



# KS FoU

## Kommunal legetjeneste – kan den ledes?

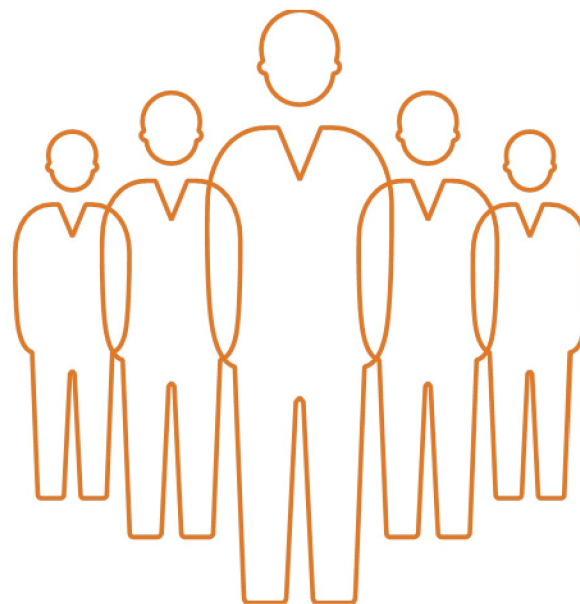
---

Presentasjon av sluttrapport hos KS 19. mai 2016

v/Rune Holbæk, [rune@agendakaupang.no](mailto:rune@agendakaupang.no)

# Bakgrunn (1)

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



## Bakgrunn (2)

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

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

---

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

# Metodisk tilnærming (1)

- Det er undersøkt hvordan ledelse av legene praktiseres i 15 utvalgskommuner, og det er totalt intervjuet 134 informanter.
  - Administrativ ledelse (55)
  - Politikere (13)
  - Leger (54) hvorav 15 kommuneleger
  - Representanter fra Legeforeningen, Helsedirektoratet mv. (12)

# Metodisk tilnærming (2)

## Fire faser for innsamling av data

1. Identifisering av kvantitative data for resultatoppnåelse og kvalitative data som viser nøkkelpersonenes vurderinger.
2. Utvelgelse av 15 kommuner som skal gi et tverrsnitt av funksjonaliteten av arbeidet i denne sektoren.
3. Kartlegging av hvorledes kommunene har organisert ledelse og styring av legetjenesten i dag, og hvilke virkemidler som benyttes.
4. Dialogsamling om foreløpige funn og sentrale problemstillinger med aktuelle aktører.

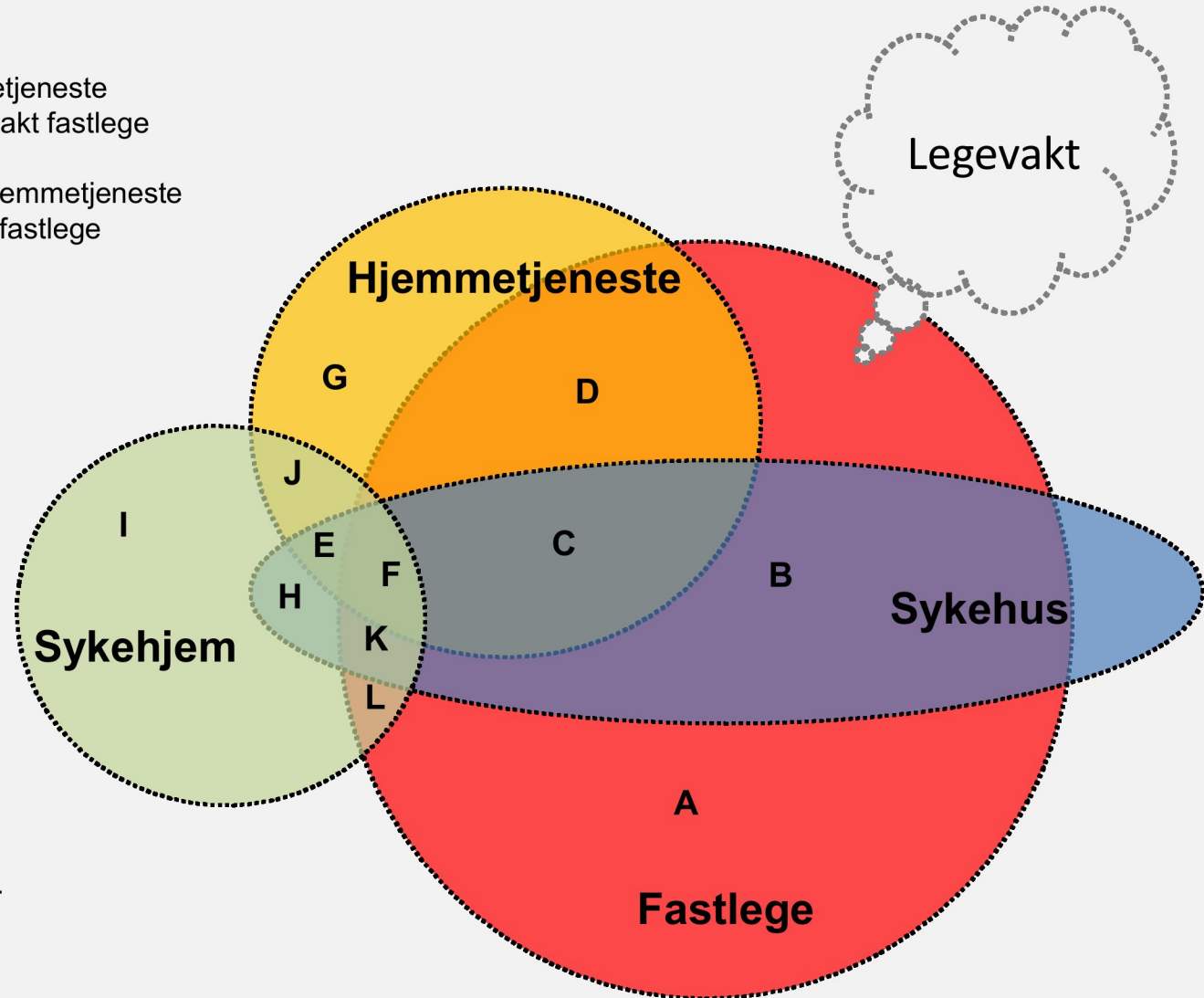
# Utvalgskommunene

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

# Kurativ legetjeneste og pasientgruppene

- Eksempler på aktører, samarbeid og «pasientkategorier»

- **A** – Kun fastlege
- **B** – Sykehus og fastlege
- **C** – Sykehus, fastlege og hjemmetjeneste
- **D** – Hjemmetjeneste og mye kontakt fastlege
- **E** – Sykehus og hjemmetjeneste
- **F** – Sykehus, sykehjem(KT) og hjemmetjeneste
- **G** – Hjemmetjeneste, lite kontakt fastlege
- **H** – Sykehjem og sykehus
- **I** – Innlagt i sykehjem
- **J** – Sykehjem og hjemmetjeneste
- **K** – Sykehjem, fastlege, sykehus
- **L** – Sykehjem og fastlege



**Legevakt** er til dels frikoblet fra fastlegeordningen, som kun er aktiv fra 0800 til 1600. Innleggelse i sykehus på andre tider av døgnet besørgeres av legevaktsleger hvor ca. 50% av fastlegene deltar – **LV er i kontakt med alle pasientgrupper**



# Eksempel på nye statlige føringer - primærhelseteam

- Fastlegene må få flere å jobbe sammen med – og som et team
- Bedre tilgjengelighet, bredere tjenestetilbud, riktig bruk av kompetanse
- Særlig viktig for brukere med kronisk/langvarig sykdom - NCD og andre – alle som trenger systematisk oppfølging og opplæring
- Legenes ressurser skal prioriteres til brukere med medisinsk krevende behov
- Forutsetter endringer i regelverk og finansiering som må utredes
- *Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet, Meld. St. 26 (2014-2015) **Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet***

# Tre sentrale faktorer

- Tre faktorer har pekt seg ut som spesielt viktige for å belyse KS sine problemstillinger/spørsmål
  1. Kommunestørrelse
  2. Fastlegenes avlønningssystem
  3. Kommuneledelsen og kommuneoverlegens rolle
    - Ledelse og styring, inkludert samarbeidsklimaet mellom fastlegene, som i økende grad har organisert seg i legesentre
    - Legenes samhandling med den kommunale administrasjon og de øvrige fagfolk innen pleie og omsorg, rus, psykisk helsearbeid og forbyggende helsetiltak

# Ledelse og styring

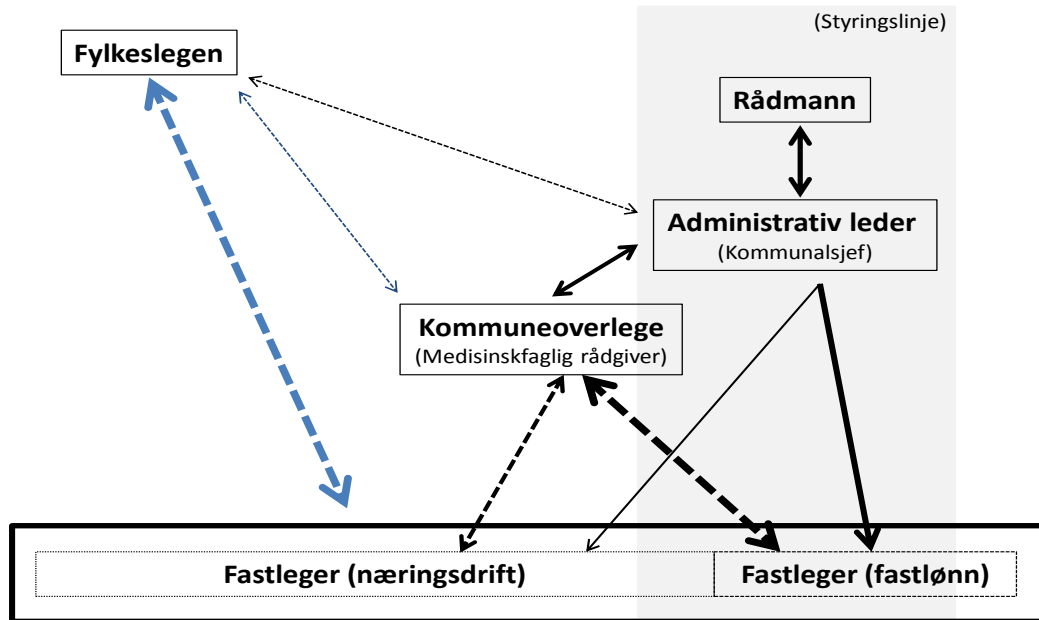
- *«Ledelse er en bevisst påvirkningsprosess hvor resultatene skapes i en relasjon mellom leder og medarbeidere, og hvor medarbeiderne er medansvarlige. Ledelse handler ikke bare om å få medarbeidere til å handle, men om å få dem til å ville handle i tråd med virksomhetens mål.»*
- Styring handler om å håndtere kompleksitet. Styringens rutiner og prosedyrer er en reaksjon på et av de mest betydningsfulle utviklingstrekkene i det 20. århundre: fremveksten av store organisasjoner.
- Ledelse på sin side handler om å håndtere forandring. Den økende endringstakten fordrer mer ledelse.
- Begge handlingssystemene, det å takle kompleksitet og det å håndtere forandring, innebærer strengt tatt tre hovedelementer:
  - Avgjøre hva som må gjøres
  - Etablere et nettverk av mennesker og relasjoner som kan gjennomføre jobben
  - Sikre at folk gjør det de skal

# Dagens ledelse av kurativ legetjeneste

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

# Dagens ledelse av kurativ legetjeneste

## Styringslinjer for legetjenesten i kommuner

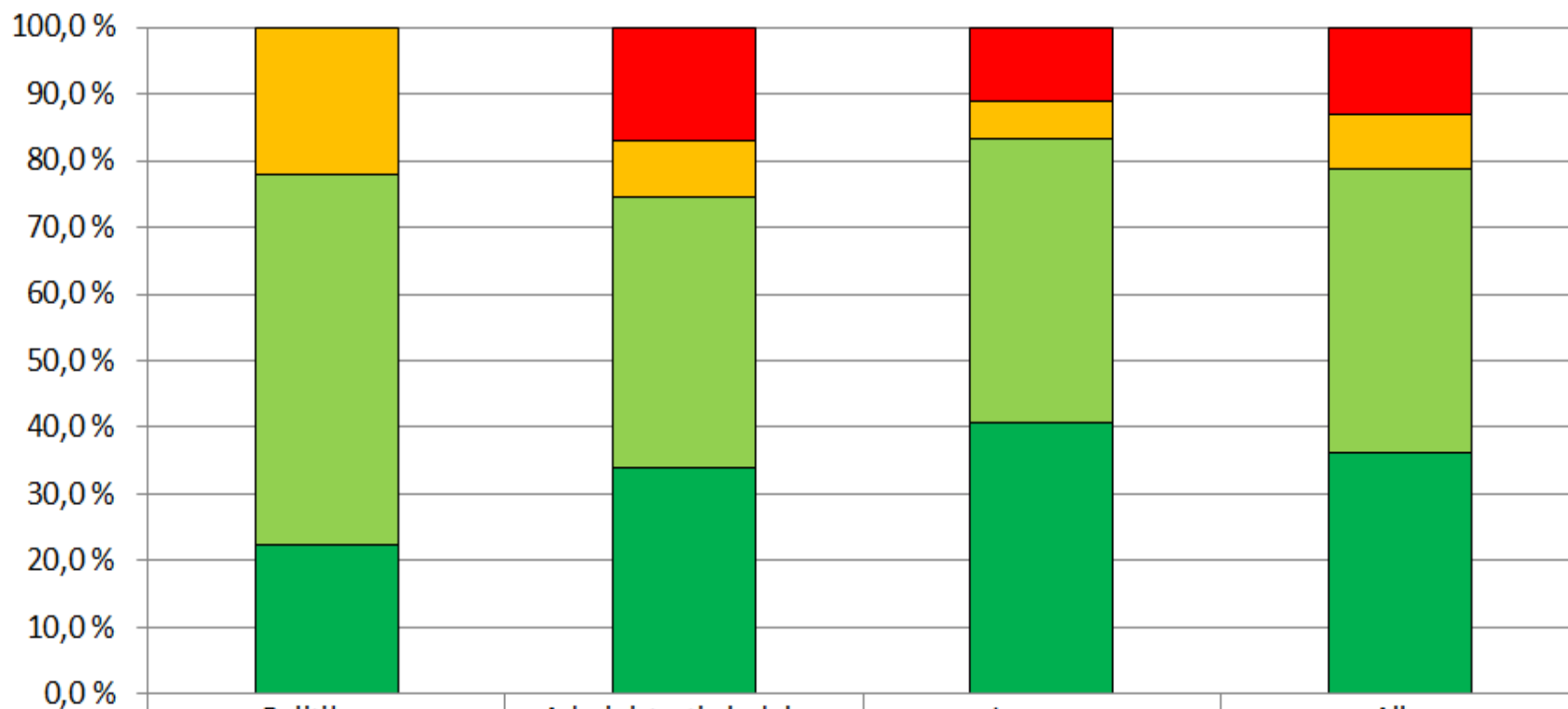


- Figuren viser at det er et skille mellom ledelse og styring av næringsdrivende fastleger og fast ansatte fastleger. Klamren rundt fastlegene markerer legens faglige autonomi og selvstendighet i medisinsk-faglige vurderinger.

# Eksempel på kartlegging av oppgaver tillagt kommuneoverlegefunksjonen

Oppgaver	Prosentvis andel stilling til oppgaven		
	Kommune- overlege	Kommunalt ansatt fastlege	Annen rådgiver
Samarbeid og kontakt med overordnet helsemyndighet, fylkeslegen og Helsedirektoratet på det medisinskfaglige området	2 %		
Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	2 %		
Samarbeid med Mattilsynet	1 %		
Folkehelse (forebyggende og helsefremmede arbeid) inkl. helsestatistikk og	20 %		
Deltakelse i planarbeid, internkontroll, kvalitetsarbeid og tilsyn	20 %		
Samarbeid og oppfølging av fastlegene	10 %		
Samarbeid og oppfølging av legevakt			
Kommunale oppgaver etter smittevernloven	15 %		
Kommunale oppgaver når det gjelder helseberedskap	10 %		
Kommunale oppgaver når det gjelder miljørettet helsevern,	10 %		
Veiledning og rådgivning overfor kommunens helse- og omsorgstjenester	10 %		
Samarbeid med forskningsmiljøer			
Annet			
<b>Sum stillingsressurs/årsverk</b>	<b>100 %</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

## Dagens styring og ledelse av kommunenes kurative legetjeneste er tilfredstillende



	Politikere	Administrativ ledelse	Legene	Alle
■ Helt uenig	0,0 %	16,9 %	11,1 %	13,1 %
■ Delvis uenig	22,2 %	8,5 %	5,6 %	8,2 %
□ Vet ikke	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
■ Delvis enig	55,6 %	40,7 %	42,6 %	42,6 %
■ Helt enig	22,2 %	33,9 %	40,7 %	36,1 %

# Kommunenes virkemidler til ledelse av legetjenesten (1)

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



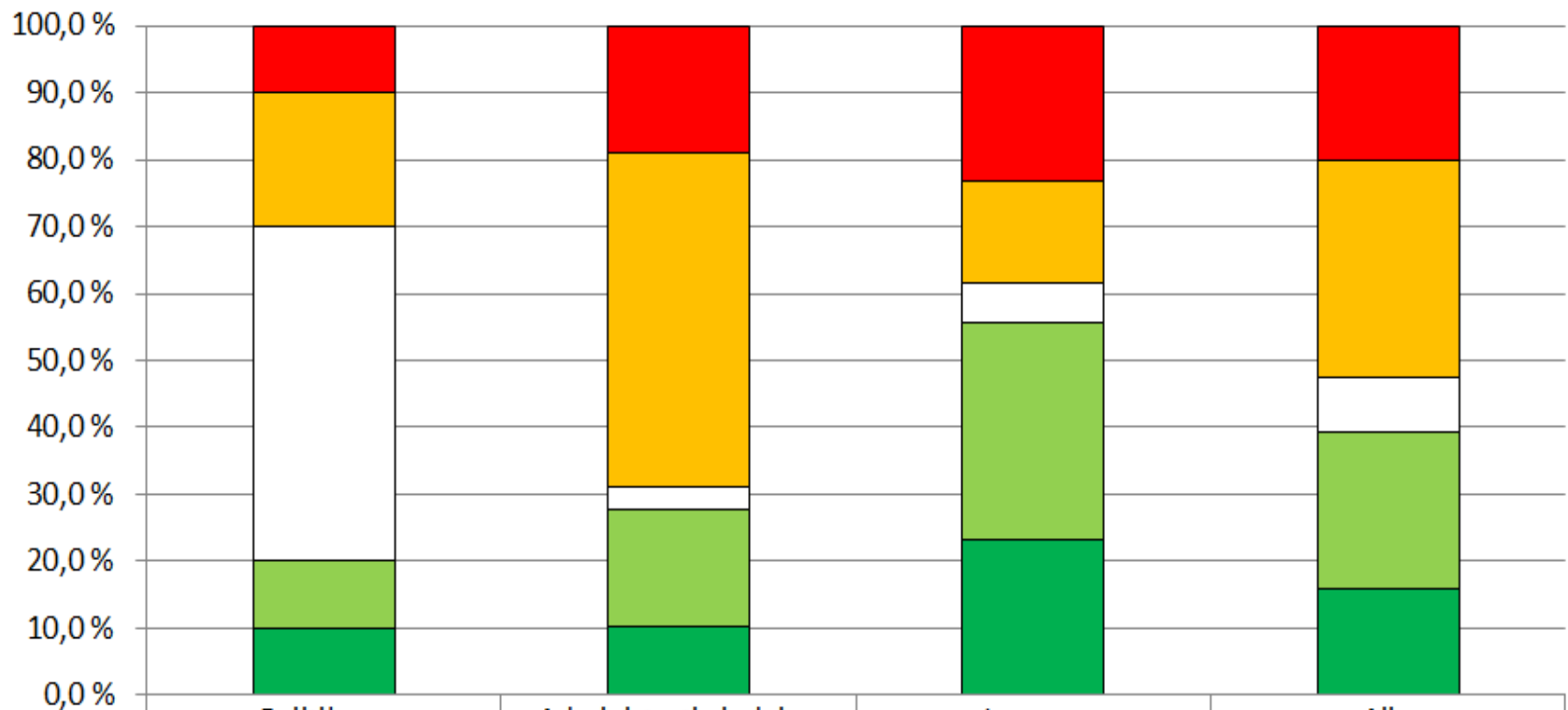
# Kommunenes virkemidler til ledelse av legetjenesten (2)

- Allmennlegeutvalgene bør prioriteres av legene. Kommunene bør følge opp møteplikten til fastlegene og deres deltakelse i møtene. Et godt samspill mellom allmennlegeutvalgene og samarbeidsutvalget er et viktig suksesskriterium i ledelsen av den kurative legetjenesten.
- Kommunene bør utarbeide en plan for legetjenesten for å sikre riktig dimensjonering av tjenestene, synliggjøre hvordan kommunen kan bidra til å styrke styringen og trekke opp retningslinjer for forbedrings- og utviklingsarbeidet i legetjenesten. Planen bør ha fokus på tiltak for å møte framtidige utfordringer i helsetjenesten, og rulleres regelmessig.

# Plan for legetjenesten

- Rammeavtale mellom KS og DNLF (ASA 4310) punkt 6.2 «Planlegging», gir føringer for å utarbeide plan for legetjenesten i kommunene:
- *«Kommunen skal sørge for nødvendig planlegging slik at legen har forutsigbarhet i sin virksomhet i henhold til gitte rammebetingelser, slik som forventet listestørrelse, sammensetning av pasientpopulasjon, veiledning av turnusleger mv. Kommunen skal utarbeide plan for legetjenesten i kommunen. Planen skal rulleres og forelegges samarbeidsutvalget til vurdering og uttalelse.»*

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



	Politikere	Administrativ ledelse	Legene	Alle
■ Helt uenig	10,0 %	19,0 %	23,1 %	20,0 %
■ Delvis uenig	20,0 %	50,0 %	15,4 %	32,5 %
□ Vet ikke	50,0 %	3,4 %	5,8 %	8,3 %
■ Delvis enig	10,0 %	17,2 %	32,7 %	23,3 %
■ Helt enig	10,0 %	10,3 %	23,1 %	15,8 %

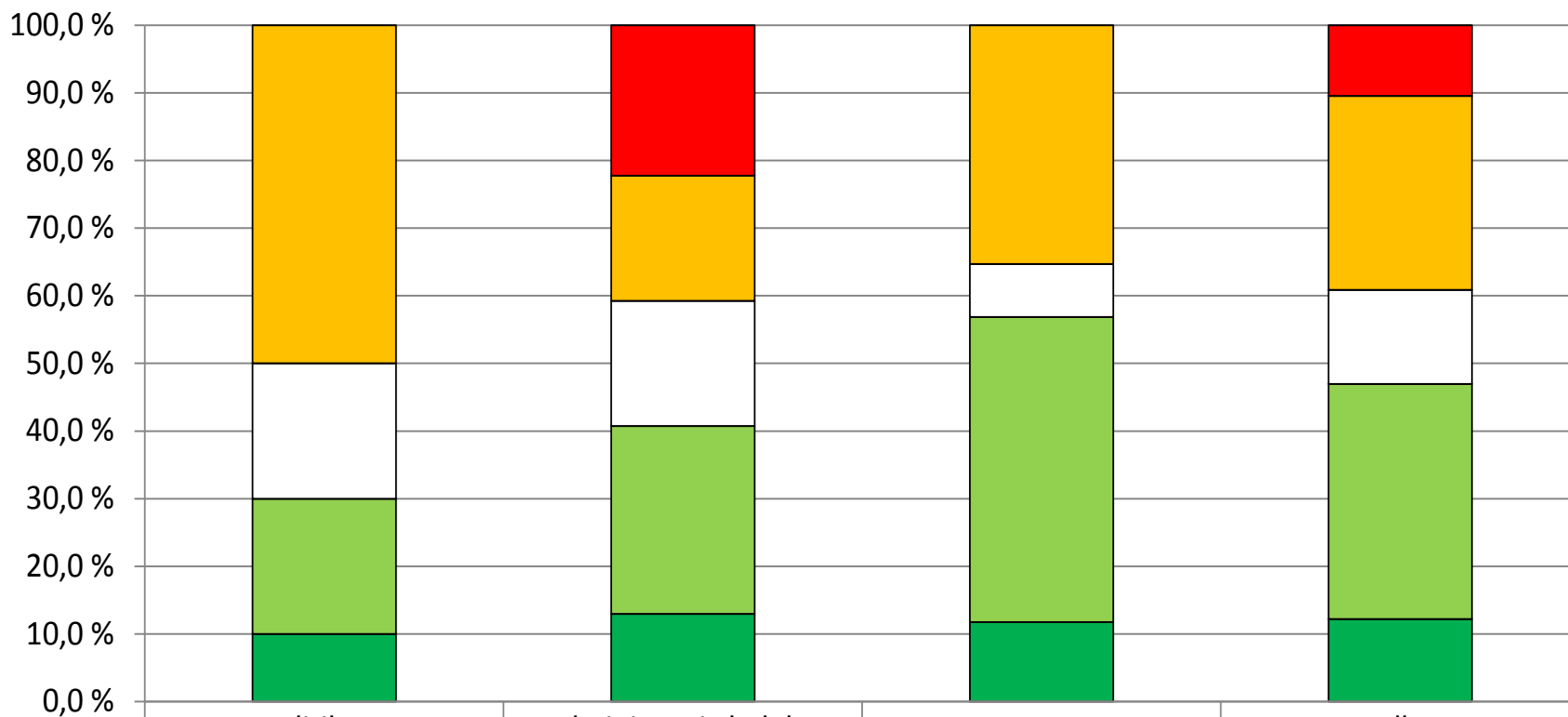
# Behov for endring i virkemiddelapparatet (1)

- Kommunene bør samarbeide med legene om utvikling av strategier og prioriteringer for legearbeidet, slik at det samsvarer med kommunenes mål for tjenestene. Dette bør synliggjøres i en egen kommunal plan for legetjenesten.
- Dagens virkemidler for oppfølging av legetjenesten oppleves å være krevende å håndtere i flere kommuner. Det er et ønske fra flere kommuner, om flere og mer positive virkemidler i ledelse av fastlegene. Samtidig er det et fåtall av kommunene som etterspør systematisk informasjon og benytter et avvikssystem i oppfølgingen av fastlegene.
- Sanksjoner som å holde tilbake basistilskuddet og å si opp fastlegeavtalen, oppleves som dramatiske virkemidler, og benyttes nesten aldri.
- I rammeavtalen mellom KS og Den norske legeforening om allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunene, fremkommer det at kommunen kan kreve at legen avgir grunnlagsdata som er nødvendig for kommunens planlegging og administrasjon av helsetjenesten. Kommunen og fastlegen skal samarbeide om rapporteringskravene. I denne avtalen er det rom for tolkning, og pålegget er en ikke iverksatt paragraf i fastlegeforskriften.

# Behov for endring i virkemiddelapparatet (2)

- 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.
- De minste kommunene i utvalget benytter i høy grad 7,5 timers «tilplikting» av offentlige legeoppgaver. Vår kartlegging viser at dette gir en bedret integrering av fastlegene, og det gir legene en bedret forståelse av helheten i tilbudet i disse kommunene.
- De største kommunene i utvalget opplever at «tilplikting» av offentlige legeoppgaver medfører mange små stillinger og et fragmentert tjenestetilbud. Flere større kommuner i utvalget ønsker å samle små stillinger (20%) til større stillinger, som eksempelvis fast ansatt sykehjemslege og helsestasjonslege.
- Listelengden kan være avgjørende for fastlegens mulighet for samarbeid. For lange lister kan medføre at legene får for lite tid til å samarbeide godt med de øvrige kommunale tjenestene om felles pasienter.

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

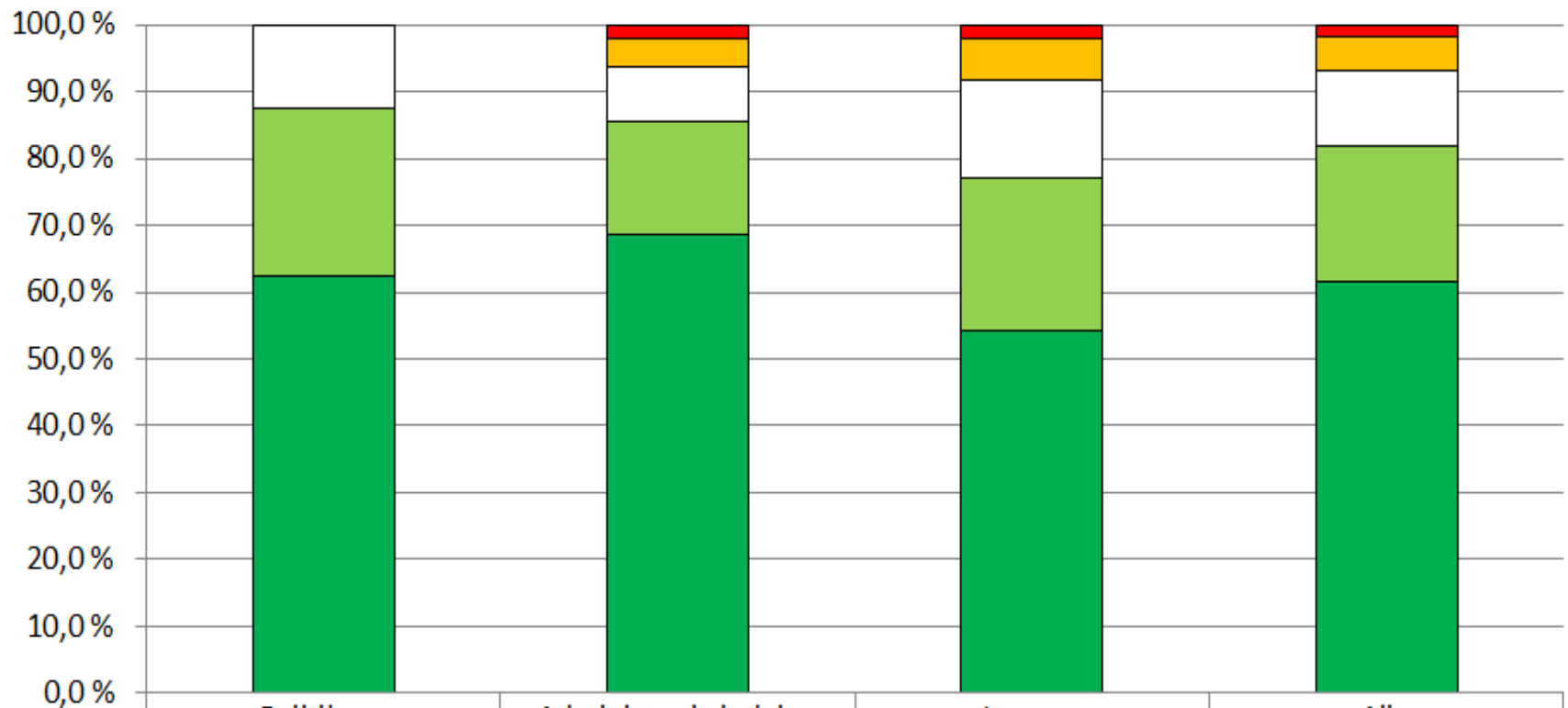


	Politikere	Administrativ ledelse	Legene	Alle
<span style="color: red;">■</span> Helt uenig	0,0 %	22,2 %	0,0 %	10,4 %
<span style="color: orange;">■</span> Delvis uenig	50,0 %	18,5 %	35,3 %	28,7 %
<span style="color: white;">□</span> Vet ikke	20,0 %	18,5 %	7,8 %	13,9 %
<span style="color: lightgreen;">■</span> Delvis enig	20,0 %	27,8 %	45,1 %	34,8 %
<span style="color: green;">■</span> Helt enig	10,0 %	13,0 %	11,8 %	12,2 %

# Fast ansatte fastleger

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

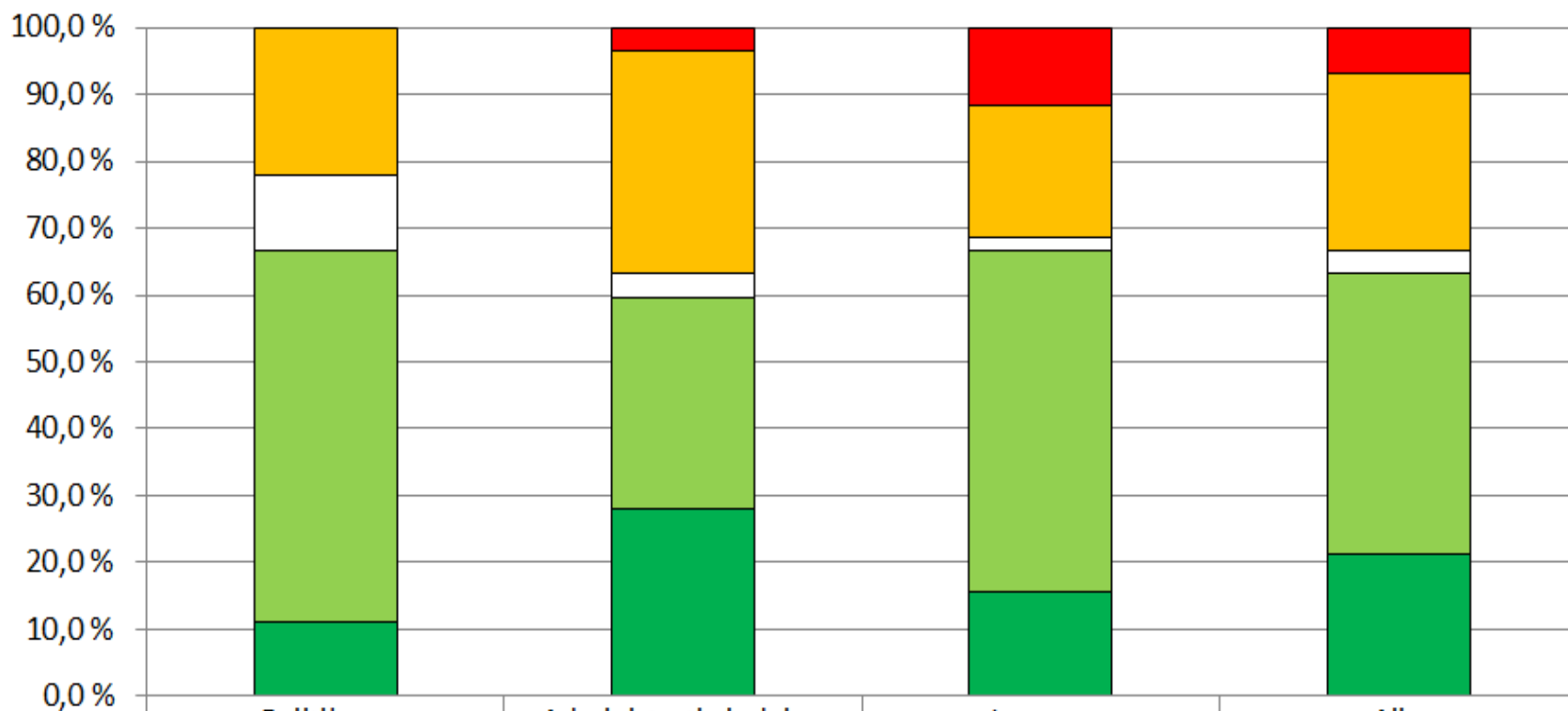
## Kommunen har god styring og ledelse av de kommunalt ansatte fastlegene



	Politikere	Administrativ ledelse	Legene	Alle
<span style="color: red;">■</span> Helt uenig	0,0 %	2,1 %	2,1 %	1,9 %
<span style="color: yellow;">■</span> Delvis uenig	0,0 %	4,2 %	6,3 %	4,8 %
<span style="color: white;">□</span> Vet ikke	12,5 %	8,3 %	14,6 %	11,5 %
<span style="color: lightgreen;">■</span> Delvis enig	25,0 %	16,7 %	22,9 %	20,2 %
<span style="color: green;">■</span> Helt enig	62,5 %	68,8 %	54,2 %	61,5 %



## Kommunen har god styring og ledelse av de næringsdrivende fastlegene



	Politikere	Administrativ ledelse	Legene	Alle
■ Helt uenig	0,0 %	3,5 %	11,8 %	6,8 %
■ Delvis uenig	22,2 %	33,3 %	19,6 %	26,5 %
□ Vet ikke	11,1 %	3,5 %	2,0 %	3,4 %
■ Delvis enig	55,6 %	31,6 %	51,0 %	41,9 %
■ Helt enig	11,1 %	28,1 %	15,7 %	21,4 %

# Kommunal legetjeneste – kan den ledes? (1)

- Umiddelbart kan det være fristende å svare nei på spørsmålet om det er mulig å lede legetjenesten, sett i lys av funnene i utvalgskommunene.
  - I tillegg er det populært å hevde at det er umulig å styre og lede legene.
  - Et slikt svar er imidlertid defensivt og lite proaktivt.
  - Vårt svar er derfor at det er mulig å styre og lede den kommunale legetjenesten, men det handler til en viss grad om at legene selv vil la seg lede.
- Samhandlingsreformen har tydeliggjort behovet for et langt tettere samarbeid mellom fastlege, kommune og spesialisthelsetjenesten.
  - Samtidig er oppgavene tillagt fastlegene i endring, som en konsekvens av nye statlige føringer. Fastlegen får en stadig mer sentral rolle.
- Denne undersøkelsen har vist at kommunene i dag leder og styrer legetjenesten i liten grad.
  - Dette skyldes lav bevissthet om hvordan legetjenestene kan styres, og lite tid og ressurser avsatt hos den kommunale ledelsen til denne oppgaven.

# Kommunal legetjeneste – kan den ledes? (2)

- Dersom kommunene skal lykkes i å lede den kommunale legetjenesten, må de sørge for at det avsettes tilstrekkelig ressurser til ledelse, og prioriterer hva som må gjøres i oppfølgingen av den enkelte lege.
  - I dette arbeidet er utarbeidelse av en plan og strategier for styring og ledelse av legene viktig. Dette bør gjøres i nært samarbeid med legene i kommunen og de formelle samarbeidsorganene SAMU og ALU.
- Intervjuene viser at kommunenes forventninger til fastlegeordningen er at det i «per capita-tilskuddet» ligger rammer for fortløpende dialog og samhandling om pasienter, mellom kommunens ansatte og legene.
  - Ansatte i kommunene opplever det som problematisk, dersom legen krever ekstra lønnskompensasjon for denne typen arbeid.
  - Informantene fremhever samtidig at avklaring av hva det er behov for av samarbeidsmøter, dialog og samhandling, i stor grad bestemmes av legen.
  - De informantene som tar opp dette problemet, mener legen har for stor makt i avgjørelsen av disse spørsmålene. Kommunens reelle styring av de næringsdrivende legene på dette området oppleves å være svak.

# Kommunal legetjeneste – kan den ledes? (3)

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

# Kommunal legetjeneste – kan den ledes (4)

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

# Kommunal legetjeneste – kan den ledes? (5)

- I dette FoU-prosjektet har intervjuene vist at ledelse og styring av legene forutsetter at kommunene er bevisste på at ledelse er en påvirkningsprosess, der resultatene skapes i en relasjon mellom leder og medarbeider.
- Dette forholdet er viktig i all ledelse, og muligens enda mer viktig i ledelse av næringsdrivende fastleger.
- I våre utvalgte kommuner kan mye tyde på at styring og ledelse av legene forutsetter at legene selv vil bli ledet.
- Departementet bør sørge for at § 29 i fastlegeforskriften, om krav til rapportering av nødvendige data til styrings- og kvalitetsformål, trer i kraft.
  - Dette vil forenkle kommunenes mulighet til å avgjøre hva som må gjøres, og det vil sikre at legene gjør det de skal.
  - En forutsetning er imidlertid at kommunene etablerer et nettverk av mennesker og relasjoner som kan lede og styre fastlegene.

# Eksempler på sentrale styringsdata i ledelse og oppfølging av legetjenesten i kommunene

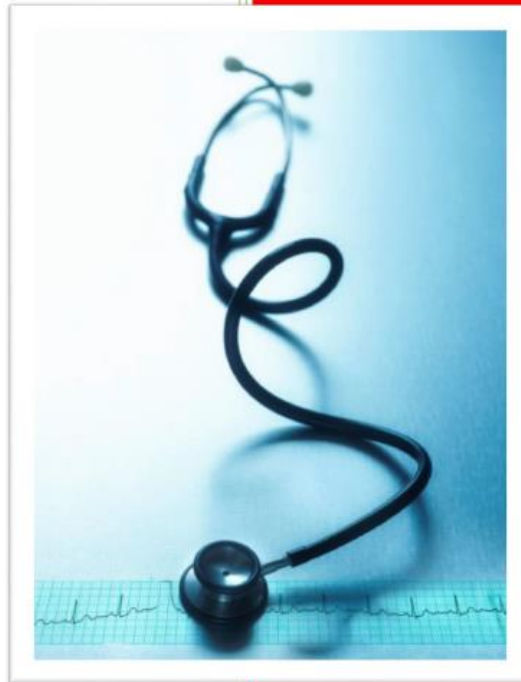
- Legenes listelengde
- Fastleger med spesialisering i allmennmedisin
- Åpningstider på legekantor
- Telefongtilgjengelighet og ventetid på telefon
- Elektronisk tilgjengelighet, med mulighet for e-konsultasjon, timebestilling og reseptbestilling på nett
- Fastlegenes deltakelse i legevakt
- Tilgjengelig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



PORSGRUNN  
KOMMUNE

2014-2018

## PLAN FOR LEGETJENESTER



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



# Plan for legetjenesten

- Plan for legetjenester i Porsgrunn kommune er utarbeidet for å få en helhetlig oversikt over tjenesteområdet som omfatter:
  - Fastlegeordningen
  - Sykehjemslegeordningen
  - Helsestasjonslegetjenesten
  - Legevakt
  - Samfunnsmedisinske tjenester og samhandling
  - Legetjenester knyttet til øyeblikkelig hjelp døgnoophold
  - Turnuslegeordningen

# Hva er spesielt viktig for legetjenesten i Porsgrunn kommune?

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