



BERGEN
KOMMUNE

Høringsutkast august 2017

Plan for **legetjenester**

Vi skal ha gode, kunnskapsbaserte
og helhetlige legetjenester i Bergen
kommune



Forord

Byrådets mål er at alle innbyggere ved behov skal oppleve god pleie og behandling, og hjelp til å leve så selvstendige og innholdsrike liv som mulig. Legene, og ikke minst fastlegene som utgjør størsteparten av de kommunale legetjenestene, er viktige personer i livene våre. De følger innbyggerne i Bergen fra livets begynnelse og er vanligvis den første man kontakter i forbindelse med sykdom eller mistanke om sykdom. For mange er fastlegen i deler av livet det eneste kontaktpunktet mot helsevesenet.

Legene spiller derfor en nøkkelrolle både i det totale helsetilbudet, og i det forebyggende helsearbeidet, selv om det totale antall legeårsverk i kommunen utgjør kun 5 % av det totale antall årsverk i byrådsavdeling for helse og omsorg. Planen handler i stor grad om fastlegene på grunn av at de er den største gruppen og også deres unike posisjon vis a vis innbyggerne. En stor del av planen er også viet legene som er ansatt direkte i kommunens tjenester. Selv om denne siste gruppen i stor grad er en integrert del av tjenestene, er det et stort potensial for å oppnå bedre bruk av disse legeårsverkene gjennom en styrking av deres rolle, samarbeid og arbeidsdeling.

Fastlegene er selvstendig næringsdrivende, men tilknyttet kommunen gjennom avtale. Tilgjengelighet, kvalitet og samordning med andre tjenester må videreutvikles, samtidig som byrådet vil beholde fastlegenes selvstendighet. Først og fremst skal vi sikre at personer som ønsker det, får legetjenestene de har krav på, og muligheten til å stå på en fastleges liste. Byrådet vil også legge til rette for at nyutdannede leger kan etablere seg, og oppnå spesialiststatus i allmenntilleggsmedisin. Organiseringen og finansiering av fastlegeordninger er i all hovedsak regulert nasjonalt, men Bergen kommune har en rolle i å opprettholde et riktig tempo i utlysningen av fastlegehjempler og legge til rette for sametablering og flere gruppepraksiser.

Den kommende økningen av antall eldre er noe som vil gi flere oppgaver for kommunene, og også økningen i livsstilsrelaterte plager gir større behov. Vi må møte både livsstilssykdommer, rus og psykiske helseproblemer på andre måter enn i dag, og bli bedre på å forebygge denne type helseproblemer. Forebygging krever en helhetlig tilnærming, og større grad av samarbeid både innad i kommunen og med spesialisthelsetjenesten. Legene er også her viktig på grunn av sin kompetanse og posisjon.

Når innbyggerne er i kontakt med flere deler av det offentlige helsevesenet, skal man slippe å gi fra seg informasjon mange steder. For innbyggerne bør helsevesenet i størst mulig grad oppleves som *én tjeneste*. I vår digitale tidsalder ligger det godt til rette for å bruke verktøy som sikrer god informasjonsflyt mellom de ulike leddene. For legene handler dette både om å kunne gjøre bruk av viktig informasjon fra andre, men også om å dele av sin kunnskap.

Det overordnede målet for denne planen er innbyggernes beste. Byrådet legger fram en ambisiøs plan, og tiltakene vil samlet gi både bedre og mer tilgjengelige legetjenester. For byrådet er det særlig viktig at sårbare grupper får informasjon om og muligheten til å benytte seg av legetjenester. Derfor vil vi blant annet søke Helsedepartementet om mulighet til å gi bedre helsehjelp til papirløse flyktninger. I Bergen skal alle mennesker oppleve gode og trygge helsetjenester.

Byråd for helse og omsorg

Vigdis Anita Gåskjenn

Innhold

Forord	2
1. Innledning	6
1.1 Rammer for planen	6
1.2 Organisering av planarbeidet	7
2. Fastlegeordningen	9
2.1 Tilgjengelighet og prioritering	10
2.2 Kompetanse	12
2.3 Kvalitet	13
2.4 Kunnskapsgrunnlaget	16
2.5 Ledelse	18
3. Kommunale ansvarsområder der fastlegene utgjør legesøylen	20
3.1 Felles problemstillinger	20
3.2 Hjemmetjenestene	22
3.3 Omsorg pluss-anleggene	23
3.4 Kommunale legetjenester for personer med psykiske lidelser og rusproblemer	23
3.5. Tjenester til utviklingshemmede (TTU)	25
3.6 Habilitering/rehabilitering	26
3.7 Barnevern	27
4. Annet allmennlegearbeid med kommunalt ansatte leger	28
4.1 Felles problemstillinger	28
4.2 Helsestasjon og skolehelsetjeneste	29
4.3 Sykehjem	30
4.4 Enhet for øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD)	32
4.5 Fengselshelsetjenesten	33
4.6 Senter for migrasjonshelse	34
4.7 Legevakt	34
4.8 Legetjenester til de som oppholder seg i kommunen, men som ikke har fastlege her	37

5. Samfunnsmedisin i Bergen kommune	39
5.1 Utfordringer og utviklingsbehov	39
6. Samhandling med spesialisthelsetjenesten	41
7. E-helse	43
8. Økonomiske konsekvenser og budsjettmessige prioriteringer	44
Vedlegg	
Økonomiske konsekvenser av foreslåtte tiltak	45
Mer informasjon om legetjenestene	48

1. Innledning

1.1 Rammer for planen

I henhold til Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-1 skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten.

For å ivareta denne plikten har Bergen kommune laget en plan for legetjenester i kommunen.

Plikten til å ha en plan for legetjenesten er for øvrig fastsatt i punkt 6.2 i ASA 4310 – Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene står overfor en krevende periode de neste 10-15 årene. Framskrivninger av demografiutviklingen viser en stor økning i antall og andel eldre i Bergen kommune. Flere andre prosesser påvirker behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester. Det skjer endringer i arbeidsdelingen i helsetjenestene med økt overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenestene med påfølgende sykere pasientgrunnlag. Befolkningen har også stadig økte forventninger til velferdstjenestene. Det forventes en inntektsutvikling i kommunene som ikke gir grunnlag for å videreføre dagens helse- og omsorgstjenester uendret.

Det er på denne bakgrunn vesentlig at Bergen kommune legger til rette for helhetlig, god og effektiv bruk av sine legeårsverk. WHO har lenge vært opptatt av at helseprofesjonene må samarbeide bedre. Antall legeårsverk i kommunen er beskjedent i forhold til annet helsepersonell. Høgskoleprofesjonene utgjør de store profesjonene i helse- og omsorgstjenestene i kommunene, sammen med gruppen helsefagarbeidere. Fastlegene utgjør det klart største volumet av kommunale legetjenester. De møter hele befolkningen, også de som ikke har andre kommunale helse- og omsorgstjenester. De øvrige kommunale legeårsverkene finnes i sykehjem, på legevakt, øyeblikkelig hjelp døgnenhet, helsestasjon og skolehelsetjenestene og blant kommuneoverlegene. Kommunens fastleger har en sentral rolle for pasientene i mange av de kommunale tjenesteområdene som de hjemmebaserte tjenestene, tjenester for personer med utviklingshemming og legevakt. For disse pasientene er det behov for et enda bedre og tettere samarbeid mellom de ulike profesjonene.

Primærhelsetjenestemeldingen viser til behovet for å prøve ut endringer i arbeidsdeling mellom profesjonene. Meldingen følger også opp samhandlingsreformens intensjoner om gode pasientforløp. Ved å sette pasienten i sentrum vil Bergen kommune utvikle gode forløp som inkluderer legene i kommunen. Bergen kommune vil prøve ut primærhelseteam-konseptet ved å opprette et Universitetslegekontor på Helsecampus

Årstadvollen, og ved å motivere andre fastlegekontorer til å utforske nye måter å samarbeide tverrfaglig på. Universitetslegekontoret vil settes i stand til å motta studenter i praksis fra flere profesjonsutdanninger, som psykologistudenter, sykepleiestudenter i tillegg til medisinstudenter. Bergen kommune har allerede et etablert samarbeid med Universitetet i Bergen om TVEPS, et prosjekt for tverrprofesjonell praksisutplassering. Prosjektet inkluderer ulike høgstoleprofesjoner.

Byrådet legger med dette fram en ambisiøs plan for legetjenestene i Bergen kommune. Planen beskriver først behov for utvikling av fastlegeordningen som sådan, og tar deretter utgangspunkt i kommunens ulike andre tjenesteområder, og gjennomgår behovet for legetjenester innen disse. Den skisserer gode planer for en kunnskapsbasert utvikling av tjenestene. Bergen kommune har kunnskapsrike og dyktige fastleger, og planen skisserer et utviklingspotensial for mer integrert samarbeid mellom fastlegene og øvrige kommunale tjenester. Fastlegene må delta i kommunens modernisering og utvikling for å kunne håndtere det kommende omfanget av eldre pasienter, og for å sikre helsetjenestene i store tjenesteområder som hjemmebaserte tjenester. Kommunen vil styrke sin oppfølging av fastlegene gjennom å innføre kommunens kvalitetssystem også hos fastlegene.

1.2 Organisering av planarbeidet

Legetjenestene i Bergen er mangfoldige og består av allmennmedisinske og samfunnsmedisinske tjenester. Allmennlegearbeid omfatter fastlegeordningen, allmennlegevakt, og annet allmennlegearbeid som innebærer legetjenester ved helsestasjoner og skoler, kommunale institusjoner (sykehjem og enhet for øyeblikkelig hjelp døgnopphold), helsetjeneste for nyankomne innvandrere, fengselshelsetjenesten. Samfunnsmedisinsk arbeid omfatter miljørettet helsevern, smittevern, folkehelsearbeid, beredskap, medisinsk faglig rådgivning, planarbeid. I tillegg kommer turnuslegene som i løpet av et halvt år i kommunehelsetjenesten arbeider med ulike allmennlegeoppgaver under veiledning. Ved Bergen legevakt leverer leger ansatt i Bergen kommune dessuten noen spesialisthelsetjenester etter avtale med helseforetaket.

Det har vært nedsatt en arbeidsgruppe med følgende sammensetning:

Trond Egil Hansen, leder, medisinsk fagsjef BHO

Brita Øygard, etatsdirektør Etat for helsetjenester

Finn Markussen, kommuneoverlege

Knut-Arne Wensaas, fastlege

Tor Grimstad, Legevakten

Marit Voltersvik, ØHD-enheten

Britt Darlington, Etat for barn og familie

Nina Nordvik, Etat for hjemmebaserte tjenester

Kjell Krüger, Etat for alders- og sykehjem

Audun Pedersen, Etat for psykisk helse og rustjenester

Nina Husum, Etat for sosiale tjenester

I mandatet har inngått å beskrive eksisterende legetjenester og utviklingsbehov med hensyn på kvalitet, kompetanse og kapasitet, oppgavedeling mellom ulike legetjenester (f.eks. legevakt og fastleger, og helses-
tasjon/skolehelsetjeneste og fastleger), deltagelse i tverrfaglig samarbeid, oppgavedeling med og samhand-
lingsutfordringer overfor andre kommunale tjenester og mot øvrige samarbeidsparter.

I planen skal vurderes behov for nye tjenester og beskrives krav til kvalitet, kompetanse og kapasitet innen
eventuelle forslag til nye legetjenester. Planen skal spesielt fokusere på tjenesteyting, men også omtale orga-
nisering, fagutvikling, forskning og kommunens rolle i utdanning av helsepersonell. Under organisering skal
blant annet vurderes etablering av kommunale legekontor og fastlegetjenestens rolle i kommunehelsetje-
neste, også i lys av Primærhelsemeldingen (primærhelseteam). Planen bør ha et særlig fokus på utjevning
av sosiale helseforskjeller, herunder legetjenester til grupper av befolkningen som kan antas å ha behov for
bedre kommunale legetjenester enn de får i dag. Planen bør også beskrive rekrutteringsutfordringer innen
eksisterende og eventuelle nye tjenester.

Planen skal inneholde forslag til tiltak for å løse utfordringer som identifiseres, herunder forslag til modeller
for hvordan bedre tjenester kan leveres.

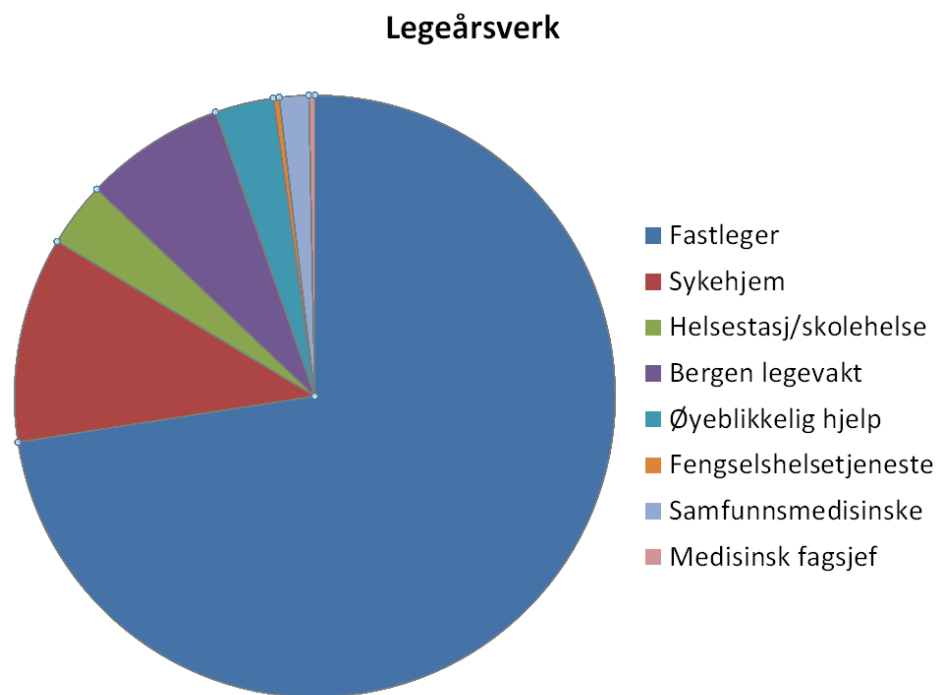
I planarbeidet har tidligere utkast vært presentert for fastlegene som har gitt innspill til planen. Arbeidet har
også vært presentert for alle etatene i Byrådsavdeling for helse og omsorg. Videre er det også kommet inn-
spill fra de allmenmedisinske forskningsmiljøene i Bergen.

2. Fastlegeordningen

Det største volum av legetjenester i kommunen utgjøres av fastlegeordningen. Formålet med fastlegeordningen er å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til. 70 % av befolkningen vært til minst en konsultasjon hos fastlegen siste år, og gjennomsnittlig årlig antall konsultasjoner hos fastlegen er 2,6 per person. At fastlegene har så mye kontakt med majoritetsbefolkningen betyr at anslagsvis 70 % av fastlegenes arbeid er med pasienter som ikke har kontakt med andre deler av helse- og omsorgstjenesten.

Det er godt dokumentert at gode allmennlegetjenester gir bedre helse. Den internasjonalt anerkjente amerikanske forskeren Professor Barbara Starfield ved Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health dokumenterte gjennom sin forskning at god tilgang til en fritt valgt allmennlege over flere år fører til bedre behandling, bedre helse og lavere helsekostnader. Hun beskrev det slik: «Primærhelsetjenesten behandler

de fleste helseproblemer for de fleste mennesker mesteparten av tiden. Primærlegens prioritering er å være tilgjengelige ettersom helsebehov oppstår, å fokusere på enkeltpersoner på lang sikt, å tilby helsehjelp for alle vanlige problemer, og å koordinere tjenester når det er behov for helsehjelp fra andre instanser. Det er mange bevis på at et godt forhold til en fritt valgt primærlege, fortrinnsvis over flere år, er knyttet til bedre omsorg, mer tilpasset omsorg, bedre helse, og mye lavere helsekostnader.»



Figur 1: Antall legeårsverk

Kommunens ansvar for fastlegeordningen innebærer at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys allmennlegetjenester. Kommunen skal organisere fastlegeordningen og sørge for at personer som ønsker det, får tilbud om plass på fastleges liste, kommunen har ansvar for informasjon om fastlegeordningen og ansvar for kvaliteten i den kommunale allmennlegetjenesten.

Hovedmodellen i fastlegeordningen er at fastlegene er selvstendig næringsdrivende, tilknyttet kommunen ved avtale. Den vanlige fastlege er dermed ikke bare lege, men også bedriftseier og arbeidsgiver. Fastlege-

ordningen er nasjonal i den forstand at den i all hovedsak er regulert av lover, forskrifter og sentrale avtaler, samtidig som den er en viktig del av kommunehelsetjenesten.

Bergen kommune har nå 230 fastleger. Fra nasjonale arbeidstidsregistreringer vet vi at fastlegene arbeider som fastlege om lag 46-47 timer per uke, slik at det kan anslås at fastlegene i Bergen leverer om lag 285 legeårsverk. Fastlegene er ikke ansatt i Bergen kommune, men har individuelle avtaler med kommunen om å drive allmennpraksis i fastlegeordningen. Dagens avtaler inneholder lite annet enn det som allerede er regulert ved lover, forskrifter og sentrale avtaler. Bergen kommune vil i større grad benytte avtalene til å legge inn felles målsetninger for kommunen og fastlegene for utvikling av helsetjenestene. Med få unntak har fastlegene etablert legesenter hvor flere leger arbeider, men fastlegeavtalene er individuelle, slik at kommunen ikke har avtaler med legesentrene som sådan. Etablering av legesentra med flere fastleger er en ønsket utvikling. Legesentrene er regulert med internavtaler mellom fastlegene.

Difis (Direktoratet for forvaltning og IKT) befolkningsundersøkelser viser at fastlegeordningen har svært godt omdømme i befolkningen, bedre enn alle andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Vi bør være forsiktige med å rukke ved de fundamentene med ordningen som gir høy befolkningstilfredshet. En nærmere beskrivelse av fastlegeordningens organisering og finansiering finnes i vedlegg 1.

Befolkningens tilfredshet kan ikke tolkes som at fastlegeordningen ikke kan og bør utvikles og forbedres. Blant annet vil det i enhver fastleges populasjon være personer som har behov for fastlegens tjenester, men som ikke evner å etterspørre disse, og heller ikke har noen til å etterspørre for seg. Fastlegens tilgjengelighet for disse pasientene er det viktig å forbedre.

2.1 Tilgjengelighet og prioritering

I fastlegens virke ligger alltid et prioriteringsansvar. Fastlegen må fordele sin egen arbeidskapasitet som en ressurs, slik at populasjonens behov for allmennlegetjenester totalt sett blir best mulig dekket. Tilgjengelighet for pasientene er det viktigste, men den kan ikke være ubegrenset for alle. I forhold til underforbrukerne må fastlegen gjøre seg særlig tilgjengelig.

Egenandelene representerer et reelt tilgjengelighetshinder for noen utsatte grupper. Dette er et paradoks på bakgrunn av hva vi vet om sosial gradient i helse. Egenandelene fastsettes av Stortinget, som også bestemmer nasjonale skjermingsordninger. Vi ser at noen viktige pasientgrupper som ungdom, og personer med ruslidelser faller utenom disse ordningene og dermed blir underforbrukere av fastlegens tjenester.

Tiltak 1: Det fremmes en politisk sak for å supplere de nasjonale skjermingsordningene med kommunale skjermingsordninger for særlig sårbare grupper.

Fastlegene må også være tilgjengelig for samarbeidspartnere og være på banen i tverrfaglig samarbeid rundt enkelte pasienter. Det bør gjøres mulig for fastlegen å delta på de delene av tverrfaglige møter/ansvarsgruppemøter hvor fastlegens deltagelse er viktig.

Tellinger har vist at omfanget av sykebesøk fra fastlegene i Bergen er relativt lite. Hjemmetjenestene, som ofte er de som formidler behov for hjemmebesøk til pasienter, meddeler at det er stor variasjon mellom fastlegene på dette feltet. Det bør vurderes om det betyr at en del hjemmeboende skrøpelige ikke får tilstrekkelig legehjelp. Fastlegenes kapasitet bør brukes riktig og de gruppene som har behov for helsehjelp, men som i for liten grad oppsøker fastlegen, må få et bedre tilbud. For å kunne følge opp dette, har kommunen behov for mer opplysninger om fastlegenes praksis i forhold til å yte sykebesøk, og variasjonen mellom fastlegene i forhold til dette. Anmodning om konsultasjon eller hjemmebesøk som formidles fra andre kommunale helse- og omsorgstjenester, skal fastlegene prioritere høyt.

Tiltak 2: Kommunen innfører kontinuerlig registrering og individuell oppfølging av i hvor stor grad fastlegene reiser i sykebesøk i samsvar med fastlegeforskriften.

Kravene til tilgjengelighet forutsetter en økning av fastlegeordningens kapasitet. Med dagens finansiering av fastlegeordningen er kommunens andel av finansieringen proporsjonal med befolkningens størrelse og uavhengig av antall fastleger i kommunen. Det gir ikke kommunen handlingsrom til å prioritere vekst i fastlegeordningen økonomisk. Kommunen kan opprette nye fastlegehjemler (null-hjemler), men det er svært tungt for en ny fastlege å bygge opp en fastlegepraksis fra null, hvis ikke de andre fastlegene i kommunen reduserer sine listelengder. Og med dagens finansiering er det et relativt kraftig negativt økonomisk insentiv for fastlegene som er der fra før, å redusere sine listelengder.

Fastleger har hittil selv planlagt og finansiert eventuell spesialisering i allmenntjenestemedisin, med noe støtte fra utdanningsfond i Legeforeningen. Spesialistutdanningen er likevel kostbar for legen. Mange unge nyutdannede leger velger spesialisthelsetjenesten, som fullfinansierer spesialistutdanningen, fordi de første årene i en fastlegepraksis er inntektene redusert, men ikke utgiftene.

Hovedmodellen i fastlegeordningen er selvstendig næringsdrivende leger tilknyttet kommunen med avtale, men kommunen har anledning til å etablere fastlønte fastlegestillinger, hvor både fastleger og medarbeidere er kommunalt ansatt og hvor kommunen er eier av kontorlokalene med medisinskteknisk og kontorteknisk utstyr. For kommunen vil det vanligvis medføre større kostnader å drive et legekantor med fastlønte fastleger enn å ha avtalefastleger.

Tiltak 3: Bergen kommune vil utrede hvordan det kan gjøres lettere for fastleger å starte opp null-lister, og etablere en ordning med mål om å lette oppstart av null-lister i Bergen kommune, herunder utvikle rammer for fastlønnsavtaler til nyutdannede leger som synes det er vanskelig å måtte etablere egen bedrift. Ved hjemmelstildelinger til eller ansettelse av leger som ikke er spesialister, vil Bergen kommune legge til rette for strukturerte utdanningsløp som fører frem til spesialistgodkjenning i allmenmedisin.

Foruten å opprette nye fastlegehjemler og etablere ordninger som gjør det lettere å komme i gang, har kommunen beskjedne virkemidler for å nå målet om flere fastleger med kortere lister. Økonomien i fastlegeordningen fastsettes i sentrale forhandlinger hvor KS er representert. Bergen kommune bør ta opp problemstillingen med KS.

Kommunen kan også ta en rolle i forhold til det som fastlegene beskriver som et stadig økende oppgavetilfang. Ved siden av befolkningens etterspørsel og forventninger utgjøres denne økningen særlig av to elementer, nemlig stadig økende krav om attester fra ulike instanser og overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Fastlegenes rolle som attestutsteder er i hovedsak knyttet til forvaltning av rettigheter knyttet til sykdom. Men i mange forhold blir fastlegen bedt om å være sannhetsvitne for pasientopplysninger som pasientene like godt kunne formidlet selv, også i mange tilfeller hvor legekontakt ellers ikke hadde vært påkrevet. Attestasjon av korttidsfravær fra skole eller arbeid er typiske eksempler på dette. Slikt attestasjonsarbeid tar mye fastlegekapasitet, og det ville vært i kommunens interesse at fastlegene heller i større grad var tilgjengelig for diagnostikk, behandling og rådgivning. Når det gjelder overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten, skjer dette regelmessig uten at det er forankret i den prosessen for endret oppgavefordeling som er beskrevet i Tjenesteavtale 1 i samarbeidsstrukturen. Dette er nærmere beskrevet i kapittel 6.

2.2 Kompetanse

Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse og omsorgstjenesten stiller krav til at alle fastleger som blir tilsatt etter 1.3.2017 skal være spesialist i allmenmedisin eller under spesialisering. Dette kravet vil bidra til å øke det generelle kompetansenivået hos fastlegene, og vil bidra både til høyere og jevnere kompetanse hos fastlegene. Bergen kommune har fått tilskudd fra Helsedirektoratet til et prosjekt for Allmennleger i Spesialisering, kalt ALIS-VEST. Pilotprosjektet som omfatter kommuner i Sogn og Fjordane og Hordaland skal utvikle gode modeller for strukturerte spesialiseringsløp for fastleger i kommunehelsetjenesten. Under utdanningen skal fastlegene ha fast lønn. Bergen kommune vil ha 1-3 ALIS leger i dette

prosjektet. Tiltaket går over 5 år og vil ha en kostnad på 0-200.000 kr pr lege pr år, størst blir trolig kostnadene i starten av spesialiseringløpet.

Prosjektet ALIS-VEST kan imidlertid ikke være kommunens eneste tiltak for å oppfylle forskriftens kompetansekrav. Kommunen skal sikre at alle leger i klinisk stilling i kommunen som blir ansatt eller tildelt hjemmel etter 1.3.2017, skal være spesialister eller i spesialisering. Dette vil kreve en tydeligere kommunal ledelse og tilrettelegging, og kommunens og legens felles forpliktelse for å oppfylle kompetansekravet bør forankres i individuell avtale.

Det vises til tiltak 3.



4. november 2015 åpnet Bergen legevakt i nye lokaler i Solheimsgaten 9. Byrådsleder Harald Schjelderup, legevaktsjef Frank van Betten og helsebyråd Rebekka Ljosland markerte offisiell åpning.

2.3 Kvalitet

Kommunen trenger verktøy og kompetanse til å ivareta sitt ansvar for kvaliteten i allmennlegetjenesten. Legekantoret må ha ledelse for å ivareta kvalitetsarbeid, arbeidsgiveransvar, systemutvikling og kontakt med kommunen. Samarbeidsutvalget i fastlegeordningen er en viktig kommunal arena for å diskutere og utvikle lokalt kvalitetsarbeid.

Fastlegene og medarbeiderne trenger å oppdatere sin faglige kompetanse kontinuerlig. Det er positivt at det er blitt et obligatorisk krav at alle fastleger er spesialister i allmennmedisin eller i spesialisering. Ordningen med resertifisering av spesialiteten hvert femte år bidrar til økt kompetanse gjennom faglig oppdatering og drøftinger med kolleger i etterutdanningsgrupper. Systematisk kvalitetsarbeid lokalt på legekantoret bør dessuten bli en del av spesialistkravene i allmennmedisin.

Legeforeningen har etablert Senter for kvalitet i legekantor (SKIL) lokalisert i Bergen, med formål å samle, utvikle og evaluere metodikk for lokalt kvalitetsarbeid. Senteret skal hjelpe til i oppstart av lokalt kvalitetsarbeid gjennom formidling av verktøy, metoder og veiledning. SKIL har som mål å utvikle målrettede og gode systemer for å registrere, rapportere og lære av egne kvalitetsdata. Sammenlikning av data fra egen virksomhet med andres (benchmarking) bør være grunnlag for vurdering av eget kvalitetsnivå. Disse

systemene må utvikles i nært samarbeid med fagmiljøet. Benchmarking kan skje ved at enkeltleger sammenlikner data fra egen praksis med data fra andre leger på samme legekantor, eller med data fra flere leger. Det kan samtidig utvikles metoder for innsamling og vurdering av ulike styringsdata, for eksempel tilgjengelighet, brukertilfredshet og annet. Legeforeningen har etablert SKIL alene uten medvirkning fra Staten eller kommunene. Bergen kommune skal samarbeide med SKIL for å oppnå at kommunens fastleger deltar i slikt kvalitetsarbeid.

Det finnes i dag registre med data fra primærhelsetjenesten, men disse registrene sier lite om innholdet og kvaliteten i tjenestene. Etableringen av KPR (Kommunalt pasient- og brukerregister) kan bli en løsning på dette. Men KPR vil i første omgang bare inneholde opplysninger fra to eksisterende registre KUHR (Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon) og IPLOS (Individbasert PLeie- og OmsorgsStatistikk). Kommunen trenger et KPR som går utover data som i dag er tilgjengelige og finnes i eksisterende rapporteringsløsninger og rutiner.

Ved systematisk innsamling av utvalgte data fra fastlegenes journalsystemer og bearbeiding av disse i kvalitetsrapporter, vil man kunne få et verktøy for kvalitetsarbeid på kontoret. Samtidig vil det kunne genereres rapporter til kommunen på aggregert nivå dersom pasientens personvern ivaretas. Et slikt verktøy vil også kunne brukes til mer omfattende datarapportering til et utvidet KPR.

Tiltak 4: Kommunen vil i samarbeid med fastlegene anskaffe et dataverktøy som gjør det mulig for fastlegene å hente ut data til styrings- og kvalitetsformål til eget bruk, til rapportering til kommunen og til utvidet KPR.

Fastlegekantorene skal levere kvalitetssikrede, medisinskfaglige gode, koordinerte og kontinuerlige helsetjenester for befolkningen. Fastlegene har et medisinsk koordineringsansvar for sine pasienter. Dette ansvaret er tydeliggjort i revidert forskrift for fastlegeordningen. Spørsmålet er hvordan kommunen kan organisere sine tjenester slik at dette ansvaret kan ivaretas. Fordi innbyggere velger fastlege på tvers av de etablerte geografiske ansvarsområdene som styrer de øvrige delene av kommunehelsetjenesten, må det utvikles gode personlige kontakter mellom faggrupper for å kompensere for dette. Det bør prøves ut ordninger der øvrige kommunehelsetjenester i større grad er organisert rundt fastlegekantoret. Det bør lages piloter med modeller for store tverrfaglige legekantor. En fastlegepraksis som inkluderer flere helseprofesjoner, vil kunne fylle behovet for kontinuitet og kvalitet i primærhelsetjenesten. Bergen kommune vil legge til rette for utprøving av modeller for større tverrfaglige legekantor.

Det er stor variasjon mellom legekantor når det gjelder intern organisering og samarbeid. Utviklingen har

gått fra solopraksiser til gruppepraksiser. Legekontor med kun en fastlege i solopraksis er sårbare ved fravær og har reduserte muligheter for faglig samarbeid med andre fastleger. Kommunen har ansvar for å legge til rette for og støtte kvalitetsarbeid i fastlegeordningen. Kommunens ansvar for kvalitet i fastlegeordningen, må også innebære å utjevne variasjon i fastlegesenternes utstyrnivå. Der ledelse av legekontorene mangler, kan det være vanskelig for kommunene å ivareta dette ansvaret. Avtaleverket for fastlegeordningen kan tilpasses på en bedre måte for å stimulere til ledelse av tverrfaglige legekontor. Så lenge dette ikke er regulert i sentrale avtaler, er det en mulighet å inngå avtale om dette mellom legekontor og kommune.

Kommunens ansvar for kvalitet i fastlegjetjenesten bør ikke avgrenses til kvalitet i diagnostikk og behandling, men også at gruppepraksisene er veldrevne bedrifter. Kompetanse i drift av legekontor omfatter for eksempel kvalitet i arbeidsgiverrollen, praksisøkonomi og IKT-kompetanse for å drifte legesenterets IKT-systemer.

Tiltak 5: Bergen kommune vil stimulere til større robuste fastlegesentra og redusere antallet solopraksiser. Individuelle fastlegeavtaler suppleres med avtaler mellom kommunen og fastlegesentrene.

Helsesekretærene er i dag, og vil fortsatt være, en svært viktig medarbeider på fastlegekontoret. Fastlegekontorene bør ha konkrete tiltak rettet mot styrking av helsesekretærenes kompetanse og fagutvikling.

Sykepleiere ansatt i fastlegens praksis vil kunne tilføre ytterligere økt faglig styrke og kompetanse, både i førstekontakt med pasientene på telefon eller i skranke før legekonsultasjon. Det bør også gjøres forsøk med egne konsultasjoner spesielt rettet mot enkelte pasientgrupper. Dette må balanseres mot fragmentering av pasientoppfølgingen som passer med organiseringen i spesialisthelsetjenesten, men som i liten grad samsvarer med arbeidsoppgavene i den allmenntilleggs hverdagen.

Jordmor integrert i fastlegens praksis vil gi den gravide en helhetlig svangerskapsomsorg og vil være med å danne grunnlag for et godt faglig samarbeid med den gravide i sentrum.

Helsesøster kan samarbeide tettere med fastlegen både når det gjelder helsekontroller av barn, men også forebyggende aktiviteter.

Psykolog integrert i fastlegens praksis vil gi tettere faglig samarbeid rundt utredning og behandling av fastlegens pasienter med psykiske lidelser.

Samlokalisering kan gjennomføres på ulike måter. Det kan for eksempel være ansettelsesforhold hos legen, men andre modeller kan også dekke behovet. Uavhengig av eventuelle samlokaliseringer bør det arbeides for gode kommunikasjonsløsninger som tilrettelegger for økt samarbeid. Det er behov for å prøve ut ulike måter for teamorganisering av helsetjenester knyttet til fastlegen.

Bergen kommune vil prøve ut ulike løsninger for primærhelseteam og oppfølgingsteam.

En viktig kvalitet i en fastlegepraksis er også servicenivå og befolkningens og samarbeidspartneres grad av tilfredshet med dette. Fastlegeforskriften fastsetter en forpliktelse til å besvare telefonen raskt og gi time i løpet av få dager. For å kunne følge opp dette, må kommunen utvikle metoder for å måle det. Men forpliktelsen til å få time raskt må i noen tilfeller overstyres av fastlegens prioriteringer, og i så fall må kommunen i tillegg vurdere disse. Det kan videre være slik at det ikke bare er pasientens rent medisinske behov som gjør det riktig å gi time raskt. For eksempel vil ungdom som selv tar kontakt med fastlegen i liten grad være tjent med en time i neste uke. De bør betraktes som time-samme-dag-pasienter selv om det ikke gjelder problemstillinger med høy medisinsk hastegrad.

For mange pasienter vil det være viktigere å unngå lang ventetid på venterommet fordi legen er forsinket, enn å få time raskt. At pasientene kommer inn til legen til avtalt tid, er en viktig kvalitet, men det er ikke satt formelle krav på dette punktet. Kravet til fastlegens tilgjengelighet for øyeblikkelig hjelp umuliggjør imidlertid rigide ordninger. Det forstår også fastlegens pasienter, men det forutsetter at det gis god informasjon ved eventuell forsinkelse, og det forutsetter at store forsinkelser ikke er en regel, men unntak.

Det vil være nyttig at fastlegene har system for tilbakemeldinger fra pasientene i planlegging og evaluering av egen praksis.

Tiltak 6: Bergen kommune vil legge til rette for, stille krav til og følge opp at legesentrene bruker tilbakemeldinger fra pasientene i sitt kvalitetsarbeid.

2.4 Kunnskapsgrunnlaget

Selv om mer forskning på primærhelsetjenestens pasienter har vært etterlyst i årevis, er det galt å si at fastlegene mangler kunnskapsgrunnlag for sin virksomhet. Kunnskapsgrunnlaget består imidlertid i stor grad av ekstrapolering av forskningsresultater fra spesialisthelsetjenesten, samt erfaringsbasert kunnskap. I hvilken grad forskningsresultater fra spesialisthelsetjenesten er gyldig for fastlegens pasienter, er et krevende spørsmål. De har utvilsomt en viss relevans, i hvert fall for de pasientforløpene som omfatter begge nivåene. For tilstander som vanligvis ikke henvises til spesialist, er relevansen av sykehusforskning usikker. Det er derfor særlig viktig å få øket forskningsaktiviteten på de tilstander som i hovedsak behandles i kommunehelsetjenesten. Det er faglig sterke allmennt medisinske forskningsmiljøer både ved Universitetet i Bergen og ved Uni Research Helse. Midlene til allmennt medisinsk forskning er imidlertid begrenset, det har vært liten statlig vilje til å øke disse, slik det er et åpenbart behov for. Selv om forskning i spesialisthelsetjenesten er viktig, og det ikke er noen grunn til å ønske denne redusert, er det et grovt misforhold mellom forskningsfinansiering i spesialisthelsetjenesten og forskning i kommunehelsetjenesten. Selv om Bergen er en foregangskommune i å øke forskningsaktiviteten i kommunen, er det langt frem. Norges forskningsråd har nå besluttet

å tildele midler til et prosjekt ledet av Universitetet i Bergen om å etablere allmennt medisinske forskningsnettverk. Dette vil kunne bli et stort steg i riktig retning. For å få inkludert tilstrekkelig antall pasienter fra fastlegepraksis i forskningsprosjekter, vil det være nødvendig å rekruttere pasienter fra mange fastlegesentre. Etablering av forskningsnettverk vil være en måte å oppnå dette på.

Tiltak 7: Bergen kommune vil utvikle samarbeidet med de allmennt medisinske forskningsmiljøene, blant annet ved å understøtte etablering av allmennt medisinske forskningsnettverk, herunder opprette en deltidsstilling som forskningskoordinator som skal ha som oppgave å understøtte forskning i allmennt legepraksis. Bergen kommune vil legge til rette for at motiverte fastleger kan delta i forskning, og at kunnskapen tilbakeføres til fastlegevirksomheten.

Selv om god forskning gir de sikreste svarene på hva som er beste praksis, er det galt å underkjenne at også erfaringsbasert kunnskap er et gyldig kunnskapsgrunnlag. Men det er behov for at erfaringsbasert kunnskap blir oppsummert og gjennomgår en konsensusprosess, da den enkelte fastleges erfaring har usikker gyldighet for neste pasient. Arbeidet med retningslinjer dreier seg i stor grad om nettopp dette. Hvis forsknings svar mangler, bygger anbefalingene i retningslinjer på konsensus i de involverte fagmiljøene. Da er det viktig å rekruttere fra de arenaene hvor pasientene faktisk behandles. Det er en svakhet i mange av Helsedirektoratets retningslinjer at arbeidet har vært dominert av sykehusspesialister selv der hvor pasientene behandles i kommunehelsetjenesten. Det er dessuten slik at retningslinjer utarbeides for en og en sykdom, mens mange av fastlegens pasienter er multisyke. For disse pasientene er det av stor betydning at fastlegen deres evner å sortere i hvilke anbefalinger som skal følges og hvilke anbefalinger som ikke bør følges, blant annet for å unngå polyfarmasi.

Tiltak 8: Bergen kommune vil legge til rette for at motiverte fastleger kan delta i nasjonalt og lokalt retningslinjearbeid.

En annen viktig side ved samarbeidet med de allmennt medisinske universitetsmiljøene er praksisundervisning i allmennt medisin i grunnutdanningen av leger. Det er avgjørende viktig for kommunehelsetjenesten fremover at nyutdannede leger både har god grunnleggende kunnskap i allmennt medisin, og at de opplever allmennt medisin som et spennende fagfelt som de gjerne vil velge som karrierevei. For å oppnå dette, er det ønskelig med mer utplassering av legestudenter hos både fastleger og i andre kommunale legetjenester. Dette savner per i dag finansiering. Sykehusene får finansiering fra staten for praksisundervisning av legestudenter, men kommunene får ingenting. Dagens situasjon er at universitetene finansierer det som er av utplassering på eget initiativ fordi det er sterkt ønskelig for både kvalitet og rekruttering at studentene har erfaring fra

primærhelsetjenesten når de er ferdig utdannet. Universitetet i Bergen øker utplasseringen fra 4 til 6 uker fra og med 2018.

Tiltak 9: For å bidra til at nyutdannede leger har god kunnskap om fastlegepraksis og motivasjon for en karriere som fastleger, vil Bergen kommune arbeide for statlig finansiering av praksisutplassering i kommune og oppfordre fastlegene til å ta i mot legestudenter til praksisundervisning.

2.5 Ledelse

Det er med god grunn etterlyst bedre kommunal ledelse av fastlegeordningen. Samhandlingsreformen har tydeliggjort behovet for et langt tettere samarbeid mellom fastlege, kommune og spesialisthelsetjenesten. Fastlegen får en stadig mer sentral rolle i kommunehelsetjenestene. Ledelse av fastlegene er nødvendig for at Bergen kommune skal kunne opprettholde god kvalitet på sine tjenester, og er en forutsetning for at kommunen skal kunne takle en økende eldrepopulasjon med relativt større andel hjemmebaserte tjenester.

Dersom Bergen kommune skal lykkes bedre i å lede den kommunale legetjenesten, må det sørges for tilstrekkelig ressurser til ledelse, og prioritere hva som må gjøres i oppfølgingen av den enkelte lege. I dette arbeidet er utarbeidelse av en handlingsplan og strategier for styring og ledelse av legene viktig. Dette bør gjøres i nært samarbeid med legene i kommunen og de formelle samarbeidsorganene samarbeidsutvalget og allmennlegeutvalget.

Fastlegenes kompetanse er i dag i for liten grad tilgjengelig for kommunen i utrednings- og planarbeid. Kommunens har behov for å rekruttere fastleger til slikt arbeid, noe som må finansieres, samtidig som interesserte fastleger må ha en samlet oppgaveportefølje som ikke er større enn at det er mulig å delta. Fastlegene opplever ofte manglende forståelse fra kommunale og andre instanser for at de må ha økonomisk kompensasjon som selvstendig næringsdrivende for deltakelse i denne typen arbeid.

Systematisk og regelmessig innsamling av aktuelle styringsdata og informasjon fra fastlegene/fastlegekontorene vil gi kommunene en oversikt over hvordan den kurative legetjenesten fungerer og utvikler seg i kommunen. Hvilken informasjon som skal rapporteres, bør avgjøres i dialog mellom kommunens ledelse og fastlegene. For å unngå at rapporteringen medfører mye ekstra arbeid for fastlegene/fastlegekontorene, må verktøy for slik rapportering skaffes. Det vises til tiltak 4. Dersom departementet sørger for at § 29 i fastlegeforskriften trer i kraft, vil det bli langt enklere for kommunene å få til en tilpasset rapportering av styringsinformasjon. Videre bør KS og Den norske legeforening utarbeide en veileder knyttet til

styring og ledelse av legene, inkludert rapportering av styringsinformasjon.

Ledelse og styring av legene forutsetter at kommunen er bevisst på at ledelse er en påvirkningsprosess hvor resultatene skapes i en relasjon mellom leder og medarbeider. Dette forholdet er viktig i all ledelse, og muligens enda viktigere i ledelse av næringsdrivende fastleger. Styring og ledelse av legene forutsetter at legene selv vil bli ledet.

Tiltak 10: Bergen kommune vil styrke sin kapasitet i Etat for helsetjenester for ledelse og administrasjon av fastlegene med to årsverk.

Tiltak 11: Kommunen vil arbeide med innholdet i de individuelle fastlegeavtalene, for å sørge for at fastlegene arbeider i samsvar med kommunens målsetninger og prioriteringer for allmennlegetjenesten. For å gjøre dette til en dynamisk ordning hvor fastlegene er sikret innflytelse, kan det avtales at fastlegene forpliktes på vedtak i samarbeidsutvalget.

Tiltak 12: Det budsjetteres midler til fastlegers deltakelse i kommunens plan- og utredningsarbeid, samtidig som fastleger som deltar i slikt arbeid ikke pålegges andre allmennlegeoppgaver utenom praksisen.

3. Kommunale ansvarsområder der fastlegene utgjør legesøylen

Det dreier seg i hovedsak om hjemmetjenestene, inklusive omsorg pluss anleggene, tjenester for personer med psykiske lidelser og rusproblemer, tjenester til utviklingshemmede (TTU), habilitering/rehabilitering utenfor institusjon og barnevern.

Disse tjenesteområdene inneholder noen felles problemstillinger som behandles først, deretter det som er unikt for hvert tjenesteområde.

3.1 Felles problemstillinger

Fastlegene er viktige samarbeidspartnere for disse tjenestene, og det er til tider nødvendig å møtes. Fastlegen bør i større grad enn nå delta på slike møtearenaer. Men det forutsetter en møtestruktur som gjør det mulig for fastlegen å delta når det drøftes diagnostikk og behandling av sine pasienter. Det er ikke i kommunens interesse at fastlegene trekkes bort fra sine pasienter ved å bruke unødvendig mye tid på møter.

Tjenestene erfarer behov for at fastleger tar hjemmebesøk når helsetilstanden til pasient tilsier at de ikke kan møte opp hos legene. Det er som oftest situasjoner der tjenestene har observert pasienten over tid og er urolig for om pasienten får forsvarlig helsehjelp. De erfarer at ikke alle fastleger går på hjemmebesøk slik fastlegeforskriften beskriver. Det er viktig i samhandlingen at det blir avklart hvordan hjemmebesøk skal praktiseres. Dette er nærmere beskrevet i kapittel 2.1.

Tjenestene, særlig hjemmesykepleien, administrerer legemidler for et stort antall pasienter. Det er utarbeidet retningslinjer for håndtering av legemidler i hjemmesykepleien og det er et av det største område med avvik i hjemmesykepleien. For å kvalitetssikre denne oppgaven er det to store oppgaver som må iverksettes, nemlig å øke andel pasienter som tar i bruk av multidose og systematisere legemiddelgjennomgang av legemidler. Det oppleves som en utfordring å få til en felles forståelse mellom fastlegen og hjemmesykepleie hvorvidt multidose skal tas i bruk. For fastlegene er multidoseforskrivning et omfattende merarbeid så lenge e-resept ikke har funksjonalitet for multidoseforskrivning. Legemiddelliste må lages i e-reseptsystemet. Etter at legemiddelliste er skrevet ut, må alle e-reseptene kanselleres for å unngå dobbeltforskrivning. Det vil være krevende å øke andelen multidosebrukere før funksjonalitet for multidoseforskrivning i e-reseptsystemet er etablert. Dette hevdes å være nært forestående.

Tiltak 13: Kommunen vil være pådriver for at fastlegene tar i bruk multidoseforskriving til pasienter som egner seg for dette, så snart e-resept har funksjonalitet for dette. Fastleger som ikke gjør dette følges opp individuelt.

Legemiddelgjennomgang (LMG) er en systematisk gjennomgang av pasientens legemidler for å sikre hensiktsmessig bruk og forebygge pasientskader. Legemiddelgjennomgang utføres av legen, vanligvis i samarbeid med farmasøyt og/eller sykepleier. Pasienten og pårørende kan delta. LMG utføres ved endringer i pasientens tilstand eller omsorgstilbud og minimum årlig for pasienter som bruker mange legemidler. De fleste pasienter med hjemmesykepleie har behov for mye hyppigere legemiddelgjennomgang enn en gang årlig. Legemiddelgjennomgang for hjemmeboende pasienter med andre kommunale tjenester krever samhandling med fastlegene, noe som det må være rutiner for.

Fastlegen samarbeider om pasienten med:



Figur2: Fastlegens samarbeidspartnere. Grafikk: Den norske legeforening

Tiltak 14: Det utarbeides gjensidig forpliktende rutiner mellom fastleger og øvrige kommunale tjenester om legemiddelgjennomgang.

Fastlegene meddeler som en utfordring i samarbeidet med andre kommunale tjenester at de ikke får beskjed om når tjenester settes inn og når de eventuelt avsluttes. Videre får fastlegen i for liten grad beskjed om endringer i pasientens tilstand, slik at det kan ha vært negativ utvikling over lengre tid før fastlegen kontaktes. Det skal etableres gode rutiner for dette, fordi pasientene trenger at fall i funksjonsevne diagnostiseres og om mulig behandles. Dette er også et helt nødvendig ledd i en strategi for å sette pasientene i stand til å kunne bo lenge hjemme.

Tiltak 15: Kopi av alle vedtak i forvaltningen sendes fastlegen som e-melding.

Tiltak 16: Det etableres pasientforløpsprosjekt for pasienter i andre kommunale tjenester som tydeligere definerer kontakt med fastlegen i forløpene. Dette må forplikte både de andre tjenestene og fastlegen til at pasientene får tilgang til fastlegens diagnostikk og behandling på definerte tidspunkt i forløpet og ellers når det er behov for det.

3.2 Hjemmetjenestene

Bergen kommune har en målsetting om at eldre skal kunne bo lenge hjemme. I tillegg har andelen yngre mennesker som trenger kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet, vært økende. Fokus i hjemmetjenestene er tidlig innsats ved funksjonsfall for å kunne legge til rette for at innbyggerne kan bo trygt hjemme, deriblant gjennom tiltak som hverdagsrehabilitering og mestrings teknologi. Hjemmesykepleien vil først komme inn hvis det er nødvendig med andre tiltak for å dekke nødvendig helsehjelp, og det tilstrebes å få inn bevissthet om hverdagsmestring i tilnærmingen til brukers behov.

Pasientene beveger seg her gjennom flere tjenester over tid som forutsetter samhandling mellom tjenestenivåer. I dette pasientforløpet er fastlegen viktig medspiller sammen med hjemmesykepleien og andre kommunale tjenester. Samhandling mellom fastlegene og hjemmesykepleien foregår i hovedtrekkene via det elektroniske meldingssystem og kommunikasjonen foregår på dagtid. Den skriftlige kommunikasjon via e-meldinger er kvalitetssikker og effektiv metode både for fastlegene og for hjemmesykepleietjenesten.

Helsehjelp til terminalt syke pasienter som ønsker å dø hjemme, er en viktig felles oppgave for hjemmetjenestene og fastlegen. Det har nylig vært gjort et stort arbeid i forhold til palliative forløp i hjemmet, og det er laget en prosedyre knyttet til dette. Prosedyren legger til rette for at fastlegene har ansvaret for sine palliative pasienter i hjemmet, og beskriver ansvarsforhold og ordning om at sykehjemslegevakten ser til disse pasientene når fastlegen ikke selv kan gjøre det. Kommunen ønsker å legge til rette for at pasienter som ønsker det, skal få dø hjemme. Dette krever godt tverrfaglig samarbeid mellom fastlegen, hjemmesykepleien og annet

helsepersonell som gir tjenester i hjemmet. Når fastlegen ikke er tilgjengelig, kan sykehjemslegevakten bistå.

Det vises til tiltak 13, 14, 15 og 16 i kapittel 3.1.

3.3 Omsorg pluss-anleggene

I Omsorg plussanleggene, som er heldøgns bemannet, er det nødvendig at en fastlegeordning blir satt i system for pasientene eller at det opprettes en tilsynslegeordning. Der er tre anlegg som er organisert fra Etat for hjemmebaserte tjenester og ett fra Etat for alders- og sykehjem.

I dag er ordningen at beboerne blir betraktet som hjemmeboende og dermed skal de bruke fastlegen ved sykdom. De er imidlertid på et funksjonsnivå som ligner beboere på langtids plass i sykehjem, og har behov for tilsvarende legetjenester. Erfaringen er at fastlegene ikke kan komme på hjemmebesøk i Omsorg pluss anlegg så ofte som deres beboere trenger. Det er heller ikke alltid at pårørende kan følge til lege. Ved flytting i alderdommen beholder mange den fastlegen en har hatt over tid, er vant til og har tillit til. Beboere med demens kan være fysisk i stand til å bli tatt med til fastlege, men det er ofte utfordrende og tidkrevende pga. den psykiske helsen. Personalet erfarer at det ressurskrevende å kommunisere med fastlegene, som kan ha noe ulike rutiner for hvordan de følger opp sine pasienter.

Det vil være ønskelig å få løst legetjenesten til pasienten på Omsorg Pluss på samme måte som på sykehjem. Pasienten kan beholde sin fastlege, slik sykehjemsbeboerne også gjør, men det er en kommunalt ansatt lege som er medisinsk ansvarlig for de enkelte beboerne, og som også kan ivareta systemansvar ved omsorg pluss anlegget. Det vil da være hensiktsmessig at denne legetjenesten organiseres av Avdeling for sykehjemsmedisin. Det vil være en utfordring at fastlegeforskriften ikke er tilpasset dette. Dersom beboer ønsker å fortsette å bruke fastlegen, har de rett til dette, i motsetning til sykehjempasientene. En løsning kan da være at de selv eller familien tar ansvar for å komme seg til fastlegen.

Tiltak 17: Legetjenesten ved omsorg pluss organiseres som ved sykehjem, ved at lege ansatt i Avdeling for sykehjemsmedisin er medisinsk ansvarlig for de enkelte beboerne, og ivaretar systemansvar ved omsorg pluss anlegget.

3.4 Kommunale legetjenester for personer med psykiske lidelser og rusproblemer

Kommunale tjenester til personer med psykiske lidelser og rusproblemer ut over fastlegetjenester og legevakt er i Bergen kommune organisert i Etat for psykisk helse og rustjenester i Byrådsavdeling for sosial, bolig og inkludering. En nærmere beskrivelse av disse pasientenes behov finnes i vedlegg 2.

I Plan for psykisk helse 2016 – 2020 er det et kapittel om milde psykiske lidelser og problemer. Dette er ut-

fordringer som i all hovedsak skal løses på et kommunalt nivå og fastlegene er det absolutt viktigste tilbudet for denne pasientgruppen. Bergen kommune skal bidra til en kompetanseheving for fastlegene i Bergen på dette feltet.

Fastlegen har også en sentral rolle i å identifisere problematisk bruk av alkohol og illegale rusmidler. Mennesker med psykiske lidelser har høyere forekomst av rusproblemer enn befolkningen for øvrig, og mennesker med rusproblemer har høyere forekomst av psykiske helseplager enn resten av befolkningen.

Fastlegen er ofte den som først kontaktes ved bekymring om at en person kan ha en ubehandlet psykose. Symptomene er i starten ofte diffuse, samtidig blir prognosen dårligere om ikke behandling settes raskt inn. Derfor må alle fastlegene kjenne godt tidlige tegn på psykose og ha lav terskel for å henvise videre ved slik mistanke.

For personer med diagnostiserte alvorlige psykiske lidelser er det viktig at fastlegen tar et hovedansvar for både å etablere og vedlikeholde en relasjon til personer på sin liste. Dette gjelder også for personer med samtidig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse (ROP pasienter).

Fastlegen har en sentral rolle når det gjelder henvisninger til spesialisthelsetjenesten, og er den eneste i kommunen som kan henvise både til rusbehandling (TSB) og behandling psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. Fastlegen har en viktig rolle i det tverrfaglige samarbeidet rundt Individuell Plan, kriseplan og deltagelse i ansvarsgrupper.

Dersom det er behov for det må fastlegen også for denne gruppen gjøre hjemmebesøk. Dette vil både gi mye informasjon om daglig funksjon og livsstil, samt kunne gi kontinuitet i behandlingen i perioder personen fungerer særlig svakt. Hjemmebesøk i dårlige faser kan forebygge unødig bruk av tvang. Det er et mål at disse pasientgruppene skal bruke legevakten mindre og fastlegen mer, også når de er i kriser. Ved å være aktiv og fleksibel kan fastlegen tilby mye bedre hjelp enn en legevaktslege, som nesten alltid vil være ny for pasienten.

Det vises til tiltak 13, 14, 15 og 16 i kapittel 3.1.

Noen oppgaver overfor personer med psykiske lidelser og rusproblemer kan best løses utenfor fastlegeordningen. Dette gjelder for noen av de aller mest trengende, ofte med store atferdsutfordringer og liten innsikt i egen situasjon.

I dag er det en tilsynslegeordning for 7 botilbud innen psykisk helse som er organisert som institusjoner. Det ville vært en stor fordel om disse små stillingshjemlene kunne vært samlet på færre personer, og at disse legene deltok mer i et tverrfaglig fellesskap. Utfordringene som rettes mot kommunen på dette feltet er store og økende, også når det gjelder sikkerhetsutfordringer og personer med alvorlig psykisk lidelse og rus i kombinasjon.

Det er under planlegging ambulerende psykiske helsetjenester på kveld og helg, samt et nytt overdoseteam. De ambulerende tjenestene skal kunne bistå pasienter som ellers ville blitt innlagt og teamet har behov for en fast og stabil tilknytting til legetjenester. En fastlønnet kommunal lege i disse tjenestene kunne også være en viktig dialogpartner med fastlegene, slik at en sikret at forventningene ble avstemt og at tjenestene ble helhetlige og sammenhengende. En legetjeneste må samhandle tett med ØHD posten og de andre tjenestene ved Bergen legevakt.

Når det gjelder lavterskel helsetilbud ved lege på MO sentrene, har dette eksistert i en tid på Straxhuset. Det er også ønskelig at også MO Nesttun, MO Wergeland og MO Nord får slikt tilbud. Deler av brukergruppen på MO sentrene og NAV sosialtjenestene har ikke den strukturen som kreves, og heller ikke evnen til å prioritere sin egen helse på en måte som gir dem nytte av et fastlegetilbud. Dette vil i all hovedsak gjelde personer med alvorlig rusavhengighet, ofte i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse, der det i tillegg er atferdsutfordringer. Det er behov for å se på muligheter for å finne et legetilbud utenfor fastlegeordningen for en del av brukerne i denne gruppen.

Tiltak 18: Legetjenesten til pasienter med ruslidelser og psykiske lidelser som er for dårlige til å kunne bruke fastlegen, organiseres ved at lege ansatt i Etat for psykisk helse og rustjenester har faste kontordager på MO sentrene og kan gi medisinsk oppfølging av de enkelte pasientene.

Tiltak 19: Etat for psykisk helse og rustjenester bør ha fast ansatt overlege som har overordnet medisinsk faglig systemansvar for legetjenesten til disse pasientene.

3.5. Tjenester til utviklingshemmede (TTU)

Personer som er mottakere av kommunens tjenester til utviklingshemmede, har behov for gode legetjenester. Pasientene beveger seg gjennom flere tjenester gjennom et livsløp, som forutsetter samhandling mellom tjenestenivåer. I dette pasientforløpet er fastlegen viktig medspiller. Samhandling mellom fastlegene og TTU bør i hovedtrekkene gå via det elektroniske meldingssystem. Den skriftlige kommunikasjon via e-meldinger er kvalitetssikker og effektiv metode både for fastlegene og for TTU.

Fastlegene er viktige samarbeidspartnere for TTU og det er til tider nødvendig å møtes.

Mange av TTUs pasienter mottar tjenester både fra fastlege og spesialisttjenestene og det er ikke alltid avklart hvordan dette skal følges opp. Fastlegen bør i større grad enn nå delta på disse møtearenaene. Men det forutsetter en møtestruktur som gjør det mulig for fastlegen å delta i den grad det drøftes diagnostikk og behandling av sine pasienter.

Pasientene i TTU vil ofte også ha behov for hjemmebesøk fra fastlegen. Det er som oftest situasjoner der TTU har observert pasienten over tid og er urolig for om pasienten får forsvarlig helsehjelp.

Pasienter i TTU kan være aktuell for multidoseforskrivning og legemiddelgjennomgang dersom de er medisinerter.

Det vises til tiltak 13, 14, 15 og 16 i kapittel 3.1.

Samlokaliserte boliger for utviklingshemmede vil kunne ha behov for tjenester som ligner behovene til Omsorg Pluss. Men det vil ikke være naturlig å organisere tjenestene i Avdeling for sykehjemsmedisin. Det er mer naturlig å vurdere en tilsynslegeordning tilsvarende det som er ved botilbud innen psykisk helse som er organisert som institusjoner, eller at beboerne koordinerer sine fastlegevalg, slik at dette samles på færre fastleger. Det ville vært en stor fordel om dette arbeidet kunne vært samlet på færre personer, og at disse legene deltok mer i et tverrfaglig fellesskap. Her trengs det både ekstra kompetanse, stort engasjement og et tett og kontinuerlig samarbeid med spesialisthelsetjenestene. Utfordringene som rettes mot kommunen på dette feltet er store og økende, også når det gjelder sikkerhetsutfordringer og personer med utviklingshemning med utfordrende atferd.

Tiltak 20: Det må utredes hvordan en kan sikre gode legetjenester både til den enkelte beboer og til systemarbeid ved boenheter for utviklingshemmede. Aktuelle alternativer kan være ansatt tilsynslege, en viss samordning av beboernes fastlegevalg og/eller fast ansatt overlege for TTU som har overordnet medisinsk faglig systemansvar for legetjenesten for disse pasientene.

3.6 Habilitering/rehabilitering

Habilitering/rehabilitering må få en tydeligere plass i pasientforløpene for pasienter som kan ha behov for og nytte av dette enn tilfelle er i dag. Når det gjelder rehabilitering vil fastlegen ha en viktig rolle både ved å identifisere pasienter som har behov for rehabilitering og i å delta i arbeidet med å fastsette rehabiliteringsmål. Dette gjelder både for pasienter som best tilbys et rehabiliteringstilbud i hjemmet og for pasienter som har behov for rehabilitering i institusjon. Ved rehabilitering i institusjon overføres ansvaret for allmennlegetjenester til institusjonen den tiden pasienten er der, mens det ved rehabilitering i hjemmet, vil være fastlegen som har ansvaret i hele rehabiliteringsløpet. Fastlegen skal være orientert om pasientens ansvarsgruppe og individuelle plan (IP), og skal i tillegg selv ta initiativ til at det utarbeides IP og utpekes koordinator for egne pasienter som har behov for habilitering og rehabilitering.

Mange kroniske sykdommer vil være kjennetegnet med gradvis eller trinnvise forverring som til en viss

grad kan reverseres. Fastlegens rolle for disse må være tydelig definert ved å være tilgjengelig for diagnostikk og behandling av funksjonsfall, i tillegg til å bidra til rehabilitering.

Byrådsavdeling for helse og omsorg vil fra 2017 videreutvikle struktur og oppgaver til kommunens Koordinerende enhet (KE) for rehabilitering og habilitering. KE skal bidra til tverrfaglig samarbeid og god koordinering på tvers av fag, enheter og nivåer for pasienter med behov for langvarige og sammensatte tjenester. KE har et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og koordinator. Annet helsepersonell erfarer at det ofte er usikkerhet om hvem som er behandlende lege for pasienten der pasienten mottar tjenester både fra fastlege og spesialisttjenestene. Det er viktig at fastlegen får en tydelig rolle, slik at en unngår at annet kommunalt helsepersonell kommer i et dilemma og må være budbringer mellom tjenestene.

Det vises til tiltak 16 i kapittel 3.1.

Det utarbeides en egen plan for habilitering/rehabilitering i Bergen.

3.7 Barnevern

Fastlegenes samarbeid med barnevernet er ikke veldig omfattende, men det er særdeles viktig at det fungerer godt når behovet er der. I likhet med annet helsepersonell har både fastleger og legevaktleger meldeplikt til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, eller når et barn har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker. Vi har ikke grunn til å tro at meldeplikten ikke praktiseres i tråd med helsepersonelloven.

Fastlegene skal også gi opplysninger på anmodning fra barnevernstjenesten. Noen ganger må dette skje på dagen dersom barn eller ungdom må tas raskt ut av hjemmet for å flytte til barnevernsinstitusjon eller beredskapshjem hvor medisinsk oppfølging fra fastlegen ikke vil være mulig. I de fleste tilfeller dreier det seg om opplysninger barnevernet trenger for å utrede saken. Rene journalutskrifter vil nesten aldri ivareta barnevernstjenestens behov. Så å si alltid vil det være behov for at fastlegen redigerer og bearbeider journalopplysninger, samt forsøker å gi gode svar på spørsmål fra barnevernet. Helse- og omsorgsdepartementet har i slike tilfeller avklart at legens arbeid skal honoreres etter salærforskriftens satser. Likevel oppstår det i blant uklarhet om betaling av bearbejdede opplysninger fra fastlege til barnevernet. Ved anmodning av opplysninger fra fastlegen bør barnevernstjenesten avklare honorering og tidsfrist i bestillingen. Dersom tidsfristen er rimelig, bør det gjøres oppmerksom på at opplysninger etter tidsfristen ikke blir honorert.

Fastlegene vil på sin side ha behov for tilbakemeldinger fra barnevernstjenesten om hvilke vurderinger som gjøres og hvilke tiltak som iverksettes, for å kunne gi best mulig helsehjelp. Dette vil barnevernets taushetsplikt være et hinder for dersom det ikke gis samtykke til oversending av opplysninger. Løsningen på dette bør være mer aktiv innhenting av informert samtykke, da det er i alles interesse med informasjonsutveksling

for å gi et samlet best mulig tilbud.

Tiltak 21: Det utarbeides gjensidig forpliktende rutiner for samarbeid mellom fastleger og barnevernet.

4. Annet allmennlegearbeid med kommunalt ansatte leger

Annet allmennlegearbeid med kommunalt ansatte leger omfatter allmennlegevakt, sykehjemsmedisin og ØHD, helsestasjons-/skolehelsetjeneste og fengselshelsetjeneste. Mange fastleger har også slike oppgaver som må ivaretas. Bruk av fastlegen utenfor praksisen vil imidlertid svekke fastlegens tilgjengelighet for sine pasienter med lengre ventetider og mulighet for dårligere oppfølging som mulige konsekvenser. Balansering av disse forholdene må ligge til grunn for hvorvidt kommunen velger å rekruttere leger i større stillinger til dette arbeidet, eller benytte fastleger i bistilling.

Disse tjenesteområdene inneholder noen felles problemstillinger som behandles først, deretter det som er unikt for hvert tjenesteområde.

4.1 Felles problemstillinger

I flere av disse arbeidsområdene er det ønskelig med større legestillinger enn i dag. Samtidig må kommunen oppfylle sin forskriftsfestede plikt til å sikre at leger i slike stillinger som ikke allerede er spesialister, skal være i spesialisering i allmenntjenestemedisin.

Tjeneste ved sykehjem, ØHD er etter gjeldende spesialistregler tellende som inntil 2 års allmenntjenestemedisinsk tjeneste. For å oppfylle kravet om å bli spesialister i allmenntjenestemedisin, må leger i fulltids stilling på sykehjem eller ØHD også ha to årsverk fastlegearbeid eller annen åpen uselektert praksis og ett års sykehustjeneste. Det vil ikke være mulig å arbeide i fulltids stilling på sykehjem uavbrutt uten å være spesialist. Arbeid på sykehjem og ØHD må da være attraktivt nok til at legene vender tilbake etter fullført spesialisering.

Dagens ansatte legevaktleger får etter gjeldende regler godkjent denne som inntil 2 års allmenntjenestemedisinsk tjeneste og 1 års sykehustjeneste. For å oppfylle kravet om å bli spesialister i allmenntjenestemedisin, må leger i fulltids stilling på Bergen legevakt deretter ha to årsverk fastlegearbeid eller annen åpen uselektert praksis, dersom de ikke har det fra før. Det vil ikke være mulig å arbeide i fulltids stilling på Bergen legevakt uavbrutt uten å være spesialist. Arbeid på legevakten må da være attraktivt nok til at legene vender tilbake etter fullført spesialisering.

Tjeneste i andre arbeidsområder enn sykehjem og ØHD, for eksempel ved helsestasjon og skolehelsetjeneste, i mer enn 50 % er etter gjeldende spesialistregler ikke tellende som allmennt medisinsk tjeneste. For å oppfylle kravet om å bli spesialister i allmennt medisin, må leger i helsestasjon og skolehelsetjeneste kombinere dette med minimum 50 % åpen uselektert praksis. Det vil ikke være mulig å arbeide i fulltids stilling på helsestasjon og skolehelsetjeneste uten å være spesialist.

Tiltak 22: For leger i annet allmennlegearbeid som ikke er spesialister, legger Bergen kommune til rette for strukturerte utdanningsløp som fører frem til spesialistgodkjenning i allmennt medisin.

4.2 Helsestasjon og skolehelsetjeneste

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et gratis helsetilbud som gis til alle gravide, barn og unge. Uavhengig av behov får nær 100 % av alle barn og unge et helsetilbud til fastsatte tidspunkt ved helsestasjon og skolehelsetjeneste. En nærmere beskrivelse av virksomheten finnes i vedlegg 3.

Legetjenesten ved helsestasjoner og skoler blir i dag utført av fastleger i små bistillinger. Dette arbeidet kan fastleger pålegges i henhold til fastlegeforskriften. Både at stillingene er små og at det er pålagt arbeid, kan være årsak til at det skjer lite fagutvikling innen dette arbeidet som medisinsk fagområde.

Slik legearbeidet i skole og helsestasjon har vært organisert har det vært vanskelig å rekruttere leger til helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Årsakene til dette er flere og sammensatte. Pr 13/2 2017 har tjenesten 111 leger i til sammen 11,49 stilling. De aller fleste av disse er fastleger. I dag er det legestillinger nede i 4,3 % stilling.

Legene har ikke avsatt tid til å delta i fagutvikling i tjenesten. Overgangen fra individfokus i en fastlege praksis til miljø-, gruppe- og systemfokus i skolehelsetjenesten kan oppleves som krevende. Små legestillinger bidrar ikke til god fagutvikling i legetjenesten, det er også til hinder for et godt tverrfaglig samarbeid. Det har vært vanskelig å etablere faglige fora for legene og veiledning av nye leger er ikke godt nok ivare tatt. Legene har en sentral funksjon i en tverrfaglig helsetjeneste, men med mange små stillinger er det vanskelig å legge til rette for deltakelse i utviklingsarbeid. Det er også vanskelig for legene å delta på fagmøter lokalt når dette er lagt til andre tider enn helsestasjons-/skolelegetiden.

Det er vedtatt i Plan for barn og unge at Bergen kommune skal omgjøre disse stillingene til større stillinger og rekruttere leger som har interesse og entusiasme for dette arbeidet. Det vil legge til rette for å utvikle dette arbeidsområde som et medisinsk fagområde.

Det bør vurderes i hvilken grad modellen for organisering av sykehjemsmedisin kan overføres til helsesta-

sjons- og skolehelsetjenesten, ved å samle legene i en avdeling der en eller flere har et særskilt ansvar for veiledning av nye leger, samt tjenesteutvikling og medisinskfaglig rådgiving.

Tiltak 23: Etablere egen legetjeneste i Etat for barn og familie med størst mulige stillingshjerner for leger i helsestasjon og skolehelsetjenester.

4.3 Sykehjem

Legetjenesten ved sykehjem har også tradisjonelt vært dekket av fastleger i små bistillinger. For sykehjemslegetjenesten har omgjøring til større stillinger allerede blitt gjennomført.

For å bedre sykehjemslegenes tilstedeværelse og medvirkning har man fra 2013 organisert legene etter en organisasjonsmodell der legene er samlet i en egen avdeling (Avdeling for sykehjemsmedisin) i Etat for alders- og sykehjem. Denne organiseringen skal sikre at den pasientnære omsorgen og behandlingen ivaretas av et tverrfaglig team.

En nærmere beskrivelse av virksomheten finnes i vedlegg 4.

Det foreligger ingen myndighetsbasert nasjonal norm for legebemanning på sykehjem. Avdeling for sykehjemsmedisin har utarbeidet en egen, erfaringsbasert norm for legebemanning ved sykehjemmene i Bergen. Man har gjort et skikkelig forsøk på å finne frem til en effektiv bemanning som balanserer forholdet mellom medisinsk forsvarlighet og budsjett. Bemanningen i 2016 har vært 35 legeårsverk. Det anbefales at fordelingen spesialister/utdanningskandidater kontinueres på dagens nivå og at bemanningen økes gradvis i samsvar med behovet.

En viktig forutsetning for å sikre den medisinske behandlingen på institusjonene er tilgang til valide styringsdata. Dette forutsetter strukturerte journaldata. Viktig for dette har vært utviklingen av det strukturerte journalsystemet GBD, med beslutningsstøtte (f.eks. elektronisk, fortløpende oversikt over måloppnåelse på institusjonene). Ved innføring av journalsystemet GBD i 2016 er man i en gunstig posisjon for kvalitetssikring i sykehjemmene. I neste planperiode bør disse elementene konsolideres og videreutvikles.



NYE VERKTØY: *Kjell Krüger, leder for Avdeling for sykehjemsmedisin, har utviklet det kliniske beslutningsstøtteprogrammet GBD, som gir en bedre overvåking av medikamentbruk, ernæringsbehov og endringer i sykehjemspasienters tilstand. Foto: Asle Bentzen*

For planperioden bør man øke fokus på kvalitetssikring av det kliniske arbeidet. Dette kan gjøres ved å utvikle indikatorer basert på strukturerte elementer i det nye journalsystemet. Dette arbeidet er allerede i gang men bør ferdigstilles så fort som mulig i planperioden.

Dersom man ønsker en mer strukturert legetjeneste til pasienter i Omsorg Pluss, er det naturlig at denne legetjenesten organiseres under Avdeling for sykehjemsmedisin. Det er en pasientgruppe med sammensatte medisinske problemstillinger, på samme måte som sykehjemspasientene. Det er i så fall viktig at det installeres GBD på disse lokalisasjonene. Det vil være avgjørende for samhandlingen, oversikt og telefonkonsultasjoner.

Tjenester som krever utrykning til spesielle hendelser eller pasientgrupper (ulykker, hjemmebesøk immobil pasient, sykehjem, palliasjon) organiseres fra Legevakten. Legetjenesten i sykehjemmene vil i hovedsak bemanne sykehjemslegevakten (kl. 16-21 på hverdager og 11-19 lørdag/søndag) med sine leger. Sykehjemslegevakten omfatter altså ikke hele døgnet, og den er presset på kapasitet, særlig i helgene. Det bør vurderes å utvide sykehjemslegevakten med en sovende nattevakt som kan konsulteres på telefon fra alle de kommunale sykehjemmene, likeledes en dagvaktordning for sykehjem som ikke har lege hver dag. På grunn av stort behov i helgene bør sykehjemslegevakten økes til kl. 10-20 lørdag og søndag. Vaktlegen må ha tilgang til journalsystemet GBD på alle sykehjemmene fra vaktlokalisasjonen.

En rekke pasienter fra sykehus kommer til de store korttidssykehjemmene om ettermiddagen etter ordinær arbeidstid. Det bør organiseres en lege i ettermiddagsvakt (kl. 15 -19) på de store korttidssykehjemmene alle hverdager.

I 2016 døde ca. 1000 personer i sykehjemmene i Bergen. Omsorg for de døende er derfor en hovedoppgave for sykehjemmene. Alle pasienter på langtids plass i sykehjem vil etter hvert bli døende, slik at det er unaturlig å utvikle spesielle palliative enheter for denne aldersgruppen. Pasientene har det best i kjente omgivelser, og personalet har det best med å følge pasienten helt til livets avslutning. Alle sykehjemsavdelinger har potensial til å utvikles til kompetente palliative enheter. Det bør kontinuerlig fokuseres på utdanning i faget og grundig veiledning av nye leger. Tiltakspakken Livets Siste Dager bør videreføres som metode i siste livsfase. Palliasjon i sykehjem kan innebære lindring både i dager, uker og måneder før døden inntreffer, og fokus på palliasjon skal ikke bare begrenses til de siste dagene. De fleste dødsfall i denne populasjonen foregår fredelig. Kommunen ønsker å legge til rette for at alle sykehjemsavdelinger utvikles til kompetente palliative enheter.

Man bør fortsatt arbeide for akademisering av faget sykehjemsmedisin ved å tilrettelegge for at kommunens

leger og sykepleiere tar doktorgrad. Sikring av kunnskapsgrunnlaget for kommunehelsetjenesten er høyt prioritert i Bergen kommune. Kunnskapsgrunnlaget består i dag i stor grad av ekstrapolering av forskningsresultater fra spesialisthelsetjenesten, samt erfaringsbasert kunnskap. I hvilken grad forskningsresultater fra spesialisthelsetjenesten er gyldig for sykehjemspasienter, er et krevende spørsmål. De har utvilsomt en viss relevans, i hvert fall for de pasientforløpene som omfatter begge nivåene. Det er derfor særlig viktig å få øket forskningsaktiviteten på de tilstander som i hovedsak behandles i sykehjemmene.

Tiltak 24: Det skal tilrettelegges for akademiske bistillinger for kvalifiserte sykehjemsleger.

Kommunehelsetjenesten har behov for forskning på mange områder, og Bergen kommune er stolt over at sykehjemsmedisinen i Bergen ligger i front i dette arbeidet. Gjennom Kunnskapskommunen Helse Omsorg og satsningen på helseklynge Campus Årstadvollen har Bergen kommune en unik mulighet til å få frem relevant forskning for våre tjenester. Forskningsmiljøet på Campus Årstadvollen vil skape nærhet til forskningsmiljøer ved forsknings og utdanningsinstitusjonene og spesialisthelsetjenesten og vil fremme samhandling og felles løsninger. Dette vil være svært viktig for videre forskning innen sykehjemsmedisin.

En god medisinsk omsorg for pasientene krever god forståelse og respekt mellom medlemmer av behandlingsteamet. Spesielt vektlegges primærkontakt, sykepleier og lege. Avdeling for sykehjemsmedisin vil bidra til økt samhandling og fellesskap mellom disse yrkesgruppene. Grunnet avdelingens generelle utdanningsnivå er det naturlig at andre kliniske yrkesgrupper på masternivå tilknyttes avdelingen, som f.eks. psykologer og farmasøyter. En slik organisering vil bedre tverrfaglighet i tjenestene.

Tiltak 25: Bergen kommune vil utvikle samarbeidet mellom Avdeling for sykehjemsmedisin og de aktuelle forskningsmiljøene, legge til rette for at motiverte sykehjemsleger kan delta i forskning, og at kunnskapen tilbakeføres til sykehjemsdriften.

4.4 Enhet for øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD)

Enhet for øyeblikkelig hjelp døgnopphold i Bergen er startet opp i Bergen Helsehus i 2016 og er fortsatt under oppbygging. Det skal være et tilbud for pasienter som trenger medisinsk utredning og behandling som kan gjøres med allmennt medisinsk kompetanse og utstyr, og derfor ikke trenger sykehusinnleggelse. Enheten har heldøgns legedekning. Per i dag er det potensial for bedre synergi med legevakten som har lokaler i samme bygg. Antall legeårsverk er 9,9 fordelt på 16 leger. På ØHD gjøres diagnostikk og legebehandling etter allmennt medisinske prinsipper til pasienter som trenger innleggelse, men som ikke trenger spesialisthelsetjenester. Liggetiden er kort, i snitt under 2 døgn. Innleggelse på ØHD kommer i all hovedsak fra legevak-

ten, andelen pasienter som innlegges av fastlege har holdt seg lav, under 10 %. Fastleger har om lag 20 % av akuttinnleggelsene på sykehus, og det ville vært naturlig om fastlegers andel av innleggelse på ØHD nærmet seg dette. Det er da vesentlig at fastlegene har tillit til at ØHD gir et godt tilbud til pasienter som omfattes av kriteriene for innleggelse der, og at det ikke oppleves vesentlig mer tungvint å legge pasienter inn på ØHD enn på sykehus, selv om de må ha avklart at pasienten ikke har behov for spesialisthelsetjenester. En del av forklaringen på at fastlegene har en beskjeden andel av akuttinnleggelser på sykehus og enda mindre andel av innleggelse på ØHD kan imidlertid være at de er mer tilbøyelig til å gi nødvendig helsehjelp uten innleggelse noe sted.

Tiltak 26: Det arbeides videre med kommunikasjon med fastlegene om hvilke pasientkategorier som kan legges inn på ØHD og hvilken behandling som kan gis for å trygge fastlegene på at ØHD er et godt tilbud for pasienter som oppfyller inklusjonskriteriene.

Tjenesten er sårbar for sykefravær. For å gjøre denne tjenesten mindre sårbar, er det nødvendig å ha flere leger som har opplæring og kompetanse til å ta vakter på ØHD. Bergen legevakt og ØHD har tett samarbeid. De fleste av pasientene som legges inn på ØHD, legges inn fra legevakten. Fra 1.1.18 vil ØHD sammen med Bergen legevakt legges under en felles resultatenhet. Dette vil gjøre både legevakten og ØHD mer robust, og gi større evne til å takle perioder med stor tilstrømning av pasienter. Samorganiseringen vil styrke samhandling, gi bedre pasientflyt og gi synergier både økonomisk og praktisk. For å rekruttere og beholde leger på Bergen legevakt og ØHD er det viktig at arbeidsplassen fremstår som attraktiv, trygg og faglig utfordrende. Variasjon i arbeidet er viktig, og det vil bli gjort ulike tiltak for å gjøre arbeidet variert, blant annet hospiteringsordninger, kurs og trening i ferdigheter. Det vil også bli lagt til rette for en gjensidig rotasjonsordning, slik at legene på Bergen legevakt kan arbeide i perioder på ØHD, og at legene på ØHD kan arbeide på Bergen legevakt.

4.5 Fengselshelsetjenesten

Fengselshelsetjenesten i Bergen og Bjørgvin fengsel har legetjeneste til de innsatte. Det gis både allmennlegetjenester, forebyggende tjenester og øyeblikkelig hjelp i den grad legen er til stede. Det er lege til stede 3 dager pr uke i Bergen Fengsel og 1 dag hver 14. dag i Bjørgvin fengsel. Tjenesten er fullfinansiert av statlige tilskudd. Det er store helseutfordringer blant innsatte, høy sykkelighet, spesielt knyttet til psykisk helse og rus, men også generell helse.

Fengselshelsetjenesten har meddelt store utfordringer med sin elektroniske pasientjournal. Fengselshelsetjenesten trenger gode samarbeidsrelasjoner med fastlegene og andre instanser som skal ivareta fengselshelsetjenestens pasienter før og etter soning. Det handler både om å få gode opplysninger om de innsattes helse

før soningen, og å sikre god oppfølging etter soning. Mange av de innsatte har alvorlige ruslidelser, men er ikke nødvendigvis motivert for at seponering av vanedannende legemidler under soningen skal følges opp med restriktiv forskrivningspraksis av fastlegen. Epikrise til fastlegen forutsetter pasientens samtykke, og en betydelig andel av fengselshelsetjenesten gir ikke slikt samtykke.

Tiltak 27: Fastlegene oppfordres om å stille krav til at pasientene gir samtykke til epikrise fra fengselshelsetjenesten før eventuell videre forskrivning av legemidler med ruspotensial.

4.6 Senter for migrasjonshelse

Helsetjenesten for nyankomne innvandrere har skiftet navn til Senter for migrasjonshelse (SMH) og er skilt ut fra Smittevernkontoret som egen avdeling i Helsevernenheten. Senter for migrasjonshelse og smittevernkontoret er samlokalisert på Bergen helsehus. SMH har legetjenester for asylsøkere og bosatte flyktninger. Tjenesten er tverrfaglig sammensatt og inneholder en tilpasset helseundersøkelse ved ankomst asylsøkere, og en ny tverrfaglig helseundersøkelse ved bosetting. Det gis legetjenester når det er behov for det frem til asylsøkeren/flyktningen har fått fastlege og kan få oppfølging der og evt ved helsestasjon og skolehelsetjeneste. Det er 1,8 årsverk lege i SMH. Asylsøkere har rett til fastlege når de har fått D-nummer, men på bakgrunn av SMHs særlige kompetanse på innvandrerhelse, kan det være faglige grunner til at de følges opp over noe lengre tid der. Det er gunstig for pasienter som har nytte av denne særlige kompetansen, men avhenger av kapasiteten ved SMH. For fastlegene som etter hvert skal overta, og for pasientene, ville det vært ønskelig om SMHs kompetanse kunne vært mer tilgjengelig for fastlegene ved behov. Senter for migrasjonshelse skal i tillegg til å gi individuell helsehjelp til nyankomne innvandrere, utvikle videre sin kompetanse og gjøre den tilgjengelig for fastleger og andre som skal yte helsehjelp i fortsettelsen. Dette bør skje i samarbeid med forskningsmiljøet på innvandrerhelse ved Universitetet i Bergen.

4.7 Legevakt

Bergen legevakt som nå er plassert i Bergen Helsehus, har en mangeårig tradisjon som dels allmennlegevakt, dels skadepoliklinikk og akuttmedisinsk poliklinikk som yter spesialisthelsetjenester. Allmennlegevakten ved Bergen Legevakt utgjøres av daglegevakt ved fast ansatte legevaktleger 08-16 på hverdager, mens legebemanningen på kveld, natt og helg utgjøres av fastleger med vaktplikt samt et betydelig antall leger som deltar frivillig i legevaktordningen. Bergen kommune har også legevaktstasjoner i Fana, Loddefjord og Åsane som har åpent på kveldstid på ukedagene og på dagtid i helgen med fastleger med vaktplikt. I alt er det over 250 leger som deltar som vaktleger i allmennlegevakt kveld, natt og helg. Kommunale turnusleger har

10 vakter på legevakten. Et eget vaktlag betjener sykehjemslegevakten, som har som hovedoppgave å betjene sykehjemmene med legetjenester ettermiddager og dag/ettermiddag i helgene. Sykehjemslegevakten yter også sykebesøk til hjemmeboende alvorlig syke og døende. Det er i hovedsak leger som arbeider på kommunens sykehjem som deltar i sykehjemslegevakten.

Legene som er fast ansatt ved Bergen Legevakt, arbeider i hovedsak med spesialisthelsetjenester ved skadepoliklinikk fordelt på røntgenavdeling/bruddskader og såravdeling og ved akuttmedisinsk poliklinikk. I tillegg til dette dekker de allmennlegevakt på dagtid/daglegevakt. Det arbeider i 2017 24 fastlønnede leger ved Bergen legevakt, hvorav tre er spesialister; en i ortopedi, en i kirurgi og en i indremedisin.



Fra Bergen legevakt. Foto: Marius S. Anfinsen.

Avtalen med helseforetaket om spesialistpoliklinikk ved Bergen legevakt er oppsagt, en oppsigelse som vil medføre endringer i legevakttilbudet. Omstillingen vil innebære en virksomhetsoverdragelse, som vil påvirke legenes oppgaver på legevakten. Den nye ordningen skal være i drift fra 1.1.2018. Det er et viktig mål for arbeidet med ny samarbeidsavtale at Bergen Legevakt fortsatt skal være et godt tilbud til pasientene, og at de skal oppleve å møte godt koordinerte tjenester, selv om tjenestene blir skilt ifra hverandre i to deler; Bergens kommunes allmennlegevakt, og Helse Bergens spesialistpoliklinikk. Forhandlinger i forbindelse med virksomhetsoverdragelsen pågår mens plan for legetjenester skrives.

Legevakten skal i prinsippet bare håndtere henvendelser om tilstander som ikke kan vente til neste hverdag, men vil i praksis også håndtere tilstander av lavere hastegrad. Det vil til en hver tid befinne seg personer i Bergen som ikke har fastlege her, som turister, studenter, besøkende osv. Det er ansett som mer hensiktsmessig å motta disse på daglegevakt enn å etablere et nytt tilbud for dem. Kommunen er forpliktet til å yte legehjelp til alle som oppholder seg i Bergen. Når det er behov for sykebesøk eller utrykning av lege til akutt syke eller skadde, skjer dette fra Bergen Legevakt. Omfanget av slike utrykninger/sykebesøk er lavt. Skrøplige pasienter med hjemmesykepleie kan få sykebesøk fra sykehjemslegevakten, som har denne oppgaven i tillegg til ansvar for sykehjemmene. Det er antatt at omfanget av utrykninger/sykebesøk fra Bergen legevakt er for lavt og bør økes. Når det er behov for utrykninger/sykebesøk fra Bergen legevakt, fungerer dette i dag ved at det bestilles drosje og legevaktlege drar ut uten at annet helsepersonell følger med. Det er enighet om at dette ikke er en god nok løsning.

Tiltak 28: For å sørge for en forsvarlig ivaretagelse av Akuttmedisinforordningens krav om utrykning fra legevakt ved ulykker eller andre akutte situasjoner, vil kommunen etablere en vaktordning for utrykningslege. Dette innebærer anskaffelse av uniformert legevaktsbil, som bemannes med sjåfør og lege døgnet rundt. Det utredes mulige synergieffekter ved samarbeid med Bergen Brannvesen.

Bergen legevakt deltar i undervisning av medisinstudenter i samarbeid med Universitetet i Bergen, og har også turnusleger fra kirurgisk tjeneste i Helse Bergen til opplæring på legevakten. Bergen legevakt har også vært en god arena for forskning. Bergen har en særlig styrke i å ha Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) i byen, og denne muligheten til samarbeid bør utvikles videre. Det er et viktig mål for arbeidet med ny samarbeidsavtale at Bergen Legevakt fortsatt skal være en attraktiv arbeidsplass. Som ledd i dette bør legetjenesten organiseres slik at tjenesten fortsatt blir godkjent av Helsedirektoratet som tellende som spesialistutdanning i allmennmedisin som i dag.

For å redusere generell ventetid på legevakten må legevakten sortere pasienter etter hastegrad. Pasientene bør i større grad kontakte legevakten per telefon for å få råd tilpasset problemstilling og vurdering av hastegrad. Akuttmedisinforordningens krav om responstid på telefon er at 80 % av telefonene skal tas innen 2 minutter. Legevakten vil også i større grad enn tidligere gi råd om å kontakte fastlege til pasienter som melder seg på legevakten, men som ikke trenger legevaktstjenester. Det vil bli innført et nytt Triage-system som definerer hvilke pasientkategorier det er forsvarlig å håndtere med slik rådgivning på legevakten. Tiltaket skal gjennomføres i samarbeid med fastlegene, og det skal gis generell informasjon til befolkningen.

Tiltak 29: Legevaktssentralen må styrkes for å ivareta akuttmedisinforordningens krav til responstid. Denne styrkingen gjøres på bakgrunn av fortløpende registrering av responstid.

Tiltak 30: Det innføres nytt Triage-system med sikte på riktige prioriteringer etter hastegrad og som definerer hvilke pasientkategorier det er forsvarlig å håndtere med rådgivning.

Akuttmedisinforordningen fastsetter kompetansekrav for helsepersonell på legevakt. Disse er ennå ikke trådt i kraft, men innebærer blant annet krav til kurs i akuttmedisin. Bergen legevakt har konsesjon for å holde slike kurs i akuttmedisin. Legevakten vil holde 5-6 kurs i akuttmedisin pr år, og gir også tilbud til leger og helsepersonell i omegnskommuner.



Bergen helsehus i Solheimsviken. Foto: Endre Hovland

Det er generelt utfordrende å få god oppslutning blant fastlegene til å delta i legevaktene. Legevaktarbeidet oppleves krevende, og det foregår på en annen arena enn fastlegekontoret, som fastlegene selv har organisert slik de finner hensiktsmessig. For å ivareta behovet for nødvendig hvile etter vakt, medfører vaktplikten også fravær fra egen praksis, med tap av omsetning i egen fastlegepraksis til følge. Dette kompenseres delvis gjennom praksiskompensasjon. For å sikre god dekning av vakter på legevakten vil kommunen i samarbeid med fastlegene arbeide aktivt for å øke fastlegenes deltagelse i legevakten gjennom ulike virkemidler, blant annet ved å sørge for tilstrekkelig trening, kurs og oppfriskningsvakter. Fastlegene må også gis innflytelse på hvordan legevakten er organisert for å sikre god arbeidsflyt for vaktlegene.

Selv om fastlegenes deltagelse i vakt økes, vil det være en utfordring å dekke alle vakter uten deltagelse fra andre leger i tillegg. Når akuttmedisinforskriftens kompetansekrav gjøres gjeldende, kan det bli vanskeligere å dekke vaktene med leger som oppfyller kompetansekravene. For å sikre dette bør legevakten inngå forpliktende avtaler med andre kvalifiserte leger som for en periode ønsker legevaktarbeid.

4.8 Legetjenester til de som oppholder seg i kommunen, men som ikke har fastlege her

Kommunen har ansvar for helsetjenester til alle som oppholder seg i kommunen, også de som ikke har fastlege her. Dette krever at kommunen organiserer et allmennlegetilbud ut over fastlegeordningen. Fastlegen har anledning til å tilby time også for andre enn de hun/han er fastlege for, men er forpliktet til å prioritere personene på sin liste. Det vil til enhver tid oppholde seg et betydelig antall mennesker i Bergen uten fastlege her. Det dreier seg i hovedsak om turister og andre besøkende, personer som ikke har rett på fastlege, stu-

denter, samt de som har meldt seg ut av fastlegeordningen. I dag har kommunens tilbud til disse på Bergen Legevakt. Det kan sies å være et adekvat tilbud ved akutte og halvakutte behov, men vil ikke være adekvat for pasienter som har behov for oppfølging over tid. For studenter med behov for legetjenester vil det være fornuftig å velge fastlege på studiestedet, fordi det er her de oppholder seg mest. Ellers har kommunen avtale med to fastlegesentra at de gir et tilbud til studenter ved akutt sykdom selv om de ikke har fastlege her, nemlig Legene på Høyden og 7 Fjell Legesenter. Når det gjelder turister og andre besøkende, vil deres behov for legetjenester og oppfølging av disse avhenge av hvor lenge de oppholder seg i Bergen. De henvender seg i all hovedsak på Bergen Legevakt når behov oppstår, og forutsatt at de ikke blir værende i Bergen over tid, anses det tilbudet å være adekvat. Besøkende får nok også i betydelig grad hjelp hos fastlegen til den/de som de er på besøk hos, selv om fastlegene ikke er forpliktet til å tilby det.

Personer på ulovlig opphold er en betydelig utfordring. De kan ha betydelige helsetjenestebehov, men retten til helsehjelp er begrenset. Det er forskriftsfestet at barn opp til 18 år har samme rett til helse- og omsorgstjenester som andre barn i Norge, men de har ikke rett til å stå på fastlegeliste. Gravide har full rett til svangerskaps-, fødsels – og barselomsorg, og abort. Men personer over 18 år uten lovlig opphold har bare rett til øyeblikkelig hjelp og helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente. De må dessuten betale for helsehjelpen fullt ut.

Forskriften avskjærer kommunens mulighet til å organisere helsehjelp til denne sårbare gruppen på en god måte. Det eksisterer en frivillig organisasjon «Helsehjelp til papirløse» som tilbyr helsehjelp til denne gruppen ut over det forskriften tillater.

Bergen kommune bør søke å påvirke departementet til å gjøre det tillatt å gi nødvendig helsehjelp til alle, selv om de ikke har lovlig opphold i Norge.

5. Samfunnsmedisin i Bergen kommune

Roller og arbeidsoppgaver av leger i samfunnsmedisinske stillinger omfatter lokal helsemyndighet, medisinsk faglig rådgivning og administrative oppgaver.

En nærmere beskrivelse av samfunnsmedisinske oppgaver og samfunnsmedisinske stillinger i Bergen kommune finnes i vedlegg 5.

5.1 utfordringer og utviklingsbehov

Organisering og forankring av de mest sentrale oppgavene

Myndighetsutøvelse og rådgivning i samfunnsmedisinske kjerneområder, sånn som smittevern, beredskap, miljørettet helsevern, folkehelse og helseopplysninger, er fysisk og organisatorisk adskilt fra den politiske og administrative ledelsen av kommunen. Dette bidrar til faglig uavhengighet av tiltak og rådgivning. Samtidig kan denne organiseringen vanskeliggjøre nødvendig informasjonsflyt og medvirkning i viktige helserelevante prosesser og beslutninger. Det er viktig å sikre at dette ivaretas.

Rekruttering og kompetanse

Samfunnsmedisin som legespesialitet har de siste årene gjennomgått en betydelig revitalisering. Likevel er de fleste yrkesaktive spesialister i samfunnsmedisin nær pensjonsalderen, og nyrekruttering holder vanskelig tritt med naturlig avgang. Det er derfor viktig å gjøre samfunnsmedisinske stillinger attraktive. Dette gjelder for eksempel mulighet for kompetanseutvikling, tilhørighet til et fagteam, fleksibilitet i stillinger og oppgaver, karrieremulighet og lønnsutvikling.

I samsvar med nyorganisering av spesialistutdanning i Norge, og med etterspørsel etter og forventninger til tilrettelagte utdanningsløp i allmennmedisin (ALIS-stillinger), er det viktig at samfunnsmedisin ikke seiler akterut. Bergen kommune bør derfor legge til rette for utvikling og pilotering av samfunnsmedisinske utdanningsstillinger (SALIS-stillinger). Slike utdanningsstillinger tilbyr et tilrettelagt 5-årsløp med obligatoriske kurs, gruppeveiledning og klinisk år. De forutsetter blant annet oppnevning av hovedveileder, jobbrotasjon innen alle samfunnsmedisinske kjerneområder, strukturert internundervisning, og samarbeid med undervisnings- og forskningsinstitusjoner.

Tiltak 31: For leger i samfunnsmedisinske stillinger som ikke er spesialister i samfunnsmedisin, legger Bergen kommune til rette for strukturerte utdanningsløp som fører frem til spesialistgodkjenning i samfunnsmedisin.

Kommunens ledelse av og tilsyn med fastlegeordningen

Samfunnsmedisinerne vil ha en sentral rolle i utviklingen av styrket kommunal ledelse med fastlegeordningen. Tilgang til fastlegenes grunnlagsdata, samt tolkningskapasitet gir et godt grunnlag for en styringsdialog med fastlegene. For kontinuerlig kvalitetsarbeid, er det viktig at systematisk informasjon blir etterspurt og avvik fra forventninger fanget opp og fulgt opp.

Samfunnsmedisinerne kan bidra med sin kompetanse i dette og medvirke til å sikre et forsvarlig allmennlegetilbud og faglig utvikling av allmennlegetjenesten i kommunen.

Kapasitet i samfunnsmedisinske oppgaver

Til tross for en teamorganisering ved Kommuneoverlegen er de store samfunnsmedisinske kjerneoppgavene (smittevern, beredskap, miljørettet helsevern, folkehelse, helseopplysninger, rådgivning, plan- og utviklingsarbeid) personavhengig og sårbar. Som nest største kommune i Norge og med stor årlig befolkningsvekst, er det nødvendig at Bergen kommune bygger opp robuste faggrupper på hvert felt. Det burde være en naturlig del av samfunnsmedisinske stillinger å være involvert i fagutvikling og forskning innen samfunnsmedisin. Dette forutsetter imidlertid personelle ressurser som per i dag ikke er på plass.

Sammenlignet med de fleste andre kommuner, så er antall innbyggere per årsverk i samfunnsmedisinske stillinger svært høyt (ca. 50 000 per 100 % -stilling). Til sammenligning har Legeforeningen anbefalt en 100 % -stilling per 10 000 innbyggere. Her er det et stort etterslep i Bergen kommune med å opprette samfunnsmedisinske stillinger.

Tiltak 32: Samfunnsmedisinsk kompetanse i Etat for helsetjenester styrkes med 3 nye årsverk.

Kunnskapsgrunnlaget for kommunal samfunnsmedisin

Kunnskapsgrunnlaget for kommunens samfunnsmedisinske tjenester er i stor grad lovgivning, forskningsbasert epidemiologisk kunnskap, blant annet om sammenheng mellom levestett/ulike risikofaktorer og sykdomsforekomst, samt erfaringsbasert og forskningsbasert kunnskap om hvordan dette kan påvirkes. Det er ønskelig med en styrking av akademisk forankring av den samfunnsmedisinske virksomhet som utøves i kommunen.

Tiltak 33: Bergen kommune vil utvikle samarbeidet med de samfunnsmedisinske forskningsmiljøene, blant annet ved å legge til rette for akademiske bistillinger for kvalifiserte leger med samfunnsmedisinske oppgaver i kommunen, legge til rette for at motiverte leger med samfunnsmedisinske oppgaver i kommunen kan delta i forskning og at kunnskapen tilbakeføres samfunnsmedisinsk virksomhet i kommunen.

6. Samhandling med spesialisthelsetjenesten

Samhandling med spesialisthelsetjenesten er ikke en særskilt legeoppgave, men legene er selvfølgelig viktige aktører i dette. Legenes rolle er særlig tydelig i beslutninger om henvisninger, innleggelse og utskrivelser. I prinsippet er det lege i kommunehelsetjenesten som beslutter om pasienter skal henvises til spesialisthelsetjenesten eller innlegges i sykehus, selv om en del spesifiserte hastetilstander tas med ambulanse direkte til sykehus uten legevurdering. Annet helsepersonell er også til en viss grad gitt rett til å henviser pasienter til spesialisthelsetjenesten. Ved utskrivelse fra sykehus tas beslutningen av sykehuslege vanligvis uten at fastlegen er involvert. Vanligvis blir fastlegen først orientert ved epikrise som ikke alltid er mottatt før pasienten trenger fastlegens oppfølging. Ved behov for opphold på kommunal institusjon eller hjemmetjenester etter sykehusopphold, er det kommunikasjon med kommunen i tråd med inngåtte samarbeidsavtaler.

Hvis gjensidig veiledningsplikt mellom kommune og spesialisthelsetjeneste blir innført slik departementet har foreslått, får fastlegene veiledning overfor spesialisthelsetjenesten som en ny oppgave som er viktig, men med uvisst omfang og uavklart finansiering. For kommunen vil det være ønskelig at denne oppgaven blir finansiert i takstsystemet som en oppgave integrert i fastlegens praksis.

Samarbeidsavtalene ble inngått med liten eller ingen involvering av fastlegene i arbeidet, noe som avtalene er preget av. Den manglende involveringen har også ført til at fastlegene i liten grad har satt seg inn i og føler seg forpliktet av avtalene. Fastlegene har heller ingen fast representasjon i de samarbeidsutvalgene som er etablert.

Tiltak 34: Bergen kommune vil gjøre samarbeidsavtalene med spesialisthelsetjenesten bedre kjent hos sine fastleger, og ved revisjon av samarbeidsavtaler skal fastlegene involveres i arbeidet når avtalene har relevans for deres arbeid.

Legene på begge sider har tydelige roller i overføring av pasienter og oppgaver mellom nivåene. God samhandling forutsetter derfor en omforent ansvars- og oppgavedeling. Dette gjelder begge veier. Leger i spesialisthelsetjenesten beklager seg ofte over at de får henvist pasienter som de mener at fastlegene burde kunne håndtere selv. Fastlegene beklager seg over et fenomen som har blitt betegnet som oppgavedropping. Med det menes at spesialisthelsetjenesten ensidig beslutter å overføre oppgaver til fastlegene uten at det er konsensus om overføringen, og uten at ressurser følger med. Selv om dette kan anses å være i tråd med samhandlingsreformen, er det et klart behov for grundigere vurdering av hvilke oppgaver som er egnet for overføring og forutsetninger for slike oppgaveoverføringer.

Det som er åpenbart er imidlertid at rene sekretæroppgaver ikke skal overføres. Hvis beslutning om henvisning eller sykemelding tas i spesialisthelsetjenesten, må de selv skrive henvisningen/sykmeldingen. En helt annen situasjon er dersom spesialisthelsetjenesten overlater vurderingen av behovet for henvisning eller sykmelding.

Overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten skjer regelmessig uten at det er forankret i den prosessen for endret oppgavefordeling som er beskrevet i Tjenesteavtale 1 i samarbeidsstrukturen. Kommunen kan med fordel ta en mer aktiv rolle, og kreve bedre etterlevelse av Tjenesteavtale 1. Det vil likevel være vanskelig fordi oppgaveoverføringen gjerne utgjøres av summen av mange steg: Selv om hvert steg ikke hver for seg berettiger en så omfattende prosess som Tjenesteavtale 1 beskriver, burde summen av de mange små steg vært vurdert. Uansett gjør fastlegeordningens spesielle finansiering det vanskelig å få til lokale løsninger for at ressursene skal følge oppgaven.

Tiltak 35: I samhandlingsstrukturen med spesialisthelsetjenesten utvikles systematisk vurdering av oppgavefordeling mellom sykehus og fastlegene innen rammene av samarbeidsavtalene. Fastlegene må involveres i dette arbeidet.

Fastlegenes viktige rolle i overføring av pasienter mellom nivåene sammen med at fastlegene ikke er ansatt i kommunen, men har avtale om å levere fastlegetjenester, har ført til en oppfatning om at det er et treparts-samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, fastlegetjenesten og øvrige kommunehelsetjenester. I tråd med denne oppfatningen er etablert noen strukturer for å understøtte samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten uten tilstrekkelig forankring i kommunen. Eksempler på dette er praksiskonsulentordningen og at spesialisthelsetjenesten sender invitasjon direkte til fastlegene til generelle samhandlingsmøter. Slike strukturer er utvilsomt nyttige, men det kan skape et uheldig inntrykk av at fastlegetjenesten ikke er en del av kommunehelsetjenesten, men er relativt uavhengig av denne. Kommunen må være tydelig på sitt ansvar for fastlegetjenesten og at samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegene er en del av samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

7. E-helse

Allmennlegene var tidlig ute med elektronisk pasientjournal (EPJ) og har nå om lag 30 års erfaring med dette. I årenes løp er journalsystemene utviklet til å bli stadig bedre tilpasset behovene for dokumentasjon av fastlegenes åpne uselekterte praksis. Fastlegene var også tidlig ute med elektronisk kommunikasjon med viktige samarbeidspartnere, som elektronisk henvisning og epikrise, elektronisk prøverekvisisjon og svar, samt elektronisk regningskort til Helfo og erklæringer til NAV.

Fastlegene har i flere år tilbudt sine pasienter elektronisk timebestilling og fornying av resepter. E-konsultasjon med fastlegen har vært i pilotering og tilbys nå av stadig flere fastleger. Bergen kommune ønsker å understøtte dette.

E-melding mellom fastlege og hjemmetjenesten har lagt til rette for bedre samarbeid, og tilsvarende meldinger blir etterlyst i kommunikasjon med andre kommunale tjenester, ikke minst helsestasjon/skolehelsetjenesten. Det er også behov for e-kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten ut over formell henvisning og epikrise. I påvente av dialogmeldinger med spesialisthelsetjenesten har henvisningsmalen til dels blitt tatt i bruk for andre formål, noe som gir et uheldig inntrykk av større antall henvisninger enn det som er reelt.

Elektronisk pasientjournal i kommunale tjenester med ansatte leger har ligget langt tilbake i utviklingen og på flere områder som sykehjem og helsestasjon/skolehelsetjenesten vært tilpasset behovene til annet helsepersonell i tjenestene og vært dårlig tilpasset legenes behov. På sykehjemmene har innføring av GBD vært en kraftig forbedring, som omtalt under sykehjem. I fengselshelsetjenesten, ØHD og til dels Bergen legevakt strever de med dysfunksjonelle EPJ hvor det kommer kraftige signaler om behov for snarlig utskifting.

Tiltak 36: EPJ i fengselshelsetjenesten, ØHD og Bergen legevakt skal skiftes ut til fordel for bedre fungerende EPJ så snart som praktisk mulig.

Utviklingen av separate EPJ i hver tjeneste med fokus på egen tjenestes behov har ført til et stort antall forskjellige EPJ-systemer som ikke kommuniserer godt nok med hverandre. Det er utviklet systemer for meldingsutveksling, men det satses nå på informasjonsdeling i EPJ, ikke stadig flere meldinger på kryss og tvers. Storsatsningen «en innbygger – en journal» bygger på prinsippet med informasjonsdeling. Beslutning om utvikling av dette konseptet er tatt, men det er mange års utviklingsarbeid før det kan bli en realitet. Bergen er utpekt som referansekommune i utviklingen, noe som vil innebære en sentral rolle i dette. Det er helt avgjørende å involvere både fastleger og kommunalt ansatte leger i utviklingen av «en innbygger – en journal» for å sikre at løsningen blir tjenlig for dokumentasjon av legenes arbeid i de ulike tjenestene.

I og med at det vil ta mange år før «en innbygger – en journal» blir klar til å bli tatt i bruk, er det vesentlig

at kontinuerlig forbedring og utvikling av eksisterende EPJ ikke stopper opp. EPJ-løftet er et behovsdrivet prosjekt forankret i Direktoratet for E-helse og handler om kvalitetsheving av dagens elektroniske pasientjournaler. Norsk forening for allmenntmedisins faggruppe for EPJ og elektronisk samhandling er involvert i dette arbeidet og flere av fastlegene i Bergen er engasjert.

Tiltak 37: I påvente av at «en innbygger – en journal» blir klar til å bli tatt i bruk, vil Bergen kommune arbeide for at legene skal ha funksjonelle elektroniske pasientjournalssystemer som ivaretar pasientsikkerheten og dekker behovet for effektive og driftssikre arbeidsverktøy.

8. Økonomiske konsekvenser og budsjettmessige prioriteringer

Plan for legetjenester foreslår 37 sentrale tiltak for å løfte kvaliteten på Bergen kommunes helsetjenester gjennom en styrket legetjeneste. Flere av tiltakene kan gjennomføres innenfor byrådsavdelingens økonomiske rammer. Tiltak som krever økt finansiering, summerer seg til vel 18 mill. Disse tiltakene må innføres i forbindelse med de årlige budsjetter, eventuelt i kombinasjon med statlige tilskudd eller ekstern finansiering.

Blant de prioriterte tiltakene finner vi tiltak som styrker kommunens oppfølging av fastlegene, som elektronisk kvalitetssystem og styrket oppfølging av fastlegene i Bergen. En utprøving av ansatte leger i Omsorg Pluss-anleggene vil være sterkt ønskelig. Det er også nødvendig å styrke akuttområdet i Bergen kommune slik at akutforskriften oppfylles.

Det vises til vedlagte tabell med kostnads-identifiserte tiltak.

Økonomiske konsekvenser av foreslåtte tiltak

Tiltak	Beskrivelse	Kostnad pr år
1	Det fremmes en politisk sak for å supplere de nasjonale skjermingsordningene med kommunale skjermingsordninger for særlig sårbare grupper.	200 000
2	Kommunen innfører kontinuerlig registrering og individuell oppfølging av i hvor stor grad fastlegene reiser i sykebesøk i samsvar med fastlegeforskriften.	0
3	Bergen kommune vil utrede hvordan det kan gjøres lettere for fastleger å starte opp null-lister, og etablere en ordning med mål om å lette oppstart av null-lister i Bergen kommune, herunder utvikle rammer for fastlønnsavtaler til nyutdannede leger som synes det er vanskelig å måtte etablere egen bedrift. Ved hjemmelstildelinger til eller ansettelse av leger som ikke er spesialister, vil Bergen kommune legge til rette for strukturerte utdanningsløp som fører frem til spesialistgodkjenning i allmenntidmedisin.	1 000 000
4	Kommunen vil i samarbeid med fastlegene anskaffe et dataverktøy som gjør det mulig for fastlegene å hente ut data til styrings- og kvalitetsformål til eget bruk, til rapportering til kommunen og til utvidet KPR. (Engangsutgift)	1 300 000
5	Bergen kommune vil stimulere til større robuste fastlegesentra og redusere antallet solopraksiser. Individuelle fastlegeavtaler suppleres med avtaler mellom kommunen og fastlegesentrene.	0
6	Bergen kommune vil legge til rette for, stille krav til og følge opp at legesentrene bruker tilbakemeldinger fra pasientene i sitt kvalitetsarbeid.	0
7	Bergen kommune vil utvikle samarbeidet med de allmenntidmedisinske forskningsmiljøene, blant annet ved å understøtte etablering av allmenntidmedisinske forskningsnettverk, herunder opprette en deltidsstilling som forskningskoordinator som skal ha som oppgave å understøtte forskning i allmenntidlegepraksis. Bergen kommune vil legge til rette for at motiverte fastleger kan delta i forskning, og at kunnskapen tilbakeføres til fastlegevirksomheten.	400 000
8	Bergen kommune vil legge til rette for at motiverte fastleger kan delta i nasjonalt og lokalt retningslinjearbeid.	0
9	For å bidra til at nyutdannede leger har god kunnskap om fastlegepraksis og motivasjon for en karriere som fastleger, vil Bergen kommune arbeide for statlig finansiering av praksisutplassering i kommune og oppfordre fastlegene til å ta i mot legestudenter til praksisundervisning.	0
10	Bergen kommune vil styrke sin kapasitet i Etat for helsetjenester for ledelse og administrasjon av fastlegene med to årsverk.	1 540 000
11	Kommunen vil arbeide med innholdet i de individuelle fastlegeavtalene, for å sørge for at fastlegene arbeider i samsvar med kommunens målsetninger og prioriteringer for allmenntidlegjetjenesten. For å gjøre dette til en dynamisk ordning hvor fastlegene er sikret innflytelse, kan det avtales at fastlegene forpliktes på vedtak i samarbeidsutvalget.	0
12	Det må budsjetteres midler til fastlegers deltakelse i kommunens plan- og utredningsarbeid, samtidig som fastleger som deltar i slikt arbeid ikke må pålegges andre allmenntidlegeoppgaver utenom praksisen.	150 000
13	Kommunen vil være pådriver for at fastlegene tar i bruk multidoseforskrivning til pasienter som egner seg for dette, så snart e-resept har funksjonalitet for dette. Fastleger som ikke gjør dette følges opp individuelt.	0
14	Det utarbeides gjensidig forpliktende rutiner mellom fastleger og øvrige kommunale tjenester om legemiddelgjennomgang	0
15	Kopi av alle vedtak i forvaltningen sendes fastlegen som e-melding	0

16	Det etableres pasientforløpsprosjekt for pasienter i andre kommunale tjenester som tydeligere definerer kontakt med fastlegen i forløpene. Dette må forplikte både de andre tjenestene og fastlegen til at pasientene får tilgang til fastlegens diagnostikk og behandling på definerte tidspunkt i forløpet og ellers når det er behov for det.	0
17	Legetjenesten ved omsorg pluss organiseres som ved sykehjem, ved at lege ansatt i Avdeling for sykehjemsmedisin er medisinsk ansvarlig for de enkelte beboerne, og ivaretar systemansvar ved omsorg pluss anlegget	3 410 000
18	Legetjenesten til pasienter med ruslidelser og psykiske lidelser som er for dårlige til å kunne bruke fastlegen, organiseres ved at kommunalt ansatt lege har faste kontordager på MO sentrene og kan gi medisinsk oppfølging av de enkelte pasientene	300 000
19	Etat for psykisk helse og rustjenester bør ha fast ansatt overlege som har overordnet medisinsk faglig systemansvar for legetjenesten til disse pasientene.	500 000
20	Det må utredes hvordan en kan sikre gode legetjenester både til den enkelte beboer og til systemarbeid ved boenheter for utviklingshemmede. Aktuelle alternativer kan være ansatt tilsynslege, en viss samordning av beboernes fastlegevalg og/eller fast ansatt overlege for TTU som har overordnet medisinsk faglig systemansvar for legetjenesten for disse pasientene.	0
21	Det utarbeides gjensidig forpliktende rutiner for samarbeid mellom fastleger og barnevernet.	0
22	For leger i annet allmennlegearbeid som ikke er spesialister, legger Bergen kommune til rette for strukturerte utdanningsløp som fører frem til spesialistgodkjenning i allmennmedisin.	0
23	Etablere egen legetjeneste i Etat for barn og familie med størst mulige stillingshjemler for leger i helsetasjon og skolehelsetjenester.	0
24	Det skal tilrettelegges for akademiske bistillinger for kvalifiserte sykehjemsleger.	0
25	Bergen kommune vil utvikle samarbeidet mellom Avdeling for sykehjemsmedisin og de aktuelle forskningsmiljøene, legge til rette for at motiverte sykehjemsleger kan delta i forskning, og at kunnskapen tilbakeføres til sykehjemsdriften.	0
26	Det arbeides videre med kommunikasjon med fastlegene om hvilke pasientkategorier som kan legges inn på ØHD og hvilken behandling som kan gis for å trygge fastlegene på at ØHD er et godt tilbud for pasienter som oppfyller inklusjonsriteriene.	0
27	Fastlegene oppfordres om å stille krav til at pasientene gir samtykke til epikrise fra fengsels-helsetjenesten før eventuell videre forskrivning av legemidler med ruspotensial.	0
28	For å sørge for en forsvarlig ivaretagelse av Akuttmedisinforskriftens krav om utrykning fra legevakt ved ulykker eller andre akutte situasjoner, vil kommunen etablere en vaktordning for utrykningslege. Dette innebærer anskaffelse av uniformert legevaktsbil, som bemannes med sjåfør og lege døgnet rundt. Det utredes mulige synergieffekter ved samarbeid med Bergen Brannvesen.	5 500 000
29	Legevaktsentralen må styrkes for å ivareta akuttmedisinforskriftens krav til responstid. Denne styrkingen gjøres på bakgrunn av fortløpende registrering av responstid.	1 400 000
30	Det innføres nytt Triage-system med sikte på riktige prioriteringer etter hastegrad og som definerer hvilke pasientkategorier det er forsvarlig å håndtere med rådgivning.	0
31	For leger i samfunnsmedisinske stillinger som ikke er spesialister i samfunnsmedisin, legger Bergen kommune til rette for strukturerte utdanningsløp som fører frem til spesialistgodkjenning i samfunnsmedisin.	0
32	Samfunnsmedisinsk kompetanse i Etat for helsetjenester styrkes med 3 nye årsverk.	2 700 000
33	Bergen kommune vil utvikle samarbeidet med de samfunnsmedisinske forskningsmiljøene, blant annet ved å legge til rette for akademiske bistillinger for kvalifiserte leger med samfunnsmedisinske oppgaver i kommunen, legge til rette for at motiverte leger med samfunnsmedisinske oppgaver i kommunen kan delta i forskning og at kunnskapen tilbakeføres samfunnsmedisinsk virksomhet i kommunen.	0

34	Bergen kommune vil gjøre samarbeidsavtalene med spesialisthelsetjenesten bedre kjent hos sine fastleger, og ved revisjon av samarbeidsavtaler skal fastlegene involveres i arbeidet når avtalene har relevans for deres arbeid.	0
35	I samhandlingsstrukturen med spesialisthelsetjenesten utvikles systematisk vurdering av oppgavefordeling mellom sykehus og fastlegene innen rammene av samarbeidsavtalene. Fastlegene må involveres i dette arbeidet.	0
36	EPJ i fengselshelsetjenesten, ØHD og Bergen legevakt skal skiftes ut til fordel for bedre fungerende EPJ så snart som praktisk mulig.	0
37	I påvente av at «en innbygger – en journal» blir klar til å bli tatt i bruk, vil Bergen kommune arbeide for at legene skal ha funksjonelle elektroniske pasientjournalssystemer som ivaretar pasientsikkerheten og dekker behovet for effektive og driftssikre arbeidsverktøy.	0

18 400 000

Mer informasjon om legetjenestene

Vedlegg 1 Fastlegeordningen

Et av fastlegeordningens viktigste elementer er befolkningens frie legevalg. Alle kan fritt velge fastlege etter egne preferanser, uavhengig av kommunegrenser og andre geografiske reguleringer. Valgfriheten er begrenset av hvorvidt legen har ledige listeplasser eller ikke. For å kunne regulere arbeidsmengden etter egen kapasitet har fastlegen anledning til å fastsette listetak, som er det maksimale antall pasienter fastlegen kan ta ansvar for. Ytre rammer for fastlegens listetak er maksimalt 2.500 personer, minst 500 personer (lavere listetak kan avtales med kommunen). Fastlegen har anledning til å tilby time også for andre enn de hun/han er fastlege for, men er forpliktet til å prioritere personene på sin liste.

Fastlegene har ansvar for alle allmennlegeoppgaver for innbyggerne på listen dersom ikke annet er presisert i lov eller forskrift. Det omfatter alle typer helseproblem innen somatikk, psykisk helse og rus, og det omfatter alt fra forebyggende tjenester til utredning, behandling og oppfølging.

Pasienten opplever fastlegen som **sin** fastlege i et ellers komplisert sammensatt system av helse- og omsorgstjenester. Pasientene bestemmer selv når de vil ta kontakt med fastlegen, og skal normalt få time innen fem dager for ting som ikke haster, og om nødvendig time på dagen. Hvis de ønsker å ta kontakt per telefon, skal de normalt få svar innen to minutter. Det er få andre tjenester som har like strenge krav til tilgjengelighet og rask levering av tjenester. Men det kan fremstå som en svakhet at fastlegeordningen i så stor grad dreier seg om å svare på etterspørsel fra personene på fastlegens liste. I enhver fastleges populasjon vil det nemlig være personer som har behov for fastlegens tjenester, men som ikke evner å etterspørre disse, og heller ikke har noen til å etterspørre for seg.

Fastlegeordningen har en tredelt finansiering, basistilskudd som utbetales fra kommunen, egenbetaling fra pasienter og refusjoner fra Helfo (Helseøkonomiforvaltningen). Basistilskuddet er et fast beløp per pasient på fastlegens liste, og er likt over hele landet. Det betyr at kommunens utgifter til fastlegeordningen er proporsjonal med befolkningstallet og uavhengig av antall fastleger i kommunen. Basistilskuddet skal etter stortingsvedtak utgjøre 30 % av fastlegens omsetning. Egenbetaling fra pasienter og refusjoner fra Helfo er stykkprisfinansiering som sørger for at fastlegene har høy aktivitet innen direkte pasientrettet arbeid. Stykkprisfinansieringen kan på den annen side ses på som et hinder eller begrensning for fastlegenes deltagelse i arbeid på systemnivå. Stykkprisfinansieringen består av bundne priser og utgjør et ganske detaljert system av ulike priser for ulike gjøremål (Normaltariffen). Systemet innebærer en mulighet for å bruke Normaltariffen som prioriteringsinstrument, men dette potensialet er i beskjeden grad utnyttet.

Fastlegene er fullt ut ansvarlige for driftsutgiftene i sin praksis. De største utgiftene er lønn til ansatte medarbeidere, kontorleie, ikt-utgifter og utgifter til medisinsk teknisk utstyr. I en gjennomsnittlig fastlegepraksis utgjør driftsutgiftene nesten 50 % av omsetningen. Basistilskuddet dekker derfor bare deler av driftsutgiftene.

Kommunen har anledning til å etablere fastlønte fastlegestillinger, hvor både fastleger og medarbeidere er kommunalt ansatt og hvor kommunen er eier av kontorlokalene med medisinskteknisk og kontorteknisk utstyr. Før innføringen av fastlegeordningen i 2001 var en betydelig andel av allmennlegekontorene i Bergen organisert og finansiert på denne måten. Fordi de kommunale legekantorene hadde sakkert akterut både med hensyn på medisinskteknisk og kontorteknisk utstyr og lønnsmessig, ønsket legene overgang til hovedmodellen med næringsdrift når fastlegeordningen ble innført. Flere undersøkelser har vist at nyutdannede leger i større grad enn før synes det er vanskelig å måtte etablere egen bedrift for å bli fastlege. Å tilby ansettelse som fastlege med fast lønn kan være en måte å imøtekomme leger som ønsker dette. Det vil gi kommunen arbeidsgivers styringsrett overfor disse fastlegene, slik man har overfor øvrig ansatt helsepersonell. Styringsretten kan likevel ikke brukes til at slike kommunale fastlegekontor skal arbeide vesentlig annerledes enn kommunens øvrige fastleger. Befolkningens frie legevalg og listepasientenes behov

vil uansett være de viktigste premissene for hvordan fastlegene skal arbeide. For kommunen vil det vanligvis medføre større kostnader å drive et legekantor med fastlønte fastleger enn å ha avtalefastleger. Merutgiften vil imidlertid begrenses av at ved det kommunale legekantoret beholder kommunen basistilskuddet og får inntekter fra pasientenes egenandeler og refusjoner fra Helfo. Hvordan regnestykket til slutt blir seende ut, beror på hvor mye egenandeler og takster kontoret genererer.

Det er en utfordring at fastlegens tjenester i så stor grad er finansiert av egenbetaling. Egenandelene er lave for majoritetsbefolkningen, slik at de ikke begrenser etterspørselen fra disse. Men egenandelene representerer et reelt tilgjengelighetshinder for noen utsatte grupper. Dette er et paradoks på bakgrunn av hva vi vet om sosial gradient i helse. De med svakest økonomi har også mest helseproblemer og størst behov for gode helsetjenester. Allmennlegetjenestene er befolkningens inngangsport til helsetjenesten. Derfor rammer egenandelene på allmennlegetjenestene helt blindt når det gjelder prioritering i forhold til medisinske behov. Hvis egenandelene avskjærer muligheten til konsultasjon med fastlegen, vil ikke pasienten få presentert problemet, slik at prioritering etter behov for videre tiltak i helsetjenesten ikke blir mulig.

Egenandelene fastsettes av Stortinget, som også bestemmer nasjonale skjermingsordninger. Noen viktige pasientgrupper som ungdom, og personer med ruslidelser, faller utenom disse ordningene og blir underforbrukere av fastlegens tjenester.

I fastlegens virke ligger alltid et prioriteringsansvar. Fastlegen må fordele sin egen arbeidskapasitet som en ressurs, slik at populasjonens behov for allmennlegetjenester totalt sett blir best mulig dekket. Prioriteringslogikk er at å si ja til noe, innebærer nei til noe annet. For pasientene innebærer dette at de reelt sett må konkurrere med populasjonens øvrige medlemmer om legens tid og innsats. Da må de være mest mulig trygge på at legens prioriteringer er begrunnet ut fra faglige og verdimeslige hensyn og ikke for eksempel ut fra økonomiske hensyn eller ut fra hvem som roper høyest.

Slik fastlegens virksomhet er organisert i dag, er den stor grad innrettet på å levere på etterspørsel. I en pasientpopulasjon vil det ikke være fullt samsvar mellom etterspørsel og behov for legetjenester. Det vil være etterspørsel uten reelt behov, og det vil eksistere behov for legetjenester uten at dette følges av etterspørsel. Hvordan fastlegene skal forholde seg til underforbrukerne er et vanskelig spørsmål. I forhold til underforbrukerne må fastlegen selv være aktiv i forhold til å presentere seg og gjøre seg tilgjengelig. Legene må sette pasienter med små krav, men store behov, foran ressurssterke med store krav og mindre behov for at retten til like helsetjenester skal bli oppfylt.

Fastlegene må også være tilgjengelig for samarbeidspartnere. Fastlegen er blitt ”en adresse for ansvar” for andre instanser som har med pasientene å gjøre: sosialkontor, rusmiddelomsorg, somatiske sykehusavdelinger, psykiatriske institusjoner, barnevern, hjemmesykepleiere etc. Alle disse aktørene har en forventning om å involvere pasientens faste lege i behandling og oppfølging. Det foreligger et reelt underforbruk av allmennlegetjenester på disse områdene. I fastlegeordningen må allmennlegene være på banen i tverrfaglig samarbeid rundt enkelte pasienter. Ikke desto mindre er fastlegene selv nødt til å sette grenser for samarbeidet omkring pasienter, hvis de ikke skal legge opp til en praksis der de ser pasienter halve dagen og sitter i møter resten. Det bør gjøres mulig for fastlegen å delta på de delene av tverrfaglige møter/ansvarsgruppemøter hvor fastlegens deltagelse er viktig.

Fastlegene skal primært være tilgjengelig for listepasientene, men de skal som nevnt også være tilgjengelig også for andre samarbeidspartnere. Fastlegen har samarbeid med alle andre aktører i helse- sosial- og velferdstjenestene. Det er et særpreg ved fastlegeordningen at den er personlig hvor det er en en-til-en tilknytning mellom lege og pasient. Dette i motsetning til øvrige kommunale helse-, omsorgs- og sosialtjenester hvor tjenestene leveres av en institusjon hvor pasienten selv ikke kan velge hvilke personer som skal levere tjenestene, og som kan bemannes opp når det er behov for å øke kapasiteten. At fastlegeordningen er personlig, gir en unik kontinuitet. Men det gjør også ordningen sårbar, da fastlegen ikke kan være flere steder samtidig. Tilgjengeligheten til fastlegen kan derfor ikke være ubegrenset, verken for pasientene eller for samarbeidspartnerne.

I fastlegeforskriften er det fastsatt at fastlegene skal være tilgjengelig på kontoret med kort ventetid på telefon og til konsultasjon. De skal være tilgjengelig for øyeblikkelig hjelp, men er samtidig pålagt å gjennomføre flere oppgaver utenfor legepraksisen, som hjemmebesøk, møter med andre instanser mm. For befolkningen må fastlegetjenesten være et lavterskeltilbud med god kapasitet og kort ventetid. Høy tilgjengelighet innebærer at pasienten på kort varsel kan bringe nylig oppståtte plager, bekymringer og ubehag til legen. Dette er helt essensielt, bl.a. for å oppdage nyoppstått sykdom tidlig.

Konsultasjonsvarighet må styres slik at fastlegen fordeler sin tid som en ressurs, slik at populasjonens behov for allmennlegetjenester totalt sett blir best mulig dekket. Hvis alle konsultasjoner er like korte, eller like lange, vil dette ikke samsvare med pasientenes ulike behov for tid ved konsultasjonene. Selv om registreringer viser at fastlegene i Norge i gjennomsnitt har lengre konsultasjoner (15-20 minutter) enn allmennlegene i andre land, opplever mange at de får mindre tid hos legen enn de mener å ha behov for.

Fastlegene er forpliktet til å reise i sykebesøk til pasienter på listen som har behov for dette. Dette er forankret i fastlegeforskriften § 23 som inneholder både en forpliktelse for fastlegene å yte sykebesøk og forutsetninger for når denne plikten utløses. Det er ingen tvil om at sykebesøk er en forpliktelse for fastlegene, men det vil alltid bli gjort en vurdering av hvorvidt sykebesøk er nødvendig og hensiktsmessig, og hvordan det skal prioriteres. Et hjemmebesøk av fastlegen vil ofte måtte følges opp med prøvetaking i hjemmet. For annen klinisk utredning så som EKG, spirometri og enkelte andre kliniske undersøkelsesprosedyrer, må pasienten undersøkes på fastlegens kontor.

Kravene til tilgjengelighet forutsetter en økning av fastlegeordningens kapasitet. Tilgjengelighetskravene er styrende for listestørrelsen: Hvor mange pasienter kan en lege betjene og både ha akseptabel ventetid og levelig arbeidstid og arbeidssituasjon for egen del? Det er generell enighet om at fastlegene i gjennomsnitt bør ha færre listepasienter enn i dag, for å ivareta en økende oppgaveportefølje. Det er også et nokså unisont budskap fra fastlegene i Bergen. Men det er uklart hvordan økning av kapasiteten i fastlegeordningen skal finansieres. Med dagens finansiering av fastlegeordningen er kommunens andel av finansieringen proporsjonal med befolkningens størrelse og uavhengig av antall fastleger i kommunen. Det gir ikke kommunen handlingsrom til å prioritere vekst i fastlegeordningen økonomisk.

Det er en ulempe at regelverk og avtaleverk i fastlegeordningen bare regulerer fastlegen som individ, mens regelverk og avtaleverk ikke regulerer fastlegesenteret. Når legekantorene blir større, er det et økende behov for ledelse av disse. Det er i liten grad laget strukturer i fastlegeordningen som ivaretar dette. I mange tilfeller er faglig ledelse for utydelig. En følge kan bli at utviklingen av felles rutiner for faglige og servicemessige oppgaver får for liten oppmerksomhet. Det er ikke fastsatt noen nasjonal standard for hvilket utstyrsnivå som forventes på et fastlegekontor. I Fastlegeforskriften er angitt at fastlegen skal dekke alle allmennlegeoppgaver for innbyggerne på listen, noe som forutsetter at fastlegesenteret har et laboratorium som er utstyrt for dette, og det for øvrig er medisinskteknisk utstyr som behøves for å dekke alle allmennlegeoppgaver. En nærmere presisering av utstyrsnivå vil nødvendigvis være ferskvare, fordi faglig utvikling gjør at oppgavefordelingen mellom fastlegen og andre instanser endres. Kommunens ansvar for kvalitet i fastlegeordningen, må likevel innebære å utjevne variasjon i fastlegesenternes utstyrsnivå.

I dag leder og styrer kommunen legetjenesten i liten grad. Det er avsatt lite tid og ressurser hos den kommunale ledelsen til denne oppgaven. Det er nødvendig å utvikle nye virkemidler for kommunen til ledelse av fastlegeordningen, når fastlegene er tilknyttet kommunen ved avtale og ikke ved ansettelse.

Agenda Kaupang leverte en rapport bestilt av KS i februar 2016 som omhandlet dette. En av hovedkonklusjonene i rapporten vedrørende kommunenes virkemidler for ledelse av fastlegeordningen var at nødvendig styringsinformasjon fra legepraksis og legesentre gir mulighet for en presis dialog, og bør samles inn årlig. Legenes disponible timer til andre allmennlegeoppgaver i kommunen, kan med fordel benyttes til oppgaver som samarbeidsmøter, planleggingsmøter mv, men det må planlegges nøye, slik at tidsbruk og kostnader knyttet til denne typen «frikjøp» gjenspeiler nytten med møtene. Samarbeidsutvalgene må prioriteres og benyttes i arbeidet for å sikre at driften av allmennlegetjenesten skjer på en god måte

for alle parter. Kommunene bør aktivt benytte, planlegge og lede møtene for å sikre strategisk oppfølging av legetjenesten. Allmennlegeutvalgene bør prioriteres. Et godt samspill mellom allmennlegeutvalget og samarbeidsutvalget er et viktig suksesskriterium i ledelsen av den kurative legetjenesten.

Kommunene bør utarbeide en plan for legetjenesten for å sikre riktig dimensjonering av tjenestene, synliggjøre hvordan kommunen kan bidra til å styrke styringen og trekke opp retningslinjer for forbedrings- og utviklingsarbeidet i legetjenesten. Planen bør ha fokus på tiltak for å møte framtidige utfordringer i helsetjenesten, og rulleres regelmessig.

De viktigste anbefalingene om endringer i virkemiddelapparatet for større kommuner var at kommunene bør samarbeide med legene om utvikling av strategier og prioriteringer for legearbeidet, slik at det samsvarer med kommunenes mål for tjenestene. Det er ønskelig med flere og mer positive virkemidler i ledelse av fastlegene. Departementet bør sørge for at § 29 i fastlegeforskriften, om krav til rapportering, trer i kraft. Dette innebærer at kommunene kan pålegge at fastlegen avgir nødvendige data til styrings- og kvalitetsformål for å ivareta myndighetenes ansvar for et forsvarlig allmennlegetilbud og faglig utvikling av allmennlegetjenesten. Tilplikning av offentlige legeoppgaver medfører mange små stillinger og et fragmentert tjenestetilbud. Det anbefales å samle slike små stillinger til større stillinger, som eksempelvis fast ansatt sykehjemslege og helsestasjonslege.

Vedlegg 2 Psykisk helse og rus

Det er en nær sammenheng mellom bruk av rusmidler og somatisk helseskade, og omfanget av helseskader øker med økt rusmiddelkonsum. Det er en betydelig overdødelighet blant pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser. En stor andel av den økte dødeligheten er knyttet til somatisk sykdom både ved økt forekomst, men også ved mangelfull oppfølging. Det er generelt et behov for en mer systematisk tilnærming for forebygging og behandling av livsstilssykdommer og andre somatisk sykdommer i denne pasientgruppen. Kommunal legetjeneste er en viktig aktør i dette arbeidet. Ansvaret for dette er tillagt fastlegene, men fastlegetjenesten kan bare dekke en del av behovet.

Pasienter med milde psykiske lidelser og problemer skal i all hovedsak få helsehjelp på et kommunalt nivå og fastlegene er det absolutt viktigste tilbudet for denne pasientgruppen. Fastlegene skal kunne tilby hjelp ved å påvirke tankemønstre gjennom kognitive adferdsterapi, stimulere til økt fysisk aktivitet og sunt kosthold og henvise til tilbudene om kurs i depresjonsmestring eller i mestring av belastninger. Kommunen skal også gjennom informasjonsvirksomhet stimulere til at befolkningen søker mer hjelp for slike plager hos sin fastlege, da det er mange som lever med slike plager uten å søke hjelp. Fastlegen har også en sentral rolle i å identifisere problematisk bruk av alkohol og illegale rusmidler.

Mennesker med psykiske lidelser har høyere forekomst av rusproblemer enn befolkningen for øvrig, og mennesker med rusproblemer har høyere forekomst av psykiske helseplager enn resten av befolkningen. Det er behov for å styrke kompetansen i kommunehelsetjenesten for å identifisere og videre bidra til å diagnostisere personer med samtidige rus- og psykiske lidelser, slik at de i størst mulig grad får gode og individuelt tilrettelagte helse- og omsorgstjenester i kommunen og nødvendig behandling i spesialisthelsetjenesten.

Fastlegen er ofte den som først kontaktes ved bekymring om at en person kan ha en ubehandlet psykose. Symptomene er i starten ofte diffuse, samtidig blir prognosen dårligere om ikke behandling settes raskt inn. Derfor må alle fastlegene kjenne godt tidlige tegn på psykose og ha lav terskel for å henvise videre ved slik mistanke.

For personer med diagnostiserte alvorlige psykiske lidelser er det viktig at fastlegen tar et hovedansvar for både å etablere og vedlikeholde en relasjon til personer på sin liste. Dette gjelder også for personer med samtidig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse (ROP pasienter).

Erfaring tilsier at de i liten grad bestiller timer selv til tross for mange og sammensatte helseutfordringer. Denne pasientgruppen vil også kunne profitere på å bli kalt inn til timer hos sin fastlege til faste tidspunkt, med kopi av innkalling til samarbeidende tjenester.

Personer med alvorlige psykiske lidelser har ofte ubehandlede somatiske sykdommer og plager. De har også statistisk sterkt redusert levealder i forhold til befolkningen ellers. Livsstilssykdommer som diabetes,

hjerterkar lidelser og kols er utbredt. De som i tillegg har et langvarig alvorlig rusproblem, har ofte store utfordringer når det gjelder sin somatiske helse. Det tilrådes at fastlegen gjør faste helsekontroller og samarbeide med den lokale psykiske helsetjenesten og /eller NAV sosialtjeneste, for å bedre denne brukergruppens fysiske helse og daglige funksjon.

Fastlegen har en sentral rolle når det gjelder henvisninger til spesialisthelsetjenesten, og er den eneste i kommunen som kan henvise både til rusbehandling (TSB) og behandling psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. Fastlegen har en viktig rolle i det tverrfaglige samarbeidet rundt Individuell Plan, kriseplan og deltagelse i ansvarsgrupper.

Samhandlingen mellom kommunale psykiske helsetjenester/rustjenester og fastlegene er blitt betydelig bedre etter at e-meldingssystemet ble opprettet og implementert. Det har sikret bedre kommunikasjon, dokumentasjon, samt at handlingsfrister i større grad er blitt overholdt. Det er en stor utfordring at legemiddellister kan bli for seint samstemt etter en utskrivelse. Ved uklarhet om hvilke legemidler pasienten skal bruke, må fastlegen avklare dette. E-meldinger vil også etterhvert bli implementert mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helsetjenester, noe som i større grad vil kvalitetssikre samstemte medikamentlister.

Vedlegg 3 Helsestasjon og skolehelsetjeneste

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et gratis helsetilbud som gis til alle gravide, barn og unge. Uavhengig av behov får nær 100 % av alle barn og unge et helsetilbud til fastsatte tidspunkt ved helsestasjon og skolehelsetjeneste. Formålet med helsestasjons- og skolehelsetjenesten er å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdommer og skader. Tjenesten skal så tidlig som mulig fange opp barn og unge, gi dem et tilbud og henvise videre ved behov. Tilbudet i tjenesten skal være universelt, og tilnærmingen skal både være individuell og befolkningsrettet. Tilbudet i helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom skal være kultursensitivt og tilpasset den enkeltes behov og livssituasjon. Tjenesten skal videre være tverrfaglig, og bemanningen skal minst bestå av helsesøster og lege.

Teambaserte tjenester med ulike helseprofesjoner i samspill sikrer en helhet i tilbudet, noe som innebærer at også andre yrkesgrupper som psykolog, ergoterapeut eller yrkesgrupper med pedagogisk, sosialfaglig eller tverrkulturell kompetanse kan inngå i bemanningen. Jordmor skal inngå i bemanningen i svangerskapsomsorgen og barselomsorgen.

Legen har et særskilt ansvar i tjenesten i henhold til helsepersonelloven § 4;

Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.

Ut over en del kurs finnes det for leger ingen spesifikk utdanning innen helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge. Det er derfor viktig å definere legerollen i tjenesten mere spesifikt.

Legen ivaretar funksjonen som medisinskfaglig rådgiver for helsesøster og annet samarbeidende personell. Leger i skolehelsetjenesten skal ha et særlig fokus på elevenes arbeidsmiljø og skal arbeide etter de lover og forskrifter som gjelder for skolehelsetjenesten.

Legen er med sin fagbakgrunn en viktig bidragsyter inn i det tverrfaglige samarbeidet rundt barn og unge i tjenesten. Legen sine arbeidsoppgaver i helsestasjons- og skolehelsetjenesten inkluderer helsefremming og forebygging på systemnivå, forebygging og lavterskel oppfølging, samt oppfølging av barn/unge som har behov for omfattende kommunale tjenester. Legen sitt fagfelt dekker grunnleggende medisinsk kompetanse i diagnostikk og behandling, kunnskap om barn og ungdommers utvikling, ungdomsmedisin, nevropsykiatri, funksjonshemninger, vaksiner/vaksinasjon, folkehelse og arbeidsmiljø.

Vedlegg 4 Avdeling for sykehjemsmedisin

Den grunnleggende filosofien ved organisering av Avdeling for sykehjemsmedisin har vært preget av

troen på faglig felleskap som basis for kvalitet, at måloppnåelse krever satsning både på kultur, kunnskap, kompetanse og struktur, at ansvar, myndighet og budsjett hører sammen, at både retningslinjer og kontroll er viktige strukturelle elementer og et tradisjonelt syn på medisinsk kompetanse (lege i utdanning – spesialist/sykehjemslege – overlege/forskningskandidat - professor).

Legetjenestene ved sykehjemmene er organisert i en egen avdeling der avdelingsoverlegen har budsjett- og personalansvar. Sykehjemmene i Bergen tilhører tre forskjellige geografiske team. Organisering av legene følger denne strukturen og det er ansatt en «Teamoverlege» i hver sektor. Teamoverlegene har ca. 50 % administrative- og ledelsesoppgaver.

Av alle sykehjemslegene i kommunale sykehjem (ca. 34 stillingshjemler) har 15 leger stillingsprosent over 50, og er godkjente spesialister. De fleste er i fulle stillinger, og følgende spesialiteter er representert: Allmenntilleg, indremedisin/geriatri, indremedisin/infeksjonsmedisin, urologi, fysikalskmedisin og rehabilitering og nevrologi. Spesialistene har status som overleger og deltar på et utvidet ledermøte to ganger årlig. De har faglig veiledningsansvar men ikke administrative oppgaver.

Alle legene har tilbud om å delta på 2 timer fellesundervisning hver måned, der undervisere rekrutteres både internt og eksternt. Teamoverlegene organiserer også 1 time internundervisning i hvert team hver andre uke. Tre sykehjem er formelt godkjent som utdanningsinstitusjoner i spesialistutdanning av leger, innen allmenntilleg, indremedisin og geriatri.

Ledergruppen for avdelingen har også, med støtte fra Fylkeslegen, utarbeidet «Metodebok for sykehjemsleger» og et felles infeksjonskontrollprogram for sykehjemsetaten.

For å legge til rette for forskning er det signert en overordnet samarbeidsavtale mellom Bergen kommune og Universitetet i Bergen, likeså en intensjonsavtale mellom Avdeling for sykehjemsmedisin og Senter for Alders- og sykehjemsmedisin (SEFAS) ved Institutt for global helse og allmenntilleg. Avdelingsoverlegen er ansatt i en 20 % stilling ved SEFAS og lederen av SEFAS er ansatt i en 20 % stilling i Avdeling for sykehjemsmedisin. Dette er gjort for å sikre samarbeid, informasjonsflyt og rekruttering til forskningsfeltet. Tradisjonelt finnes det nesten ikke faglige virksomhetsdata i helsevesenet, selv etter bred innføring av første generasjons elektroniske journaler. For å bøte på dette har sykehjemmene i Bergen deltatt i utvikling av et strukturert, elektronisk journalsystem som leverer beslutningsstøtte og medisinske virksomhetsdata. Systemet (GBD levert av DIPS) ble innført på alle sykehjemmene i Bergen i 2016. Det sikrer tilgang til valide medisinske pasient- og institusjonsdata og danner grunnlag for fremtidig satsning på en tilpasset, elektronisk støttet, overvåking av den medisinske virksomheten.

Vedlegg 5 Samfunnsmedisin i Bergen kommune

I spesialitetskomiteens målbeskrivelse for samfunnsmedisin blir samfunnsmedisin definert som et fag på systemnivå med fokus på hele befolkningens helse. Samfunnsmedisiner gjør grupperettet legearbeid for å ha oversikt over forekomsten av sykdom og helse i en befolkning og de samfunnsfaktorer som påvirker befolkningens helsetilstand, tilrå, evaluere og eventuelt iverksette, og administrere målrettede helsefremmende tiltak, bidra til god planlegging og organisering av helsetjenester på alle nivåer, anbefale prioriteringer og fordeling av helseressurser basert på konsekvensanalyser og utøve medisinsk faglig tilsyn med helsetjenesten i henhold til lover og forskrifter.

Samfunnsmedisinen har sin oppmerksomhet rettet mot helsetilstanden og levekår i hele eller i grupper av befolkningen. Samfunnsmedisinen tar sikte på å identifisere forhold i menneskenes miljø som kan påvirke helsen både positivt og negativt; det være seg av biologisk, fysisk, kjemisk, kulturell eller sosial natur. Samfunnsmedisinerne skal levere faglig begrunnede innspill i løpende beslutningsprosesser i samfunnet, både til folkevalgte, administrative og faglige fora. Samfunnsmedisinsk kunnskap skal gjøres tilgjengelig og kjent for beslutningstakere på alle forvaltningsnivå. Samfunnsmedisinsk kompetanse skal påvirke utviklingen av strategier og metoder for å fremme tiltak til styrking av folkehelsen.

Lokal helsemyndighet

Myndigheten er tillagt kommunestyre, som vanligvis delegerer denne til leger i samfunnsmedisinske stillinger. Relevante områder er smittevern, miljørettet helsevern, helsemessig beredskap, psykisk helsevern, skadedyrbekjempelse og håndtering av importert smittefarlig materiale.

Lokal helsemyndighet er også godkjenningsinstans for tiltak og ordninger som har betydning for helsen i befolkningen. Det gjelder blant annet miljørettet helsevern, godkjenning av barnehager og skoler, lokaler til

hulltakings- og tatoveringsvirksomhet, og uttalelse om vannforsyning og drikkevann.

I Bergen er vedtaksmyndighet innen miljørettet helsevern lagt til Avdeling for miljørettet helsevern, og ikke til kommuneoverlegen. Men kommuneoverlegene bidrar i saksbehandlingen som medisinsk-faglige rådgivere.

Lokal helsemyndighet er også meldingsinstans. Kommunen skal ha oversikt over virksomheter med helsemessig betydning og være i stand til å iverksette tiltak ved behov. Eksempler på dette innen miljørettet helsevern er melding før oppstart av og ved vesentlige utvidelser eller endringer av: asylmottak, hospitser, campingplasser og lignende virksomheter, lokaler for undervisning og andre forsamlingslokaler, virksomheter som foretar utslipp av avløpsvann og virksomheter som har kjøletårn eller lignende innretninger, tiltak for skadedyrbekjempelse og resultat, lokaler som skal benyttes til frisør- og hudpleievirksomhet, før bruk av og endring av driften av badeanlegg. Videre er kommuneoverlegen meldingsinstans for dødsmeldinger, og for smittevern med videreformidling av varsling til henholdsvis Folkehelseinstituttet, Fylkesmannen, Mattilsynet, fastlegen, tuberkulosekoordinatoren, kommunelegen i pasientens nye bopelskommune.

Oppgaven som meldingsinstans omfatter også skader ved atomulykker, private helsetjenester, apotekenes åpningstider, kontrakt om privat forpleining i det psykiske helsevern og oppholdstillatelse for utlendinger.

Oppgaven som lokal helsemyndighet innbefatter også å være sikkerhetsnett for å ivareta enkeltindividers rett på helsehjelp eller annen aktuell hjelp ved forskjellige former for bortfall av den ordinære tjeneste. Eksempel på dette er undersøkelse av smittede personer og smitteoppsporing og rekvirering av nødvendige legemidler når leger eller tannleger ikke har selvstendig rett til å rekvirere bestemte legemidler.

Medisinskfaglig rådgiver

Kommunelegens medisinskfaglige rådgivningsrolle er nevnt eksplisitt både i Helse- og omsorgstjenesteloven og i Folkehelseeloven. Ut fra hovedmålgruppene kan det deles inn tre forskjellige former for medisinskfaglig rådgivning:

Rådgivning overfor kommunens administrative og politiske organer

Det er behov for medisinskfaglig kompetanse for alle beslutninger og i alle tjenesteområder som har innvirkning på befolkningens helse.

Samfunnsmedisinerne har den medisinskfaglige kompetansen, et grupperettet fokus med tyngden på forebyggende og helsefremmende arbeid, og samtidig kjennskap til kommunal ledelse og politiske og administrative prosesser. De har dermed en viktig brobyggerfunksjon mellom enkeltindividers helsebehov, tilgjengelig helsetjenestetilbud, og samfunnets oppgaver og ressurser som helhet.

Rådgivningen består i stor grad i en formidlings- og fortolkingsfunksjon for å gjøre komplekse helseforhold forståelig for beslutningstakere og administrasjonen.

Rådgivning overfor helsetjenesten

Tre forskjellige typer rådgivning er beskrevet. Det gjelder råd og veiledning om regelverk og fortolkning, helhetlige strategivalg, tilsyn og kontroll for medvirkning i helsetjenestens styringssystemer og en viss grad av instruksjon ut fra overordnet stilling og samfunnsmedisinsk kompetanse. Kommuneoverlegen har en særlig rolle når det gjelder samhandling og samarbeid mellom ulike tjenester, blant annet når det gjelder oppgaver som deles mellom flere etater. Kommuneoverlegen skal bidra til dette blant annet gjennom deltakelse i ulike utvalg i etatene, og ved å bidra til utvikling av IKT-verktøy for samhandling.

Rådgivning overfor befolkningen

Samfunnsmedisineren har gode forutsetninger til å være en fortolker og leverandør av helseinformasjon overfor befolkningen. Dette gjelder spesielt ved grupperettet helseinformasjon og innen fagområde smittevern, miljørettet helsevern, helseberedskap, sykdoms- og skadeforebygging, livsstilsforhold, helsefremmende arbeid og riktig bruk av helsetjenester.

Samfunnsmedisin omfatter også administrative oppgaver og ledelsesoppgaver i kommunale helse- og

omsorgstjenester. Kommuneledelsen kan delegere administrative oppgaver. Samfunnsmedisinere kan også gå inn i ledende administrative rolle, for eksempel som helsesjef.

Samfunnsmedisinske stillinger i Bergen kommune

I Bergen kommune er samfunnsmedisinske roller og stillinger plassert ved Kommuneoverlegen og ved Smittevernkontoret som begge ligger i Etat for helsetjenester, og ved Byrådsavdeling for helse og omsorg. Kommuneoverlegen er en stabsfunksjon som ble opprettet i 2015 når kommuneoverleigestillingen ble flyttet fra Byrådsavdeling for helse og omsorg på Rådhuset til Helsevernenheten. Den tidligere Avdeling for samfunnsmedisin skiftet da navn til Kommuneoverlegen. Kommuneoverlegen har ansvar for medisinsk faglig rådgivning med vekt på folkehelse, forebyggende helsearbeid, helseovervåkning, miljørettet helsevern og helsemessig beredskap. Kommuneoverlegen består av kommuneoverlegen i 100 % stilling og flere assisterende kommuneoverleger (p.t. seks assisterende kommuneoverleger i 3,3 årsverk) med forskjellig samfunnsmedisinsk kompetanse.

Smittevernkontoret blir ledet av smittevernoverlegen i 100 % stilling. Kontoret skal sørge for at alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen er sikret nødvendige forebyggende tiltak i forbindelse med smittsom sykdom, undersøkelsesmuligheter, behandling og pleie utenfor institusjon, eller i sykehjem eller annen kommunal helseinstitusjon. Smittevernkontoret tilbyr også tuberkulosekontroll, medisinsk rådgivning om smittsomme sykdommer, utbruddshåndtering, vaksineberedskap ved utbrudd, m.m.

Byrådsavdeling for helse og omsorg opprettet i 2015 en stilling som medisinsk fagsjef i full stilling. Stillingen er plassert i kommunaldirektørens stab og omfatter medisinsk faglig rådgivnings-, utviklings- og utredningsarbeid. Ansvarsfordeling mellom medisinsk fagsjef og Kommuneoverlegen er nærmere beskrevet i eget dokument.