PASIENTENS PRIMÆRHELSETJENESTE MÅ LEDES

Om ledelse av det medisinske tilbudet i kommunene

Til Legeforeningens sentralstyre

Rapport fra arbeidsgruppe: "Styrket medisinskfaglig ledelse i primærhelsetjenesten - satsingsområde 3, 2015-2017"

UTKAST

Ekspertbidrag:

Professor Jan Frich: Ledelse av legetjenesten i kommunene

UTKAST

Arbeidsgruppe:

Ole Johan Bakke (leder) Sentralstyret og Leger i samfunnsmedisinsk arbeid

Frantz Leonard Nilsen, Spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin

Elizabeth Kimbell, Norsk forening for alders- og sykehjemsmedisin

Petter Brelin, Norsk forening for allmennmedisin

Kari Sollien, Sentralstyret og Allmennlegeforeningen

Nils Kristian Klev, Allmennlegeforeningen

Jon Helle, Sentralstyret og Overlegeforeningen

Redaksjon:

Fagmedisinsk avdeling ved Jan Emil Kristoffersen, Sverre Vigeland Lerum, Hedda Maurud og Tor Carlsen

Avdeling for jus og arbeidsliv ved Aadel Heilemann

Samfunnspolitisk avdeling ved Sara Underland Mjelva

Ekstern bidragsyter:

Professor Jan Frich Institutt for helse og samfunn, UiO

ISBN xxx xxx xxx xxx

Presidenten har ordet

En arbeidsgruppe oppnevnt av Legeforeningens sentralstyre har gjort et omfattende utredningsarbeid om ledelse i primærhelsetjenesten, som nå presenteres i to separate rapporter. Rapporten du nå leser handler om ledelse. Samtidig presenterer Legeforeningen ytterligere en rapport med oppdatert kunnskap om effekten av fastlegenes portnerrolle – og hvordan portnerrollen bør moderniseres.

Begge rapportene er supplert med utredninger gjort av fremstående helsetjenesteforskere. Legeforeningens formål er å bygge et best mulig kunnskapsgrunnlag for utvikling av et moderne medisinsk tilbud i kommunene.

Norske kommuner leverer et bredt repertoar av tjenester til sine innbyggere; fra plan og bygg via utdanning til helse og omsorg. Innenfor de fleste kommunale sektorene er det ansatt toppledere med relevant utdannelse og erfaring, som sivilingeniører, lektorer, økonomer og sykepleiere. Det medisinske tilbudet i kommunene skiller seg imidlertid markant ut med et fåtall ledere med medisinsk kompetanse.

Legeforeningen er derfor glad for at så vel den sittende regjering som kommunesektorens interesseorganisasjon KS nå tar til ordet for styrket ledelse av kommunens helsetjeneste. Mens ledelse av pleie- og omsorgstjenestene i kommunene har utviklet seg betydelig etter at lov om helsetjenesten i kommunene trådte i kraft i 1984, har ledelsen av det medisinske tjenestetilbudet stått stille, eller blitt ytterligere fragmentert i takt med en økende kompleksitet.

Legeforeningen mener at kommunene må gjøre omfattende grep for at fremtidens helse- og omsorgstjenester skal være effektive, sikre og gi gode brukeropplevelser. Det er behov for et bredere perspektiv på ledelse av kommunenes medisinske tilbud enn bare fastlegetjenesten, og medisinsk kompetanse må inn i hele lederlinjen. Denne rapporten er et viktig innspill i det arbeidet.

Marit Hermansen

President

UTKAST

Innholdsfortegnelse

Presidenten har ordet 3

Innholdsfortegnelse 4

Legeforeningens politikk i kortform 6

Pasientens primærhelsetjeneste må ledes 6

1. Innledning 9

1.1 Begrepsavklaringer 9

1.1.1 Hva er kommunenes medisinske tilbud? 10

1.2 Det medisinske tilbudet i kommunene må ledes og samordnes 11

1.2.1 Utviklingstrekk som krever styrket medisinskfaglig ledelse 12

1.3 Legene må øke sin lederkompetanse 13

1.4 Ledelse i den enkelte medisinske virksomheten i kommunen må styrkes 13

2. Ledelse av det medisinske tilbudet i kommunene i dag 14

2.1 Dagens kommuneoverlegerolle 15

2.2 Ledelse 16

2.3 Strategisk plan for drift og utvikling av legetjenesten 16

2.4 Mangel på gode ledelsesverktøy 17

2.5 Samspillet mellom funksjonsnivå, diagnose og behandling 18

2.6 Stedlig og kompetent helseledelse i kommunene 19

2.7 Ledelse av kommunale legevakttjenester 20

2.8 Ledelse av leger i sykehjem og kommunale akutte døgnenheter (KAD). 20

2.9 Legedekning i KAD-enheter – et forsømt lederansvar som hindrer gevinstrealisering. 22

2.10 Obligatorisk spesialistutdanning i allmennmedisin, ... 23

3. Kommunens ledelse av fastlegetjenesten 23

UTKAST

3.1 Kommunenes varierende prioritering av ledelse av legetjenesten - Agenda Kaupangs rapport. 24
3.2 Ledelsesutfordringer i fastlegeordningen, særlig om mangel på aktivitets- og kvalitetsdata 26
3.3 Senter for kvalitet i legekontor – å lage verktøy for både lokalt forbedringsarbeid, kommunal ledelse og nasjonale formål 28
4. Organisering og ledelse i legekontoret 30
4.1 Er fastlegekontoret en virksomhet eller en samling av enkeltleger? 30
4.2 Trenger legekontoret en leder? 31
4.2.1 Interne behov 32
4.2.2 Eksterne behov 32
4.3 Åpenhet og pasientmedvirkning på legekontoret 33
4.4 Slik kan ledelse i legekontoret styrkes 34
Ekspertbidrag 36
Legeforeningens sammendrag av Jan Frich: Ledelse av kommunenes medisinske tilbud i et ledelsesteoretisk perspektiv 36
Jan Frich: Ledelse av legetjenestene i kommunene 38
Vedlegg 1: Historien bak dagens utfordringsbilde 60
Perioden 1982 til 2000 60
Fastlegeordningen – et forsøk på statlig ledelse 62

UTKAST

Legeforeningens politikk i kortform

Pasientens primærhelsetjeneste må ledes

Flere sentrale utviklingstrekk forutsetter styrket medisinskfaglig ledelse av primærhelsetjenesten.

Behandling og rehabilitering flyttes nå ut av sykehusene og stiller krav til høy medisinsk- og rehabiliteringsfaglig kompetanse. Pasienter og pårørende forventer en sammenhengende tjeneste, god kontinuitet, høy kvalitet, tilgjengelighet og fleksibilitet i kontakten med kommunens medisinske tilbud. En større del av samhandlingen mellom pasient og tjenesteyter vil foregå elektronisk.

Deler av øyeblikkelig hjelp tilbudene flyttes også ut av sykehusene, og dette stiller nye krav til akuttmedisinsk kompetanse tidlig i den akuttmedisinske kjeden. Pasienter som er sykere skal observeres og behandles i kommunale døgntilbud.

Medisinske tjenester vil ofte leveres i tett samarbeid med omsorgstjenestene, men er egne fagområder hvor presis diagnostikk og riktig behandling er like viktig som god funksjonskartlegning.

Å lede både medisinske tilbud og omsorgstjenester innebærer et stort og mangefasettert ledelses-spenn. Når kommunene i liten grad benytter medisinsk kompetanse i lederlinjen, fører dette til manglende ledelse av det medisinske tilbudet. Legeforeningen mener at kommunene må bruke mer ressurser på ledelse av medisinske tjenester.

- For å møte fremtidens utfordringer i helsetjenesten må kommunene utvikle en ny lederrolle – lederen av kommunens medisinske tjenester.

- Lederen av det medisinske tilbudet må på samme måte som leder av kommunens omsorgstjenester være en del av rådmannens ledergruppe.

- God medisinsk ledelse i kommunene vil kunne bidra til kostnadsreduksjon til så vel helse- og omsorgstjenester i kommunen som i spesialisthelsetjenesten.

Åpenhet og pasientmedvirkning krever ledelse
Det ligger sterke føringer om økt pasientmedvirkning i både Primærhelsemeldingen, helse- og omsorgstjenesteloven og ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten[1]

- Kommunale helse- og omsorgstjenester bør i større grad legge til rette for pasientinvolvering på systemnivå.

[1] Jfr. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m § 3-10. om pasienters og brukeres innflytelse og samarbeid med frivillige organisasjoner, og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §7e: "sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende."

- Pasienter må ha tilgang til informasjon om kvalitet og aktivitet for å kunne medvirke på en meningsfull måte i utvikling av tjenestetilbudet i kommunen.

- Det er nødvendig å avklare hvordan systematisk innsamling av pasienterfaringer i hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten best kan gjøres.

- Fastlegekontorene vil kunne gjennomføre dette arbeidet gjennom metodeutvikling i regi av Senter for kvalitet i legekontor AS (SKIL).

Ledelse i og av den enkelte medisinske virksomhet i kommunen må styrkes
Kommunen har et overordnet ansvar for å lede, gjennomføre og dokumentere kvalitetsarbeid i samarbeid med sine medarbeidere[2]. Dette gjelder virksomheter kommunen selv driver, eller har avtale med. Mer og bedre ledelse vil være en forutsetning for at forskriftskravene løses på en god måte, og også for å styrke og effektivisere tilbudet til innbyggerne. Kommunens helseledelse må etablere og lede tverrgående medisinske ledernettverk. Manglende ledelsesmessig kontakt på tvers i helsetjenesten svekker evnen til samhandling og kvalitetsutvikling.

- Kommunene, staten og Legeforeningen må sammen utvikle incentivordninger for ledelse i fastlegekontor.

- Legekontoret som et selvstendig rettslig ansvarssubjekt innenfor fastlegeordningen reiser ulike problemstillinger. Hvis legekontor skal være selvstendige rettslige ansvarssubjekt, krever dette grundige vurderinger, herunder for å sikre ansvarsforholdene i ordningen.

Gode ledelses- og forbedringsverktøy
Kommunene har allerede verktøy som skal til for å oppfylle sitt «sørge for»-ansvar gjennom fastlegeordningen[3], men mange kommuner mangler medisinskfaglig ledelseskompetanse som arbeidsgiver og kontraktsforvalter.

Generering av aktivitets- og kvalitetsdata i de kommunale medisinske tilbudene er en sentral medisinskfaglig ledelsesutfordring. Legeforeningen har etablert SKIL, som rår over metodikk og uttrekksverktøy som er en velegnet plattform for helhetlig rapporterings- og forbedringsarbeid på medisinsk kvalitet og pasientforløp i primærhelsetjenesten.

- SKIL-metodikk kan raskt rulles ut i fastlegekontor, forutsatt at Staten, KS og Legeforeningen sammen finner en finansieringsløsning.

- Kommunalt Pasient- og Brukerregister (KPR) vil – når registeret kommer i drift - kunne gi interessant informasjon om bl.a. makroøkonomiske trendparametere. KPR, slik det er beskrevet så langt, vil imidlertid være uegnet til å generere data som egner seg for klinikknært forbedringsarbeid.

[2] Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
[3] Agenda Kaupang 2016, "Kommunal legetjeneste – kan den ledes?" Tilgjengelig på: http://www.ks.no/contentassets/62ef93c685934600a7886822835fb5dd/sluttrapport.pdf

- Strategiske planer for drift og utvikling av legetjenesten er et sentralt avtalefestet ledelsesverktøy få kommuner har tatt i bruk[4]. Kommunene må utarbeide og aktivt bruke slike planer. Dette kan bidra til samordning og ledelse av legetjenester og de andre medisinske tilbudene i kommunen.

- Ledelse av legetjenesten må være forankret i forståelse av hva som er suksessfaktorene for slike kompetansevirksomheter. Legenes selvstendige ansvar for pasientbehandlingen må understøttes ledelsesmessig. Det må gis rammer for nødvendig autonomi, kontinuerlig forbedringsarbeid og effektive og virksomme samarbeidsverktøy– og relasjoner til andre tjenesteytere i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

Obligatorisk spesialistutdanning i allmennmedisin – et nytt ledelsesområde
Ny forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten trådte i kraft 1. mars 2017. For kommunene er dette en ny oppgave.

- God medisinskfaglig ledelse er en forutsetning for at kommunen skal kunne legge til rette for gjennomføring av obligatorisk spesialistutdanning.

- Kommunene må satse på medisinskfaglig ledelse av spesialistutdanningen for å sikre kvalitet og stabilitet i sin legetjeneste til beste for innbyggerne.

[4] Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om fastlegeordningen i kommunene § 6-2

1. Innledning

Denne rapporten har fire kapitler. Innledningsvis avklarer Legeforeningen begrepsbruk i kommunehelsetjenesten, og tydeliggjør hva vi mener med det medisinske tilbudet her. Det andre kapittelet omhandler ledelse av det medisinske tilbudet i kommunen i dag. Neste kapittel diskuterer kommunens ledelse av fastleger. Siste kapittel vender seg mot ledelse inne i fastlegekontoret. Mot slutten av rapporten er Jan Frich ekspertbidrag vedlagt i sin helhet, foruten et vedlegg som utdyper historiske utviklingstrekk i norsk kommunehelsetjeneste.

1.1 Begrepsavklaringer

Ledelse forstås som en personorientert og skjønnsbasert aktivitet, for å mobilisere og motivere medarbeidere mot et ønsket resultat. Ledelse er noe annet enn *styring og administrasjon,* som vi forstår som upersonlig og systemorientert, med utgangspunkt i data og monitorering av virksomheten[5].

Kommuneoverlegen har en lovbestemt rolle som kommunens *medisinsk-faglige rådgiver*[6]. Rollen er oftest ikke koblet til formell myndighet i den kommunale ledelseslinjen, men er en stabsfunksjon uten budsjett- eller ledelsesfullmakter.

Helse- og omsorgstjenester i kommunen er det bredeste begrepet, som innbefatter alle tjenester utført av helsepersonell i kommunene, som leger, sykepleiere, fysioterapeuter, psykologer, ergoterapeuter, helsesøstre, jordmødre, helsesekretærer, helsefagarbeidere eller andre.

Helsetjenesten i kommunen forstås ofte ulikt, men ofte som alle kommunale helsetjenester, inkludert fastlegetjenesten og avtalefysioterapeutene. Noen ganger brukes begrepet om legetjenester i kommunen, typiske eksempler er fastlegetjenesten og legevakt. I andre sammenhenger brukes vendinger som *kommunehelsetjenesten og fastlegene*, som et uttrykk for at fastlegene ikke oppfattes å være en del av det kommunale tilbudet.

Primærhelsetjenesten er også et uttrykk med uklart innhold, som kan romme både legevakt, fastlege, fysioterapitjenester, helsestasjon, skolehelsetjeneste og psykiske helsetilbud. Legetjeneste i sykehjem og ergo- og fysioterapitjenester levert av personell ansatt i kommunen ansees oftest som en del av pleie- og omsorgstjenesten.

Lovgiver har også bidratt til definisjonsutfordringer, med sin kategorisering av ansvarsområder. Helse- og omsorgstjenesteloven kategoriserer tjenestene slik i §3-2:

[5] Frich, J., & Nordby, G. (2014). Ledelse - en skapende logikk. In G. Botten, J. Frich, T. P. Hagen, T. Iversen, & H. Nordby (Eds.), Helsetjenestens nye logikk. Oslo: Akademika forlag.

[6] Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., § 5-5: Kommunen skal ha en eller flere kommuneleger som skal utføre de oppgaver kommunelegen er tillagt i lov eller instruks. Kommunen kan samarbeide med andre kommuner om ansettelse av kommunelege. Kommunelegen plikter på anmodning fra departementet å delta i lokal redningssentral. Kommunelegen skal være medisinskfaglig rådgiver for kommunen.

- *Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste*
- *Svangerskaps- og barselomsorgstjenester*
- *Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder legevakt, heldøgns medisinsk akuttberedskap og medisinsk nødmeldetjeneste*
- *Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning*
- *Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering*
- *Andre helse- og omsorgstjenester, herunder helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, plass i institusjon, herunder sykehjem og avlastningstiltak.*

Loven deler derved opp de ulike elementene av kommunens sørge-for ansvar på tvers av og til dels utenfor de vanlige organisasjonsmodellene i kommunene. Det er derfor behov for å definere tydeligere hvorledes det kommunale sørge-for ansvaret faktisk fordeles ut i virksomhetene. Som et eksempel er det lite avklarende at *helsetjenester i hjemmet* er lagt til elementet *andre helse- og omsorgstjenester*. En vanlig forståelse av kommunale hjemmetjenester vil være at dette både er omsorg, og helsetjeneste, som for eks. legebesøk i hjemmet, sårstell og andre kliniske prosedyrer gjort av sykepleier, blodprøvetagning o.l. Fysioterapi er både diagnose, behandling og (re)habilitering, men er av lovgiver trolig kategorisert bare som (re)habilitering.

Det kan være mer hensiktsmessig å dele tilbudene i tre:

1. pleie- og omsorgstilbud.
2. medisinske tilbud.
3. og folkehelsetiltak, selv om dette elementet er regulert i annet lovverk (Lov om folkehelsearbeid).

1.1.1 Hva er kommunenes medisinske tilbud?

Pleie- og omsorgstjenester (heretter benevnt omsorg) er vanligvis sykepleieledete tjenester i kommunen. I årsverk og budsjett-tyngde er omsorgstjenesten den største tjenesten i kommunehelsetjenesten, og tjenestens oppgaver er som det fremgår av lov å tilby "Andre helse- og omsorgstjenester, herunder helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, plass i institusjon, herunder sykehjem og avlastningstiltak."

Kommunenes medisinske tilbud kan defineres som tjenester som har som hovedformål å tilby individrettet forebyggende og helsefremmende helsearbeid, samt diagnostikk og behandling, (re)habilitering, eller viderehenvisning til spesialisthelsetjenesten ved funn av behandlingstrengende tilstander som ikke kan håndteres av det kommunale tjenestetilbudet. Listen over virksomheter eller tjenester i kommunene som faller innenfor dette er lang, og illustrerer godt kompleksiteten i det kommunale medisinske tilbudet:

Helsestasjon, helsestasjon for ungdom, skolehelsetjeneste, frisklivssentraler, legevakt, fastlegekontor, fysioterapi, psykiske helsetilbud/kommunepsykologer, fengselshelsetjeneste, flyktningehelsetjeneste mm.

Det utføres medisinske tjenester også i omsorgstjenesten, for eks. av leger i sykehjem, og fysioterapeuter i sykehjem og i hjemmetjenester, og demensteam o.l.

Kommunenes omsorgstilbud og medisinske tilbud er i dag i ulik grad vevet i hverandre, og variasjonen i organisering mellom kommunene er stor. Et fellestrekk er imidlertid at det i hovedsak ikke er medisinsk faglig kompetanse i ledelseslinjen.

1.2 Det medisinske tilbudet i kommunene må ledes og samordnes

Det medisinske tilbudet i kommunene består av mange ulike virksomheter og profesjoner. Ulike team finnes også i noen kommuner, for eks. demensteam, og i fremtiden sannsynligvis primærhelseteam i fastlegekontorene, og dynamiske oppfølgingsteam som dannes og oppløses rundt enkeltpasienter i takt med behov. I sum rår kommunene over betydelig medisinsk-, helse- og sosialfaglig kompetanse. Når disse ikke i tilstrekkelig grad bringes sammen kommer kommunen ofte til kort overfor vanskelige utfordringer som kunne har vært løst om personell i mindre grad ble stående alene.

Helsepersonell i kommunene må derfor i større grad gis mulighet til å arbeide samordnet basert på gode prioriteringer og behovsavklaringer. Hvis ikke blir risikoen for både over- og underbehandling, forsinket behandling og feilbehandling stor, og uhensiktsmessig bruk av spesialisthelsetjenester vil øke.

Det er dokumentert at kommunene har muligheter for å utøve bedre ledelse av sine medisinske tjenester. Agenda Kaupang har blant annet vist følgende[7]:

- 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 omsorgstjenestene i kommunene.

[7] Legetjenesten i kommunene – kan den ledes? Agenda Kaupang 2016

- Kommuneoverlegestillingene, sammen med resten av lederskapet for helsetjenesten, er betydelig underdimensjonert for å kunne ha en proaktiv rolle i ledelsen av legene. Det er satt av for lite ressurser til ledelse og oppfølging av fastlegene i kommunene

Styrket medisinskfaglig ledelse vil profesjonalisere kommunen som en kompetent avtalepart overfor næringsdrivende fastleger og fysioterapeuter og som en effektiv leder av de øvrige medisinske tjenestene i kommunen.

Ledelse av legetjenesten må være forankret i forståelse av hva som er suksessfaktorene for slike kompetansevirksomheter. Legenes selvstendige ansvar for pasientbehandlingen må understøttes ledelsesmessig. Viktige stikkord er å gi rammer for nødvendig autonomi, kontinuerlig forbedringsarbeid og effektive og virksomme samarbeidsverktøy– og relasjoner til andre tjenesteytere i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

1.2.1 Utviklingstrekk som krever styrket medisinskfaglig ledelse

Nye digitale løsninger
Pasienter, brukere og pårørende vil i fremtiden forvente en mer enhetlig tjeneste og økt tilgjengelig og fleksibilitet i kontakten med kommunens medisinske tilbud, hvor en større del av samhandlingen mellom bruker/pasient og tjenesteyter vil foregå gjennom digitale kanaler/plattformer. For eksempel vil mange pasienter og brukere ønske at deler av pasientjournalen skal være tilgjengelig for flere helsetjenester og helsepersonell. Videre vil krav til responstid og til hvilke undersøkelser/behandling fastlegene kan tilby trolig øke med den teknologiske utviklingen. En tydelig medisinsk faglig ledelse i kommunene vil bidra til at digitale løsninger som pasienter etterspør vil kunne etableres.

Mer avansert medisin
Behov for medisinsk kompetanse i primærhelsetjenesten vil øke med etablering og utvikling av nye tjenestetilbud som kommunale akutte døgnplasser og kommunale rehabiliteringstjenester. Trolig vil øyeblikkelig hjelp i økende grad flyttes ut av sykehusene, som vil stille nye krav til akuttmedisinsk kompetanse tidlig i den akuttmedisinske kjeden.

Kompleks somatisk og psykisk sykdom med behandlings- og rehabiliteringsbehov vil også i økende grad flyttes ut av sykehusene og stille krav til høy medisinsk- og rehabiliteringsfaglig kompetanse. Slike tjenester skal ofte leveres i tett samarbeid med omsorgstjenestene, men er egne fagområder hvor presis diagnostikk og riktig behandling er like viktig som god funksjonskartlegning for å bedre funksjonsnivå og redusere omsorgsbehov. Den nye primærhelsetjenesten vil kreve leger som også kan arbeide i team og som har avsatt tid og har vilje og kvalifikasjoner til å bidra i utformingen og evaluering av tjenestesystemet i kommunene slik at innbyggerne opplever sammenhengende tjenester. Den nye primærhelsetjenesten vil også kreve mer sammenhengende og helhetlige systemer, og vil

kreve betydelige investeringer i utvikling av digital infrastruktur og koordinering mellom tjenesteytere.

Legenes medisinske kompetanse må brukes mer aktivt

Befolkningen er godt fornøyd med sin fastlege. Det er likevel en utfordring både for kommunehelsetjenesten og fastlegene at de mange steder er for svakt integrert og involvert i de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kommuneoverlege-funksjonen er dessuten ofte marginal, og ikke tillagt en lederrolle. Utviklingen av den nye primærhelsetjenesten vil ikke være mulig uten sterkere involvering av leger. Her ligger en utfordring både for legene, kommunene og statlige myndigheter.

1.3 Legene må øke sin lederkompetanse

Legegruppen kan selv styrke egen ledelseskapasitet gjennom indre organisering og kompetanseutvikling, og kommunene kan utvikle og styrke sin rolle som kontraktør og arbeidsgiver.

Legeforeningen har arbeidet målrettet med å få på plass arenaer for lederutdanning på masternivå som er tilpasset fastlegenes begrensede muligheter for fravær av praksis. I samarbeid med Universitetet i Oslo er det nå etablert kursmoduler i ledelse som med noe påbygning meritterer for studiepoeng og fungerer som byggeklosser frem til en mastergrad i helseadministrasjon. Det er nødvendig at flere allmennleger i årene fremover skaffer seg formell dobbelkompetanse i både allmennmedisin og ledelse. Dette vil bidra til å styrke ledelse av de enkelte fastlegekontorene, men også bidra til at flere vil kunne gå inn i ulike lederroller i kommunen.

1.4 Ledelse i den enkelte medisinske virksomheten i kommunen må styrkes

Det medisinske tilbudet består av mange små virksomheter som i sum utgjør et stort og mangfoldig tjenestetilbud. For at disse virksomhetene skal spille på lag til pasientens beste er det nødvendig at disse hver for seg er ledet.

Modeller for ledelse vil variere etter virksomhetenes egenart og medisinske profil. Det vil være ulike ledelsesbehov og – metodikk avhengig av om virksomheten er eiet av kommunen eller om arbeidet er basert på driftsavtaler med kommunen, slik for eks. fysioterapeutpraksiser og fastlegekontor ofte er. Det finnes også hybride modeller. Et viktig eksempel er legevakt, hvor kommunene eier virksomheten og vanligvis har ansatt en administrativ leder. Næringsdrivende fastleger som inngår i ordningen, vil for legevakt utenom ordinær åpningstid være å anse som ansatt i kommunen.

Særlig i små- og utkantkommuner finnes det hybride fastlegekontor hvor kommunene eier legekontoret og ansetter personell, mens legene er selvstendig næringsdrivende og leier kontoret med personell og utstyr av kommunene.

Felles for alle disse helsevirksomhetene er at de er relativt små, og arbeider med liten eller ingen kontakt med det øvrige medisinske tilbudet i kommunene. Manglende ledelsesmessig kontakt på tvers i helsetjenesten svekker evnen til samhandling og bidrar ikke til god forståelse av egen rolle i et komplekst samlet medisinsk tilbud.

Kravene til internkontroll og ledelse av kvalitetsarbeid er skjerpet i ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, som trådte i kraft fra 1.1.2017. Både virksomheter eiet av kommunene og ulike driftsselskap eller solopraksiser av leger eller fysioterapeuter har plikt til å lede, gjennomføre og dokumentere kvalitetsarbeid i samarbeid med sine medarbeidere. Mer og bedre ledelse vil være en forutsetning for at kravene i forskriften løses på en god måte. Kommunen må sammen med legetjenesten avklare hva som er nødvendige data til styrings- og kvalitetsformål fra legepraksis/legesenter. Dette er nødvendig både for å ivareta kommunenes ansvar for et forsvarlig allmennlegetilbud, faglig utvikling av allmennlegetjenesten og kvalitetsarbeid i det enkelte legekontor og andre helsevirksomheter.

I mange kommuner er det som en del av ledelsessystemet etablert helse- og omsorgsledernettverk hvor ledere på ulike nivåer møter jevnlig. Møtene er med formål å utvikle samarbeid og som læringsarenaer for ledelse, hvor den lokale samhandlingskulturen utvikles. Legetjenesten i kommunene er i liten grad inkludert i slike ledernettverk. Både kommunene og fastlegekontoret taper derved verdifulle muligheter for å skape dialog og bygge kultur.

2. Ledelse av det medisinske tilbudet i kommunene i dag

Kommunene kan selv levere sine helsetjenester, eller avtale at tjenestene utføres av en annen part. Fastlegetjenesten og avtalefysioterapivirksomhet er eksempler på avtalebaserte medisinske tjenester. Sykehjem og hjemmebaserte omsorgstjenester tas i mange kommuner hånd om av kommunen selv, men også slike tjenester kan settes bort til private aktører. Kommunene står relativt fritt til å organisere sine tjenester og det er stor variasjon fra kommune til kommune.

Sykehjemslegetjenesten er noen få steder matriseorganisert i egen legeenhet på tvers av tjenesteområder i kommunen, men oftest integrert i sykehjemstjenesten og ledet gjennom sykehjemmets ledelseslinje.

De forebyggende helsetjenestene rettes primært mot barn og unge på helsestasjon og i skolehelsetjenesten. Mange kommuner har i tillegg frisklivssentraler. Lærings- og mestringstilbud er i økende grad tenkt overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Faglig ansvarlig for frisklivssentralen må være autorisert helsepersonell med minimum tre års høyere utdanning, og vil ofte være for eks. fysioterapeut. Helsesamtaler og veiledning av

brukere på frisklivssentral anses som helsehjelp, og virksomhetene har derfor plikt til å føre pasientjournal[8]. Samarbeidet med kommunens legetjeneste er i ulik grad utviklet, og åpningstider og kapasitet varierer betydelig. Mange kommuner har ikke etablert noe slikt tilbud.

Det har også skjedd en styrking av psykisk helsevern i kommunen de siste årene basert på statlige oppstartstilskudd forvaltet av Helsedirektoratet. Antallet psykologer i kommunene med tilskudd fra staten har økt fra 130 i 2013 til 350 i 2015[9]. Psykologenes rolle i kommunehelsetjenesten varierer fra kommune til kommune. Noen psykologer er rådgivere for skoler og jobber forbyggende på systemnivå, mens andre ansettes for å drive klinisk arbeid. Psykologene ligger i ulike ledelseslinjer i kommunene. I mange kommuner har psykiske helsetilbud vært gjort til gjenstand for behovsvurdering i bestillerkontor, og psykologhjelp har forutsatt enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Det ansettes i hovedsak ikke psykologer med klinisk utdanning etter profesjonsstudiet (klinisk psykologspesialist). Psykologtjenestene er nesten aldri samlokalisert eller samorganisert med fastlegetjenesten.

2.1 Dagens kommuneoverlegerolle

Kommuneoverlegen er oftest ansatt som medisinskfaglig rådgiver i stab. Det er få leger ansatt i overordnede kommunale lederstillinger med linjeansvar. Kun et fåtall av kommuneoverlegene har et tydelig definert lederansvar.

Med pålegg i Folkehelseloven skal kommunene ha oversikt over befolkningens helsetilstand og helserelaterte behov, og planlegge sine folkehelsetiltak deretter. Disse kravene gir en svært overordnet basis for det planarbeidet som finner sted i kommunen. Dette er klassisk samfunnsmedisinsk arbeid, og det er naturlig at kommuneoverlegen utfører dette på vegne av kommunen. Folkehelsearbeid og smittevern er gode eksempler på områder hvor medisinsk kompetanse er nødvendig for å forstå befolkningens helsetilstand og helserelaterte behov og foreslå hensiktsmessige og prioriterte tiltak.

Tross klart lovverk, prioriteres folkehelsearbeidet lavt. Kommunene har få om noen økonomiske insentiver til å prioritere folkehelsearbeid, og kommuneoverlegens rolle som medisinskfaglig rådgiver i stab, i en ledelseslinje uten medisinsk kompetanse, begrenser legens påvirkningskraft.

I mindre kommuner er kommuneoverlegestillingen som regel en liten bistilling som kombineres med jobb som fastlege. Det lave timetallet begrenser mulighetene til å utføre oppgaver utover et minimum. Også i større kommuner varierer den kommunale ledelsens

[8] Veileder for kommunale frisklivssentraler. IS 1896, Helsedirektoratet 2016
[9] Helse- og omsorgsdepartementet 2016, Prop 1. Side 179.

ønske om medvirkning fra kommuneoverlegen betydelig[10]. Det er mange eksempler også på store kommuner der kommuneoverlegen har både liten stilling og en perifer rolle.

En annen viktig oppgave for kommunen er forvaltningen av fastlegeavtalene. I enkelte kommuner er det kommuneoverlegen som har ansvar for å følge opp fastlegene, men dette varierer. Det er dokumentert at mange kommuner bruker lite ressurser på forvaltning av fastlegeavtalene[11]. Dette er krevende arbeid, med behov for kompetanse i klinisk allmennmedisin for å fungere godt. At kommunene ikke prioriterer dette, henger antakelig sammen med at fastlegetjenesten oppleves å fungere rimelig godt, og at den i liten grad påvirker kommunens økonomi.

2.2 Ledelse

Agenda Kaupang[12] påpeker at ledelse og styring av legene forutsetter at kommunene er bevisste at ledelse er en påvirkningsprosess hvor resultatene skapes i en relasjon mellom leder og medarbeider.

Ledelse, altså gjennom person å mobilisere og motivere ansatte, handler i denne sammenheng om å bevege legetjenesten mot et ønsket resultat. Ledelse av legetjenesten kan gjøres gjennom faglig autoritet; lederen kan være en "standard-bærer", en som går foran og viser hva den faglige standarden skal være. Gjennom slik faglig påvirkning vil en kompetent leder kunne håndtere for eksempel variasjon i sykmelding, forskriving av vanedannende medisiner eller henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Slik påvirkning skje best gjennom faglig troverdighet i utøvelse av ledelsen. Overfor leger som arbeider klinisk er troverdig lederkompetanse tett knyttet til klinisk erfaring og spesifikk allmennmedisinsk kompetanse.

2.3 Strategisk plan for drift og utvikling av legetjenesten

Agenda Kaupang[13] peker på at Helse- og omsorgsdepartementet 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"*. Agenda Kaupang understreker at en forutsetning er at kommunene etablerer et nettverk av mennesker og relasjoner som faktisk kan og vil lede fastlegene.

[10] Agenda Kaupang (2016). *Kommunal legetjeneste - kan den ledes?* Tilgjengelig på http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/fou/fou-rapporter/kommunal-legetjeneste---kan-den-ledes/
[11] Agenda Kaupang rapporten
[12] Agenda Kaupang rapporten

[13] Agenda Kaupang (2016). *Kommunal legetjeneste - kan den ledes?* Tilgjengelig på http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/fou/fou-rapporter/kommunal-legetjeneste---kan-den-ledes/

Et hensiktsmessig styrings- og ledelsesvirkemiddel er etablering og rullering av en strategisk plan for drift og utvikling av legetjenesten. For å utnytte kompetansen som allerede finnes må planen utarbeides i nært samarbeid med legene. En slik plan er en måte å bidra til samordning av ledelse av legetjenester og de andre medisinske tilbudene i kommunen. Planinnholdet bør bl.a. omfatte ressurser, geografisk fordeling i kommunene, samarbeidsmønstre mm. Dette er også et krav til kommunene nedfelt i rammeavtalen mellom KS og Den norske legeforening om fastlegeordningen i kommunene[14], hvor det er nedfelt i §6-2: *"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."*

Det er i dag bare et fåtall av landets kommuner som har etablert slike planer[15] til tross for at avtaleverket har stilt krav til dette i mer enn 15 år.

2.4 Mangel på gode ledelsesverktøy

En utfordring for kommunens helseledelse i strategisk planarbeid, er å få innsikt og kunnskap om aktivitet, kvalitet og tilgjengelighet i kommunens fastlegetjeneste. Kommunen har i dag lite data til styring av slik aktivitet, og kommunene etterspør heller ikke slike data i særlig grad.

Uten en kommunal helseledelse med innsikt i medisinsk utredning og behandling er etablering av gode styringssystemer utfordrende. Uten rett kompetanse vil kommunen vanskelig kunne etablere et hensiktsmessig styringssystem av legetjenesten lokalt. Både medisinske tilbud og omsorgstjenester i kommunene må ledes med tilstrekkelig kompetanse

Kommunale omsorgstjenester koster omtrent like mye som hele spesialisthelsetjenesten, hhv. ca. 130 og 140 milliarder kroner i 2016. Norge er det landet i OECD-området som bruker mest penger på langtidspleie, og hvor langtidspleie også tar størst andel av de samlede ressursene til helse, nesten 30 %[16]. Samtidig scorer Norge lavt i OECD – området både på finansieringsnivå og koordinering av sitt primærlegetilbud. Til tross for dette rangeres allmennlegetjenesten høyt på å gi helhetlige tilbud[17]. Andre medisinske tilbud i kommunene er også preget av manglende fagpersonell og struktur. For eks. er det nær 200 kommuner som ikke har ansatt jordmor, til tross for at dette har vært en lovpålagt del av det medisinske

[14] ASA 4310 – Rammeavtale fastlegeordningen KS. https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Avtaler/Avtalearkiv/Naringsdrivende/Fastleger-KS/Rammeavtalen-mellom-KS-og-Den-norske-legeforening-om-allmennpraksis-i-fastlegeordningen-i-kommunene/

[15] Personlig meddelelse kommuneoverlege Bjørnar Nyen, Porsgrunn kommune

[16] David Morgan, Michael Gmeinder, Jens Wilkens; OECD Health Working Paper No. 91 , January 9, 2017: AN OECD ANALYSIS OF HEALTH SPENDING IN NORWAY.

[17] Kringos D et al: The strength of primary care in Europe: an international comparative study Br J Gen Pract 2013; DOI: 10.3399/bjgp13X674422

tilbudet[18] siden 1995. Frisklivssentraler, som er et anbefalt men ikke lovpålagt tilbud fantes i 2015 i ca. 60% av landets kommuner.

Kommunehelsetjenesten er satt sammen av en rekke parallelle tjenester. Spesialisering av oppgaveområder har gjennom mange år gitt et økende preg av "siloorganisering". Dette gjør samarbeid på tvers av tjenestene mer komplisert. Det har vært lite ledelsesmessig fokus på at fastlegene som oftest er organisert utenfor kommunal linje og derfor har et særskilt behov for informasjon om andre kommunale tjenester.

God informasjon om og kjennskap til hverandre er viktig for å bedre samarbeidet mellom ulike tjenester og helsepersonell i kommunen. Det er en lederoppgave å sørge for at informasjon om organisering og tiltak er lett tilgjengelig og oppdatert for alt personell og for publikum. Informasjon om fastlegeordningen bør tilsvarende ligge til rette for personell i de tjenestene kommunen driver. Samarbeidsutvalg og allmennlegeutvalg bør brukes systematisk for å styrke og kvalitetssikre informasjonen. I dag er det bare et lite fåtall kommuner som har etablert gode systemer for informasjon, og mange kommuner unnlater også å informere innbyggerne om kommunens egen fastlegeordning via sine hjemmesider. Kommunene må gjennom kompetent ledelse sørge for at nødvendig informasjon gjøres tilgjengelig for alle helsetjenester og helsepersonell i kommunen

2.5 Samspillet mellom funksjonsnivå, diagnose og behandling

Innbyggerne skal ved behov ha tilgang til både omsorgsfaglige- og medisinske tjenester fra kommunen, og har rett til spesialisthelsetjenester når det er vurdert som nødvendig. Det sies ofte – og med rette – at kommunale tjenester bør ha størst fokus på pasientenes funksjonsnivå basert på helhetlige vurderinger. Dette har også ført til en forståelse av at en bedre organisering av pasientforløpene for multisyke innbyggere med funksjonssvikt må ta utgangspunkt i den enkeltes behov i tillegg til den enkeltes diagnose eller diagnoser.

Allikevel er riktig diagnose og riktig behandling nøkkelelementer både for å forstå og for å forbedre funksjonssvikt. Dette fordrer at kommunen rår over et medisinsk tilbud som evner både å stille presise diagnoser og å tilby riktig behandling eller andre tiltak, avstemt med pasientens egne ressurser, verdier og preferanser.

Presis diagnostikk og behandling bidrar til at den samlede hjelpen blir mer effektiv og vil kunne redusere unødvendig forbruk av spesialisthelsetjenester, men sørger allikevel for at pasienten får nødvendige spesialisthelsetjenester når det er påkrevet.

Disse ulike ferdighetene og kapabilitetene, som i kommunene skal spille sammen for å gi et best mulig tilbud til innbyggerne, er ulike fagområder med ulik logikk og ulike krav til både

[18] https://www.nsf.no/vis-artikkel/2651184/10505/Naer-halvparten-av-landets-kommuner-staar-uten-kommunal-jordmortjeneste

personell og lederkompetanse. Uten medisinsk kompetanse i ledelseslinjene er det i dag alt for store svakheter og mangler i kommunenes tilbudskoordinering.

2.6 Stedlig og kompetent helseledelse i kommunene

De senere årene har det vært et spesielt fokus på ledelse av legetjenesten i kommunene, men ledelsesutfordringene er minst like store på andre områder. Både helsestasjoner, fysioterapitjenester, skolehelsetjenester, psykiske helsetilbud og frisklivssentraler har de fleste steder fungert som faglig isolerte "øyer" uten strukturert dialog og fagutvikling på tvers av tjenestene. Det finnes lite eller ingen aktivitets- eller kvalitetsdata fra disse tjenestene, og tjenestene er ikke ledet på en samordnet måte.

For personell som skal diagnostisere og iverksette tiltak er det alltid en styrke når de ledes av personer som forstår hva de arbeider med. Dette forutsetter en ledelsesstruktur som påser at ledelse utøves med nødvendig forståelse for hva som faktisk kan skapes eller tapes i møtet mellom helsearbeider og innbygger. Slike ledere må vite hva som faktisk skjer "der ute" og være opptatt av å skape optimale vilkår innenfor gitte rammer for at presis diagnostikk og riktige tiltak i størst mulig grad utøves.

Professor i økonomi Dag G. Aasland har nylig beskrevet dette samspillet mellom lederen og den profesjonelle hjelperen[19]:

" - teoriutvikling i ledelse, politikk og forskning må ha et visst minimum av en felles livsverden med de som befinner seg i det som kalles praksisfeltet, for å kunne være relevant. Faren ligger i at ledere (og politikere og forskere) bruker det meste av sin tid sammen med hverandre, og der konstruerer tankemodeller som lever sine egne liv, mer eller mindre fjernt fra den virkeligheten de handler om.

- Det viktigste for en leder, en politiker eller en forsker blir dermed å ikke være for ivrig med å realisere egne tankemodeller, men heller forsøke å se, frigjøre og forvalte best mulig den energien og den indre motivasjonen som allerede finnes i den enkelte profesjonelle hjelper. Og så langt det er mulig, gå inn i og selv erfare hjelpens daglige virkelighet"

Denne type nærværende ledelse kan lett oppfattes som et ideal, men er virksom når den appliseres. I en kommunal lederstruktur av dagens modell blir det dessverre for lang avstand til de som står i front og skal gi medisinske tilbud. Dette skjer kanskje særlig fordi omsorgstilbudet den samme leder skal forvalte i seg selv er så komplekst og krevende. Å lede både helse- og omsorgstjenester innebærer nesten alltid et for stort og mangefasettert ledelses-spenn. Når kommunene i så liten grad har tatt i bruk medisinsk kompetanse i lederlinjen er det ikke overraskende at de medisinske tilbud forblir underledede.

[19] Aasland DG; Hjelpeyrkenes to verdener. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137:46-7. DOI: 10.4045/tidsskr.16.0907

2.7 Ledelse av kommunale legevakttjenester

Legeforeningen har i mange år påpekt at legevaktene trenger mer kraft i organisasjon og ledelse. Legevakten har en viktig rolle som en trygghetsskapende institusjon. Det skal være enkelt å kontakte legevakten når man er engstelig for sin egen eller andres helse og man skal få hjelp av kompetent helsepersonell. Dessverre preges mange legevakter av for stor grad av tilfeldig organisering, sviktende rekruttering og fravær av systematisk kvalitetsarbeid. Dette er ikke minst påpekt av Statens helsetilsyn gjentatte ganger. Kommunene har i stor grad unnlatt å følge opp påleggene om samtrening i den akuttmedisinske kjeden, til tross for at dette har vært et forskriftskrav i over 10 år. Lite ressurser satt av til ledelse, administrasjon og fagutvikling av legevaktene er en av forklaringene på at tilfeldighetene rår.

For å styrke legevakttjenestene må kommunene forpliktes til å ha et godt planverk basert på lokale risiko- og sårbarhetsanalyser. Det må også settes av ressurser til administrasjon og ledelse i legevaktene, slik at krav til kompetanse, opplæring, trening og forbedringsarbeid blir satt i system.

Den systematiske svikten i legevaktene ble påny dokumentert i meldingen fra det såkalte Akuttutvalget i 2015[20]. Utvalget peker på at snevre kostnadsvurderinger ofte styrer organisering av legevakttjenestene og at " kvalitet og sikkerhet er hensyn som sjelden omtales".

Så alvorlige symptomer på sviktende ledelse må sees i sammenheng med at medisinsk kompetanse ikke er tilstede på høyt nok nivå i den kommunale linjen.

2.8 Ledelse av leger i sykehjem og kommunale akutte døgnenheter (KAD).

Sykehjemmene har fått utvidede og mer krevende medisinske oppgaver siden innføringen av samhandlingsreformen[21]. Mange kommuner har omgjort langtidsplasser i sykehjem til korttidsplasser for å kunne ta i mot utskrivningsklare pasienter fra sykehus, og har etablert kommunale akutte døgnplasser (KAD) i sykehjemmene eller i egne lokaler, men organisert i omsorgslinjen.

Sykehjemmene har i dag et økende ansvar for den medisinske behandlingen av pasienter som tidligere ville vært innlagt i sykehus. Ettersom antallet langtidsplasser er redusert har terskelen

[20] NOU 2015: 17, Først og fremst — Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus
[21] IRIS-rapport, Riksrevisjonen 2016

for å få innvilget langtidsplass økt. Dette betyr at det er kun de aller sykeste og skrøpeligste pasientene som befinner seg i norske sykehjem i dag[22].

Fokuset i omsorgstjenesten har tradisjonelt vært på funksjon og mestring, til forskjell fra den medisinske tilnærmingen som dominerer ellers i helsetjenesten. Det har vært et manglende fokus både ledelsesmessig og finansielt på at omsorgstjenesten også skal tilby legetjenester av høy kvalitet til pasientene som til enhver tid befinner seg i sykehjem, omsorgsboliger og andre kommunale tjenester.

Personer i sykehjem hadde i 2015 i gjennomsnitt 32 minutter legetid pr. uke hvis man legger til grunn at sykehjemsleger bruker 100 % av arbeidstiden i direkte pasientkontakt[23]. Som en følge av Samhandlingsformen og tidligere utskrivning er beboere sykere og i behov av tettere og mer avansert medisinsk oppfølging enn for få år tilbake. Det er derfor gledelig at flere kommuner nå øker sin legebemanning i sykehjem, bl.a. gjennom at man ansetter sykehjemsleger i store stillinger. Vi har fått en ny og voksende gruppe leger, sykehjemsleger, som er direkte ansatt i kommunen.

Kommunene satser mye på god linjeledelse av pleie- og omsorgstjenesten, med et typisk ledelsesspenn på 20-25 medarbeidere pr lederårsverk[24]. Ledelseslinjen er imidlertid med få unntak uten medisinsk kompetanse. Også i sykehjem hvor det er sykehjemsleger i stor stillingsprosent, opplever legene å ikke bli involvert i planlegging av drift eller tjenesteutvikling. Når nye og mer komplekse oppgaver kommer til sykehjemmet skjer denne utviklingen ofte uten sykehjemslegens påvirkning. Det er liten grad av gjensidig veiledning mellom kommune og spesialisthelsetjeneste omkring ansvarsfordeling, kompetanse- og ressursnivå for utskrivningsklare pasienter.

Her kan sykehjemsleger – hvis de involveres- bidra til økt likeverdighet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste ved å utjevne forskjellene i medisinsk kompetanse. Dette gjelder særlig i styrking av kommunens posisjon i diskusjon og forhandlinger rundt oppgave- og ansvarsfordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Foruten å styrke kommunenes samhandlingskompetanse overfor spesialisthelsetjenesten, vil sykehjemsleger kunne styrke samarbeidet om felles pasienter med fastlegene. Dette vil være en av mange viktige prosesser for å møte kritikken om manglende samhandling og kompetanseutvikling i kommunene i kjølvannet av samhandlingsreformen[25].

Det må antas at økt legekompetanse og mer medisinsk ledelse på sykehjem vil gi riktigere prioritering av behandling. Medisinsk kompetanse i ledelsen er også nødvendig for å skape et tjenestetilbud med god pasientsikkerhet.

[22] Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Dokument 3:5 (2015–2016) side 49.
[2323] www.ssb.no/pleie/
[24] Agenda kaupang rapporten
[25] Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen 2015. https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMST/Helse%20og%20omsorg/Samhandlingsreformen/Sluttrapport/Sluttrapport%20nasjonalt%20nettverk.pdf

Sykehjemslegene er en del av sykehjemmets personalgruppe og ligger i en omsorgsfaglig ledelseslinje, oftest med en sykepleier som institusjonssjef. Alle sykehjem bør ha en ledergruppestruktur hvor legene deltar.

Plan- og utviklingsoppgaver kan hindre legeflukt fra sykehjem, og representere en attraktiv karrierevei som stimulerer både til legerekruttering og medisinskfaglig styrking av sykehjem. Dette vil kunne trekke ressurser fra klinisk arbeid, men behovet for tjenesteutvikling og planlegging av medisinsk oppfølging må adresseres i kommunene. I dag utgjør sykehjemslegene promiller av alle ansatte i PLO, og det er et åpenbart finansielt handlingsrom for en nødvendig styrking av alders- og sykehjemsmedisinen i kommunene.

2.9 Legedekning i KAD-enheter – et forsømt lederansvar som hindrer gevinstrealisering.

I KAD-enhetene, som kommunene var forpliktet til å ha satt i drift fra 1.1.2016 er legebemanningssituasjonen fortsatt ganske uavklart. Helsedirektoratet laget i 2012 en veileder for øyeblikkelig hjelp senger i kommunene[26], som siden er blitt revidert. Man har lagt til grunn et nasjonalt forsvarlighetskrav om 24 timers tilstedeværelse av sykepleier, mens kravene til leges nærvær i hovedsak ble overlatt til kommunen å beslutte.

I revidert utgave av 2014 er dette noe skjerpet slik at det nå tilrås at *" i et kommunalt tilbud som omfatter observasjon og utredning av pasienter med uavklarte tilstander må det være tilstedeværelse eller mulighet for rask tilkalling av lege 24 timer i døgnet"*. Det legges imidlertid fortsatt til grunn at legevaktslegen kan gjøre jobben.

KAD-enhetene er fortsatt i en innkjøringsfase mange steder, med lavt belegg og lite effektiv drift med høye kostnader pr faktisk pasientdøgn. En av grunnene til dette er trolig at den svake og til dels fraværende legetjenesten i enhetene ikke skaper tilbud som pasienter, fastleger og legevakt har tilstrekkelig tillit til. Legeforeningen mener at KAD-enheter må ha tilgang til lege hele døgnet, uten at legen blir stående i samtidighetskonflikter, for eks. mellom KAD og legevakt. En akuttmedisinsk sykehuslignende tjeneste i kommunene vil aldri kunne oppnå tilstrekkelig legitimitet eller kvalitet uten nødvendig legebemanning. Den enkelte kommune må i samarbeid med sine leger gjøre en konkret risiko- og sårbarhetsanalyse av hvorledes forsvarlig tilgang på legetjenester til KAD-enheten kan sikres. Der hvor aktivitet på legevakt er lav og reiseavstandene er korte kan man vurdere at legevaktlege også er lege for KAD-enhet.

Det må allikevel forutsettes at pasienter som legges inn i KAD har avklarte og relativt stabile tilstander. Der tilstanden er slik at den kan kreve akutt tilgjengelighet til lege, bør pasienten legges inn på sykehus. Skal tilbudet være trygt og hensiktsmessig må kommunene designe og ta ansvar for et øyeblikkelig hjelp-tilbud som er tydelig definert og har den rette kompetansen for de oppgavene den skal løse. En sentral del av dette er at man har tydelige avtaler med andrelinjetjeneste om ansvars- og oppgavefordeling. På dette området utfordres

[26] Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmateriell, Rapport fra Helsedirektoratet 2012, revidert 2/2014

primærhelsetjenesten (og allmennmedisin som spesialitet) av spesialisthelsetjenesten. Dette er det viktig å ha bevissthet rundt, og for dette trengs legekompetanse.

I en nylig publisert studie i British Medical Journal Open[27] har helseøkonomene Terje P. Hagen og Jason O. Swanson vist at KAD-enhetene har bidratt til en forsiktig nedgang i antallet akuttinnleggelser i norske sykehus. Effekten på nasjonalt nivå er beskjeden, 1,2 % reduksjon for alle aldre under ett, og 1,9% for personer over 80 år. Imidlertid er all effekten knyttet til KAD-enheter som har lege til stede gjennom hele døgnet syv dager i uken. I disse KAD-enhetenes opptaksområder sank antallet akuttinnleggelser i sykehus opptil 8,6 %. KAD-enheter uten tilgjengelig lege 24/7 reduserte ikke antallet akuttinnleggelser.

For KAD som for legevakt er det klart at kommunene har vært mer opptatt av utgiftsnivå enn medisinsk kvalitet og effektivitet. Manglende medisinsk kompetanse i ledelse har ført til at man så langt ikke har klart å ta ut samfunnsmessige gevinster av tjenesten.

2.10 Obligatorisk spesialistutdanning i allmennmedisin,

Ny forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten trådte i kraft 1. mars 2017. Forskriften fastsetter krav til kommunene, som skal sikre at leger som tiltrer en fastlegehjemmel, stilling ved kommunal legevakt eller annen stilling med oppgave om å yte helsehjelp i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven skal oppnå spesialistgodkjenning i allmennmedisin. Formålet med forskriften er å bidra til å heve kvaliteten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

For kommunene er dette en helt ny oppgave, som også må sees i sammenheng med de rekrutteringsutfordringer som mange kommuner har, og som kan øke med disse kravene.

Vi går inn en tid hvor kvalitet og kompetanse i primærhelsetjenesten blir enda viktigere enn i dag for å møte fremtidens demografiske utfordringer og krav om at mer av helsetjenesten skal leveres utenfor sykehus. Kommunene må derfor spørre seg om de har rett kompetanse i sin ledelse, og derved kunnskap til å bygge en fremtidig primærlegerolle som bidrar til målene om høyere kapasitet og kvalitet.

De kommunene som bidrar til gode lokale systemer for spesialistutdanning i allmennmedisin, basert på en struktur med utdanningsstilling i en kommune og strukturert sykehustjeneste på lokalsykehuset kan bli vinnere i kampen om kompetente og stabile allmennleger. God medisinsk ledelse vil være å påse at spesialistkandidatene veksler mellom klinisk virksomhet i sykehus og kommunehelsetjeneste, og at tjenesten gir tilstrekkelig kompetanse innenfor sentrale områder i allmennmedisin som akutt rus og psykiatri, det akutt syke barn, den syke gamle, det kompliserte svangerskap og så videre.

3. Kommunens ledelse av fastlegetjenesten

[27] Swanson JO, Hagen TP; Reinventing the community hospital: a retrospective population-based cohort study of a natural experiment using register data. BMJ Open 2016;6:e012892. Doi:10.1126/bmjopen-2016-012892

OECD har i en rapport fra 2014[28] trukket frem den norske fastlegeordningen som et eksempel på en svært velfungerende ordning. En av forklaringsfaktorene er stor grad av tillit i systemet og fravær av et omfattende kontrollregime som man har i mange europeiske land. For eksempel i England er det en stadig økende frustrasjon blant leger knyttet til et stadig ekspanderende kontrollregime[29]. OECD anbefaler å ta ytterligere i bruk de samarbeids-muligheter som ligger i den norske fastlegeordningen.

Ledelse av legetjenesten må være forankret i forståelse av hva som er suksessfaktorene for slike kompetansevirksomheter. Legenes selvstendige ansvar for pasientbehandlingen må understøttes ledelsesmessig. Viktige stikkord er å gi rammer for nødvendig autonomi, kontinuerlig forbedringsarbeid og effektive og virksomme samarbeidsverktøy og –relasjoner til andre tjenesteytere i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

3.1 Kommunenes varierende prioritering av ledelse av legetjenesten - Agenda Kaupangs rapport.

Agenda Kaupangs rapport om ledelse av kommunal legetjeneste illustrerer forskjellene mellom kommuner tydelig. Rapporten viser at kommuner bruker varierende ressurser på ledelse og styring av legetjenesten, det er betydelig underledelse[30]. Basert på Agenda Kaupangs rapport ser det ut til at det er fravær av ledelse og lite styring av fastlegene fra kommunens side. Sentralt i så måte er den store variasjonen av satsning på ledelse fra kommunens side. Denne variasjonen er presentert i tabellen under[31]:

[28] OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2014: Raising Standards
[29] McCarthy, M. (2016). Too much scrutiny is bad for general practice. BMJ, 353.

[30] Agenda Kaupang (2016). *Kommunal legetjeneste - kan den ledes?* Tilgjengelig på http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/fou/fou-rapporter/kommunal-legetjeneste---kan-den-ledes/

[31] Tabellen er tilpasset fra Agenda Kaupangs rapport (2016) *Kommunal legetjeneste – kan den ledes?* Side 17.

Kommune	Antall innbyggere	Legenes administrative leder	Antall kommune-overleger	Kommune-overlege, årsverk	Antall innbyggere pr. årsverk kommuneoverlege	Antall fast ansatte fastleger	Antall næringsdrivende fastleger
Sarpsborg	54192	Helsesjef	4	3,6	15053	3	46
Arendal	44219	Kommunalsjef	2	0,8	55274	0	40
Haugesund	36538	Helsesjef	1	1	36538	1	29
Porsgrunn	35755	Virksomhetsleder	1	1	35755	1	39
Harstad	23640	Kommunalsjef	1	1	23640	3	18
Stjørdal	22957	Etatssjef	1	1	22957	3	22
Nes (Akershus)	20410	Kommunalsjef	1	1	20410	0	14
Hå	18528	Kommunalsjef	1	0,6	30880	16	1
Søgne	11217	Kommunalsjef	2	1,32	8498	0	8
Sortland	10166	Avdelingsleder legekontor	1	0,5	20332	8	3
Meland	7736	Helsesjef	2	0,4	19340	6	2
Risør	6909	Kommunalsjef	1	0,3	23030	0	5
Austevoll	5012	Kommunalsjef	1	0,6	8353	5	0
Nes (Buskerud)	3414	Enhetsleder	1	0,2	17070	0	5
Ørskog	2294	Enhetsleder Helse	1	0,32	7169	0	3

Som det fremkommer av tabellen er variasjonen i antall kommuneoverlegeårsverk mellom kommuner betydelig. En kommune som Søgne, med i overkant av 11 000 innbyggere, har 1,32 kommuneoverlegeårsverk. Dette er blant det høyeste i rapporten, og en høy kommuneoverlegedekning sammenliknet for eksempel med Arendal. Arendal, med i overkant av 44 000 innbyggere, har 0,8 kommuneoverlegeårsverk. Det er klart at tilgjengelige kommuneoverlegeressurser til fag- og tjenesteutvikling påvirker kommuners gjennomføringskraft på helseområdet.

I pleie- og omsorgstjenesten er vanlig kommunal ressursinnsats til ledelse et lederspenn på 20-25 ansatte per lederårsverk[32]. Som vi ser i tabellen har Arendal ett kommuneoverlegeårsverk per 50 fastleger. Som rapporten tydelig har vist i tidligere kapitler, er det en rekke andre oppgaver som også inngår i kommuneoverlegerollen, utover ledelse av fastlegekorposet i kommunen. Selv om kommuneoverlegen i Arendal skulle bruk all sin tid på fastlegene, noe som ville neglisjert lovpålagte oppgaver kommuneoverlegen skulle utføre, er likevel ledelsesspennet alt for stort.

Som illustrert i raden "Legenes administrative leder" i tabellen over, blir den formelle ledelse av de fleste kommunale legetjenester utøvet av sykepleiere, eller andre ikke-leger.

[32] Agenda Kaupang (2016). *Kommunal legetjeneste - kan den ledes?* Tilgjengelig på http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/fou/fou-rapporter/kommunal-legetjeneste---kan-den-ledes/

Legevakttjenesten er en annen kritisk viktig tjeneste kommunen er ansvarlig for. Legevakttjenesten ledes noe oftere av lege, men de fleste legevakter ledes trolig av sykepleiere.

Agenda Kaupang dokumenterer tydelig manglende ressursbruk og kompetanse i kommunens ledelse av fastlegeordningen. Agenda Kaupangs rapport dokumenterer også at få kommuner har utnyttet potensialet i avtalesystemet overfor fastlegeordningen[33]. God kunnskap om bruk av avtaler og samarbeidsarenaer vil hjelpe kommunene å oppfylle sine forpliktelser.

Agenda Kaupang[34] finner at nesten ingen av utvalgskommunene gjennomfører medarbeidersamtaler med sine fastleger. Funnet gjelder både for kommuner som har høy andel fast ansatte fastleger og kommuner som har høy grad av næringsdrivende leger. Fastlegene på sin side etterlyser i noen grad mer ledelse og dialog om sitt samfunnsoppdrag.

Legeforeningen ser for tiden en skjerpet styringsideologi fra staten og arbeidsgiversiden i helseforetakene. Det er fokus på pålegg og ensidig styring fremfor dialog og samarbeid. Lokale ledere får sterkt begrenset handlingsrom som følge av stramme sentrale føringer. Vi har sett samme tendens i primærhelsetjenesten, både i forbindelse med arbeidet med revidert fastlegeforskrift og nå stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten. I stedet for å ta i bruk de mulighetene systemet gir for aktivt samarbeid og dialog om utvikling lokalt, regionalt og sentralt, snakkes avtaleinstituttet ofte ned.

Kommunenes "sørge-for"-ansvar for legetjenester er betydelig. Gitt den store variasjonen av kommuneoverlegeårsverk i norske kommuner, illustrert i tabellen over, mener Legeforeningen det er åpenbart at legetjenesten i mange kommuner er underledet. Det er ikke tilstrekkelig ressurser tilgjengelig i kommunen til å lede arbeidet med avtalestyring, kvalitetsarbeid, og utvikling av legetjenester i kommunen.

3.2 Ledelsesutfordringer i fastlegeordningen, særlig om mangel på aktivitets- og kvalitetsdata

Det er flere ledelsesutfordringer for fastlegeordningen. Som allerede påpekt er mangel på hensiktsmessige aktivitets- og kvalitetsdata om legetjenesten i kommunen et sentralt problem, som bremser fag- og tjenesteutviklingen i fastlegetjenesten.

I kommunehelsetjenesten skiller fastlegens tilbud seg fra andre helsetjenester gjennom meget høy grad av tilgjengelighet og fleksibilitet. Fastlegens arbeidsform er sterkt knyttet til personlig ansvar for drift av virksomheten og for behandlingstilbudet. Den personlige

[33] Agenda Kaupang (2016). *Kommunal legetjeneste - kan den ledes?* Tilgjengelig på http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/fou/fou-rapporter/kommunal-legetjeneste---kan-den-ledes/
[34] Agenda Kaupang (2016). *Kommunal legetjeneste - kan den ledes?* Tilgjengelig på http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/fou/fou-rapporter/kommunal-legetjeneste---kan-den-ledes/

relasjonen og den terapeutiske alliansen som bygger på kjennskap og tillit kan være sterkt virkemiddel for å levere helsetjenester av høy kvalitet [35].

Likevel er ikke pasientene nødvendigvis tilfredse. I en studie gjort ved Universitet i Nord-Norge vises av personer som har opplevd uønskede hendelser i kontakt med helsetjenesten legger majoriteten (62%) ansvaret på fastlegen[36]. Selv om fastlegeordningen har gitt bedre tilgjengelighet er det fortsatt et betydelig potensial for bedre kvalitet i mange av de ca. 25 millioner pasientkontakter som finner sted i fastlegeordningen hvert år.

Befolkningen vår har høye forventninger til sin fastlege. Det er et godt utgangspunkt for å utvikle ordningen ytterligere. Et voksende innhold i fastlegens populasjonsansvar har imidlertid ikke vært fulgt opp med ressurser utover det som følger av befolkningsvekst og prisstigning siden 2001. Dette har medført en nødvendig oppgearing av aktivitet. En befolkningsundersøkelse om kvalitet og brukeropplevelser i helsevesenet som Norstat gjorde for Forbrukerrådet i november 2015 viser at mange pasienter opplever uønsket ventetid på legeundersøkelse, og for kort tid med legen til å få tatt opp sine helseproblemer[37], til tross for at Norge sammen med Sveits har lengst gjennomsnittlig konsultasjonsvarighet i OECD området hos allmennlege.

Fastlegeordningen har altså et tydelig forbedringspotensial. Likevel er det hverken på kommunalt eller nasjonalt nivå i dag mekanismer, som gjennom utøvelse av ledelse, adresserer kapasitets- og kvalitetsutfordringene i primærhelsetjenesten. Mangelen på aktivitets- og virksomhetsdata brukes ofte til å avskjære reelle drøftinger om disse utfordringene.

Legeforeningen har tatt egne initiativ for å møte behovet for bedre kunnskap om aktivitet og kvalitet i fastlegetjenesten. De allmennmedisinske foreningene har gjennom flere ti-år gjort et omfattende arbeid med identifikasjon og innsamling av hensiktsmessige kvalitets- og aktivitetsindikatorer i primærhelsetjenesten. På dette solide faglige grunnlaget vedtok Legeforeningen i 2013 å etablere et selskap med kvalitetsarbeid i primærhelsetjenesten som formål, SKIL AS, Senter for Kvalitet i Legekontor (se neste kapitel for mer om SKIL).

Nasjonale helsemyndigheter har så langt vært avventende til SKIL. Det nasjonale grepet for å generere aktivitets og virksomhetsdata, til grunn for styring og ledelse, er til nå avgrenset til etableringen av et Kommunalt Pasient- og Brukerregister (KPR). KPR skal gi informasjon basert på kobling av flere registre. For det første pleie og omsorgsregisteret IPLOS, hvor man registrerer pleietyngde for innbyggere som mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester, dernest fastlegenes stykkprisrefusjoner fra Helfo (Helfo-KUHR) og senere Norsk pasientregister, som inneholder data om behandling i spesialisthelsetjenesten.

[35] Per Hjortdal: Continuity of Care in General Practice. A study related to ideology and reality of continuity of care in Norwegian general practice. University of Oslo 1993
[36] Hotvedt R, Førde OH: Doctors are to blame for perceived medical adverse events. A cross sectional study. The Tromsø study
[37] http://fbrno.climg.no/wp-content/uploads/2016/04/2016-PDF-Befolkningsundersøkelse-om-kommunikasjon-i-helsevesenet.pdf

Legeforeningen ser at KPR – når det er ferdig utviklet og satt i drift – vil kunne gi nyttig informasjon om hvordan aktivitet på ulike tjenestenivå spiller sammen, herunder å beskrive kostnad per pasientforløp (KPP) og andre makroøkonomiske trendparametre.

Dessverre er KPR trolig uegnet til å generere data som egner seg for klinikknært forbedringsarbeid. Legeforeningen mener derfor at arbeidet som gjøres gjennom SKIL er en avgjørende del av det helhetlige rapporterings- og forbedringsarbeid på medisinsk kvalitet og pasientforløp i primærhelsetjenesten.

Hver enkelt lege og hvert enkelt legekontor har behov for mer kunnskap om egen praksis. Vi vet at praksis varierer. Vi har mangelfull kunnskap om årsakene til variasjonene. Lokalt kvalitetsarbeid er en medisinskfaglig ledelsesoppgave på hvert enkelt legekontor.

3.3 Senter for kvalitet i legekontor – å lage verktøy for både lokalt forbedringsarbeid, kommunal ledelse og nasjonale formål

SKIL har som nasjonal målsetting å engasjere alle fastleger i kontinuerlig kvalitetsarbeid. Dette skal gjøres ved å samle data fra legenes egen praksis, gjøre dataene kjent for fastlegen og bidra til forbedringer gjennom kursing og veiledning. Aggregerte data vil i tillegg fylle ytterligere to viktige formål: Å tilby kommunal helseledelse et godt ledelsesverktøy basert på aktivitets- og kvalitetsindikatorer, og å danne et nasjonalt kvalitetsregister med referanseverdier for norsk allmennpraksis. Dette vil både heve kvalitet og redusere variasjon i fastlegepraksis og bli en nasjonal kvalitetsmonitor på nivå med noe av det beste vi ser fra andre helsesystemer.

Hva er SKIL-modellen?
SKIL har laget en modell for systematisk og kontinuerlig kvalitetsforbedring på norske legekontor, som består av:

- Digitale verktøy for oversikt over egen praksis
- Kunnskap om kvalitetsforbedring
- Organisering av kollegagruppemøter for refleksjon over resultatene

SKIL utvikler indikatorer for allmennmedisin med nytte for lokal og nasjonal kvalitetsutvikling. Uttrekksverktøyet som brukes (Medrave4) kan aggregere data fra alle elektroniske pasientjournaler som brukes av fastleger i dag. Dataene vil skape et nasjonalt kvalitetsregister og dermed etablere referanseverdier over aktivitet og kvalitet i fastlegetjenesten som vil være nyttig for fastleger, helsemyndighetene og pasientene. Med dette verktøyet får vi bedre mulighet til å registrere mer omfattende og presise data enn det vi har i dag. Eksempler kan være forskrivningsmønstre (antibiotika, b-preparater, antidepressiva

til unge), hjemmebesøk til skrøpelige pasienter, laboratoriebruk, bruk av bildediagnostikk, spiralinnsettinger, epidemiologisk overvåkning o.l..

Gir fastlegene oversikt over egen praksis
Et viktig prinsipp i SKIL-modellen er at fastlegene får data fra sin egen praksis som utgjør grunnlaget for forbedringer. Deltakelse i SKIL vil gi legekontorene kontinuerlig tilgang til sentrale indikatorer for sin praksis.

SKIL samler inn *anonymiserte* data fra fastlegenes EPJ, og aggregerer disse videre i rapporter. Målet med rapportene er å få innblikk i aktivitet og kvalitet på fastlegekontorene på kommunalt og nasjonalt nivå, men uten at enkeltpasienters eller enkeltlegers data eksponeres.

SKIL-modellen kan brukes i hele kommunehelsetjenesten
SKIL-modellen kan utvikles til bruk i øvrige kommunale tjenester hvor diagnostikk og behandling foregår, og hvor samarbeid med fastlegetjenesten er sentral, for eksempel fysioterapi, legevakt og sykehjem. Metodikken kan også tilpasses andre typer individrettede forebyggende helsetjenester som for eks. helsestasjonsvirksomhet og psykiske helsetilbud.

SKIL samarbeider med flere kommuner
SKIL har etablert samarbeid med kommunene Oslo, Stavanger og Klepp med utgangspunkt i kurspakken om legemiddelgjennomgang. Kommunen dekker hele eller deler av utgiftene til kursaktivitetene, mot å motta rapporter basert på aggregerte data. Rapportene gir en bred oversikt over allmennpraksis i en bydel eller hele kommunen, og kommunenes behov for styringsdata har vært sentrale i utarbeidelsen av rapportene. Valg av parametere er gjort med veiledning fra SKIL, og bygger på opprinnelige indikatorsett for kvalitet i legekontor fra Norsk forening for allmennmedisin.

Hvordan bredde SKIL nasjonalt?
En OECD-rapport fra 2014 påpeker at Norge mangler et system som gir legene god oversikt over egen praksis og myndighetene oversikt over kvaliteten på nasjonalt nivå[1]. SKIL er i en fase hvor vi har testet ut en modell som har vist seg å være er god og effektiv. SKIL kan enkelt implementeres innenfor dagens strukturer uten store endringer eller omkostninger. SKIL har siden etableringstidspunktet hatt som mål å samarbeide med både stat og kommuner for å innføre praktisk kvalitetsarbeid som en standardisert del av norsk allmennpraksis. Organiseringen av norsk allmennpraksis kombinert med landets geografi gir utfordringer knyttet til bredding av nasjonale initiativ. Likevel er det fullt mulig; Norsk Kvalitetssikring av Laboratorietjenester Utenfor Sykehus (Noklus) er et initiativ fra Legeforeningen som myndighetene har fulgt opp, og som nå finnes på nesten alle legekontor i Norge. NOKLUS startet i allmennpraksis, utvidet seg til andre deler av primærhelsetjenesten, og viser nå gode resultater i en samlet primærhelsetjeneste. SKIL bør bli en av de sentrale datakildene for KPR.

4. Organisering og ledelse i legekontoret

Det er flere ulike lovlige former for organisering av legekontor. Det finnes aksjeselskap hvor både leger som eier kontoret og medarbeidere er ansatt. Andre leger organiserer seg gjennom ANS eller DA-modeller. Fortsatt består ganske mange gruppepraksiser av flere enkeltpersonforetak eller aksjeselskap med en samarbeidsavtale, organisert som et kontorfellesskap. Uansett modell er det ikke driftsselskapet, men den enkelte lege som er avtalepart med kommunen.

Legeforeningen har i mange år oppfordret fastleger og avtalespesialister til å inngå internavtaler om drift av gruppepraksiser. Legeforeningen har også utarbeidet avtalemaler for dette, som er tilgjengelige på Legeforeningens medlemssider. Internavtalenes hovedfunksjon er å være et samarbeids- og konfliktløsningsverktøy som skal sikre både den enkelte lege og gruppepraksisen mot urimelige følger av interne uenigheter, og konflikter. Regulering av betingelser for uttreden av gruppepraksiser er også anbefalt regulert i internavtaler.

Fra 1.januar 2017 trådte forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten i kraft (revidert internkontrollforskrift). Forskriften tydeliggjør ansvaret for virksomhetens ledelse og at kvalitetsarbeid skal være en integrert del av styringssystemet i alle helsevirksomheter. Den kan få betydning for de minste virksomhetene som til nå kanskje har vurdert å ha et begrenset behov for definert ledelse- og kvalitetsarbeid.

4.1 Er fastlegekontoret en virksomhet eller en samling av enkeltleger?

Populært sagt er pasienten glad for at fastlegen er en person og ikke en organisasjon. Av samme grunn er ordningen ikke like elsket av eksterne samarbeidsparter, som opplever at fastlegekontorene ikke opptrer som organisatoriske enheter, men som en samling av enkeltpersoner, som gjør ting på sine ulike måter og derved svekker muligheten for påregnelig samhandling. Et viktig spørsmål er da om organisatoriske grep kan avhjelpe denne iboende motsetningen mellom det verdifulle personlige og kontinuerlige samarbeidet mellom pasient og fastlege, og den øvrige helse- og omsorgstjenestens behov for å forholde seg til legekontoret som en organisasjon eller virksomhet som er ledet og har en felles stemme utad.

Den misnøyen som ofte kommer til uttrykk fra samarbeidsparter tilsier at Legeforeningen bør bidra med til gode svar denne utfordringen – men uten at en allerede hardt presset fastlegeordning pålegges unyttige byrder eller uønsket byråkratisering. Det kan synes å haste med finne slike svar. For eksempel uttalte samhandlingsdirektør Daniel Haga i Helse Midt-Norge på Fastlegeordningens15-års jubileum i Tromsø 31. august 2016 følgende:

> «*Jeg vil gi terningkast seks til samhandlingen mellom fastlege og pasient. Dette er fastlegeordningens absolutte styrke. Man har ett fast ansvarspunkt – med et langsiktig perspektiv og helhetlig ansvar*».

Dårligst stilt mente Haga det er i samhandlingen mellom fag og politikk. Her ga Haga terningkast én:

> «*Fastlegene har i for liten grad evnet å samhandle med kommunene. Mange har kjempet for fastlegens selvstendighet og uavhengige rolle- men kan denne uavhengigheten også bli fastlegenes største problem?*[38]»

Et spørsmål som i dette lys kan reises er om legekontorene som sådan bør formaliseres som et selvstendig ansvarssubjekt innenfor fastlegeordningen, som med det kan pålegges forpliktelser og inneha selvstendige rettigheter.

Legekontoret som et selvstendig rettslig ansvarssubjekt innenfor fastlegeordningen reiser ulike problemstillinger. Et slikt krav må ikke innføres før det eventuelt er gjort grundige vurderinger av potensielle konsekvenser, ikke minst for ansvarsforholdene i ordningen. Det er avgjørende at man ikke etablerer en ordning som kan utvanne det personlige ansvaret den enkelte legen har for sine pasienter og som i verste fall kan lede til en ansvarspulverisering og svekkede rettigheter for pasientene. Hvilke vilkår til eierskap og ledelse som rettslig sett ville kunne stilles til et slikt ansvarssubjekt måtte eventuelt utredes, og det samme gjelder de kostnadsmessige konsekvensene. Generelt bemerkes at ordningen eventuelt burde utvikles gjennom det forhandlingsbaserte samarbeidet fordi dette gir best muligheter for hensiktsmessige tilpasninger og avgrensninger.

Uavhengig av problemstillingen som er skissert rett over mener Legeforeningen at det er behov for at et fastlegekontor blir ledet. Nedenfor redegjør vi nærmere for ledelsesbehovet av fastlegekontorene.

4.2 Trenger legekontoret en leder?

Legeforeningen mener at legekontor må ledes. Under følger en liste over oppgaveporteføljen en leder på et legekontor kan ha. Eksempelet under er et tenkt legekontor med 6 leger, hvor en av de erfarne legene har en lederstilling i 50 %, for kontoret. Lederen arbeider derved 50% i åpen uselektert allmennpraksis, og 50% som leder. At kontoret har en slik leder kan avtales uavhengig av organisasjonsform. For eksempelets skyld har vi satt som premiss at lederen kan forplikte kontoret utad. Oppgavene eller rollene under, løses i dag oftest ved uformelt avtalt fordeling av administrative oppgaver, oftest utført utenfor legekontorets åpningstider. I dag gjøres ledelse vanligvis av de ulike leger i praksisen overfor medarbeiderne, mens den enkelte lege leder seg selv.

I de følgende avsnittene peker Legeforeningen på seks typer av oppgaver som er aktuelle for ledere på legekontor: driftsoppgaver, kvalitetsoppgaver, opplæring, strategisk planlegging, forhandleroppgaver og representasjonsoppgaver. Oppgavene blir beskrevet i større detalj under, før vi oppsummerer mulig effekter av ledelse på legekontor.

[38] Dagens Medisin 9.9.2016: https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/09/09/frykter-kollaps-innen-fem-ar/

4.2.1 Interne behov

Det er en rekke *driftsoppgaver* på legekontor. Dette er typisk administrative funksjoner som oversikt over regnskap, medarbeidersamtaler, ferieavvikling, forvaltning av timelister, oppfølging av helsesekretærer og annet personalansvar. Slike oppgaver omfatter også inngåelse og oppfølging av leverandør- og serviceavtaler, HMS-arbeid og IT-ansvar. Mange av de administrative oppgavene er kompetanseintensive, og krever godt kjennskap til lov- og forskriftsverk. Som ledd i god drift behøver legekontor en etablert og vedlikeholdt arena for beslutninger for kontoret, og et legekontor bør ha jevnlige team/kontor-møter.

Et annet sett av oppgaver er *kvalitetsoppgaver*. Det er et lederansvar å sørge for at kontoret leverer gode tjenester i tråd med allmenne standarder for god praksis og regulatoriske krav til internkontroll. Dette kan også innebære innhenting av pasienterfaringer, utarbeide statistikk over konsultasjoner, telefoner og enkle kontakter, vurdere variasjon i forbruk av laboratorie- og personalressurser, håndtering av avvik og andre kvalitetsforbedringsprosjekter. Lederen har særskilt ansvar for å skape kultur og forankre slike oppgaver i legekollegiet, for eksempel ved implementering av nye rutiner eller retningslinjer. Informasjonsarbeid er en sentral kvalitetsoppgave som retter seg mot pasientene. Pasientene trenger oppdaterte nettsider, og lederen kan også gjennomføre elektroniske spørreundersøkelser om pasienttilfredshet og annet.

Opplæring av leger og andre medarbeidere på kontoret må systematiseres, fordeles og ledes. En viktig opplæringsoppgave er mottak og integrasjon av nye leger. Å starte opp på egenhånd som fastlege er risikabelt, og å være innlemmet på et legekontor gir øket trygghet. Lederen ved kontoret kan sikre reell supervisjon, og struktur på progresjonen for leger i spesialisering i allmennmedisin. Lederen kan også fordele undervisningsoppgaver overfor leger og andre medarbeidere.

Et legekontor må utvikle seg i tråd med medisinsk og teknologisk utvikling, slik at nye oppgaver og krav kan oppfylles på en effektiv måte. Slik *strategisk planlegging* er en sentral lederoppgave, som både retter seg innad på kontoret og overfor eksterne aktører.

4.2.2 Eksterne behov

En leder kan forhandle og klargjøre hvilke oppgaver som skal skje på eller gjennom legekontoret, og hvilke oppgaver som hører til andre aktører. Slike *forhandleroppgaver* er et lederansvar, som krever mandat fra legekontoret til å inngå og utarbeide avtaler som forplikter legekontoret. Typiske aktører for legekontoret i kommunen er hjemmesykepleie, sykehjem, helsestasjon og skolehelsetjeneste. Legekontoret kan avtale hvordan pasienter som må tilses ved sykebesøk skal ivaretas, og hvordan deltakelse i tverrfaglige møter skal gjennomføres. En leder kan utarbeide avtaler og rutiner for dette. Legekontoret kan også inngå avtaler med nærliggende helseforetak om ivaretakelse av pasienter som trenger oppfølging snarlig etter

utskrivelse. I slike forhandlinger trenger også legekontoret en klar relasjon til kommuneadministrasjonen sentralt. En sentral forhandlingsoppgave er samarbeidet med kommunen på vegne av kontoret. I kommunen er det i dag Lokalt samarbeidsutvalg (LSU) og Allmennlegeutvalget (ALU) som er arenaer for relasjonen mellom leger (og legekontor) og kommunen.

En del utadrettet virksomhet kan sees som *representasjonsoppgaver*, som blant annet handler om å holde seg orientert om endringer i tjenestetilbudet i kommunen, og at de andre aktørene i kommunen kjenner til legekontorets tilbud. Et legekontor som en organisert virksomhet med en leder vil være en enhet som er tydelig tilgjengelig og en forutsigbar avtalepart for andre aktører i helsetjenesten.

God ledelse er ingen selvfølge, og om en leder bidrar positivt eller negativt til et legekontor og arbeidsmiljø er ikke gitt. God ledelse vil åpenbart kunne gi mange positive effekter, som god prioritering av pasienter og enhetlige rutiner for samarbeid. Et godt ledet legekontor gir økt trygghet og fokus på den kurative virksomheten for legene der, samtidig som det kan tilrettelegges for gjennomføring av oppgaver som har hatt lite oppmerksomhet på legekontor til nå. Tjenesteutvikling er noe ledelse på legekontor særlig kan bidra med. En leder på et legekontor frigjør allmennleger fra å bruke tid og ressurser på å finne gode lokale løsninger med andre aktører i kommunehelsetjenesten og kan gi rom for kvalitetsheving og kompetanseutvikling blant ansatte på kontoret. Det foregår relativt sett lite forskning i kommunehelsetjenesten generelt, og allmennlegetjenesten spesielt. Godt organiserte legekontor kan bli en eksellens- og forskningsaktør som utvikler nye tjenester og bedrer behandling i kommunen.

Ledelse av legekontor forutsetter at det er vilje og mulighet til å avsette nødvendige ressurser for oppgaven. Det må her tas hensyn til at legene jobber innenfor et bundet prissystem samtidig som mange av de positive ledelsesmessige effektene vil bli hentet ut andre steder i helsetjenesten enn på fastlegekontoret. Det er således nødvendig at det gis incentiver som muliggjør en økt satsning på ledelse på fastlegekontorene.

4.3 Åpenhet og pasientmedvirkning på legekontoret

Blant hovedutfordringene som skisseres i Primærhelsemeldingen er "for lite brukerinvolvering"[39]. Legeforeningen mener at kommunale helse- og omsorgstjenester i for liten grad har lagt til rette for brukerinvolvering på systemnivå. Til tross for tydelig lovverk er det få pasientmedvirkningssystemer satt i verk i kommunen, og mye utviklingsarbeid gjenstår. I dette kapittelet gir Legeforeningen en kort oversikt over feltet, før vi peker på noen muligheter til forbedring av pasientmedvirkning i kommunehelsetjenesten og på legekontor.

[39] Meld. St. 26 (2014-2015) "Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet", side 10

Med pasientmedvirkning menes her pasientmedvirkning på systemnivå, ikke medvirkning i egen behandling, samvalg eller liknende. Pasientmedvirkning og åpenhet[40] er to ulike men overlappende områder. Pasienter må ha tilgang til informasjon om kvalitet og aktivitet for å kunne medvirke på en meningsfull måte i utvikling av tjenestetilbudet i kommunen.

Et tydelig lovverk, men variabel praksis

Pasientmedvirkning i planarbeidet i helse- og omsorgstjenesten har i flere år vært regulert i lov, men så langt har dette hatt tydeligst praktisk konsekvens i spesialisthelsetjenesten. Pasientmedvirkning er her forankret i lov om helseforetak § 35 og i helseforetakenes vedtekter. Det er opprettet pasientutvalg eller råd i alle helseforetak. Det er gjennomgående pasientrepresentasjon i styrene på RHF og HF-nivå, samt i de lovpålagte kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalgene i helseforetakene. Pasientrepresentanter finner vi også i de lovpålagte samarbeidsorganene mellom helseforetak og kommuner.

Pasientmedvirkning i primærhelsetjenesten er regulert i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Kommunene skal sørge for at pasienter skal bli hørt i utformingen av kommunens helse- og omsorgstjenester, og at virksomhetene her etablerer systemer for innhenting av pasientenes erfaringer og synspunkter (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-10).

Lovbestemmelsen stiller ikke detaljerte krav til hvordan og hva slags systemer som skal etableres for pasient- og brukerinnflytelse. Det er dermed opp til den enkelte kommune selv å avgjøre hvordan arbeidet skal organiseres, og hvilke systemer som må etableres for å sikre innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter. Det er i praksis stor variasjon i pasientmedvirkning i kommunene. Fastlegekontorene har i hovedsak ikke etablert systemer for dette. Ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten stiller som tidligere nevnt også klare krav til brukerinvolvering.

Det er ikke tvil om at det gjenstår utviklingsarbeid før gode systemer for innsamling av pasienterfaringer i hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten inklusive fastlegekontorene er på plass.

4.4 Slik kan ledelse i legekontoret styrkes

Det personlige og kontinuerlige samarbeidet mellom pasient og fastlege, basert på et personlig listeansvar, må bevares. Samtidig er det i mange tilfelle behov for å styrke og profesjonalisere ledelsen på fastlegekontorene.

Det er innenfor dagens regel- og avtaleverk rom for å gjøre flere grep for å oppnå tydeligere ledelse på legekontornivå. Aktuelle grep kan blant annet være justeringer av malene for internavtaler som bedre synliggjør behovet for å definere og gjøre avtaler om lederansvaret på et legekontor. Videre kan det være aktuelt å utvikle en bransjenorm, som vil kunne bidra til

[40] Vi har valgt det norske ordet *åpenhet* istedenfor *transparens*.

mer enhetlige og forutsigbare standarder i fastlegepraksis. Det vil være naturlig at de sentrale avtalepartene har en rolle i dette arbeidet men det må samtidig åpnes for lokale tilpasninger, som typisk vil være en oppgave for lokalt samarbeidsutvalg.

Legeforeningen ønsker å bidra til at legekontorene har ett administrativt kontaktpunkt inn (en felles epostadresse) som samarbeidsaktørene kan nå legekontoret på. (Dette forutsetter i praksis en ledelse som har ansvar for overvåking, ansvarsfordeling og oppfølgning internt på legekontoret.)

Det må anerkjennes at det vil kreves ressurser å frigjøre legeressurser for ledelse i legevirksomheten. Selv om bedre ledelse kan bidra til effektivitetsgevinster, vil effektiviseringsgevinsten til dels hentes ut andre steder enn på legekontoret.

UTKAST

Ekspertbidrag

Legeforeningens sammendrag av Jan Frich: Ledelse av kommunenes medisinske tilbud i et ledelsesteoretisk perspektiv

I et vedlegg til denne rapporten har professor Jan Frich ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, beskrevet ledelsesmessige muligheter og utfordringer i kommunale helsetjenester. Noen av hans poeng resymeres:

Frich påpeker at kommunene med pålegg i helse- og omsorgsloven og fastlegeforskriften skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og andre tjenesteytere, samt sikre en hensiktsmessig og god integrering av fastlegeordningen i kommunens øvrige helse- og omsorgstjenestetilbud. Kommunen skal også legge til rette for koordinering og samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

I følge helse- og omsorgstjenesteloven § 4 har kommunen et systemansvar for helsetjenestene, inkludert allmennlegetjenestene, i kommunen. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, som trådte i kraft 1.1. 2017 gjelder også for kommunehelsetjenesten og skjerper kravet til ledelse på klinisk nivå.

Frich peker videre på at kommunenes ulike helselederoppgaver kan inndeles i fire, slik man har gjort det i *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019*[41]*)*:

- *Strategisk ansvar*, som innebærer kontinuerlig å vurdere behovet for, initiere og gjennomføre nødvendige endringsprosesser.
- *Driftsansvar*, som innebærer å ta et helhetlig ansvar for resultater og for at dette skjer innenfor fastsatte rammer.
- *Personalansvar*, som innebærer å ta ansvar for alle faggrupper i virksomheten og sikre at arbeidsmiljø og organisasjonskultur er tilpasset oppgavene som skal løses.
- *Kommunikasjonsansvar*, som innebærer å sikre god kommunikasjon og informasjon internt og eksternt for å fremme gode prosesser, oppgaveløsing, åpenhet og demokrati.

Det er åpenbart at svært få kommuner i dag har en ledelse av sitt medisinske tilbud som i tilstrekkelig grad svarer ut disse fire ansvarsområdene. På den annen side er pleie- og omsorgstjenestene i ganske stor grad ledet i tråd med føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Frich viser til at noe av forklaringen på denne situasjonen, som også Agenda Kaupang har pekt på, er at kommunene i praksis har en todelt ledelse. Kommunalsjef med ansvar for helse- og omsorgstjenesten er administrativ leder og sitter i rådmannens ledergruppe, mens

[41] Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)

kommuneoverlegefunksjonen, som representerer potensialet for faglig ledelse av medisinske virksomheter, oftest er i en rådgivende stabsfunksjon uten budsjettansvar eller myndighet til å iverksette organisatoriske endringer. Øverste helse- og omsorgsleder har et helhetlig ansvar for sitt virksomhetsområde, men kommuneoverlegens handlingsrom er betinget av hvilket rom kommunalsjefen gir ham. Andre medisinske tilbud enn de allmennmedisinske er nesten aldri i kommuneoverlegens oppgaveportefølje. Dette er en dysfunksjonell ledelsesmodell som først og fremst skyldes historiske forhold (Se mer om dette i vedlegg 1).

En styrket og reell medisinskfaglig ledelse vil kunne bidra til en nødvendig utvikling av de kommunale medisinske tjenestene og folkehelsearbeidet, og til å utvikle samarbeidsrelasjoner opp mot andre kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Økt kompetanse innen ledelse i og av allmennmedisinsk virksomhet og primærhelsetjenesten forøvrig vil kunne bidra til å styrke legekorpsets kapasitet for ledelse på alle nivå.

Fremtidens primærhelsetjeneste vil kreve mer sammenhengende og helhetlige systemer, og store investeringer i ny digital infrastruktur samt langt tettere koordinering mellom tjenesteytere. Dette vil kreve leger som kan arbeide i team og som har tid, vilje og kvalifikasjoner til å bidra i utformingen og evalueringen av større tjenestesystem.

Frich peker videre på at en viktig utfordring er å skape en organisering som gjør at allmennleger og leger i samfunnsmedisinske roller kan komme i en reell partnerskapsrolle med kommunen, hvor man også kan være i posisjon til å bidra til å utvikle og lede tjenestene på systemnivå. Uten involvering fra legenes side vil resultatet kunne bli at tjenestene organiseres og utvikles av andre aktører som uten tilstrekkelig kompetanse legger uhensiktsmessige premisser for den medisinske virksomheten i kommunene.

UTKAST

Jan Frich[42]: Ledelse av legetjenestene i kommunene

Forord

Denne rapporten er bestilt av Legeforeningen, med ønske om å gi en oversikt over:

1. Relevant ledelseslitteratur, med vekt på litteratur som er relevant i primærhelsetjenesten og litteratur om teambasert ledelse
2. Ledelsesmuligheter i dagens fastlegeordning, inkludert en diskusjon av ulike modeller for ledelse i og av allmennmedisinsk virksomhet.
3. Noen framtidsscenario og alternative måter å organisere allmennlegetjenesten på i et ledelsesperspektiv og i møte med nye krav og reformer.

Jeg har ikke foretatt empiriske undersøkelser, men har søkt å sammenfatte kunnskap basert på en gjennomgang av eksisterende litteratur, som en bakgrunn for de vurderinger jeg gjør meg rundt ledelse av allmennmedisinsk virksomhet.

Jeg har organisert rapporten i tre kapitler og har valgt å plassere gjennomgangen av ledelseslitteratur til slutt, i kapittel 3. Kapittel 1 omhandler ledelsesmuligheter i dagens fastlegeordning. I kapittel 2 diskuteres alternative måter å organisere allmennmedisinsk virksomhet, og her intensjonen vært å tenke ut av boksen uten hensyn til eksisterende lover eller avtaler. Håpet er alternative modeller som presenteres kan gi grunnlag for refleksjon og diskusjon.

Oslo, 31.1. 2017

Jan Frich

[42] Professor Jan Frich er spesialist i nevrologi. Han leder Avdeling for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo.

Muligheter for ledelse i dagens fastlegeordning

Rammene for allmennmedisinsk virksomhet

Frem til 1984 ble allmennlegetjenestene ivaretatt gjennom et statlig distriktslegevesen, hvor primærhelsetjenesten var legestyrt og hvor styringslinjen gikk fra helsedirektør via fylkeslege og til distriktslege. Denne styringsmodellen ble utsatt for betydelig politisk press på 1970-tallet, noe som resulterte i en ny lov (1982) som forankret primærhelsetjenesten i kommunene fra 1984. Det skjedde det historikeren Aina Schiøtz har kalt «en overgang fra en legestyrt primærhelsetjeneste til en politiker- og flerprofesjonsstyrt helsetjeneste» (1). Distriktslegen ble med den nye loven omgjort til en kommunalt ansatt kommunelege, først med et medisinsk-faglig ansvar og siden med funksjon som rådgiver for de kommunale helsetjenestene (evt. i form av en eller flere leger som var ansatt som kommunelege I eller kommuneoverlege).

Fra 1. juni 2001 ble en fastlegeordningen innført (FLO), hvor man bl.a. ønsket å skape grunnlag for bedre kontinuitet gjennom en listeordning knyttet primært til den enkelte lege, og samtidig ønsket å etablere mer konkurranse ved å etablere et indre marked mellom allmennleger, med den hensikt å øke kvaliteten og tilgjengeligheten. Selv om de nye fastlegene kan sies å være mer fristilt enn de fastlønnede kommunelegene har kommunene mulighet for å styre fastlegene ved at de er kontraktspart med hensyn til selve avtalen. Kommunene har også råderett over én avtalefestet dag av fastlegenes tid for å ivareta offentlige legeoppgaver i kommunen (slik som arbeid ved sykehjem, helsestasjon, fengselshelsetjeneste og helsetjeneste for flyktninger mv.). Staten kan styre aktiviteten gjennom normaltariffen og takstene.

Jf. fastlegeforskriften §§ 8 og 19 skal kommunen legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og andre tjenesteytere, samt å sikre en hensiktsmessig og god integrering av fastlegeordningen i kommunens øvrige helse- og omsorgstjenestetilbud. Kommunen skal også legge til rette for koordinering og samarbeid mot spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgstjenesteloven § 4 har kommunen et systemansvar for helsetjenestene, inkludert allmennlegetjenestene, i kommunen. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, som trådte i kraft 1.1. 2017 gjelder også for kommunehelsetjenesten og skjerper kravet til ledelse på klinisk nivå. Fylkeslegen har et tilsynsansvar med de kommunale helsetjenestene.

Hva skal ledes?

Ledelse kan karakteriseres på ulike måter (se kapittel 3). Sagt enkelt kan ulike lederoppgaver inndeles i fire, slik man har gjort det i *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)* (2):

- *Strategisk ansvar*, som innebærer kontinuerlig å vurdere behovet for, initiere og gjennomføre nødvendige endringsprosesser
- *Driftsansvar*, som innebærer å ta et helhetlig ansvar for resultater og for at dette skjer innenfor fastsatte rammer
- *Personalansvar*, som innebærer å ta ansvar for alle faggrupper i virksomheten og sikre at arbeidsmiljø og organisasjonskultur er tilpasset oppgavene som skal løses
- *Kommunikasjonsansvar*, som innebærer å sikre god kommunikasjon og informasjon internt og eksternt for å fremme gode prosesser, oppgaveløsing, åpenhet og demokrati
-

Nivåer for ledelse

Vi kan stille opp ulike ledelsesnivå i den kommunale helsetjenesten:

Nivå	Organisatorisk enhet	Stilling/tittel
1	Hele kommunen	Rådmann
2	Tjenesteovergripende ledelse/deler av kommune	Kommunalsjef (helse- og omsorgssjef)
3	En avdeling/ledelse av flere team/grupper	Avdelings- eller enhetsleder
4	Ledelse av deler av en avdeling	Enhets- eller seksjonsleder
5	Eventuelle ytterligere nivåer	Team- eller gruppeleder

Antall ledelsesnivåer i en kommune og stillingstiler vil kunne variere avhengig av kommunens størrelse og indre organisering.

Ledelse i praksis

Forskningen indikerer at den samfunnsmedisinske funksjonen i kommunene i løpet av 1990-tallet ble svekket og at leger mot slutten av dette tiåret bruker mindre av sin tid på ledelse (3). Forskning viser dessuten t allmennleger i liten grad opplever seg skolert til å påta seg lederoppgaver og kompenserer med kliniske utdanning og erfaring (4, 5). En kvalitativ studie indikerer at fastleger opplever seg i liten grad involvert i planleggingen av kommunens helsetilbud (4).

En rapport fra Agenda Kaupang (6), som ble utarbeidet på oppdrag fra KS, viser at det er store forskjeller mellom kommuner når det gjelder organisering, oversikt over styringsdata og oppfølging av fastlegene. Rapporten konkluderer også med at ledelse av legetjenesten ikke prioriteres av kommunene på samme måte som andre deler av helse- og omsorgstjenesten i kommunene.

Agenda Kaupang-rapporten fastslår at arenaene for koordinering, slik som allmennlegeutvalget (ALU) og samarbeidsutvalget (SAMU), fungerer i varierende grad og den understreker at det mangler medisinsk-faglig ledelse fra kommunen som arbeidsgiver og kontraktsforvalter:

> «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 omsorgstjenestene i kommunene» (6).

Noe av forklaringen på denne situasjonen, i følge rapporten, er at kommunene i praksis har en todelt ledelse. Kommunalsjef med ansvar for helse- og omsorgstjenesten er administrativ leder, mens kommuneoverlegefunksjonen, som representerer potensialet for faglig ledelse av allmennmedisinsk virksomhet, er en rådgivende stabsfunksjon.

Muligheter for ledelse?

Det er ulike praksisformer (som solopraksis, gruppepraksis, delt liste, fast ansatt), men inntrykket er at de fleste fastleger har ordnet seg på en slik måte at ledelsesfunksjonen er distribuert. Man fordeler ofte seg imellom ulike typer ansvar (kvalitet, personalansvar for legesekretærer mv), uten å ha pekt ut én leder som har et helhetlig ansvar for kontoret som helhet. Ledelsesoppgavene kommer dessuten lett i konkurranse med klinisk praksis og kan bli nedprioritert. Det er å forvente at fastleger i fremtiden i økende grad vil organiseres i større helsesentra med flere grupper ansatte. En slik utvikling vil kreve en mer formalisert ledelsesfunksjon og noen som har et helhetlig ansvar.

UTKAST

Kommuneoverlegen er som regel plassert i en stabsfunksjon uten budsjettansvar for allmennlegevirksomheten og uten myndighet til å iverksette organisatoriske endringer. Den som leder helsetjenestene har imidlertid et helhetlig ansvar for sitt virksomhetsområde. Kommuneoverlegens handlingsrom er betinget av hvilket rom kommunalsjefen og rådmannen gir vedkommende. Dersom en person i rollen som kommuneoverlege skal ha mulighet til å utøve ledelse vil det være avgjørende at vedkommende har nødvendig kompetanse, at posisjonen har tilstrekkelig kapasitet og fullmakter (og her er det stor variasjon i hvor mye ressurser kommunene allokerer til denne funksjonen). I Agenda Kaupang rapporten heter det:

> «Et viktig funn her er at kommuneoverlegestillingene, sammen med resten av lederskapet for helsetjenesten, er betydelig underdimensjonert for å kunne ha en proaktiv rolle i ledelsen av legene. Det er satt av for lite ressurser til ledelse og oppfølging av fastlegene i kommunene» (6).

Det er stor variasjon i antall innbyggere per årsverk brukt til funksjonen som kommuneoverlege. Medisinsk-faglig ledelse i kommunehelsetjenesten kan styrkes ved at kommuneoverlegen får økt tid og rom for å utøve ledelse.

Modeller for ledelse i og av allmennmedisinsk virksomhet

La oss legge til grunn at det på ulike kommunale nivå vil være ledelsesoppgaver knyttet til strategi, drift, personal og kommunikasjon. Vi kan snakke om ledelse internt i legekontoret (ledelse av kollegaer og annet personell) (på nivå 3 og 4) og ledelse av andre kommunale oppgaver (på nivå 3 og 4), evt. ledelse på nivå 2 (kommunalsjef) eller i stabsfunksjon til nivå 2 leder (kommuneoverlege). Det er mulig å tenke seg flere ulike modeller for ledelse i og av allmennmedisinsk virksomhet på nivå 3 (legekontoret/helsesenter):

- *Modell 1:* Et partnerskap av leger utpeker én formell leder ved legekontoret med et helhetlig ledelsesansvar for strategi, drift, personal og kommunikasjon
- *Modell 2:* Et partnerskap av leger fordeler ulike ledelsesfunksjoner (strategi, drift, personal og kommunikasjon) på ulike personer og funksjonene kan evt. rotere over tid
- *Modell 3:* En ansatt administrativ leder (som ikke er lege) og som ivaretar praksisens med hensyn på personal, drift og økonomi, men hvor legegruppen eller en utpekt lege ivaretar det medisinsk-faglige ansvaret
- *Modell 4:* Legekontoret/helsesenteret etableres som eget rettssubjekt og som følgelig vil måtte ha en enhetlig ledelse, enten i form modell 2 eller modell 3

I tillegg til ledelse internt i legekontoret vil ledelsen av allmennmedisinsk virksomhet kunne styrkes ved å styrke kommuneoverlegefunksjonen. Det vil være viktig at man evner å oppnå reell innflytelse og får tilgang til arenaer (utvalg/prosjekter) av betydning for tjenestene.

Hvordan styrke den faglige ledelse i kommunehelsetjenesten?

Det er en rekke muligheter for styrket ledelse på ulike nivå, som følger:

- Det ligger en mulighet for å styrke ledelsen av den kliniske virksomheten (legekontoret) ved at legene enes om å allokere ressurser til en mer formalisert og helhetlig ledelsesposisjon som blir fristilt til å ivareta ledelsesoppgaver innad og utad.
- Det er mulighet for allmennleger å vise større personlig lederskap knyttet til de kommunale oppgavene (sykehjem, helsestasjon mv), noe som fordrer aktiv involvering fra den enkelte legens side.
- Arenaer for koordinering og ledelse, som de lovpålagte samarbeidsutvalgene mellom kommunens ledelse og fastlegene (LSU) kan styrkes, og man kan vurdere ulike typer stimulering eller sanksjon for å sikre involvering fra fastlegene i utviklingen av de kommunale helsetjenestene.
- Det er mulig å arbeide for å styrke posisjonen som kommuneoverlege, slik at de eller den som innehar denne posisjonen gis myndighet til i større grad å lede allmennlegevirksomheten i kommunen og på vegne av kommunen. En styrket kommuneoverlegerolle vil også kunne bidra til utvikling av de kommunale tjenestene, folkehelsearbeidet og til å utvikle samarbeidsrelasjoner opp mot andre kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten.
- Leger opplever seg lite forberedt til lederoppgaver og kompetanse innen ledelse i og av allmennmedisinsk virksomhet og primærhelsetjenesten vil kunne bidra til å styrke legekorpsets kapasitet for ledelse.

Framtidsscenario

Primærhelsetjenesten gjennomgår og vil også de neste årene gjennomgå store endringer. Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny folkehelselov trådte i kraft fra 1.1. 2012. *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (17) reflekterer store ambisjoner for tjenestene, bl.a. med økt vektlegging av teamarbeid. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring innebærer et skjerpet krav om helhetlig og faglig ledelse og utvikling av tjenestene. Helsetjenestene vil i fremtiden bli gjenstand for økt oppmerksomhet, gjennomsiktighet og krav om dokumentasjon på kvalitet og brukermedvirkning på individ- og systemnivå.

UTKAST

Den nye primærhelsetjenesten

Ulike faktorer på etterspørselssiden (demografisk utvikling og pasienter og pårørendes forventninger) og tilbydersiden (ny teknologi, digitalisering, nye roller og ny oppgavefordeling) vil gjøre seg gjeldende og drive utviklingen (7–11):

- Pasienter, brukere og pårørende vil forvente en mer enhetlig tjeneste og økt tilgjengelig og fleksibilitet i kontakten med legetjenesten, hvor en større del av samhandlingen mellom bruker/pasient og tjenesteyter vil foregå gjennom digitale kanaler/plattformer
- Det vil bli et krav fra pasienter og brukere om at deler av pasientjournalen skal være tilgjengelig for andre tjenesteytere
- Behov for medisinsk kompetanse i primærhelsetjenesten vil øke med etablering og utvikling av nye tjenestetilbud som kommunale akutte døgnplasser og kommunale rehabiliteringstjenester
- Sykehjemmene vil få mer krevende pasienter (komplekse tilstander og palliative oppgaver), noe som krever økt medisinsk kompetanse
- Det vil være stort behov for tjenesteutvikling og innovasjon for fremme at brukere kan bo hjemme og for å forebygge helsetap og for å etablere bedre pasientforløp og samarbeid innad i primærhelsetjenesten, men også i kontaktflaten med spesialisthelsetjenestene
- Allmennlegene vil måtte håndtere flere kronisk syke og eldre pasienter i egen klinisk praksis
- Bruk av nye telemedisinske løsninger og velferdsteknologi vil øke
- Nye måter å fordele arbeidet på vil utvikle seg, med et tettere samarbeid mellom leger og annet helsepersonell (teamorganisering), og med økt behov for koordinering av innsatsen
- Mer øyeblikkelig hjelp vil flyttes ut av sykehusene (f.eks. akuttbehandling av hjerneslag) som vil stille nye krav til akuttmedisinsk kompetanse tidlig i den akuttmedisinske kjeden
- Det må etableres registre og bygges kapasitet for å evaluere, utvikle og forbedre tjenestene, inkludert det allmennmedisinske arbeidet.

Den nye primærhelsetjenesten vil kreve mer sammenhengende og helhetlige systemer, vil kreve store investeringer i og utvikling av ny digital infrastruktur og god koordinering mellom tjenesteytere. Den nye primærhelsetjenesten vil kreve medisinere og leger som kan arbeide i team og som har tid, vilje og kvalifikasjoner til å bidra i utformingen og evalueringen av større tjenestesystem. Cosgrove og Lee konkluderte slik i en artikkel i 2014:

> «Fixing health care will require a radical transformation, moving from a system organized around individual physicians to a team-based approach focused on patients» (12).

I møte med utfordringsbildet og en endring av primærhelsetjenestene står fastlegen som individuell kontraktør og leverandør av allmennmedisinske tjenester i en svært svak posisjon. Selv om det finnes eksempler på løsninger med leger på fastlønn og praksisordninger med felles listeansvar er FLO basert på individuelle kontrakter mellom kommune og lege (13). Løsningen gir den enkelte lege noen frihetsgrader, men svekker faget som premissleverandør i utviklingen av tjenestene. Det er heller ikke vist at fastlønnede allmennleger står i en sterkere posisjon til å påvirke tjenesteutvikling innenfor dagens organisering av kommunale helsetjenester.

Kommuneoverlegestillingen beskrives som underdimensjonert (6). Det er å forvente at andre yrkesgrupper i økende grad kommer til å øve press for å overta arbeidsoppgaver fra fastlegene. Det er å forvente at det skjer en økt *horisontal oppgaveforskyvning*, hvilket vil si at oppgaver overføres til grupper med like lang utdanning, som eksempelvis ved styrking av psykologikompetansen i kommunehelsetjenesten. Det er også å forvente, jf. utviklingen i Storbritannia og USA, at det vil finne sted en *vertikal oppgaveforskyvning*, hvilket vil si at oppgaver overtas av yrkesgrupper med kortere utdanning, som eksempelvis av sykepleiere med spesialisert kompetanse og formell videreutdanning på masternivå.

En viktig utfordring fremover vil være å skape en organisering som gjør at allmennleger og leger i samfunnsmedisinske roller kan komme i en reell partnerskapsrolle med kommunen, hvor man også kan være i posisjon til å bidra til å utvikle og lede tjenestene på et systemnivå (14). Uten involvering fra legenes side vil resultatet kunne bli at tjenestene organiseres og utvikles av andre aktører som i neste runde legger premissene for den allmennmedisinske virksomheten i kommunehelsetjenesten.

Alternative modeller

(1) Dagens modell

I Norge valgte man fra 1984 å organisere allmennlegetjenestene som del av en helhetlig kommunal helse- og omsorgstjeneste. Løsningen man valgte var preget av tanker om betydningen av lokal forankring og vektlegging av at allmennmedisinsk virksomhet skulle integreres med annen kommunale helse- og velferdstjenester. Andre land har valgt helt andre måter å organisere tjenestene. Sammenliknet med andre skandinaviske land har Norge dessuten en kommunestruktur med relativt mange og relativt små kommuner med hensyn til antall innbyggere. Det er rimelig å spørre om kommunen i en del sammenhenger representerer

en stor nok enhet til å kunne drifte, utvikle og kvalitetssikre den nye primærhelsetjenesten og til å lede allmennmedisinsk virksomhet. Samtidig ligger det et utviklingspotensial i dagens løsning, noe primærhelsemeldingen (11) beskriver. Vi ser dessuten fremvekst av interkommunale samarbeidsløsninger, også innen helsefeltet.

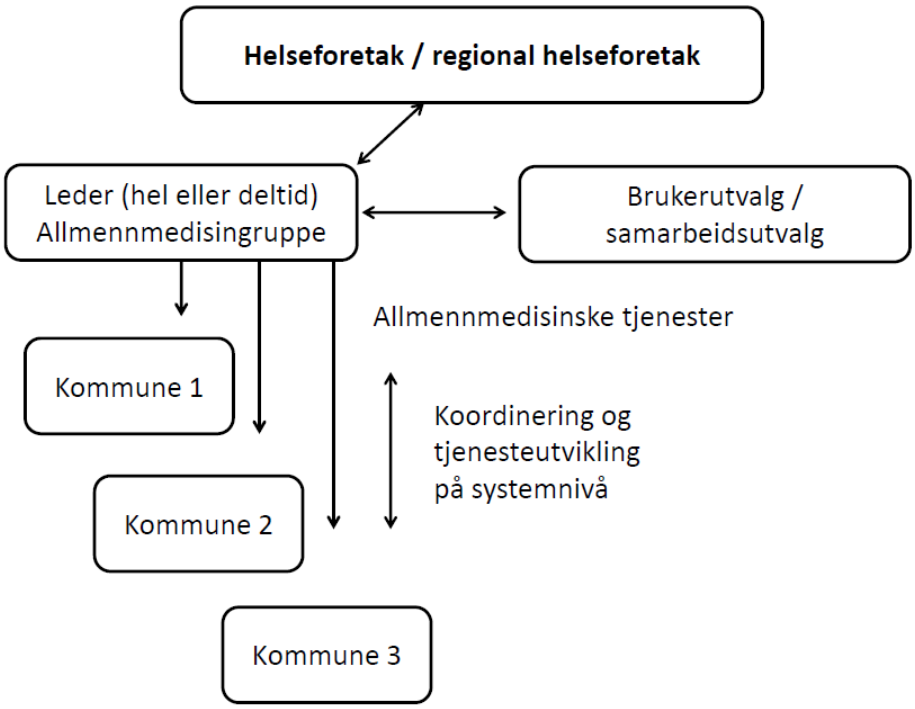
(2) Et integrert helsesystem med allmennmedisingrupper

I store helsesystemer som Kaiser Permanente og Geisinger Health System i USA har man for lenge siden valgt å etablere fullintegrerte organisatoriske modeller hvor primærhelsetjenestene, med unntak av pleie- og omsorgstjenestene, er regionalt organisert som del av et større helsesystem. Man har én felles journalløsning på tvers av nivå, retningslinjer for klinisk arbeid utarbeides i felleskap med representanter for ulike tjenestenivå, og sykehusspesialister roterer ut i primærhelsesentraene. Det synes å være en trend internasjonalt at det etableres integrerte helsesystem, noe som dels drives frem av nye måter å finansiere tjenestene på (rammemodeller med kontraktsfestede kvalitetskrav) som forutsetter helhetlige og integrerte systemer. Det som kjennetegner slike integrerte system er nettopp en betydelig vektlegging av primærhelsetjenesten, hvor man søker i størst mulig grad å løse oppgaver på lavest effektive nivå.

Det ligger imidlertid en risiko knyttet til at man i slike systemer kan svekke den personlige og kontinuerlige relasjonen mellom den enkelte pasient og dennes lege.

I en norsk sammenheng kunne man tenke seg en regional organisering av allmennmedisinsk virksomhet med utgangspunkt i de regionale helseforetakene eller helseforetakene. Man ville da kunne etablere *allmennmedisingrupper* med en viss størrelse og med en tydeligere ledelse som kunne lede innad i gruppen og som kunne fungere som bindeledd opp mot samarbeidende kommuner og helseforetak. Allmennmedisingruppene ville ha et felles ansvar for en definert befolkning (listene).

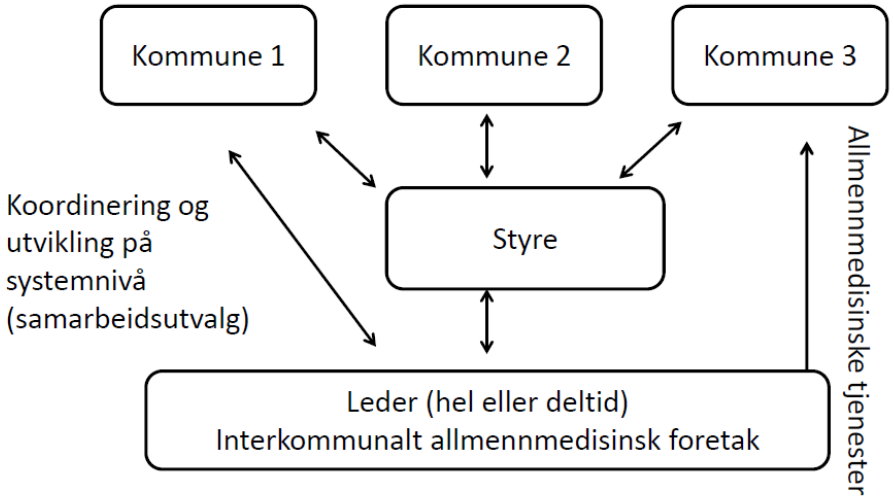
UTKAST



Det ville være mulig å ha differensierte roller for legene internt i en slik gruppe, slik at man som kollegium hadde noen personer med spesialkompetanse i tillegg til den generelle kompetansen (eksempelvis spesialkompetanse på kvalitetsforbedring eller e-helse). En større organisasjon ville også kunne gi mer fleksibilitet for den enkelte lege (fødselspermisjoner, mulighet til fordypning, deltidsstillinger og infrastruktur og nettverk for forskning mv) og et større faglig fellesskap. Det vil være lettere å enes om faglige spørsmål, rutiner og pasientforløp ved at man i fellesskap utarbeider retningslinjer for håndtering av ulike pasientgrupper. Man vil kunne trekke veksler på analytisk kapasitet i systemet og data fra ulike deler av forløpet vil kunne studeres i en sammenheng. I en slik integrert modell ville man kunne ha leger som var ansatt, men det er også mulig å tenke seg at man videreførte et system med kontrakter og lister internt i den enkelte gruppe.

(3) Interkommunalt allmennmedisinsk foretak

Det er mulig å tenke seg en organisering av allmennmedisinsk virksomhet hvor man etablerte formaliserte nettverk eller interkommunale allmennmedisinske foretak (med et styre) på tvers av kommuner. Det eksisterer i dag slikt interkommunalt samarbeid f.eks. knyttet til legevaktsoppgaver. Samarbeidet kunne utvides til å omfatte andre sider ved allmennmedisinsk virksomhet, hvor man utviklet større enheter som tok et helhetlig ansvar for den allmennmedisinske virksomheten og befolkningen (listene) i et gitt område. Det er mulig å tenke seg at private aktører kunne, på oppdrag fra kommuner, etablere slike virksomheter og ta ansvar for å levere ulike typer legetjenester.



Nettverk og sammenslutninger vil på samme som etablering av allmennmedisingrupper i det integrerte helsesystemet gi grunnlag for tydeligere ledelse innad og utad opp mot samarbeidende kommuner og helseforetak. En større organisasjon vil slik som i det integrerte systemet kunne gi mer fleksibilitet for den enkelte lege (fødselspermisjoner, mulighet til fordypning, deltidsstillinger og infrastruktur og nettverk for forskning mv) og et større faglig fellesskap. Det ville være mulig å ha differensierte roller internt i en slik gruppe, slik at man som kollegium hadde noen personer med spesialkompetanse i tillegg til den generelle kompetansen. Det vil kunne være lettere å enes om faglige spørsmål, rutiner og pasientforløp ved at man i fellesskap utarbeider retningslinjer for håndtering av ulike pasientgrupper. Man vil kunne trekke veksler på analytisk kapasitet i systemet og data fra ulike deler av forløpet vil kunne studeres i en sammenheng.

Oppsummering

Befolkningen angir stor tilfredshet med sin fastlege. Det er likevel en utfordring både for kommunehelsetjenesten og fastlegene at de mange steder i for liten grad er for svakt integrert og involvert i den øvrige kommunale helsetjenesten. Kommuneoverlege-funksjonen synes dessuten mange steder å være marginal. Utviklingen av den nye primærhelsetjenesten vil ikke være mulig uten involvering av leger. Her ligger en utfordring for legene som gruppe og myndighetene.

Legegruppen kan selv styrke egen ledelseskapasitet gjennom indre organisering og kompetanseutvikling, og kommunene kan utvikle og styrke sin rolle som kontraktør og arbeidsgiver. Kommune kan også bidra til å styrke kommuneoverlegefunksjonen. Det er historisk og politisk betinget at vi har organisering allmennmedisinsk virksomhet på den måte vi har gjort – innen rammen av den kommunale organisasjon. Man kan se for seg en

organisering hvor man løsrive allmennmedisinsk og samfunnsmedisinsk virksomhet fra den enkelte kommune og heller organiserer slike tjenester i regionale allmennmedisingrupper under regionale helseforetak eller helseforetak. Man kan også organisere allmennmedisinsk virksomhet i interkommunale allmennmedisinske foretak eller andre former for organisasjoner.

Større organisatoriske enheter vil kunne bidra til en styrket ledelsesfunksjon i enheten, noe som i neste runde kan bidra til bedre koordinering og samarbeid med samarbeidende kommuner på systemnivå. Større enheter vil kanskje være mer attraktive og sikre legedekning, kompetanseutvikling og rekruttering. Koordineringen på tjenestenivå og kommunale eierskap kan imidlertid svekkes ved etablering av større enheter som etableres på utsiden av den enkelte kommune.

UTKAST

Ledelseslitteratur

Det er en rekke ulike innfallsvinkler til fenomenet ledelse (15–17). Jeg vil innledningsvis sondre mellom nøkkelbegreper som ledelse, administrasjon og styring.

Ledelse

På et overordnet nivå kan vi si at *ledelse* handler om å etablere mål og et bilde av hvor man skal og å sette dette målet i en større sammenheng, samt at man som leder må ta ansvar for at det utvikles strategier for å nå målet. Ledelse handler også om å kommunisere hvor man skal og hvordan man skal nå målet, etablere felles oppfatninger, bygge lagånd og oppslutning internt og eksternt. En leder må videre kunne bidra til å utløse kreativitet, og må kunne motivere og inspirere medarbeidere, samt håndtere avvik og nye problemstillinger som oppstår. En leder kan være i en *formell* lederrolle eller kan være en *uformell leder*. Tilordning av autoritet kan dels være betinget av den formelle rollen, men vil også avhenge av om man i kraft av sine egenskaper og i møtet med medarbeiderne gjør seg fortjent til å bli *autorisert* – som leder. I gitte situasjoner kan det oppstå en eller flere *spontane ledere* som viser lederskap – tar ansvar for å peke ut retning og mobiliserer til innsats.

Administrasjon

Administrasjon eller administrering handler om å planlegge, budsjettere, allokere ressurser, etablere struktur og organisere og sørge for at det etableres administrativere systemer, rutiner, regler og prosedyrer. Grenseoppgaven mellom en leder og en administrator er ikke alltid like enkel å trekke. I noen sammenhenger er det også vanlig å snakke om administrative ledere.

Leder eller administrator, eller begge deler?

Ledelsesteoretikeren Abraham Zaleznik ga i en klassisk artikkel fra 1977 uttrykk for at ledere og administratorer var to vidt forskjellige grupper i en organisasjon (18). En annen forfatter, John Kotter, pekte i 1990 på den samme spenningen mellom disse to rollene (19), men i motsetning til Zaleznik mente Kotter at en og samme person i teorien kunne ivareta disse to funksjonene. Andre, slik som Henry Mintzberg, vil mene at ledelse ikke kan defineres i kontrast til administrasjon og at ledelse er en av flere roller som knytter seg til det å være «manager» (20). Hva man definerer som ledelse versus administrasjon vil dels være bestemt av hvilket teoretisk perspektiv man anlegger og størrelsen på organisasjonen det er snakk om. I mindre virksomheter vil lederen typisk inneha rollen som både leder og administrator. Forskning om ledelse blant norske sykehusledere viser at en utfordring kan være å sikre tilstrekkelig tid til å ivareta de typiske lederoppgavene (21). Typisk vil en leder delegere til andre eller få administrativ støtte og avlastning til å ivareta administrative oppgaver, men innen en enhetlig ledelsesmodell vil det være lederens ansvar å tilse at det administrative arbeidet er godt nok.

Styring

Styring betegner en form for ledelse/administrasjon som finner sted gjennom upersonlige systemer og styringsverktøy (22). Selv om man på et overordnet nivå kan si at styring er en form for ledelse, kan det være viktig å være bevisst bruken av begreper. Det å utøve ledelse eller å vise lederskap er en personlig fundert aktivitet – lederen eller lederne er en person eller en gruppe personer man kan forholde seg til. Politikere utøver ledelse på et overordnet nivå når de vedtar en ny lov eller statsbudsjettet, men det er kanskje mer presist i en del sammenhenger å snakke om juridisk/økonomisk styring om effektene av en slik politisk ledelse ned i virksomhetene. Eksempelvis kan det å implementere lover og få medarbeidere i en organisasjon til å handle i tråd med disse representere en ledelsesutfordring. Selv de mest sofistikerte styringssystemer vil være avhengig av ledere som makter å forklare og begrunne systemenes formål og funksjon overfor ansatte. I et landskap hvor ulike typer styringslogikk opptrer har lederen dessuten en viktig oppgave med å fungere som oversetter på tvers av ulike typer logikk, samt å peke ut en farbar vei der målkonflikter oppstår (for eksempel mellom økonomiske rammer, lovpålagte oppgaver og pasienters og medarbeideres ønsker).

Teorier om ledelse

Moderne begreper om ledelse oppstår og utbres med utviklingen av masseproduksjon i industrien, men begrepet «management» skriver seg antakelig fra 1500-tallet og fra det italienske ordet *maneggiare* (fra det latinske ordet *manus*) som ble brukt i betydningen å håndtere/ kontrollere en hest.

Frederik Taylor (1856-1915) publiserte for om lag hundre år siden verket *The principles of scientific management* (1911) hvor ideen om *oppgaven* står sentralt. Gjennom detaljerte beskrivelser av oppgavene, instruksjoner og standardiserte verktøy kan hver enkelt arbeider utføre en mindre oppgave som del av en større prosess. Arbeidstakeren måtte honoreres og følges opp individuelt, og det var lederens jobb å tydeliggjøre arbeidsoppgavene og å følge opp arbeiderne.

Et annet viktig bidrag til forståelsen av ledelse kom med Henri Fayol (1845-1921) som i verket *General principles of management* (1916) vektla viktige prinsipper for ledelse. Han understreket betydningen av enhetlig ledelse/autoritet og, i likhet med Taylor, pekte han på at lederens oppgave var å dele opp arbeidet. Fayol identifiserte dessuten på fem lederfunksjoner: organisering, planlegging, kommandere/lede, kontrollere og koordinere. Fayols tilnærming til ledelse var mer ovenfra og ned enn Taylors tilnærming. Felles for både Taylor og Fayol er ideen om lederen som den kunnskapsrike og arbeideren som en som må instrueres og kontrolleres.

UTKAST

(4) Human relations skolen

Tenkningen om ledelse ad modum Taylor og Fayol utfordres fra 1930-tallet gjennom resultatene fra produktivitetsstudier ved Hawthorne-fabrikken i årene 1924 til 1933, Illinois, USA. Studiene fant at endringer i det fysiske miljøet påvirket produktiviteten og man undersøkte også effekter av gruppedannelse og involvering. konklusjonen ble at medvirkning og involvering var viktige størrelser, og at det var *relasjonelle forhold* og ikke fysiske forhold som ga størst produktivitetsvekst. Denne forskningen ga opphav til det som er blitt kalt «human relations movement» innen ledelse.

Monotone arbeidsoppgaver som følge av mekaniseringen og standardiseringen resulterer i motivasjonsproblemer hos ansatte, og med basis i forskningen om menneskelige forhold kommer medarbeidernes motivasjon og jobbtilfredsstillelse i søkelyset. «Job enrichment» blir et begrep og det utvikles en tenkning sentrert rundt effekter relasjons- og oppgaveorientering mellom leder og ansatt.

(5) Ledelsesstiler – oppgaveorientering versus relasjonsorientering

Blake & Mouton er kjent for å lage et ledergitter (1964) som en matrise over ulike lederstiler langs to akser (relasjon/oppgave). Dersom en leder er lav både på relasjons- og oppgaveorientering vil vedkommende praktisere en «abdisert ledelse», mens en tilnærming med høy relasjons- og oppgaveorientering karakteriseres som teamledelse. En ledelse med ensidig oppgaveorientering karakteriseres som en autoritær og dominerende ledelse, mens en ensidig relasjonsorientering karakteriseres som «country club management». Einarsen og norske kollegaer har videreutviklet ledergitteret til å innbefatte en akse med lederatferd som er anti-medarbeider og anti-organisasjonen. De åpner med dette opp for en forståelse av at ledelse ikke alltid er noe positiv som du kan ha mer eller mindre av, men at ledelse i noen sammenhenger kan virke direkte negativt for medarbeideren eller organisasjonen. De kaller slik ledelse for «destruktiv» (23).

(6) Situasjonsbestemt ledelse

Det blir utover 1970-tallet økt oppmerksomhet om at medarbeidere har ulik grad av modenhet med hensyn til vilje og kompetanse. Man tenker seg at en god leder er en leder som er i stand til å være fleksibel med hensyn til stil og tilpasse sin ledelse til medarbeiderens modenhet. Ut fra en slik erkjennelse utvikles begrepet om «situasjonsbestemt ledelse». Det finnes ulike begreper om situasjonsbestemt ledelse (såkalte «contingency theory»), men hovedprinsippet er at en medarbeider som har sterk vilje/motivasjon ikke trenger motivering eller støtte, og at en kompetent medarbeider ikke trenger instruksjon i hvordan man skal gjøre en oppgave. Hvis en kompetent medarbeider mangler motivasjon kan det imidlertid være viktig med støtte. Blant ulike bidrag innen dette feltet er kanskje bidraget til Hersey & Blanchard (24) mest kjent. De peker på fire ulike ledelsestilnærminger:

- *Instruerende ledelsestilnærming:* Egner seg når medarbeiderne har lite kompetanse, men er motivert. Lederen følger nøye opp.
- *Selgende/rådgivende ledelsestilnærming*: Tilnærmingen brukes når medarbeiderne har lav til middels kompetanse og motivasjon. Lederen må følge opp underveis.
- *Deltakende ledelsestilnærming*: Egner seg når medarbeideren er kompetent, men lite motivert. Beslutninger treffes i fellesskap og lederen gir emosjonell oppmuntring og støtte underveis.
- *Delegerende ledelsestilnærming:* Egner seg når medarbeideren er kompetent og motivert. Lederen delegerer oppgavene og medarbeideren planlegger sitt eget arbeid. Lederen kontrollerer bare av og til.

Et hovedpoeng med situasjonsbestemt ledelse at lederen må identifisere hvor den enkelte medarbeider befinner seg i relasjon til en bestemt oppgave. Eksempelvis kan en instruerende tilnærming bli helt feil dersom problemet hos medarbeideren ikke er manglende kompetanse, men sviktende motivasjon – da vil en deltakende og støttende tilnærming være mer egnet. Den gode leder innen en slik tilnærming er en leder som evner å være fleksibel med hensyn til egen stil og tilnærming til medarbeidere.

(7) Transformasjonsledelse

En ny retning innen ledelse er transformasjonsledelse hvor lederens atferd og evne til inspirasjon og individuell oppfølging står sentralt. Det er vanligvis fire elementer som inngår i denne formen for ledelse (25, 26):

- *Idealisert innflytelse*: Lederen er en inspirerende (karismatisk) rollemodell for sine medarbeidere
- *Inspirerende motivasjon*: Lederen inspirerer medarbeiderne til å akseptere og strekke seg mot felles, utfordrende mål
- *Individuell omtanke*: Lederen skaper en trygg og støttende kultur og felleskap gjennom å vise personlig respekt og vise oppmerksomhet ovenfor medarbeiderne
- *Intellektuell stimulering*: Lederen oppfordrer medarbeiderne sine til å være innovative og kreative for på den måten utvikle seg selv

Transformasjonsledelse settes gjerne i kontrast til transaksjonsledelse som ser ledelse som en bytterelasjon (eksempel positiv belønning ved innsats eller manglende avvik, evt. negativ oppmerksomhet når det begås feil eller avvik). Transformasjonsledelse vil være sentrert rundt lederens personlighet. Innen litteraturen om ledelse er en slik ledelsestilnærming assosiert med bedre resultater i forbindelse med endringer, hvor den riktige leder kan hente ut potensialet og mobilisere medarbeidere, men er ikke nødvendigvis overlegen andre tilnærminger i en mer regulær driftssituasjon.

UTKAST

(8) Distribuert ledelse

I litteraturen er begreper om distribuert ledelse brukt for å karakterisere en tilnærming til ledelse som står i kontrast med tilnærminger som sentrerer seg om den enkelte leder som person og lederens atferd. Innen en distribuert tilnærming til ledelse («distributed leadership») oppfattes ledelse mer som en *kapasitet* eller som prosesser i en organisasjon, gruppe eller i et kollektiv (27).

En organisasjon med høykompetente medarbeidere som selv har evne til å ta beslutninger vil sannsynligvis fungere bedre med en distribuert ledelsesmodell («frihet under ansvar»). Distribuert ledelse utelukker at det finnes formelle ledere, men de kan – fordi medarbeiderne er både kompetente og motiverte – ha en delegerende tilnærming.

En kultur for distribuert ledelse innebærer ikke at enhver medarbeider står fritt til å gjøre det de selv finner for godt, men forutsetter at medarbeiderne har tilstrekkelig kompetanse og motivasjon og at de har innsikt i virksomhetens overordnede mål og rammer. Organisatoriske hindre, konflikter mellom ulike profesjonelle grupper og manglende kompetanse innen teamarbeid og konflikthåndtering kan være hindre for at distribuert ledelse fungerer i praksis (28, 29). Begrepet «delt ledelse» (shared leadership) er en variant av distribuert ledelse og er brukt om en situasjon hvor et kollektiv tar ansvar for ivaretakelse av lederfunksjonene.

Helsevesenet, og i særlig grad de medisinske delene av virksomheten, vil kunne karakteriseres som en høykompetansevirksomhet, hvor mange viktige beslutninger må tas på et operativt nivå. Innen National Health Service i Storbritannia har ledelsesfilosofien de siste årene vært basert på et begrep om distribuert ledelse (30), men modellen har også blitt kritisert bl.a. for å skape utydelighet om ansvar og hvem som er lederen i ulike sammenhenger (28).

Teamledelse

Organisering av arbeid i team er blitt mer vanlig i arbeidslivet, ikke minst i helsevesenet. Tanken om teamarbeid står eksempelvis sentralt i *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (11). Dels er ønsket om å dyrke frem en kultur for teamarbeid en følge av spesialiseringen som gjør at få har breddekompetanse på et tilstrekkelig avansert nivå, og at man står overfor kompliserte og komplekse problem som krever ulike typer kompetanse for å løses eller håndteres. Det kan være nyttig å sondre mellom grupper og team. En gruppe er en samling mennesker, mens et team er en gruppe som står overfor en felles oppgave og hvor det eksisterer en avhengighet internt i gruppen, hvor medlemmenes bakgrunn og kompetanse utfyller hverandre.

Etablering av grupper og team tar som regel tid. Bruce Tuckman beskrev hvordan grupper gjennomgår ulike faser i utviklingen til å bli velfungerende grupper/team (31): Dannelses-, konflikt-, normetablerings- og ytelsesfasen (på engelsk: forming, storming, norming, and performing). Det vil mao inntreffe et prosesstap som følge av den interne koordinering som nødvendigvis vil måtte finne sted. Dette er beskrevet hos andre, inkludert Katzenbach & Smith (32).

Amy Edmondson (33) vektlegger betydningen av psykologisk sikkerhet i organisasjoner generelt og team spesielt, og mener at en kultur for åpenhet hvor man kan dele tanker uten frykt for sanksjoner er viktig for organisasjonen og kvaliteten på prosessene og produktet. Hun peker dessuten på at teamdannelse er en prosess, et team kan bli mer eller mindre effektivt over tid, og hun har introdusert begrepet «teaming» for å understreke at team ikke er statiske størrelser. Jody Gittell som har forskningsbakgrunn fra flyindustrien, men som de senere år har arbeidet med helsevesenet, har utviklet begrepet *relasjonell koordinering* for å beskrive en praksis som er assosiert med høy ytelse i team (34). Relasjonell koordinering handler om å utvikle felles forståelse av mål, kunnskapsbasen og utvikle respekt for ulike roller og aktører. Interaksjon som er hyppig, til rett tid og kommunikasjon som er presis og orientert mot å løse problemer med assosiert med bedre relasjonell koordinering.

Team er ikke alltid den mest effektive arbeidsformen og det er derfor viktig ikke umiddelbart å gripe til en teamorganisering, men kritisk vurdere om dette er en oppgave som løses best av enkeltpersoner, evt. enkeltpersoner i serie. Samtidig er det oppgaver som ikke kan løses annet enn ved at det etableres team (operasjonsteam og akuttmedisinske team), og ved endringer av prosedyrer og rutiner vil det være nødvendig at de som berøres er involvert i prosessene. Hvis team har for mange medlemmer (som regel bør ikke team ha mer enn 5-8 medlemmer) kan prosesstapet bli betydelig og det vil kunne ta lengre tid før man kommer i ytelsesfase. Engasjementet og bidraget til den enkelte synker med et økt antall medlemmer og ansvaret for fellesoppgaven reduseres (35). I noen sammenhenger hvor det er viktig at mange aktører involveres kan det kanskje være mer hensiktsmessig å etablere en arbeidsgruppe/team og en referansegruppe, evt. dele arbeidet opp i undergrupper/team.

Litteraturen om team og effekter av flerfaglige team i helsevesenet er begrenset, men det belegg for å si at flerfaglige team kan bidra til å bedre prosesser og resultater (36). I enkelte settinger, slik som i en akuttmedisinsk sammenheng, vil delt ledelse kunne fungere godt (37). I andre settinger vil kanskje fravær av tydelig ledelse i teamet kunne gi unødvendig prosesstap og medvirke til konfliktdannelse og at teamets ikke oppnår sine mål (38, 39).

Ledelse – oppsummert

Hvilke lærdommer om ledelse kan hentes fra andre områder, og hva er unikt for ledelse av allmennlegetjenesten? Ett etablert syn på ledelse er at ledelse på et overordnet nivå handler om at person eller en gruppe evner å engasjere og inspirere andre mennesker til å ville jobbe mot et felles mål. En leder må ha innsikt i og kunne beherske midler og styringsverktøy som er akseptable og gjeldende i en gitt situasjon. I og med at verdier, etiske normer og rettsregler varierer på tvers av ulike kulturer og samfunn vil en leder måtte kjenne og beherske de sosiale og formelle spillereglene i det samfunnet eller i den virksomheten vedkommende befinner seg i. Skandinaviske land er spesielle ved at arbeidslivet preges av en egalitær kultur, og hvor det gjennomgående er mindre aksept for en autoritær ledelsesstil enn i mange andre land. Bestemte deler av helsevesenet vil dessuten ha ulike kulturer med hensyn til ledelse, hvor det er å forvente at aksepten for hierarkiske ledelsesstrukturer vil være mindre i allmennmedisinsk praksis, hvor legen har større grad av profesjonell autonomi, enn i en sykehusorganisasjon.

En viktig innsikt fra ledelsesteorien er at det ikke finnes én tilnærming som er best og som passer på tvers av situasjoner. En god leder vil nettopp utvise god situasjonsforståelse, ha god innsikt i egne reaksjonsmåter og ha evne til innlevelse med hensyn til sine medarbeidere (emosjonell intelligens). Generelt vil man likevel kunne si en tilnærming hvor lederen (eller styringssystemet) kun gir oppmerksomhet når det er begått et avvik eller kun gir negative tilbakemeldinger vil være mindre effektiv enn en stil hvor lederen interesserer seg for den enkelte medarbeider, gir positive tilbakemeldinger og evner å formidle mål og en overordnet ide eller visjon for virksomheten. Gode administrative systemer, samstemte styringsverktøy og lett tilgang til virksomhetsdata vil dessuten kunne understøtte utøvelsen av ledelse. Samtidig er det avgjørende at ledere har nødvendig administrativ støtte slik at de får nødvendig tid til å utøve ledelse. Med hensyn til ledelse av leger vil også leger ha ulik grad av motivasjon og kompetanse, noe som dels er betinget i livssituasjon og erfaring. Her kan begreper om situasjonsbestemt ledelse være nyttig for å reflektere over hvilken tilnærming som er egnet i en gitt situasjon.

Detaljstyring av arbeidsoppgaver, instruksjon og kontroll fungerer erfaringsmessig dårlig overfor kompetente, profesjonelle medarbeidere, slik som i helsetjenesten. Ledelse kun basert på avvik er tid- og oppmerksomhetskrevende. Det vil være mer hensiktsmessig å dyrke frem ansvarsbevissthet hos medarbeidere og etablere en kultur preget av tillit og ansvarlighet. En virksomhet hvor lederen anerkjenner en lærende, trygg og støttende kultur, og hvor det er åpenhet for nye ideer, vil være bedre egnet til å skape bedre resultater enn en virksomhet hvor medarbeiderne opplever utrygghet, lite toleranse for innspill, manglende deltakelse og ulike former for straff ved avvik (40).

Det synes å være tradisjon for en distribuert eller delt ledelse i allmennmedisinske enheter. En slik tilnærming kan fungere bra i mange faglige sammenhenger, men kan også bidra til fragmentering av ledelsen med hensyn til komplekse organisatoriske spørsmål og kommunikasjon utad. Når leger påtar seg lederroller for andre grupper helsepersonell eller hjelpepersonell vil det være større sjanse for at man lykkes i rollen som leder om man har kjennskap til grunnleggende begreper om ledelse, administrasjon og har forståelse for styringen og reguleringen av helsevesenet.

Litteratur

1. Schiøtz A. *Doktoren: Distriktslegens historie 1900–1984*. Oslo: Pax, 2003.
2. Meld. St. 11 (2015–2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019).* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
3. Pettersen BJ, Dag Hofoss. Are public health physicians fading out of management? *Eur J Public Health* 2007; 17: 642–645.
4. Spehar I, Sjøvik H, Karevold KI et al. General practitioners' views on leadership roles and challenges in primary health care: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care* 2017 (in press).
5. Hana J, Rudebeck CE. Leadership in rural medicine: The organization on thin ice? *Scand J Prim Health Care* 2011; 29: 122–8.
6. Agenda Kaupang. *Kommunal legetjeneste – kan den ledes?* Rapport R9010. Stabekk: Agenda Kaupang, 2016.
7. Gray, A., Harrison, S. (2004). *Governing medicine: theory and practice*. Maidenhead: Open University Press.
8. St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
9. Meld. St. 9 (2012–2013). *En innbygger – en journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
10. Meld. St. 10 (2012–2013). *God kvalitet – trygge tjenester*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

UTKAST

11. Meld. St. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

12. Lee TH, Cosgrove T. Engaging doctors the health care revolution. *Harv Bus Rev* 2014; 6: 104–17.

13. Halvorsen PA, Steinert S, Aaraas IJ. Remuneration and organization in general practice: Do GPs prefer private practice or salaried positions? *Scand J Prim Health Care* 2012; 30: 229–233.

14. Maartmann-Moe K. Fastlegene i ledelsen! *Utposten* 2009; nr. 2: 31–34.

15. Northouse PG. *Leadership: theory and practice*. London: Sage, 2016.

16. Arnulf JK. *Hva er ledelse*. Oslo: Universitetsforlaget, 2012.

17. Jacobsen DI, Thorsvik J. *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget. 2013.

18. Zaleznik A. Managers and Leaders: Are They Different? *Harv Bus Rev* 1977; 55 (nr. 3): 67–76.

19. Kotter JP. What leaders really do. *Harv Bus Rev* 1990; 68 (nr. 3): 103–11.

20. Mintzberg H. *Mintzberg on management: inside our strange world of organizations.* New York: The Free Press, 1989.

21. Spehar I, Frich JC, Kjekshus LR. Clinicians' experiences of becoming a clinical manager: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2012; 12: 421.

22. Frich JC, Nordby G. Ledelse – en skapende logikk? I: Botten GS, Frich J, Hagen TP et al. *Helsetjenestens nye logikk.* Oslo: Akademika forlag, 2014: 25–33.

23. Einarsen S, Aasland MS, Skogstad A. Destructive leadership behaviour: A definition and conceptual model. *Leadersh Q* 2007; 18: 207–216.

24. Hersey P, Blanchard KH. *Management of organizational behavior: utilizing human resources.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1977.

25. Bass BM. *Leadership and performance beyond expectations.* New York: Free Press, 1985.

26. Bass BM, Avolio BJ. *Improving organizational effectiveness through transformational leadership.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994.

27. Bolden R. Distributed leadership in organizations: A review of theory and research. *International Journal of Management Reviews* 2011; 13: 251–269.

UKAST

28. Martin G, Beech N, MacIntosh R et al. Potential challenges facing distributed leadership in health care: evidence from the UK National Health Service. *Sociol Health Illn* 2015; 37: 14–29.

29. Swanwick T, McKimm J. *ABC of clinical leadership*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2010.

30. Gordon LJ, Rees CE, Ker JS, et al. Leadership and followership in the healthcare workplace: exploring medical trainees' experiences through narrative inquiry. *BMJ Open* 2015;5:e008898.

31. Tuckman BW. Developmental sequence in small groups. *Psychol Bull* 1965; 63: 384–399.

32. Katzenbach JR, Smith DK. *The wisdom of teams: creating the high-performance organization.* Boston, MA: Harvard Business School Press, 1993.

33. Edmondson AC. *Teaming: how organizations learn, innovate, and compete in the knowledge economy.* San Fransico, CA: Jossey-Bass, 2012.

34. Gittell JH. *High performance healthcare: Using the power of relationships to achieve quality, efficiency, and resilience*. New York: McGraw Hill, 2009.

35. Bang H. Effektivitet i lederteam - hva er det, og hvilke faktorer påvirker det? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2008; 45: 2–16.

36. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2009: CD000072.

37. Brandstorp H, Kirkengen AL, Sterud B et al. Leadership practice as interaction in primary care emergency team training. *Action Research* 2015; 13: 84–101.

38. van Dongen JJJ, van Bokhoven MA, Daniëls R et al. Interprofessional primary care team meetings: a qualitative approach comparing observations with personal opinions. *Fam Pract* 2017; 34: 98–106.

39. van Dongen JJJ, Lenzen SA, van Bokhoven MA. Interprofessional collaboration regarding patients' care plans in primary care: a focus group study into influential factors. *BMC Fam Pract* 2016; 17: 58.

40. Garvin DA, Edmondson AC, Gino F. Is yours a learning organization? *Harv Bus Rev* 2008; 86(3): 109–16, 134.

UTKAST

Vedlegg 1: Historien bak dagens utfordringsbilde

I dette kapittelet gis en kortfattet historisk oversikt over premissene for organisering og ledelse i dagens primærhelsetjeneste. Først følger en del som redegjør for kommunale helse- og omsorgstjenester generelt, før blikket vendes mot utviklingen av fastlegeordningen spesielt.

Perioden 1982 til 2000

Før lov om helsetjenesten i kommunene trådte i kraft 1. april 1984 var de kommunale helsetjenestene ledet av den offentlige legen, distrikts- eller stadslegen, og stadsfysikus i Oslo, med hjemmel i sunnhetsloven av 1860. Ledelsesspennet begrenset seg i hovedsak til hygiene og folkehelsearbeid gjennom helserådets beslutninger og helsestasjonens virke. Privat legepraksis var lite regulert - en lege kunne slå seg ned hvor som helst og starte sin praksis som allmennlege eller spesialist og sende regninger til trygdekontoret, kun forutsatt av at man hadde varslet den offentlige lege om etableringen. Kommunenes Sentralforbund hadde akseptert et ansvar for å organisere legevakt i 1982, men i hovedsak var dette fortsatt bygget på kollegialt forvaltede ordninger, med unntak av i de store byene.

Sykehjemmene var inntil 1988 eiet av fylkeskommunene, og hjemmesykepleie var et dagtidstilbud med variabel dekningsgrad. Aldershjemmene var en del av sosialtjenesten med sitt eget lovverk. Kommunale helse- og sosialstyrer med politisk valgte ledere og medlemmer var blitt den anbefalte styringsmodell for fremtiden.

Da kommunehelseloven trådte i kraft i 1984 innebar dette en endret styringsmodell. Alle tjenestene skulle bli et kommunalt ansvar. Lovendringene skapte risiko for fragmentering, gjennom svekkelsen av den offentlige legens styring og ledelse. Legeforeningen ga i sine høringssvar til lovarbeidet uttrykk for skepsis mot den kommunale styringsmodellen av helse- og omsorgstjenesten, som var uten en klar medisinskfaglig ledelse.[43]

Særlig pleie- og omsorgstjenester fikk en voldsom utvikling i ti-årene etter. Antallet sysselsatte i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene ble tredoblet - fra ca. 50.000 i 1987 til nærmere 140.000 i 2016[44]. Det oppstod derved et behov for mer og bedre ledelse for å sikre befolkningen tilgang til helse- og omsorgstjenester innenfor vedtatte økonomiske rammer. Kommunehelseloven av 1982 ga den enkelte kommune et "sørge for"-ansvar, hva gjaldt planlegging, organisering og drift av helsetjenesten der. En vesentlig del av finansieringen kom som rammetilskudd fra staten, men kommunene stod relativt fritt til å utforme tjenesten tilpasset lokale forhold.

Utover 90-tallet ble pleie- og omsorgstjenesten i økende grad preget av nye krav til transparens, innsyn og klagerett på kommunale vedtak. Dette medførte stadig høyere

[43] Skaset M: I gode og onde dager. De norske legene og staten 1945-2000. Avhandling for den medisinske doktorgrad UiO 2006 s. 252
[44] www.ssb.no/kostra

dokumentasjonskrav i pleie- og omsorgssektoren, som ble koblet med stram økonomistyring[45]. En typisk løsning i kommunene ble bestillerkontoret. Her blir pleie- og omsorgstjenester tildelt i form av enkeltvedtak med hjemmel i forvaltningsloven. Den direkte dialogen om den enkelte pasients behov som hjemmesykepleiere og allmennleger hadde hatt ble flyttet ut av det kliniske rommet. Mange av de mest erfarne hjemmesykepleierne forlot klinisk praksis til fordel for arbeid på bestillerkontorene.

Sammenliknet med pleie- og omsorgstjenestene utviklet legetjenestene seg både ledelsesmessig, finansielt og personellmessig svakt. Flere forhold bidro til dette. Med innføring av driftstilskuddsordningen fra 1984 var enhver ny allmennlege blitt en netto kostnad for kommunene. Det var heller ingen økonomisk oppside for kommunene i å utvikle legetjenestene innenfor det nye lovverket. På toppen av det hele var det ingen økonomisk nedside ved å la være å gjøre det, fordi kommunenes økonomi ikke ble påvirket av forbruket av spesialisthelsetjenester.

I St.meld. nr. 36 (1989—90) "Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane" ble det vist til bare en svak vekst – ca 10%- i antall allmennlegeårsverk i kommunene i de fem årene som var gått etter innføring av lov om helsetjenesten i kommunene. Ambisjonene om en styrket og bedre koordinert allmennlegetjeneste ble beskrevet som ikke oppfylt, til tross for at en stor del av allmennlegetjenesten nå var basert på kommunalt ansatte allmennleger.

Det var fortsatt vekst i andelen allmennleger som var kommunalt ansatte frem til 1994, hvor 40% av landets allmennleger var kommunale lønnsmottakere. I mange kommuner var det da helsekøer ved allmennlegekontorene, flere hundre stillinger stod ledige i utkantkommuner og stabiliteten i allmennlegekorpset var svak.

De høye forventningene til nytt lovverk ble bl.a. løftet frem av en sentral utreder, professor Tor Inge Romøren. Han skrev i 1984 om kommunehelseloven: *«Den er et radikalt og dristig forsøk på å gi lokalforvaltningen hovedansvaret for helsetjenesten utenfor institusjon. Den gir mulighet til å samordne helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnene bedre, og den gir en mulighet til å skape en bedre balanse i hele vårt helsevesen»*[46]. Til tross for høye forhåpninger er det i ettertid ikke vanskelig å se at reformene som fulgte av lovendringene i 1984 ville føre til fragmentering og en ikke-helhetlig utvikling av tjenestetilbudet.

Reformer på 2000-tallet

Utover 2000-tallet gav Wisløff-utvalget viktige innspill til hvordan relasjonen mellom første- og andrelinjetjenesten kunne utvikles. Utvalget ble nedsatt av den daværende regjering i 2003 for å undersøke hvordan de ulike delene av helsetjenestene samarbeidet, og eventuelt foreslå endringer. Utvalget la frem rapporten NOU 2005:3 «Fra stykkevis til helt» i februar 2005, for

[45] Vabø, M. (2012). Norwegian home care in transition–heading for accountability, off-loading responsibilities. Health & social care in the community, 20(3), 283-291.

[46] Romøren TI: Legemakt og samfunnsstyring. Artikler om helsevesen og helsepolitikk. Pax forlag 1984

helse- og omsorgsminister Ansgar Gabrielsen i Bondevik II regjeringen. Rapporten hadde en lang rekke tiltaksforslag, som siden inngikk i grunnlagsmaterialet til Samhandlingsreformen.

St.meld. 47 (2008-2009) "Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid" satte et tydelig fokus på kommunenes ansvar for å bidra til en bærekraftig og kostnadseffektiv helsetjeneste. Virkemidlene som ble valgt var først og fremst en transaksjonsøkonomi knyttet til pasienter innlagt i sykehus, herunder kommunal medfinansiering av innleggelser i somatiske sykehusavdelinger. (Denne medfinansieringen ble siden avviklet av Regjeringen Solberg). Kommunene responderte ved å geare opp aktiviteten i hjemmesykepleie og i sykehjem. Legetjenesten ble i liten grad påvirket av de valgte virkemidlene, og ble stående "på utsiden" av reformen.

Etter samhandlingsreformen adresserte den neste stortingsmeldingen primærhelsetjenesten. Meld. St. 26 (2014-2015) "Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet". Meldingen pekte på at kommunale helse og omsorgstjenester har blitt store og komplekse virksomheter, og at de lovpålagte kravene til virksomheten krever kompetente ledere på alle nivåer. Meldingen pekte på lav ledertetthet og lav lederkompetanse i sektoren[47]. Meldingen drøftet ikke den ressurs- og ledelsesmessige ubalanse mellom omsorg og medisin i kommunene.

Fastlegeordningen – et forsøk på statlig ledelse

Et nasjonalt organisert listepasientsystem med næringsdrift som hovedmodell ga et kraftig løft i tilgjengelighet og kontinuitet i de allmennmedisinske tjenestene. Dette var Fastlegeordningen, som ble satt i drift fra 1. juni 2001.

Modellen med kommunalt eierskap og ansatte allmennleger hadde i mange kommuner ført til store utfordringer allerede på slutten av 80-tallet, med rekrutteringsproblemer og for liten kapasitet. En erkjennelse av at den kommunale selvstyremodellen fra 1984 ikke hadde ført til en nasjonal utbygging av en allmennlegetjeneste med god tilgjengelighet førte til det nasjonale fastlegeforsøket fra 1993 til 1997. Fire kommuner deltok, Tromsø, Trondheim, Åsnes og Lillehammer. Forsøket viste at et listepasientsystem med avtalebasert privat praksis førte til bedret tilgjengelighet og stabilitet i allmennlegekorpset i kommunen. Helsekøene som hadde oppstått også i allmennlegetjenesten forsvant i forsøkskommunene.

Målet med Fastlegeordningen var å styrke allmennlegetjenesten til befolkningen og unngå stadige legebytter – såkalt ”legeshopping”. Fastlegeordningen skulle bidra til kontinuitet i lege/pasientforholdet, som ansees viktig for effektiv og riktig behandling. Dokumentasjon, epikriser og journalnotater skulle samles hos fastlegen. Fastlegen skulle være særlig sentral for personer med kroniske sykdommer og psykiske lidelser, samt for funksjonshemmede og pasienter under rehabilitering.

[47] Meld. St. 26 (2014-2015) "Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet", side 17

Disse målene ble i stor grad innfridd[48]. Befolkningen fikk utvidete pasientrettigheter gjennom muligheten til å velge fastlege, og å bytte fastlege to ganger i året. Fastlegen, på sin side, forpliktet seg til å sørge for helsetjenester til personer på sin liste. Maksimal listelengde ble satt til 2 500 personer. (Gjennomsnittlig listelengde er i dag ca 1130.)

Finansieringen av tjenestene i fastlegeordningen er tredelt. Deler av finansieringen er lagt inn det såkalte pro capita-tilskuddet, en fast sum pr innbygger på listen pr år. Denne utbetales av kommunen. Dessuten mottar fastlegen aktivitetsbasert finansiering fra HELFO basert på takstene i Normaltariffen, samt egenandeler fra pasientene.

De fleste fastleger har meget god tilgjengelighet overfor sin listepopulasjon. Statistisk sentralbyrå påpeker at ca. halvparten av kontaktene håndteres samme dag som de er generert[49]. Sett hen til situasjonen før 2001 innebærer dette at en av hovedutfordringene, tilgjengelighet til allmennlegen, langt på vei ble løst.

Etter 2001 har fastlegeordningen ikke hatt noen finansiell utvikling utover den alminnelige lønns- og kostnadsvekst. Fastlegene har i samme periode profesjonalisert driften av legesentrene for å tilby gode og kostnadseffektive tjenester innenfor en uendret økonomisk ramme. Økte krav fra både myndigheter og befolkning, det økte antallet eldre og multisyke, og kravene til samhandling har vært forsøkt ivaretatt i balanse med fastlegeordningens primærformål, som er omsorgsfull helsehjelp til rett tid til den enkelte pasient på listen.

UTKAST

[48] Norges Forskningsråd 2006: Evaluering av fastlegeordningen.
[49] Rapporter 2007/15 Statistisk sentralbyrå 2007: SEDA – Sentrale data fra allmennlegetjenesten 2004-2006

UTKAST