengelighet (ventetider, mulighet for å komme i kontakt med legen), oppfølging av kommunale strategier vis a vis bestemte grupper som trenger særlige tiltak (jfr. forrige avsnitt), eller delta i faglige aktiviteter som møter med øvrige helsetjenester eller i audit. Kommunene har svært begrenset erfaring og opplevd mulighet til å justere slike forhold:

- Det finnes i dag ikke omforente kriterier for kvalitet i legetjenesten.
- Det er ikke tradisjon for at kommunene stiller eksplisitte krav til kvalitet i legetjenesten og det er ikke nedfelt noen kvalitetskrav i avtalene mellom fastleger og kommunene.
- Kommunene har ikke sanksjonsmidler overfor negative avvik i legetjenesten.

Avtaler som styringsverktøy

Privatpraksis er basert på avtaler mellom kommunene og legene. I mange kommuner legges det ikke tilstrekkelig innsats i arbeidet med legeavtalene. De muligheter avtalene gir utnyttes ikke, og den kommunale styringen av legetjenesten kan bli betydelig svakere enn det avtalene gir muligheter til. Hvorfor legger ikke kommunene inn krav til kvalitet og tilgjengelighet? Hvorfor er krav til oppfølging av visse grupper nytskrevne pasienter fra sykehus ikke tema for disse avtalene?

Avtaleverket åpner muligheter for at kommunene kan be om drifts- og forbruksdata fra legepraksis. Det kan f. eks dreie seg om:

- Kvalitetsindikatorer
- Oppfølging av viktige pasientgrupper
- Samarbeid med omsorgstjenesten
- Tilgjengelighet

Slike data kunne gi et godt grunnlag for oppfølging av viktige kommunale mål. Det er imidlertid bare unntaksvis tilrettelagt for slik datainnsamling, og vanligvis mangler kommunene kompetanse til å drive systematisk analyse og oppfølging av virksomheten i kommunal helsetjeneste. En av grunnene til at kommunene har vansker med dette avtaleverket er at det ikke foreligger omforente nasjonale mål eller kommunal mål som er spesifikk nok til å brukes i en målstyring.

- Det er behov for utvikling av omforente kriterier for kvalitet i legetjenesten i kommunene.
- Fastlegene produserer mye informasjon om bruk av legetjenester.
- Kommunene har behov for kompetanse på analyse og evaluering av aktiviteten i egen helsetjeneste.

Kommunene i Norge har et sørge-for ansvar for legetjenesten, basert på legekontraktene. Også i andre nordiske land er kontraktsmessige forhold til legetjenesten det vanlige. Til disse er det knyttet ulike mekanismer for å sikre kvalitet og innretning på legetjenesten:

- Pasientrettighetslover
- Forpliktende individuelle planer som spesifiserer tilbudet til en pasient
- Pasientkoordinatorer med ulike grad av påvirkningsmuligheter vis a vis tjenesteyterne.
- Spesifiserte godkjenningssystemer ved kontraktsinngåelser
- Bench-marking for produsenter av helsetjenester.
- Enhetlige og klargjorte kriterier for tilbudskvalitet.
- Tydeliggjorte krav til samhandlingsansvar.

Det kan se ut til at Sverige og Finland har et mer velutviklet system av faglige retningslinjer som styrende for primærlegetjenester enn i det som er tilfellet i Norge.

Panelet drøftet muligheten for å tidsavgrense kontrakter og godkjenningsordninger, og knytte evaluering og ny godkjenning til kontraktfornyelse for leger i kommunehelsetjenesten. Tidsbegrensete kontrakter er vanskelig på grunn av store investeringer, men en ordning med årlig reforhandling av avtale gjennom pålagte dialogmøter kunne være en farbar løsning. Knyttet til en slik ordning kunne kommunene besitte trinnvise sanksjonsmuligheter fra advarsel til oppsigelse av avtale. Forhandlingen kunne ta utgangspunkt i registrerte kvalitets- og aktivitetsdata. Ingen av panelets medlemmer kjenner til at slike tidsavgrensede individuelle avtaler i praksis har vært brukt i noen av de nordiske landene. Det ble og diskutert at det burde foreligge muligheter for å dele opp utbetaling av listetilskuddet, f. eks slik at utbetaling av de siste 20 % var knyttet til at avtalen var oppfylt, eksempelvis i form av konsultasjon før eventuell innleggelse av pasienter fra omsorgstjenesten og delta i audit.

Aktivitetsdata som grunnlag for styring

Det er ingen tradisjon med å avgi aktivitetsdata i allmennlegetjenesten. Dette til tross for at Norge tok i bruk EDB baserte journalsystemer for 30 år siden. De undersøkelser som er foretatt viser store variasjoner legene mellom med hensyn til konsultasjonsfrekvenser, henvisninger til spesialisthelsetjenesten og i foreskriving praksis. I den nye samhandlingsreformen vil det være et større behov for å regulere aktiviteter som ligger utenfor ordinær pasientarbeid på kontoret.

Utfordringene med å ta i bruk aktivitetsdata er blant å identifisere aktiviteter som skal registreres systematisk og ulike kvalitetsindikatorer, dernest å bygge opp kompetanse til å organisere dataene, analysere de og ikke minst fortolke de og anvende de til de tiltenkte formål. Denne informasjon skal brukes til blant annet å

- Ha kunnskap om fordeling av helsetjenester mellom ulike grupper
- Ha kunnskap om omfang og kvalitet på helsetjenestene
- Identifisere grupper med spesielle med stort helsebehov
- Registrere virkningen av iverksatte tiltak
- Ha oversikt om avtaler overholdes

Kommunehelsetjenestens organisasjon og fastlegenes systemrolle i helsetjenesten.

Fastlegen har en nøkkelrolle i helsetjenesten som inkluderer en koordinerende rolle i mange sammenhenger. I den nye samhandlingsreformen er fastlegens rolle ennå mer sentral i den kommunale helsetjenesten. Panelet drøftet betingelsene den kommunale organiseringen gir for å fylle denne rollen. Panelet tok utgangspunkt i tre ulike eksempler som alle belyser viktige problemstillinger knyttet til forholdet mellom fastlegene og viktige samarbeidspartnere – både i det kommunale systemet og i spesialisthelsetjenesten.

Eksempel: Samarbeid mellom sykehus og fastleger i en liten kommune om et samlet tilbud til eldre demente

Demensteam:

Det er en nasjonal føring at det skal opprettes demensteam i alle kommuner. I en liten kommune ble det, i samarbeid med det lokale sykehuset, utarbeidet en demensplan for å systematisere arbeidet med demente pasienter. I denne kommunen arbeider fire fastleger. Samarbeidet mellom disse fire legene er tett, og det har ikke vært vanskelig å få oppslutning blant legene. Det ble utarbeidet en plan og et oppfølgingsprogram for demente pasienter i et samarbeid mellom sykehuset og fastlegene. Hver av fastlegene har oppfølgingsansvaret for bestemte pasienter. En god demensplan krever at kommunen setter inn ressurser i analysearbeid og planarbeid. En annen viktig forutsetning er god forankring i relevante fagmiljøer i sykehusene. Trondheim har i tillegg "innsatsteam" som går inn hos

eldre som begynner å vise tegn på sviktende funksjon, uansett årsak, og på bakgrunn av kartlegging setter i gang aktuelle tiltak. Eksempelene reiser noen viktige spørsmål:

Hvem har ansvaret for å:

- Analysere og vurdere praksis
- Utrede problemet
- Sette i gang en planprosess.

Sykehuset, fastlegene eller kommunene? I forslaget til samhandlingsreform skal kommunene ha en sentral rolle for å iverksette, utrede og implementere slike tiltak. Det krever aktiv medvirkning fra fastlegene og en god faglig kommunikasjon mellom fastleger og aktuell spesialistkompetanse.

Eksempler på samspillet mellom en geriatrisk avdeling og fastlegene i en større bykommune.

1. ambulante team

- a. enten som følge- hjem tjeneste som skal sikre pasienten i overgangen mellom sykehuset og hjem. Det er også i Danmark gjort RCT på dette og det er vist å være effektivt for å unngå reinnleggelser og sykehjemsinnleggelser*
- b. Wenche Frogn Sellægs metode: et geriatrisk tverrfaglig team reiser rundt til alle kommunene to ganger i året. Utreder aktuelle pasienter i samarbeid med kommunehelsetjenesten og underviser. Hensikten er desentralisert helsetjeneste, nettverksbygging og kompetanseoppbygging lokalt*

2. kompetanseoppbygging

- a. Kurs og undervisning for leger. Eksempel geriatriforum: en kursserie (5 ganger per år) for fastleger som arrangeres i samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Fokus på medisinske problemstillinger hos eldre og klinisk fokus.*
- b. Fallutredning. Kommunen bygger opp kompetanse på fallutredning og trening. Pasienten avklares medisinsk av fastlege. Fysioterapeuter vurderer bolig, hjelpemidler og treningsiltak. Det tilbys treningsgrupper over 12 uker, pasienten hentes i taxi.*

Forskning og klinisk praksis har vist at tiden rundt utreise fra sykehuset er en sårbar periode der det ofte skjer uønskede hendelser som også kan øke risikoen for unødvendige fall i livskvalitet og funksjonsnivå. Panelet drøftet samordningsbehov og – muligheter knyttet til disse pasientene fra ulike synsvinkler:

- Forholdet mellom geriatrisk avdeling og fastlegene
- Forholdet mellom fastlegene og kommunal omsorgstjeneste
- Forholdet mellom kommuneoverlegen og fastlegene

For *avdelingen* er det viktig å bidra til å sikre et pasientforløp som ivaretar pasientens behov på en systematisk måte også etter oppfølging. Avdelingen har et team som kan følge pasientene ut av sykehuset og over i kommunal omsorg. Men ofte oppstår problemer ved utskrivningen: Avdelingen finner ikke dedikerte samarbeidspartnere i det lokale systemet. Avdelingen har derfor invitert byens fastleger til møter der disse pasientene er tema. Oppslutningen har vært svært varierende, og det har ikke lyktes å komme i kontakt med de legene som etter avdelingens mening i størst grad ville kunne oppnå en kvalitetsforbedring i sitt tilbud gjennom et bedre samarbeid med sykehuset.

Mange av sykehusets avdelinger, særlig de som har et stort innslag av eldre pasienter, kan ha behov for denne typen møter med fastlegene i kommunene, for å etablere et omforent opplegg for pasienter der god medisinsk oppfølging etter sykehusutskrivninger er særlig kritisk. Sett fra fastlegesiden kan det bli mange tilbud fra mange aktuelle samarbeidspartnere, til møter som er vanskelig å innpasse i den daglige virksomheten i en legepraksis. Å utvikle og vedlikeholde mange-til-mange relasjoner mellom sykehusavdelinger og fastleger kan i en stor bykommune som dette bli en stor utfordring for fastlegene.

Panelet drøftet samordningsproblemet sett fra et *kommunalt omsorgsmessig* synspunkt. Eldre pasienter som skrives ut fra ulike avdelinger trenger ofte kommunal pleie- og omsorg. Sett fra et sykepleiersynspunkt er det ofte et stort behov for samtaler og gjerne også et systematisk samarbeid med fastlegen som har det medisinske ansvaret for pasienten. Sett fra omsorgstjenestens side kan det være vanskelig å få etablert systematisk samarbeid med fastlegene. En del av forklaringen på dette kan være at omsorgstjenestens soneinndelinger og fastlegenes pasientlister ikke er ansvarsmessig samordnet, slik at også samarbeidsrelasjonen mellom fastlegene og omsorgstjenesten får en mange-til-mange struktur: En fastlege må forholde seg til mange personer i omsorgstjenesten – samtidig som en sykepleier i hjemmebasert virksomhet kan få mange fastleger å forholde seg til.

Kommunenes medisinsk faglige rådgivende leger - *kommuneoverlegene* - synes å ha en tilbaketrukket rolle i mange kommuner når det gjelder denne typen utfordringer. Virkemidlene for sikring av oppfølgingsrutiner er få. Panelet drøftet andre eksempler, f. eks en oppfølgingsrutine ved utskrivninger av syke gamle, basert på innføring av en rutine for systematisk oppfølging av visse pasientgrupper innen en viss tid etter utskrivninger, kombinert med en melderutine. Et problem med slike rutiner er at det ikke knytter seg sanksjonsmuligheter til dårlig oppfølging fra fastlegenes side. Det har liten mening å lage gode pasientforløp, hvis legene ikke følger opp. For mange pasientgrupper kan derfor forankringen bli dårlig både i sykehuset og i fastlegesystemet. Det kan være ulike arbeidsmåter og ulike oppfatninger om hvordan ting skal gjøres blant fastlegene og i sykehuset. Slike ordninger kan derfor få dårlig treffsikkerhet, og vil kanskje i liten grad treffe de fastlegene som trenger ekstra motivasjon for å følge opp. Kanskje fanger man først og fremst opp de legene som i utgangspunktet har den beste praksisen. Det må bygges opp pasientforløp som passer både i avdelingen og i kommunen. Sett fra et kommunalt synspunkt er det behov for en slags linjeledelse overfor fastlegene i arbeidet med å tilrettelegge gode pasientforløp, der en kan tilrettelegge et forutsigelig og kvalitetssikret forløp basert på en plan. Det er ikke mulig å ha kompetanse på alle typer lidelser i en kommune – forankringen i sykehuset avgjørende. Det må være lett å skaffe seg faglig støtte, og hjemmesykepleien bør kunne initiere en medisinsk undersøkelse av fastlegen når behovet oppstår. Men gjennomgående er det få eksempler på at det er etablert formaliserte møtepunkter mellom fastleger og leger på sykehus. Dette gjelder i tilknytning til den enkelte pasient og rundt diskusjoner av mer generelle faglige spørsmål.

Internasjonalt er det utviklet ulike systemer for å sikre godt samspill mellom sykehus og kommunehelsetjenesten i arbeidet med pasientgrupper med særlige behov for helhetlige tilbud. Et viktig eksempel på dette er den finske modellen med "vård-program" for ulike pasientgrupper: Integreerte strategier som streker opp pasientforløp og ansvarsforhold. Men det varierer i hvilken grad sykehusene føler ansvar for å støtte primærhelsetjenesten i deres arbeid med utsatte grupper.

Eksempel: Forebyggende helsearbeid: Mangel på adresser for systematisk forebyggende arbeid.

Panelet drøftet fastlegenes situasjon og muligheter for effektivt sekundærforebyggende arbeid. Samtalebasert individuell rådgivning for mennesker med særskilt risiko som kan oppnå bedre helse og livskvalitet gjennom livstilsendringer, har en lang tradisjon i allmennlegetjenesten, men mange trenger betydelig mer støtte og oppfølging enn det fastlegen kan gi i konsultasjonssammenheng. *Eksempel:* Hvem skal følge opp pasienten der det er påvist forhøyet blodsukker? Hvor finnes systematiske tilbud om pasientopplæring, røykeavvenning, mosjons- eller treningstilbud, kostholdsveiledning eller annet som fastlegene på en enkel måte kan henvise til? Fastlegene opplever ofte at det mangler gode adresser i det lokale systemet for systematisk oppfølging av denne typen problemer. I mange kommuner finnes ikke slike tilbud, og for den enkelte fastlege vil det være vanskelig å sikre gode og oppdaterte oversikter over tilgjengelige tilbud for pasienter med ulike oppfølgingsbehov, enten i kommunal regi, i regi av frivillige organisasjoner, eller andre. Mange steder må derfor pasienten etter evne følge opp dette selv, ofte med svært utilfredsstillende resultat. En systematisk plan, der kommunens helseadministrasjon spiller en viktig koordinerende rolle, kan være viktige betingelser for effektivt sekundærforebyggende arbeid i kommunene. De samme utfordringene er knyttet til generell forebyggende arbeid overfor grupper av personer enten det gjelder fysisk aktivitet, kost, mental helse eller misbruksproblem.

Panelet gjorde en sammenlignende drøfting av måten legetjenesten er organisert på i kommunene og organisering av legenes profesjonelle tjenester i en sykehusavdeling. Sykehusavdelingen har sine strukturer for forpliktende prioriteringer og beslutninger, og for forpliktende intern koordinering. Dette mangler som oftest i det kommunale systemet utover organisering av kommunal legevakt. I en sykehusavdeling kan legekollegiet møtes og bestemme et opplegg for bestemte pasientgrupper. Hvem skal fastlegene orientere seg mot? I det kommunale systemet mangler det vanligvis en nøkkelrolle for å organisere kommunehelsetjenestens forhold til viktige samarbeidspartnere, å prioritere viktige pasientgrupper på en koordinert måte, og å utnytte andre kommunale tjenester for å optimalisere tilbudet til pasienten.

Fastlegene har flere viktige roller i et pasientforløp. Det er fastlegen som har ansvaret for å henvise pasienter som trenger det til spesialist, og gi pasienter som trenger det medisinsk oppfølging etter sykehusoppholdet. Eksemplene over viser at kontakten med spesialisthelsetjenesten ikke er et enkelt en-til-en-forhold. Sykehuset består av mange avdelinger, og fastlegene arbeider i en struktur av mange-til-mange-kontakter. Også på kommunesiden har vi en tilsvarende mange-til-mange struktur, særlig i de større byene. Folk velger sin lege fritt, og ikke nødvendigvis i nærheten av der de bor. Kommunale pleie- og omsorgstjenester er imidlertid gjerne distrikts- eller soneorganisert. For å følge opp pasienter med store behov kan derfor en fastlege måtte forholde seg til mange ulike personer med ulike organisatoriske tilknytninger.

Panelet drøftet i hvilken grad norske kommuner har de forutsetninger som kreves for å utøve god styring av helsetjenesten. God styring forutsetter at de som styrer har:

- Styringskompetanse
- Legitimitet og autoritet

Samlet sett peker diskusjonen i panelet på behovet for å styrke samfunnsmedisinens koordinerende rolle og ledende plass i den kommunale helsetjenesten. Det er behov for kommunal kompetanse for analyse og prioritering av viktige behov, for et fastere grep og en klarere kommunal forankring for ivaretagelse av forholdet til spesialisthelsetjenesten, for koordinering mellom legetjenesten og andre kommunale tjenester, og for kvalitetssikring og annen oppfølging av tjenestene på den kommunale helsesektoren.

Økonomiske ordninger som styringsverktøy: Stykkprissystemer og rammefinansiering

Som utgangspunkt for diskusjonen innledet Helseøkonom Vidar Halsteinli om effekter av ulike oppgjørsordninger i helsetjenesten.

Stykkprisbaserte ordninger stimulerer til høy aktivitet, noe som f. eks kan ha gunstige effekter for f. eks befolkningens tilgjengelighet til tjenestene. Et stykkprisbasert system forutsetter at tjenester kan avgrensnes og måles. Måleproblemer kan oppstå når pasienter har mange og sammensatte lidelser og krever kontinuerlige og sammensatte tilbud, og der kvaliteten i tilbudet er knyttet til totaliteten i tilbudet. Kjente problemer med stykkprisbaserte betalingssystemer er ellers knyttet til at det kan utvikle seg systematiske skjevheter mellom lønnsomme og ulønnsomme pasientgrupper. Rammefinansieringssystemer stiller på sin side krav til tydelige styring: velformulerte mål og gode planer for å nå disse målene, dersom de skal bli effektive.

Aktiv styring ser ikke ut til å være typisk for kommunal helsesektor i dag. I årene som kommer vil kommunale helse- og omsorgstjenester bli sterkt utfordret med hensyn til å kunne gi omfattende tilbud til mange gamle med sammensatte lidelser og et stort innslag av kroniske sykdommer. Det vil bli behov for å utvikle nye tilbud, sammensatte tilbud og tilbud til bestemte pasientgrupper som stiller store krav til samarbeid mellom ulike deltjenester, og til langsiktige perspektiver i oppfølging av den enkelte pasienten. Mye av virksomheten i den kommunale helsetjenesten vil ha en slik karakter at det ikke ensidig kan satses på stykkprisbaserte systemer.

Panelet sammenlignet situasjonen i kommunehelsetjenesten med styringssystemet for de statlige helseforetakene. Helseforetakene får årlig sine "bestillinger" fra sin statlige eier mht hvilke problemstillinger som krever særlig årvåkenhet og oppfølging. Bør kommunen få en bestilling som grunnlag for planlegging og prioritering? Kommunene har et selvstendig politisk ansvar for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og det er vanskelig å tenke seg at overlokale instanser skal gi enkeltkommuner "bestillinger" på linje med det som gjelder for helseforetakene. Styringsansvaret må ligge i kommunene. Det krever en betydelig oppvurdering av styringsutfordringene i det kommunale systemet, og en styrking av administrative og politiske forutsetninger. Viktig i denne sammenhengen er:

- Tilgang til data om befolkningens behov og bruk av helsetjenester
- Faglige og andre ressurser for analyse og vurdering av behov
- Kompetanse til å utnytte eksisterende kunnskap om helse og helsetiltak i kommunene
- God forankring i det politisk administrative systemet i kommunen
- God forankring for samarbeid med viktige samarbeidspartnere i helseforetakene.

Konklusjon

I et samlet perspektiv viser diskusjonene i panelet at det er behov for en systematisk og tydelig styringsrolle i den kommunale helsetjenesten og i det kommunale systemet, som gjør kommunene i stand til å gjennomføre gode analyser av situasjonen i egen kommune, sette klare mål, utvikle planer for å nå disse målene, og prioritere å styre bruken av medisinske, omsorgsfaglige og andre ressurser for å nå disse målene.