Konferanserapport

Restaurering og nybygg – utvikling av legetjenestene i kommunene

Tromsø, 15.-16.november 2022

NASJONALT SENTER FOR DISTRIKTS MEDISIN

Norsk forening for allmennmedisin
DEN NORSKE LEGEFORENING

Allmennlegeforeningen
DEN NORSKE LEGEFORENING

Norsk samfunns-medisinsk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Nordland legeforening
DEN NORSKE LEGEFORENING

KS

Innhold

Sammendrag 3

Eksempler på forslag det var bred enighet om 3

Bakgrunn 4

Kurskomiteen 4

Konferanseprogrammet 5

Metode 6

Bevaring, nytenkning, ombygging, utbygging – nye og gamle verktøy presentert av kommuner med nyttige erfaringer 7

Kommuneoverlegene, allmennlegene og kommunen 7

Samarbeid om gode løsninger lokalt 8

Legevakt – fastlegeoppgave? Hva skal til? 8

Fleksible arbeidstidsordninger – kontinuitet og lokalkunnskap 10

Mulige ulemper ved rotasjonsordninger: 11

Sykehjemsleger – omsorgsboligleger – fastleger 11

LIS1-ventere (LIS0) i sykehjem 11

Legearbeid i Omsorg pluss-boliger 11

Fremtiden bygges med utdanning og forskning i kommunene 12

Grunnutdanning 12

Kvalitet 12

Finansiering 13

Mangel på praksisplasser 13

Desentralisert utdanning 13

Utenlandsstudenter 13

LIS1 proppen må løses 14

LIS1-ventere (LIS0) 14

ALIS 14

Veiledning 15

Forskning 16

Vikarer 17

Kompetanse 17

Kostnader/tidsbruk 18

Bivirkninger av vikarmarkedet 18

Rediscover the Joy of General Practice 19

E-helse i den kommunale legetjenesten – nærhet og avstand 19

IT-systemer 19

E-konsultasjoner (video, epost) 20

Forventninger 20

Noen håndteringsforslag: 21
Digitale hjelpemidler 21
Hva kan e-helse løse? 21
Videokonsultasjoner, hvorfor benyttes det så lite? 21
Risiko ved digital vurdering 21
Digital triagering 22
Noen bekymringer 22
Kvalitet, pasientsikkerhet og ansvar 23
Endring i helsepersonell-loven – hvordan kan kommunene organisere seg for å følge opp faglige pålegg? 23
Organisering 24
Statsforvalterens perspektiv 24
Kvalitetsarbeid på legekontoret, på legevakt, i sykehjem, på helsestasjon – felles sak for legene og kommunen? 24
Organisering/ledelse 24
Spesialistutdanning og kvalitet 25
Legekontor 26
Legevakt 26
Sykehjem 26
Hvordan kan kvalitetselementer brukes i differensiering av grunnfinansieringen (risikojustering av basistilskuddet)? 26
Finansiering for å understøtte kvalitet 26
Farer/bivirkninger 27
Vedlegg 28
Spørsmål til rundebords-diskusjonene 28
Bli-kjent-runden 28
Nybygg-bolken 28
Utdanning og forskning 28
Vikarer 28
E-helse osv 28
Kvalitet og pasientsikkerhet 28
Tidslinje for legetjenestene i kommunene 29

Sammendrag

150 deltakere fra hele landet – fastleger, kommuneoverleger, kommunale helseledere, studenter, folk fra statsforvalter, helsedirektorat, HOD, KS, Legeforeningen, universitetene m.fl – deltok på konferansen *«Restaurering og nybygg – utvikling av legetjenestene i kommunene»* på Ishavshotellet i Tromsø 15.-16.november 2022. Det ble en gedigen workshop der legetjenestene i kommunene ble belyst og diskutert fra mange ulike vinkler.

Noen måneder etter konferansen kom ekspertutvalgets rapport «Gjennomgang av allmennlegetjenesten». Mye av det vi diskuterte på konferansen er sentrale tema i ekspertutvalgets rapport. Deltakerne i rundebord-diskusjonene var erfarne fagfolk med lang fartstid. Meningene og innspillene var mange; en del tema var det stor enighet om, andre var mer motsetningsfylte. Denne rapporten viser derfor et komplekst bilde som kan bidra til videre arbeid med å utvikle allmennlegetjenesten.

Eksempler på forslag det var bred enighet om

Flere allmennleger

- Det må bli flere allmennleger, og finansiering av disse må sikres

Legevakt

- Legevakt må inn i totalarbeidstiden og totalarbeidstiden må ned
- Honorering i form av fastlønn som gjenspeiler at legevakt for fastleger er overtid
- I mindre kommuner bør legevakt være en integrert del av legejobben, ikke et tillegg

Fremtiden bygges med utdanning og forskning i kommunene

- Allmennmedisin må prioriteres tidlig under utdanningen, faget må framsnakkes, og studentene må sikres god veiledning
- Finansiering av kommunen som undervisningsarena må løses
- Mangel på praksisplasser i allmennmedisin må løses; sykehjemmene kan benyttes som utdannings-arena i langt større grad enn nå.
- LIS1 proppen må løses
- LIS1-ventere må sikres veiledning og oppfølging
- Det må etableres løsninger for at danske og svenske leger med KBU og AT-tjeneste kan få godkjent tjeneste og slippe LIS1.
- ALIS-tilskudd må videreføres med nasjonal ALIS-ordning og det bør bli mindre administrasjonsbyrde for kommunene
- God veiledning er avgjørende for studenter, LIS1-ventere, LIS1 og ALIS; veilederutdanning med større kapasitet og bedre finansiering må på plass, kanskje kan senior-leger være en ressurs som vi ikke har benyttet godt nok hittil?
- Behov for mer forskning i allmennmedisin og strukturer som stimulerer til dette

Vikarer

- Vikaravtaler: det bør lages en nasjonal oversikt over anbefalte tiltak/avtalepakker som kommunene kan velge fra. Er for eksempel rammeavtaler for legevikarer en mulig løsning?

Kvalitet, pasientsikkerhet og ansvar

- Alle kommuner bør ha et system for håndtering av alvorlige hendelser/klagesaker i allmennlegetjenesten.
- Viktig å ha gode rutiner for mottak av vikarer og nyansatte.
- Medisinstudiet i Oslo har kvalitetskontroll og ledelse som eget fag, og det rapporteres økende interesse fra studentene. Kan dette også bli er obligatorisk element eller eget læringsmål i spesialistutdanningen?

Bakgrunn

Fastlegeordningen passerte 20-årsdagen i 2021 i stillhet, rammet av alvorlig sykdom og knuget av krisestemning. Legevakt er en livsviktig tjeneste som forventes utført på toppen av fulle dager. Sykehjemslegene og helsestasjonslegene gjør viktig arbeid i skyggen av fastlegekrisen. Kommuneoverlegene og smittevernlegene ble de nye heltene under pandemien og har hendene mer enn fulle. Samarbeid mellom aktørene lider under manglende tilrettelegging, system og tid. Utdanning, forskning og digitale helsetjenester krever tid, men får ikke nok oppmerksomhet i all travelheten.

Handlingsplanen for allmennlegetjenesten har mange gode forslag og intensjoner, men lider under manglende satsing.

Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet er (fortsatt) rigget mest for sykehustjenestene. Nasjonal helse- og sykehusplan har (fortsatt) mest sykehusperspektiv. Helsefellesskapene – en mulig arena, men er basert på sykehusenes organisering, geografi og utkikkspunkt.

Vi ville løfte blikket opp fra motløshet og krisestemning, og inviterte til en tankesmie om hvordan førstelinjen virkelig kan komme i første linje, og hvordan en helhetlig legetjeneste på kommunenivå kan se ut i fremtiden.

Kurskomiteen

Anette Fosse	NSDM
Frank Remman	NSDM
Ingvill Konradsen	NSDM
Marte Kvittum Tangen	NFA
Nils Kristian Klev	AF
Cato Innerdal/Eva K. Nordberg	NORSAM
Robert Isaksen	KS Nordland
Tom Mikalsen	KS Nord-Norge
Tove Myrbakk	Nordland legeforening

Konferanseprogrammet

Alle presentasjonene finnes tilgjengelig her: https://www.nsdm.no/persentasjoner-fra-konferansen-om-legetjenester-i-kommunene-15-16-nov-2022/

Konferansen åpnet med en innledende runde med overordnede innlegg:

- Velkommen og introduksjon ved *Anette Fosse, leder NSDM*
- Ekspertutvalgets arbeid – *Kjetil Telle, leder*
- Plan for legetjeneste i en kommune – *Bernard Holte, fastlege i Narvik*
- ALIS – nasjonalt og lokalt – *Svein Steinert, ALIS Nord*
- Legestudentens forventninger – *Maja Mikkelsen, Leder for Norsk medisinstudentforening*
- Universitetenes rolle i utdanning og forskning – *Elin Olaug Rosvold, Prodekan UiO*

Deretter var det paneldebatt med følgende deltakere:

- Helse- og omsorgsdepartementet – statssekretær *Ole Henrik Krat Bjørkholt*
- Kunnskapsdepartementet – statssekretær *Oddmund Løkensgard Hoel*
- Kommunal- og distriktsdepartementet – statssekretær *Ole Gustav Narud*
- Helse Sør-Øst RHF – viseadministrerende direktør *Jan Frich*
- Legeforeningen – president *Anne Karin Rime*
- KS –Fylkesstyreleder i KS Troms og Finnmark og hovedstyremedlem i KS *Kari-Anne Opsal*
- Pasient- og brukerombudet – nasjonal talsperson for Pasient- og brukerombudene *Jannicke Bruvik*

Paneldebatt med (fra venstre): Anne Karin Rime, Jannicke Bruvik, Ole Henrik Krat Bjørkholt, Jan Frich, Oddmund Løkensgard Hoel, Kar-Anne Opsal, Ole Gustav Narud

Resten av konferansen var bygget opp rundt fem temabolker:

- Bevaring, nytenkning, ombygging, utbygging – nye og gamle verktøy presentert av kommuner med nyttige erfaringer
- Fremtiden bygges med utdanning og forskning i kommunene
- Vikarer
- E-helse i den kommunale legetjenesten – nærhet og avstand
- Kvalitet, pasientsikkerhet og ansvar

Hver temabolk besto av 5-6 korte, poengterte innlegg, med påfølgende diskusjon rundt de 17 bordene. Ved hvert bord var det en bordvert som tok notater. Denne rapporten er basert på notatene fra diskusjonene. Oversikt over innleggene og lenke til powerpoint-presentasjonene ligger her: https://www.nsdm.no/persentasjoner-fra-konferansen-om-legetjenester-i-kommunene-15-16-nov-2022/

Metode

Alle konferansedeltakerne var fordelt til 17 bord med 8-9 personer med ulik bakgrunn rundt hvert bord, inkludert en bordvert. De 14 digitale deltakerne ble delt i to grupper som fikk adgang til digitale grupperom med rom-vert. Hver temabolk ble innledet med korte innlegg, deretter gikk samtalen fritt rundt bordene inspirert av innleggene og av deltakernes egne erfaringer og synspunkter. Vi hadde forberedt noen spørsmål til hvert tema (se vedlegg), men deltakerne valgte selv om de ville bruke dem eller ikke. Bordvertene tok notater, og de 40 sidene med tekst danner materialet for denne rapporten. I sorterings- og analysearbeidet tok vi utgangspunkt i de fem temabolkene, og laget undertema basert på materialet. All tekst ble sortert til passende undertema, og deretter kondensert til en sammenhengende tekst.

Innholdet i rapporten er basert på deltakernes samtaler, deres egne erfaringer og synspunkter, og representerer ingen vedtak eller organisasjoner.

Bevaring, nytenkning, ombygging, utbygging – nye og gamle verktøy presentert av kommuner med nyttige erfaringer

Presentasjonene:

- ALIS, fast lønn, legevakt – *Morten Højlund Larsen, fastlege og fagutvikler i Luster*
- Nordsjøturnus – *Oddbjørn Øien, fastlege i Stor-Elvdal*
- Ledelse og teamarbeid på et by-legesenter – *Egil Johannesen, fastlege ved Medisinsk senter Fornebu*
- 8.2-avtale, dele på kommuneoverlege-rollen – *Karin Frydenberg, fastlege Østre Toten*
- Helhetlig organisering – *Ståle Onsgård Sagabråten, fastlege i Nesbyen*
- Organisering av legetjenesten og ALIS- utdanningen i kommunen – *Ingeborg Johannessen, kommuneoverlege i Drammen*
- Kommuneoverlegen som samfunnsmedisiner og leder – *Guro Steine Letting, kommuneoverlege i Fredrikstad*

https://www.nsdm.no/persentasjoner-fra-konferansen-om-legetjenester-i-kommunene-15-16-nov-2022/

Kommuneoverlegene, allmennlegene og kommunen

Mange pekte på at kommuneoverlegen er en viktig brikke for å bidra til rekruttering og faglig fellesskap for fastlegene, og at en tilgjengelig kommuneoverlege er en trygghet for fastlegene. Det ble nevnt at det er en fordel med leger som leder for legetjenesten, men det viktigste er at man i det hele tatt har en leder. Kommuneoverlegene fungerer noen steder som veldig gode bindeledd mellom kommunen og fastlegene. Det ble også pekt på at det er forskjell på å være heltidskommuneoverlege og det å være kombilege i liten kommune. Som kombilege får man gjerne en legitimitet og en helhet, mente noen. Noen kommuneoverleger har nyttig dobbeltspesialitet (allmennmedisin og samfunnsmedisin). Kommuneoverlegen(e) bør få tilrettelagt å bli spesialist i samfunnsmedisin, og det bør gjerne tilbys lederutdanning.

Økt finansiering ble nevnt som det viktigste tiltaket for å stabilisere fastlegeordningen- Det ble trukket frem behov både for økning av basistilskudd og økning av takstene. Flere var bekymret for at økning i basistilskudd uten videreføring av knekkpunkt vil drenere distriktene til fordel for store byer der økning i basistilskuddet vil gi større inntekt. Større kommuner må være bevisste på at de kan drenere omkringliggende kommuner for leger dersom deres avtaler er «for gode». Samtidig ble det av flere snakket om at lokale løsninger må til for å løse fastlegekrisen. En rigid fastlegeordning vil ikke passe alle, og kan føre til at kommunene tvinges til løsninger på siden av ordningen.

Mange pekte på at det er viktig med godt fagmiljø og felleskap, og levelig arbeidsbelastning, inkludert legevakt. Økt grunnbemanning kan være en løsning, jf. Nordkapp som med sin satsing på økt grunnbemanning siden 1997 har hatt stabil legetjeneste som fortsatt rekrutterer. I Nordkapp har man dessuten fastlønn (12G) og 40% bonus, alle har lik lønn og legene har stor autonomi. Luster er et annet eksempel på økt grunnbemanning og faglige tiltak, se figur 1.

FIGUR 1: LUSTERMODELLEN – SLIK REKRUTTERER OG BEHOLDER DE LEGER I LUSTER

Fastlønn	Redusert stillingsprosent & listelengde	Legevakt	Fagmiljø
•Fritt valg næring eller fastlønn •6 av 7 har valgt fastlønn	•7 av 10 i redusert stilling på dagtid •ALIS ca 150 pas pr. kurativ dag •Spesialist ca. 200 - 220 pas. pr. kurativ dag	•Kommunal beredskapslegevakt •Garanti maks 10-delt vakt •Betalt utrykningskurs •50 % honorering av timesats på legevakt	•Faste morgenmøter •Torsdagsundervisning •Åpen dør-kollegalitet •4 uker utd.permisjon med kommunal lønn for alle leger + betalt kursavgift

Samarbeid om gode løsninger lokalt

Legene og kommunene må samarbeide om å finne den lokale løsningen som fungerer best, og det er nødvendig å se andre kommunale legeoppgaver (sykehjem, legevakt, helsestasjon osv) i sammenheng med fastlegetjenesten. Mange ga uttrykk for at det kan være utfordrende å få fastleger engasjert i utviklingsprosjekter fordi de er overarbeidet, og har ikke slakk nok til å være med på prosjekter. Noen nevnte at det er barrierer når det gjelder betaling for tid til samhandling og deltakelse i utviklingsprosjekter. Det kreves en forventningsavklaring mellom legetjenesten og kommunen.

Tillit og dialog er viktig, og å bruke tid sammen. Noen bruker ALU-møter med kommuneoverlegene som dialogarena. Askøy kommune har fagforum for legene arrangert av kommuneoverlegen, hvor legene frikjøpes for å delta. Andre kommuner (f.eks. Vestvågøy med 12000 innbyggere) har lignende løsninger, mens noen mindre kommuner har ukentlige møter. Fredrikstad har satset på medarbeidersamtaler med fastlegene. Noen mente at det må en holdningsendring til i enkelte kommuner. Her er en liste over noen konkrete forslag:

- lage en idebank for hvordan ulike kommuner samhandler med fastlegene og øvrige allmennleger
- bruke erfaring fra pandemien ved å ansette leger i prosjektstillinger når det er behov for involvering. En kommune har erfaring med bruk av nylig pensjonert lege til å innhente tanker fra øvrige ansatte involvert i helse, inkludert alle legene og administrasjonen
- faglig koordinerende allmennleger (kan gjerne være en kommuneoverlegeoppgave eller eventuelt en deltidsansatt allmennlege)
- felles faglige møteplasser er viktig instrument for å skape trivsel og sammenhengende tjenester
- utviklingsprosjekter organisert som møteserie som gir kurspoeng

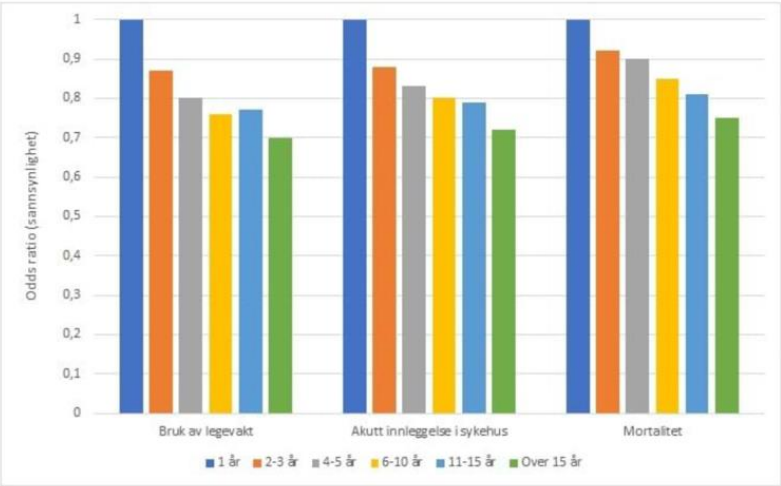
Legevakt – fastlegeoppgave? Hva skal til?

Noen stilte spørsmål ved om legevakt fortsatt skal være en del av fastlegeoppdraget, eller om vaktarbeid (i større grad) bør organiseres med egne leger. I storbyene er det vanlig med fast ansatte legevaktsleger som har legevakt som sin hovedstilling, og som helt eller delvis dekker vaktberedskapen. I Bergen dekkes for eksempel 60% av legevaktene av andre enn fastleger. I Tromsø har 50% av fastlegene fritak fra legevakt. I Stavanger har alle fastleger fritak fra legevakt på natt organisert ved at det er fast ansatte nattlegevakter.

Noen (distrikts)kommuner har etablert ordninger der vaktberedskapen delvis dekkes av innleide vikarer eller rotasjonsleger (jfr Luster, Mo i Rana mfl). En slik form for rotasjon/«nordsjøturnus» for nattevakter på legevakt kan være en modell som gjør det mulig for fastlegene å delta i legevakt på kveldstid slik at legevakter kan bli en del av den totale arbeidstiden. *Eksempel fra Rana: Fastlønn. Nordsjøturnus natt for 3 leger med 2 uker på 4 uker av. Jobb fra 20-08. 13 vakter + flere bakvakter gir 83% stilling. Fastlegene i kommunen får på denne måten helt overkommelig vaktbelastning.*

Det ble pekt på at det er uhensiktsmessig at 100% legevaktsleger ikke kvalifiserer til resertifisering om de ikke har et år i uselektert praksis i løpet av 5-årsperioden.

Flere understreket at fastlegene er kjernen i legevaktarbeid. Legevakt og fastlegeordningen henger tett sammen og må vurderes samlet. Det er dokumentert at stabile fastleger medfører mindre bruk av legevakt, og det er en lineær sammenheng mellom kontinuitet i pasient-legeforholdet og bruk av legevakt (Sandvik et al 2022):



Jo flere år med fast lege, desto færre legevaktsbesøk og sykehusinnleggelser samt lavere dødelighet, sammenlignet med personer som har hatt samme lege i under ett år (blå søyle). Grafisk illustrasjon: Hogne Sandvik

Mange ønsket å beholde fastleger i legevakt, men det er behov for å tilpasse den totale arbeidsmengden. Summen av arbeidsbelastningen må reguleres for at legevakt skal bli attraktivt for fastleger. Legevakt er de flest steder overtidsarbeid som gir inntektstap sammenliknet med dagtidsarbeid i egenpraksis. Flere opplever at et økende antall leger søker fritak fra vakt, det gjelder både yngre og eldre leger. Det er et krevende generasjonsskifte på gang der unge leger ønsker mer tid til familien.
Kombinasjonen av fastlegejobb og legevakt er krevende, det er sammensatte pasienter, stor arbeidsbelastning og dårligere inntjening, og det gjør det krevende å få leger til å ta vakter. Flere mente at det er mer aktivitet på legevakt enn før, det oppleves mer krevende og det er større forventninger fra både befolkningen og sykehusene.

Gode løsninger for legevakt er viktig for hvordan rekrutteringen til fastlegeordningen blir. Med økt stabilitet og kapasitet i fastlegeordningen vil det være lettere å få leger til å delta i kommunale oppgaver og legevakt.
Legevakt med tilstedeplikt og fast lønn vil lettere kunne regnes inn i ukentlig arbeidstid enn hjemmevaktordninger.

Flere pekte på at det må lages nasjonale løsninger for kombinasjonen fastlegejobb + legevaktjobb sånn at ikke alle må utvikle sine egne modeller. Samtidig må det være rom for lokale tilpasninger. Et forslag er å knytte dette til Nasjonal helse- og samhandlingsplan, ettersom sykehusenes oppgaveforskyvning vil utløse behov for vaktarbeid i kommunen i større grad enn i dag.

Suksessfaktorer som ble løftet fram:

- Legevakt inn i totalarbeidstiden og totalarbeidstiden må ned
- Honorering i form av fastlønn som gjenspeiler at legevakt for fastleger er overtid
- I mindre kommuner bør legevakt være en integrert del av legejobben, ikke et tillegg

Mange hevdet at legevakt er en viktig læringsarena, og med tilrettelegging vil det være et godt sted for medisinstudenter å møte ulike problemstillinger og pasienter. En forutsetning må være at studenten går i tillegg til vakthavende lege. Leger uten gjennomført LIS1 skal ikke ha selvstendig vakt.

Mange fastleger opplever legevaktarbeidet som veldig meningsfullt og viktig, og vil absolutt beholde det som en del av arbeidsoppgavene. Flere kommenterte at akuttmedisin og legevakt er viktig kompetanse å opprettholde for fastlegene, og at det er viktig med akuttmedisinsk trening, særlig i små kommuner hvor man ofte står alene. Andel leger ved legevakten som har deltatt i akuttmedisinsk samtrening med ambulansen måles som en av de nasjonale kvalitetsindikatorene.
Samtrening er viktig for å trygge legene, særlig LIS1. Mange savnet et formalisert samarbeid med ambulansetjenesten.
Noen pekte på at det kan være en risiko for å oppleve legevakt som utrygt om det er for sjeldne vakter.
Et interessant eksempel på hvordan regelmessig trening kan sikres, er Kvinnherad, hvor de har ansatt en næringsdrivende lege i en deltidsstilling som har ansvar for at det trenes med brann og ambulanse.

Fleksible arbeidstidsordninger – kontinuitet og lokalkunnskap

Noen kommuner der det er vanskelig å rekruttere leger til permanente stillinger bruker ulike varianter av «nordsjøturnus»/rotasjonsordninger. Det ble nevnt at man bør bruke andre begreper enn nordsjøturnus, og heller snakke om fleksible arbeidstidsordninger/rotasjon. Det hevdes at det kan være en god ordning hvis man kan skape en form for kontinuitet ved at det er de samme legene som jobber i rotasjonen i flere år. Legene i denne type ordninger brukes ofte kun til legevakt, men kan også ha egne fastlegelister og/eller dekke sykehjem.
Hvis vaktordningen skal gå opp på en fornuftig måte i de minste kommunene, må man enten ha tilstrekkelig antall faste leger til å dele på vaktene, innleide vikarer eller legevaktsamarbeid. Mange pekte på at man ikke må lage for rigide ordninger. Kontinuiteten vil variere, men man må vurdere hva som er beste alternativ når det er nærmest umulig å rekruttere faste tilstedeværende leger.
Noen mente at pasientene har en stor toleranse for diskontinuitet så lenge de har en fastlege å forholde seg til, og som er regelmessig tilgjengelig – selv om det ikke er hver dag. Det ble pekt på at kontinuitetsindeksen («COC-index/continuity-of-care-index) ingen steder vil være 100%, men det er ønskelig at den er høyest mulig.
Fleksible ordninger og autonomi gjør at ulike leger kan ha ulike praksisprofiler. Flere mente at det er viktig at det tilrettelegges for individuelle forhold.
En del kommuner utvikler lokale løsninger med faste vikarer som ikke er basert på bruk av vikarbyrå, jf. Luster-modellen.

Mulige ulemper ved rotasjonsordninger:

- Kan det bli mer «spill-over» til legevakt?
- Lav kontinuitetsindeks
- Blir listeansvaret pulverisert?
- Pasientene venter til «sin» lege er tilbake og dermed kan noen vente for lenge. Vi vet lite om kvaliteten.
- Utfordringer med veilederoppgaver
- Mer utfordrende å etablere gode samarbeidsrutiner med andre deler av helsetjenesten
- Det kan skape konflikter i arbeidsmiljøet hvis avtalene ikke er jevnbyrdige mellom faste leger og rotasjonsleger.

Sykehjemsleger – omsorgsboligleger – fastleger

Det var delte meninger om sykehjemslegearbeidet bør gjøres av egne sykehjemsleger eller av fastleger i kombistilling. I mange byer (og også noen mindre kommuner) er det vanlig med heltidsstillinger som sykehjemsleger. Mange fastleger ønsker å kombinere fastlegearbeid med sykehjem, mens noen pekte på at kvaliteten på sykehjem vil kunne bedres om man erstatter kommunale bistillinger med fulle sykehjemslegestillinger.

Flere nevnte at kravene til spesialistutdanningen skaper problemer for leger som jobber kun i sykehjem og som må forlate sykehjemmet for å sikre to år i uselektert praksis. Noen mente at det burde finnes egen spesialitet i sykehjemsmedisin – det er mange sykehjemsleger som ikke ønsker å spesialisere seg i allmennmedisin. Fastlegene er i stor grad ute av sykehjemslegearbeidet i de store byene, mente de. Andre påpekte at sykehjemsmedisin bør være basert på allmennmedisin, at det ikke vil fungere for de små kommunene at det innføres egen spesialisering i sykehjemsmedisin og at allmennmedisin ikke bør fragmenteres mer enn i dag.

LIS1-ventere (LIS0) i sykehjem

Det var en unison bekymring for at mange unge leger uten gjennomført LIS1 får jobb i sykehjem uten tilstrekkelig veiledning og oppfølging. Mange av legene uten LIS1 som jobber i sykehjem ønsker egentlig ikke å bli spesialister i allmennmedisin, men kommunene sier at de ikke får tak i andre leger til disse jobbene.

Legearbeid i Omsorg pluss-boliger

Omsorg pluss-boliger er boliger tilpasset eldre som har utfordringer med å bo i egen bolig. Boligene er døgnbemannet med husvert og betjenes av hjemmesykepleien. I omsorgsboliger har fastlegen ansvar for sine pasienter, som ofte er multisyke. Omsorg pluss er i noen kommuner et begrep på det som tidligere var organisert som sykehjem, men som er blitt omgjort til omsorgsboliger med bemanning. Noen steder har beboerne hver sine fastleger, og personalet har dermed svært mange ulike fastleger å forholde seg til. Noen kommuner ønsker at en eller noen få fastleger skal overta pasientene som flytter i omsorgsbolig. Det ble vist til at konkurransemyndighetene har slått ned på at kommuner har påvirket beboere til å velge en bestemt fastlege når kommunen organiserer seg på den måten at det er store «døgninstitusjoner» som anses som omsorgsboliger. Det ble hevdet at fastlegene bør engasjere seg i hvordan kommunen organiserer helsetjenesten. Man må være obs på det faglige i at konsultasjonsraten går ned med høy alder.
PHT Sørlandsparken er et eksempel på at en bolig med cirka 10 beboere har samme fastlegekontor. Det overstyrer imidlertid valgfriheten.

Fremtiden bygges med utdanning og forskning i kommunene

Presentasjonene:

- Studentundervisning, praksis og veiledning – *Knut Eirik Ringheim Eliassen, fastlege på Voss og 1.amanuensis UiB*
- Desentralisert legeutdanning – *Ingrid Petrikke Olsen, overlege Hammerfest sykehus, Finnmarksmodellen*
- Forskning i kommunehelsetjenesten – *Otto Christian Dahl, seniorrådgiver i KS*
- Erfaring fra forskende fastlege – *Anne Herefoss Davidsen, fastlege i Alta og phd-stipendiat ved AFE Nord*
- Praksisnett – *Peder Halvorsen, fastlege i Alta og professor i allmennmedisin UiT*

https://www.nsdm.no/persentasjoner-fra-konferansen-om-legetjenester-i-kommunene-15-16-nov-2022/

Grunnutdanning

Knut Eirik Ringheim Eliassen

Det var bred enighet om at allmennmedisin må prioriteres tidlig under utdanningen, faget må framsnakkes, og studentene må sikres god veiledning.
Det er ønskelig med tidlig kontakt med allmennpraksis gjennom utplassering, og i mange nok uker i løpet av studiet til at de får dannet seg et inntrykk. Noen nevnte at studentene gjerne kan få opplæring i næringsdrift.
Praksisperioder hos fastleger, på legevakt, i sykehjem og andre deler av kommunal legetjeneste er en viktig arena for rekruttering som kan brukes mer aktivt.
Det er også nødvendig at flere allmennleger bidrar med undervisning av medisinstudentene på universitetet, slik at allmennmedisin blir et sterkt og synlig fag i hele utdanningsløpet.
For allmennleger/ALIS som er ansatt i universitetet er det nødvendig at universitetene inngår en avtale med kommunen som læringsarena dersom universitetsarbeidet skal telle i ny spesialistutdanning.

Kvalitet

Mange understreket at for å sikre gode praksiserfaringer må det foreligge en plan for hvordan man tar imot studentene hos fastlegene og i kommunen generelt. Både legekontor, legevakt, sykehjem og øvrig tjeneste må ha tid og ressurser til undervisning og veiledning, mente de. Det er viktig å gi studentene god tid på 5. året når de er i praksis – og faget må følges opp med kvalitet i undervisningen.
Kommunene er for lite involvert når det gjelder medisinstudenter i praksis, hevdet mange. Om studentene skal se hele den kommunale helsetjenesten, må kommunene involveres. Det er for eksempel ønskelig å bruke sykehjemmene som utdannings-arena i langt større grad enn nå.

Finansiering

Mange pekte på at finansiering av kommunen som undervisningsarena må løses. Det å ha medisinstudent er i dag for en stor del dugnadsbasert. Flere mente at universitetene burde betale legene for veiledningen. Et eksempel: Legekontoret får honoraret for veiledningen og så går det på omgang blant legene å gjennomføre veiledningen. Et annet forslag var at kommunen (evt universitetet) kan frikjøpe fastlegene fra kommunale oppgaver for å ta seg av studenter.
Flere pekte på at Rammeavtalens punkt 11.3 må endres. I dette punktet «fritas» kommunene for studentansvar, undervisning og veiledning. Dette er lite framtidsrettet, mente mange, i en tid der kunnskap om og erfaring fra primærhelsetjenesten blir viktigere for en bærekraftig helsetjeneste.

Mangel på praksisplasser

Det må etableres kontakt mellom universitet og kommunene, og hele utdanningsløpet må ses i sammenheng, mente flere. Mangel på gode praksisplasser må tas på alvor. Det ble etterlyst oversikt over hvor praksisstudenter er. Det er kun en liten andel av fastlegene som har medisinstudenter. Poeng til spesialisering kan ha betydning for motivasjonen til fastlegene, ble det påpekt, og det er nødvendig å frigjøre tid.
Det var enighet om at kontorforhold og finansiering er begrensende faktorer. Problemstillingen med plass/nok kontorer må løses (gjelder plass til både studenter, LIS1 og ALIS). Kostnader i forbindelse med å ha medisinstudenter, f.eks. at studenter trenger egne lisenser i journalsystem må også håndteres.

Desentralisert utdanning

Dette temaet ble ikke diskutert inngående, men det ble nevnt at studentene i Finnmarksmodellen opplever at de får mye tettere oppfølging enn i UNN Tromsø. NTNU har valgt en løsning hvor studentene tas opp til desentraliserte utdanning allerede ved opptak til studiet. Det medfører forpliktelse for studentene, og overordnet mål om å få forutsigbarhet når det gjelder plasser og ressurser avsatt, men det er for tidlig å si noe om effekten og erfaringene av dette.

Ingrid Petrikke Olsen

Utenlandsstudenter

Mange snakket om at det er viktig å inkludere utenlandsstudenter slik at de kan få god forståelse av norsk helsevesen. Erfaringene er at det er stor forskjell i hvordan utenlandsstudenter fungerer i praksis. Noen fungerer godt, andre er lært opp i svært sykehusorientert praksis.
Det ble pekt på at det kanskje bør være et statlig ansvar å finansiere og sikre hospitering/praksis og veiledning for utenlandsstudenter. I dag er det for tilfeldig og stor forskjellsbehandling av utenlandsstudenter vs. norske studenter. Noen mente at det bør opprettes et nasjonalt system for å sikre kvalitet i praksisen hos "godkjente" veiledere, eventuelt at det opprettes et stipend til veiledning av utenlandsstudenter via Lånekassen.
Noen foreslo at det kan etableres et lett tilgjengelig (digitalt?) kurs i det norske systemet for norske leger utdannet i utlandet.

LIS1 proppen må løses

Bekymringen for manglende LIS1-kapasitet var unison, og mange etterlyste flere LIS1-plasser. God veiledning og supervisjon under LIS1 virker rekrutterende og kan gjøre at legene går videre til ALIS, men rekruttering til ALIS-stillinger blir dårligere på grunn av mangel på LIS1.
Fra undervisningshold ble det rapportert at medisinstudenter i større grad går glipp av undervisning fordi de prioriterer arbeidserfaring for å øke sjansene for LIS1-stilling.
Mange hadde erfaring med at sykehusene ofte ansetter LIS1 uten å ta hensyn til kommunenes behov, og noen mente at det bør opprettes regionale ansettelseskomiteer for LIS1 – uten deltagelse fra det konkrete helseforetak hvor LIS1 skal ha sykehustjeneste, evt at LIS1 blir ansatt i regioner i stedet for helseforetak.
Noen tok til orde for å gå tilbake til trekningsbasert system, og at man i så fall kan se til Danmark der antall plasser opprettes i tråd med antall påmeldte i trekningen, slik at man ikke har ventelister.
En annen påpekning var at sykehusene får mer per LIS1 enn det som gis til kommunene og at LIS1-tilskuddet til kommunene er for lavt til å sikre plasser.

LIS1-ventere (LIS0)

Det var bred enighet om at det er uheldig at LIS1-ventere blir ansatt som vikarer uten veiledning og oppfølging. Mange steder får de fort oppgaver de ikke er kvalifisert for. Det gir en dårlig start på karrieren når det ikke er samme system for veiledning for LIS1-ventere som for LIS1.
Endring av rekkefølgekravet for LIS1 ble nevnt av noen, men dette ble møtt av sterke, faglige motforestillinger fra mange.
Det var bred enighet om å finne løsninger for at danske og svenske leger med KBU og AT-tjeneste kan få godkjent tjeneste og slippe LIS1. Det kan for eksempel lages modulbaserte kurs for det som mangler av kompetanse. Noen mente at leger med KBU i påvente av tilstrekkelig LIS1-plasser bør få mulighet til å starte på LIS2 med den forutsetning av læringsmål de mangler tas igjen før det får spesialistgodkjenningen.

ALIS

For kommunene har den nye spesialiseringsordningen vært mye å sette seg inn i, men kommuneoverlegene og fastlegene har gitt god hjelp ifølge flere. Erfaring fra flere kommuner var at det er betryggende for ferske leger å ha en utdanningsplan. Noen kommuner har brukt læringen i forbindelse med ALIS-løp til å følge opp øvrige fastleger som er på gammel ordning eller ikke i spesialiseringsløp, slik at ALIS-ordningen er blitt en slags katalysator for kvalitetsarbeidet. Det ble sagt at ALIS-ordningen er spesialistutdanning på gullfat, og at kommunene må jobbe med å gjøre det enkelt og attraktivt for unge leger å velge dette.

Nasjonalt ALIS-tilskudd er kjærkomment mente mange, men utfordringer oppstår når ALIS skal gjennomføre sykehustjenesten ettersom tilskuddet fryses og kommunene må sette inn vikar i praksisen. Dette gir mye administrasjon for kommunen. En tilleggsutfordring er at finansieringen ikke er like robust og integrert som i sykehus: Midler til ALIS kommer ikke automatisk, men må søkes på. Dette er tungvint.

Flere kommuner har behov for å rekruttere (ALIS) til 0-lister, men det er vanskelig med næringsdrift om det ikke tilbys ekstra tiltak, ble det sagt. Det er lettere å rekruttere til fastlønnede stillinger, men dette innebærer også merkostnader for kommunen. Noen kommuner har leid plass til ALIS med

fastlønn på kontorer med næringsdrift. Mange peker på at yngre leger vil ha mer normal arbeidstid, ikke næring for enhver pris. Fast lønn kan bidra til normal arbeidstid. Dette er ikke en tendens bare i Norge, men også i Danmark, England og andre sammenliknbare land. Det er klokt å tilrettelegge for begge deler, ble det sagt. Noen mente at fastlønn i introduksjonstiden kunne være en mulighet, og at det bør skilles mellom utdanningsstillinger og faste stillinger. Andre ville diskutere hvor hensiktsmessig det personlige listeansvaret er når man er under utdanning, og viste til Danmark.

Et annet aspekt som ble nevnt var at å drifte et kontor krever kompetanse, og at ferske leger må få sikkerhet med fastlønn mens de læres til å drifte kontor. I den forbindelsen nevnte flere utfordringen med hvordan man kan innrette utdanningsstillinger som legger til rette for overgang til næringsdrift. En kommunerepresentant fortalte om vansker med fastsettelse av pris for at ALIS kan kjøpe seg inn på kontor etter spesialistgodkjenning, siden kommunens bidrag til driften under ALIS-løpet har økt utbyttet/lønnsomheten på kontoret.

Anne Herefoss Davidsen

Veiledning

God veiledning er avgjørende for utdanning av både studenter, LIS1 og ALIS. Rundebordsamtalene synliggjorde flere utfordringer når det gjelder veiledning:

- Veilederkompetanse
- Kapasitet
- Finansiering

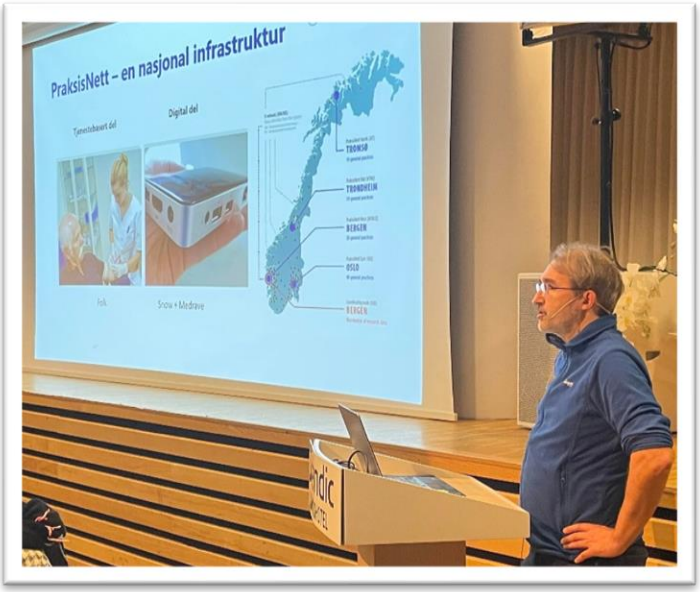
Det ble sagt at veiledningskurs i ALIS-Vest har vært veldig bra.
ALIS-Vest oppfordrer kommunene til å gi legene praksiskompensasjon. Det må utvikles samarbeid om veilederutdanning mellom universitet og ALIS-kontor/spesialistutdanningen, og veilederutdanning må være tellende i spesialistutdanning.
Samtidig er det viktig at det ikke lages for rigide strukturer med for høye krav til veiledere, mente mange.
Noen tok til orde for å lempe på kompetansekravene, og at man ikke bør trenge å være spesialist i allmennmedisin for å være en god veileder for ALIS, mens andre mente at spesialitet er en klar forutsetning for å kunne veilede i allmennmedisin, og at det allerede i dagens lovverk er anledning for kommunen, dersom særlige hensyn tilsier det, å søknad om tidsavgrenset fritak fra kravet om at veilederen for lege under spesialistutdanning i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin skal være godkjent spesialist i den aktuelle spesialiteten.

Den nye utdanningsplanen for leger med læringsmål er ressursmessig krevende for kommunene, fremfor alt med kravene til veiledning. Det er mange årsverk som blir brukt til veiledning. Noen stilte spørsmål ved i hvor stor grad er kravene til veiledning er evaluert, og om det er gjort vurderinger av omfang og kostnadseffektivitet.

Gode fagmiljøer rekrutterer. Rekrutteringsvanskene i fastlegeordningen viser seg blant annet i veiledningsvansker. I en travel hverdag blir veiledning ofte en salderingspost, mente mange.
Det kom forslag om at det finnes kapasitet hos eldre leger til å veilede/supervisere. Kanskje veiledningsoppgaver kan være del av en seniorordning som stimulerer pensjonister til innsats?

Det ble hevdet at mer veiledning av studenter, LIS1 og ALIS som skal skje i kommunene bedre kan gjennomføres i større legekontor enn i den størrelsen vi har i dag. Noen pekte på at det er utfordringer på flere nivåer, og at når man løser noe på ett nivå kan det få konsekvenser for andre nivå. Et eksempel er utdanning: Hvis man for eksempel løser grunnutdanningens behov for flere praksisplasser til medisinstudenter eller LIS1, går det utover veiledningskapasiteten til ALISer, og omvendt. Andre mente at veiledning kan sees på som en ressurs og øvelse – det å øve seg på å veilede studenter, LIS1 og ALIS er viktig for fremtiden. Forsøk pågår i spesialistutdanningen i sykehus ved at deler av LIS-utdanningen kvalifiserer for å kunne veilede. Det kan således være en fordel å ha kombinasjonen av student i praksis og LIS1.

Mange var bekymret for at studentene faller utenom når det gjelder finansiering av praksisplasser og veiledning. ALIS- og LIS-veiledning er avtalefestet mellom KS og Legeforeningen.



Peder Halvorsen

Forskning

Det er mange ubesvarte allmennmedisinske forskningsspørsmål. Alle kommuner bør tilstrebe å ha noe forskningsrelatert på gang, mente mange. Pasientene er i kommunene og kommunene har uselekterte pasientgrupper. En utfordring er å etablere gode datakilder i kommunesektoren, blant annet gjennom automatisert høsting av data. Praksisnett (https://www.uib.no/praksisnett) er et godt verktøy som kan bidra til å øke interessen og muligheten for forskning i primærhelsetjenesten.

Flere pekte på at det er viktig å tilrettelegge for forskning ved å gi tilgang til bibliotek og e-læringsressurser. Mange allmennleger ønsker en nærmere relasjon til akademia. Det kan lages nettverk for leger som har interesse for forskning. Det bør legges til rette for mer samarbeid mellom kommunene/fastlegene og universitetene, og etablering av regionale forskningsstrukturer for primærhelsetjenesten.
Forskning kan for eksempel bli en del av samhandlingsstillingene i kommunene.

Universitetene håper at kommunene skal tilrettelegge for forskningsmuligheter for studentene i forbindelse med prosjektoppgave. Dette burde inngå i planlegging av desentralisert studieløp, blant annet ved å finne primærmedisinske forskningsområder egnet for medisinstudenter.

Det er mange allmennleger som kan tenke seg å forske, men det er krevende når fastlegen selv må finne vikar og dekke faste utgifter for praksis. Veien til forskning er kronglete, og forprosjekt-finansieringen er usikker og dårlig. Mange mente at kommunene må legge til rette og tilby fastlønn og sikre vikarer. I spesialisthelsetjenesten er forholdene annerledes (full lønn, permisjon og tilrettelegging). Kommunene kan for eksempel gi permisjon med lønn for å ta PhD som ansatt i en

kommune for å stimulere til forskning. Slike ordninger vil kunne virke rekrutterende til allmennlegejobb, og dermed vinn-vinn.

Flere pekte på at det behøves mer penger for å få mer forskning på allmennmedisin. Et forslag er å gi kommunen muligheten for å søke tilskudd til kommunen for at den tilrettelegger for forskning.
Noen mente at forskerkompetanse (PhD) bør telle mer i takstsystemet.

Vikarer

Presentasjonene:

- Vikarleger på fastlegekontor – hvor er de, hvor ofte blir de brukt og på hvilken måte? – *Mads Rydningen, medisinstudent/NSDM*
- Vikarbyråene – hvordan rekrutterer og kvalitetssikrer de? – *Harry S. Klein, Senior Partner/Owner i Dignus Medical – Kletor AS*
- Kommunenes perspektiv (sørge-for-ansvar) – *Frode Berg, kommuneoverlege i Rana*
- Vikarbruk sett fra fylkeslegen/statsforvalterens perspektiv – *Frode Engtrø, ass.fylkeslege i Trøndelag*
- Skottland: "Rediscover the joy of general practice" – *Dr.Charlie Siderfin*, *Scottish Rural Medicine Collaborative GP Advisor*

https://www.nsdm.no/persentasjoner-fra-konferansen-om-legetjenester-i-kommunene-15-16-nov-2022/

Kompetanse

Mange kommuner sliter med vikarer, både å få tak på dem og kompetanse/kvalitet. Uerfarne leger bekler markedet, ble det sagt, og opplæringsbehovet er stort når det gjelder takster og det norske systemet. Noen kommenterte at når spesialisthelsetjenesten rekrutterer vikarer så er det krav om å være spesialist, hvorfor stilles ikke dette som krav i allmennlegetjenesten? Andre poengterte at krav om legespesialister i allmennmedisin ville fjernet flesteparten av vikarene som er tilgjengelig.
Det ble også stilt spørsmål ved om man kan stole på vikarbyråene eller om kommunene også må sjekke referanser selv.
Flere etterlyste at legeforeningen og/eller KS lager en liste over anbefalte tiltak/avtalepakker som kommunene kan velge fra. Er for eksempel rammeavtaler for legevikarer en mulig løsning? Et eksempel på å skape en viss struktur/forutsigbarhet i arbeidet og utgiftene med vikarer er Narvik kommune som har lagt ut anbud på vikarordningen sin på Doffin, https://doffin.no/Notice/Details/2022-929858 .

Frode Engtrø

Kostnader/tidsbruk

Mange pekte på at det ikke er samsvar mellom vikarens kvalifikasjoner og kostnad, og at kostnadene for vikarene øker kraftig. En av lederne bruker 50% av tiden sin på vikarinnleie/vikarbyråer. Vikarer som viser seg å ikke fungere fører også til merarbeid på kolleger. Det er dessuten en utfordring med for korte vikariater, det krever mye av gjenværende leger med stadig opplæring og veiledning. Noen så det som utfordrende at vikarer har krav på spesialisering. Dette er krevende for kommunene økonomisk, vikarene krever veiledning som tar legetid fra de faste legene, og fører til økt fravær. Mange snakket om at det er bedre for kommunen å tenke langsiktig og bruke midlene på styrking av egen fastlegeordning og jobbe langsiktig med å bygge gode fagmiljøer, enn å basere drift på vikardrift selv i korte perioder.

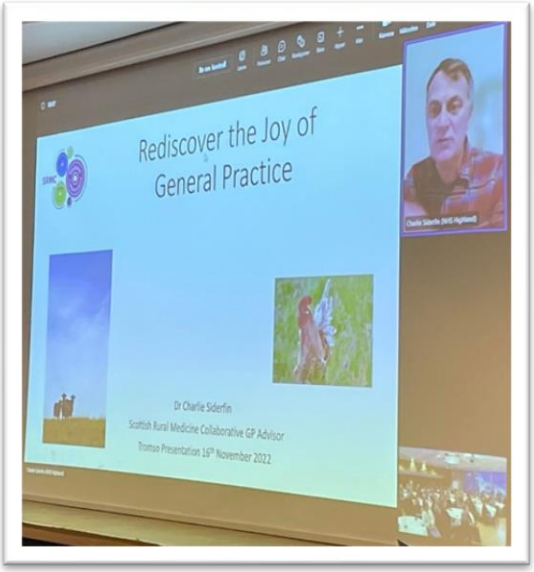
Bivirkninger av vikarmarkedet

Vikarbyråene ekspanderer sin virksomhet voldsomt og utnytter situasjonen mente mange. Vikarordningene er ikke bærekraftige. Det ble også spurt om hvordan vi kan sørge for at vikarbyråene ikke blir premissleverandører for legetjenestene våre.

Flere meldte om at vikarbyråene har svært pågående rekrutteringskampanjer overfor faste fastleger hvor de lokker med bedre vilkår, og kan dermed bidra til å forverre fastlegekrisen. Det er nytt at kommunene må konkurrere med vikarbyråene når yngre leger foretrekker vikariater fremfor faste stillinger fordi legene opplever det fleksibelt og godt betalt, og jobb gjennom vikarbyrå framstår som en fin risikoavlastning for unge leger som vegrer seg for å investere økonomisk. Kan man forvente at unge leger tar samfunnsansvar, spurte noen, og undret på om vikarbyråordningene kan virke demoraliserende. I tillegg bidrar kravene/vilkårene til enkelte vikarer til urettferdighet mellom vikarer og faste ansatte. Vikarene tar heller ikke det totale ansvaret som virksomheten trenger. Vikarlegene gjør den kliniske jobben, men er ikke med på alt det andre rundt drift, kvalitetsutvikling og framdrift på legekontoret. Noen fortalte også om hvordan listene blir «ødelagt», f.eks. når vikarlegene slutter med 400 usignerte prøvesvar liggende igjen, og det forekommer manglende journalføring/oppdatering,
En del vikarer er flinke og pliktoppfyllende, men likevel mangles kontinuitet. De faste legene må holde i de kompliserte/tunge sakene.

Rediscover the Joy of General Practice

Ordningen ble lite nevnt i rapportene fra rundebord-diskusjonene, men mye kommentert i pausene, i kommentarene i evalueringen og etter konferansen. Det medførte at vi arrangerte et webinar om temaet 13.mars med innlegg fra sentrale personer i Skottland med mulighet for spørsmål fra publikum. Webinaret ble fulgt av 70 deltakere, og følges opp av etablering av en arbeidsgruppe som skal undersøke muligheter for utvikling av en norsk variant. Oppsummering fra webinaret finnes her: https://www.nsdm.no/rediscover-the-joy-of-general-practice-oppsummering-etter-webinar-med-skotske-ildsjeler/



Charlie Siderfin

E-helse i den kommunale legetjenesten – nærhet og avstand

Presentasjonene:

- Bodø-prosjektet KTA hjemme – *Francis Odeh, institusjonsoverlege Bodø kommune*
- Legevaktpiloten/avstandslegevakt – *Øystein Furnes, kommune-overlege i Sunnfjord* kommune
- E-konsultasjoner hos fastlegen – *Eli Kristiansen, ph.d-student og seniorrådgiver, Nasjonalt* senter for e-helseforskning
- Pasientens legemiddelliste – *Torgeir Hoff Skavøy, fastlege i Bergen*
- Triageringsløsning for fastleger på Helsenorge – *Nina Brøyn, prosjektleder, Helsedirektoratet*

https://www.nsdm.no/persentasjoner-fra-konferansen-om-legetjenester-i-kommunene-15-16-nov-2022/

IT-systemer

Fastlegene var tidlig ute med å utvikle og ta i bruk elektroniske journaler og har i dag EPJ-systemer som er svært god tilpasset arbeidsoppgavene, mens de øvrige tjenestene i kommunene ligger langt etter. Det ble pekt på at helseforetakene har standardisert sine IT-systemer i veldig stor grad, mens kommunene har en stor variasjon. Det er vanskelig å få til kollektive avtaler fordi selvstendig næringsdrift hemmer overstyring her, men samtidig har legene selv klart å skaffe seg bedre digitale arbeidsverktøy enn det som finnes i andre deler av primærhelsetjenesten. IT og kommunal organisering er et «svakt punkt», ble det sagt.

Noen mente at uten fellesløsninger er informasjonsutveksling komplisert. Det er et enormt antall individer som skal inn og ut i digitale samarbeidsplattformer – det fordrer et system som er likt for alle og intuitivt, hevdet de. Andre mente at tiden for total-systemer er forbi – det er lite dynamisk og ikke funksjonelt da det ikke enkelt kan integreres. De ulike digitale plattformene må uansett kunne samsnakke.

Mange sa at det går med mye ressurser til opplæring i digitale løsninger. Mye skyldes tungvinte og dårlige tilpassede løsninger. Helsepersonell trenger verktøy de ser nytte av og som er tilpasset dere arbeidsflyt. Det er også nødvendig at det legges inn mulighet for kontorene til å styre tilgangen til e-konsultasjoner gjennom nett-portal slik at de også her kan velge å operere med åpningstid for digital tilgjengelighet.
Det er ekstremt viktig at klinikere bidrar inn i utvikling av e-helseløsninger, ble det hevdet. Man kan ikke overlate dette til teknologer alene, da blir fort en løsning på jakt etter problem og ikke motsatt. Men kan fastlegene bruke tid på dette? Tidligere var legene med i utviklingsarbeidet til hvert enkelt selskap bak EPJ, nå forventer nye leger at verktøyene er på plass.

E-konsultasjoner (video, epost)

Mange mente at en av grunnene til at vi klarte å innføre e-konsultasjon raskt i pandemien var at fastlegene kjente pasientene sine. Det ble påpekt at DrDropin o.l. representerer det motsatte av kontinuitet. Skal videokonsultasjon fungere er det avhengig av vekselvirkning mellom fysiske og digitale konsultasjoner.

Eli Kristiansen

Forventninger

Myndighetene har forventninger om at en skal redusere bruk av fagfolk med e-konsultasjoner. I samtalene rundt bordene ble det understreket at det kan spare reising for pasient og fagfolk, men vurderingen må uansett gjøres av fagfolk, og den totale tiden brukt i konsultasjonene og til å svare på e-meldinger ikke blir mindre. E-konsultasjoner kan derfor ikke løse kapasitetsproblemer. Legene må sette av tid, kanskje mer tid, til dette enn fysisk konsultasjon. Det er en ny måte å jobbe på som krever en annen kompetanse og systematikk. Vi jobber på et vis på samme måte som før, men i ny kontekst – kan dette påvirke pasientbehandlingen i andre enden, spurte noen, eksempelvis mer defensiv i behandling/tiltak? Noen mente at det bør foreligge retningslinjer for hva man kan bruke e-konsultasjon til, og at det er behov for forskning på og evaluering av digitale løsninger.

Det var erfaring for at det er ulike holdninger i befolkningen til digitale verktøy. Noen hevdet at unge/yngre vil ha svar raskt og ringer heller direkte, mens eldre forholder seg til tjenestens oppbygging, inkludert nye digitale løsninger.
Mange pekte på at det er nødvendig at innbyggerne tar ansvar for egen helse i større grad. E-konsultasjoner reduserer terskelen til kontakt og pasienten tror at eposter leses kontinuerlig, hvilket skaper enda større avhengighet av legen.
For legene er det belastende med skriftlige e-konsultasjonshenvendelser på kveld og natt, ofte flere etter hverandre fra samme pasient som maser på å få svar. Noen leger våger ikke å åpne for e-konsultasjoner fordi det blir enda en kanal inn som gir økt arbeidsbelastning. I tillegg opplever mange at pasienter klager på regningen etter e-konsultasjon.
Mange leger besvarer e-konsultasjoner på slutten av dagen, ettermiddag/kveld. Dette gjør muligens at pasienten dermed forventer å få svar også utenom arbeidstid. Noen mente at e-konsultasjoner på kveldstid i byene i noen grad handler om å hevde seg i konkurransen med helprivate aktører.

Noen håndteringsforslag:

- Silingsfunksjon hos helsesekretær/sykepleier før det går videre til lege selv om det er triagering i forkant. En god del henvendelser kan svares ut av andre, og det er viktig at en får silt bort det som ikke legen trenger å bruke tid på
- E-kontakter begrenses til tid på døgnet eller i antall per dag
- Legene bør kommunisere sitt tilbud og sine rammer som forventningsavklaring til pasientene, og det er viktig at kontorene kan påvirke informasjonen som ligger på nettsiden
- E-konsultasjoner kan fungere godt hvis man har en fast administrasjon-dag hvor man kan ta de unna
- Etablere en løsning hvor svarene på e-konsultasjoner ikke sendes ut til pas. før i arbeidstiden

Digitale hjelpemidler

Kjennskap til norske digitale systemer er viktig kompetanse for dem som skal jobbe som allmennleger. Det bør inn i både grunnutdanning og spesialistutdanning, ble det påpekt. Vi finner kun ett læringsmål om dette: FKM 41 E-helseverktøy.
Både fastlegene og befolkningen mangler oversikt over hvilke tilbud som finnes lokalt, f.eks. kommunale tjenester, frivillighet osv. og dette kan bygges inn i elektroniske løsninger/triage/HelseNorge;
Mange etterlyste felles digital medisinliste – Pasientens legemiddelliste (PLL).

Digitale løsninger er en viktig ressurs i store legevaktsdistrikter, og samtrening er avgjørende. Noen pekte på at lignende løsninger har vært brukt i offshore-arbeid i flere tiår. Det ble rapportert positive erfaringer med bruk av video på legevakt for å f.eks. avklare om et sår må sys. Løsningen kan også brukes i f.eks. hjemmetjenesten. Terskelen er høy for utrykning ved store avstander – her kan video være med på å bidra til tjenesten. En utfordring er at mange pasienter ennå ikke kan benytte seg av digitale løsninger, og det vil hele tiden være en del som ikke kan benytte slike tjenester – f.eks. ved kognitiv svikt.

Digitale løsninger sammen med spesialisthelsetjenesten kan også være veldig nyttige, men felleskonsultasjoner med sykehuslege (digitalt) og fastlege har vist seg vanskelig å få til, blant annet pga manglende takster for slik aktivitet ifølge noen.

Hva kan e-helse løse?

- Enkle henvendelser som ikke krever personlig møte
- Pasientens legemiddelliste vil gi økt pasientsikkerhet
- Sparer tid for lege og pasient
- Mye bedre muligheter for statistikk, oversikt takster for eksempel

Videokonsultasjoner, hvorfor benyttes det så lite?

- Manger leger sier det gir liten merverdi, og det krever teknisk tilrettelegging
- Bruken kan antagelig påvirkes ved mer differensierte takster

Det er ønskelig å kunne følge med på bruk av telefon, e-konsultasjon og videokonsultasjon hver for seg.

Risiko ved digital vurdering

- Kan skape digitalt utenforskap for de som ikke klarer overgangen til digital løsning

- Tolkning av skriftliggjort symptombeskrivelse, f.eks. selvmordstanker oversendt midt på natta er vanskelig. Dersom en lege tilfeldigvis leser e-konsultasjon om natten – forplikter dette i ettertid?
- Digital konsultasjon – mye gjøres av fastlege på kveld gjennom indirekte kommunikasjon. Risikoen avhenger også av diagnosetyper
- Digital kommunikasjon kan gi falsk trygghet for pasienten, for eksempel hvis forespørselen ble sendt fredag ettermiddag og legen ikke leser kommunikasjon i helg
- Mange digitale løsninger kan gjøre at legen mister noe oversikt
- Viktig at akutte problemstillinger ikke havner i en eller annen innboks som ikke sjekkes jevnlig
- Risiko for overforbruk og underforbruk

Digital triagering

Triageringsverktøy er under utprøving hos fastleger og på legevakt: Pasientene fyller ut et skjema selv på 1-3 minutter. Ifølge dem som er involvert i dette gir det fastlegen mye mer informasjon enn tidligere gjennom standardiserte skjema som tvinger frem nødvendig/viktig informasjon. Mange var positive til dette som redskap.

Nina Brøyn

Andre viste til at erfaring med spørreskjema i e-konsultasjonsløsningen i forkant gjør at det kommer inn mye uvesentlig informasjon. Det kommer ofte ikke fram hva pasienten søker legen for. Men det gir også mulighet for å rette pasienthenvendelser til fastlegen, helsesekretæren for timebestilling etc. En fare som ble nevnt var at digitalisering kan forrykke balansen ved at de digitalt kompetente rykker frem i køen på bekostning av de svakere gruppene.

Triagering kan være et godt hjelpemiddel i legevakten, mente mange, men at det kan være en risiko ved akutte tilfeller. Det ble pekt på at det skjer delvis allerede i dag gjennom triagering av sykepleier/annet helsepersonell.

Noen bekymringer

- Triagering utelukker visse pasientgrupper
- Triagering er ofte rettet mot en problemstilling – ofte kommer pasientene med flere helseproblemstillinger (og den viktigste kan bli utelatt)
- Triagering forutsetter til en viss grad at pasienten vet hva som feiler ham

Kvalitet, pasientsikkerhet og ansvar

Presentasjonene:

- Pasientsikkerhet på legekontor i distrikt – *Martin B. Harbitz, fastlege i Lyngen, 1.amanuensis UiT og forsker v/NSDM*
- Pasientsikkerhet og kvalitet – ansvar og tilsyn – *Anne Grethe Olsen, fylkeslege i Troms og Finnmark og Hege Raastad, seniorrådgiver Helsetilsynet*
- Nasjonale kvalitetsindikatorer i allmennlegetjenesten – *Julie Kjelvik, Helsedirektoratet*
- Senter for kvalitet i legetjenester – *Nicolas Øyane, fastlege og leder for SKIL*
- Kommunenes ansvar sett fra kommuneoverlege – *Guro Steine Letting, kommuneoverlege i Fredrikstad*

https://www.nsdm.no/persentasjoner-fra-konferansen-om-legetjenester-i-kommunene-15-16-nov-2022/

Endring i helsepersonell-loven – hvordan kan kommunene organisere seg for å følge opp faglige pålegg?

Flere påpekte at nye reaksjonsformer og ny rolle for kommunen overfor klager/pålegg vil kreve at kommunene tar en mer aktiv holdning og det vil kreve mye samarbeid for å finne frem til hensiktsmessig klagebehandling og avklare ansvarsforhold.
Kommuner må derfor i større grad lene seg på medisinskfaglig rådgiver. Her kom det fram en del anbefalinger til hva som bør gjøres dersom det ikke er tilstrekkelig kompetanse i kommunen:

- Samarbeide med nabokommuner
- Sikre at de har en medisinskfaglig rådgiver med allmennmedisinkompetanse (kan evt samarbeides om eller kjøpes av noen med veilederkompetanse?)
- Lage rutiner i samarbeid med lokale sykehus og andre samarbeidspartnere, både for samhandling/rutiner og for oppfølging ved kvalitetsproblemer/klager/hendelser
- Samarbeid av denne typen kan være hensiktsmessig å gjøre i samarbeid/sektorer?

Guro Steine Letting

- Alle kommuner bør ha et system for håndtering av alvorlige hendelser/klagesaker i allmennlegetjenesten. Det bør utvikles veileder til kommunene for hvordan å håndtere dette. Ledelseselement, fagleder/kvalitetsansvarlig lege, involvert personell og kollegastøtte mv må inngå.

Organisering

Det er en utfordring at kommunen ikke nødvendigvis får beskjed om at næringsdrivende leger får pålegg/blir anmeldt dersom saken ikke går videre til Helsetilsynet. Tilsvarende på sykehus: jobber du som lege her, er det ikke nødvendigvis slik at ledelsen får vite om klagesaken (men selvsagt ved alvorlige hendelser).

Flere understreket at kommuneoverlegen bør være involvert i tilsynssaker mot fastleger, som støttende instans, men også for at kommunen skal kunne lære av sakene og ta medansvar/systemansvar der det er aktuelt.
Det ble foreslått at kommunen må lage system for deling av læringspunkter. Noen kommuner bruker kommuneoverlegen ved melding til fylkeslegen, og noen har medisinskfaglig ansvarlig lege på hvert senter som bistår og støtter.
Det kan også være en god ide å ta opp aktuelle saker i allmøter og personalmøter, f.eks. ha en «klagetime».
Slik kan det bygges en kultur som er slik at de involverte tør å fortelle om sine erfaringer.
Det er viktig å unngå konfronterende linjer, tilnærmingen og samtalen må være løsningsorientert.
Mange som får brev fra fylkeslegen vil ha behov for støtte. Legen som er innklaget bør få råd om å snakke med den som har klaget. Personlig møte er en fordel, det er ofte mer velfungerende enn brev frem og tilbake. Det er ikke alltid nødvendig at partene møtes, men man må vite synspunktene til de involverte partene. Det må være et mål om å løse saker på lavest mulig nivå.

Statsforvalterens perspektiv

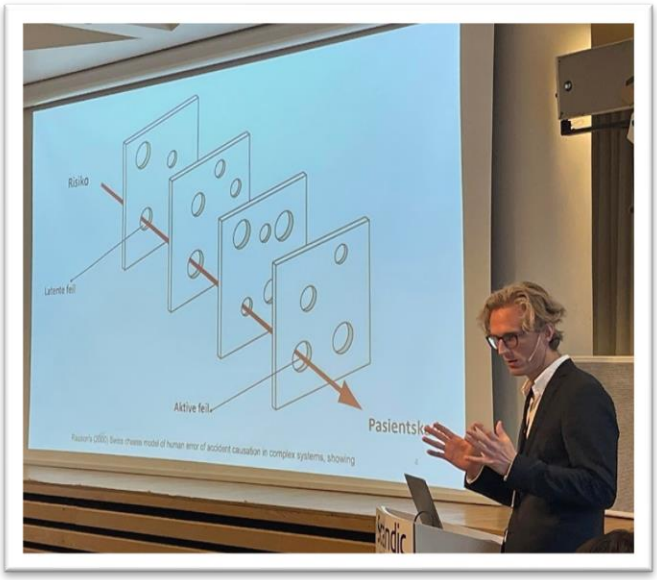
Endringen gir statsforvalteren anledning til å gi faglige pålegg. Dette er nytt, og annerledes enn det man har gjort før, da man kunne påpeke feil og mangler, og sende det fra seg. Nå må de gjøre seg opp en mening om hva som faktisk skal gjøres bedre. Det er mer arbeidskrevende for statsforvalteren, men antagelig mer nyttig for tjenesten.
Faglige pålegg tvinger også legene til å selv tenke over hvordan man kan gjøre det bedre.

Kvalitetsarbeid på legekontoret, på legevakt, i sykehjem, på helsestasjon – felles sak for legene og kommunen?

Organisering/ledelse

Kvalitet handler om kultur og å snakke om kvalitet og å ivareta pasientene våre. Det krever åpenhet og ydmykhet. Flere kommuneoverleger har inntrykk av at det gjøres mye godt kvalitetsarbeid lokalt på legekontoret og ser større utfordringer på sykehjem, helsestasjon og legevakt. Det kan virke som at en del kommuner har liten bevissthet om kvalitetsarbeid og overlater alt til det enkelte legekontor eller den enkelte lege. Mange næringsdrivende leger har ikke avvikssystem. Noen steder tas uønskede hendelser tas opp på fagmøte. Fagmøter med fokus på kvalitetsindikatorer kan bidra til kvalitetskultur, og internundervisning og fagdager er viktig.
Mange mener at kommunene må ta ansvar og dra i gang kvalitetsarbeid. Senter for kvalitet i legetjenester (SKIL) har mange gode verktøy og kurs som kan være en god start. Legene honoreres gjennom kvalitetsfondet for tid brukt på dette og det er tellende som klinisk emnekurs.
En kommune har gitt alle næringsdrivende fastleger en kommunal deltidsstilling (10%) som gjør at de kan delta på morgenmøter og andre faglige møter. Noen forteller at de henter inn ress urspersoner fra egen kommune, andre har også brukt Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser

(NOKLUS) på fagdager hvor folk derfra kan delta på Teams. Flere peker på nødvendigheten av at helsesekretærer og sykepleiere er med på faglige møter/internundervisning.



Martin Bruusgaard Harbitz

Lederansvaret er viktig. I sykehus har man en ansvarsstruktur hvor man kan utøve ledelse overfor kolleger, mens i fastlegeordningen har enkeltleger ansvar for sin egen praksis. Hvordan kan en fastlegekollega berøre problemstillinger knyttet til kollegas kvalitet på arbeidet? Har man egentlig posisjon?
Hvordan kan vi positivt bygge opp under systemer som fremmer kvalitet? Eksempel ukentlige møter med diskusjon av faglig karakter.
Kontinuitet er viktig for kvalitetsarbeid. Store forskjeller i kommunene i kontinuitet og dermed kvalitetsarbeid.
Avvikssystemer brukes noen steder som "kommunikasjonsverktøy" til administrasjonen for å få satt lys på forhold som må utarbeides.

Noen forslag

- Viktig å melde til statsforvalteren når tjenestene ikke er forsvarlig.
- Viktig å ha gode rutiner for mottak av vikarer og nyansatte.
- Standardisering av utstyr kan være et kvalitetstiltak.

Malene som kvalitetsansvarlig får er vanskelig å bruke, lang vei å gå for å få til faktisk kvalitetsarbeid.
Beslutningsstøtte kan legges inn i IT-systemer som påminnelser og varslinger.
Jevnlige fagmøter, dele på ansvaret for gjennomføringen, oppdatere kvalitetssystemer og prosedyrer jevnlig.

Spesialistutdanning og kvalitet

Mange mente at utdanningssystemet gir mer trygghet – plikt til utdanningsløp gir to arenaer hvor varslingen kan komme inn: i supervisjon og i veiledningsgruppe. Her kan man identifisere og iverksette nødvendige tiltak. Det ble sagt at innføring av spesialistutdanning med individuell veiledning blir en kvalitetssikring, men det er mye administrativt prakk med Dossier knyttet til oppfølging av ALIS. Kollegaer er oftest gode til å veilede hverandre.

Allmennmedisin er siste del av LIS1 og skal godkjennes av kommunen. Kommunen har et ansvar, men hva gjør man for å veilede de som trenger det ekstra? Det bør være et tett samarbeid mellom veileder, legen selv og kommunal leder om kvalitetssikringen av ALIS.

Kravet om å ta akuttkurs bør opprettholdes, og noen ville gjerne styre fastlegenes kursdeltakelse mer målrettet. SKIL-kurs er veldig bra, ble det sagt.

Medisinstudiet i Oslo har kvalitetskontroll og ledelse som eget fag, og det rapporteres økende interesse fra studentene. Kan dette bli er obligatorisk element eller eget læringsmål i spesialistutdanningen? Kanskje man kan innføre oppgaveskriving i gruppeveiledningen?

Legekontor

En av deltakerne beskrev «kjøkkenkroken» som den viktigste kvalitetsmøteplassen. Den skaper trygghet for legene.
Mange pekte på at det er viktig å diskutere sin egen praksis, gjerne gjennom SKIL. Indikatorene må komme nedenfra for å utarbeide hensiktsmessige mål på tjenesten og gjøre målene lett å fortolke.
Mange fastleger har ansatt hjelpepersonell. For hjelpepersonellet er det viktig at det finnes kvalitetssystemer. Som arbeidsgiver har legen ansvar for sine ansatte. På mange næringsdrivende kontor er det å drive aktivt og kontinuerlig kvalitetsarbeid fort en salderingspost og uriaspost.

Legevakt

Det ble vist til at noen legevakter fortsatt er dårlig organisert, uten støttepersonell. Kvalitetsindikatorer på legevakt kan være viktige for å avdekke/belyse dette.

Sykehjem

Eksempler fra sykehjem:

- Driver mye med pasientsikkerhetsarbeid
- Diskusjon om etiske problemstillinger i smågrupper
- Kontroll på vanedannende legemidler.

Hvordan kan kvalitetselementer brukes i differensiering av grunnfinansieringen (risikojustering av basistilskuddet)?

Finansiering for å understøtte kvalitet

Risikojustering av basistilskudd: vurderes urealistisk, kvaliteten på dataene vil ikke være gode nok mente mange, og viste til at det kan være mer realistisk å bruke takster til å oppnå dette.
Det ble pekt på at risikojustering fungerer på aggregert nivå, men ikke på så små utvalg som en fastlegeliste utgjør. Mange mente også at risikojustering av basisfinansiering vil belønne små kommuner.

Kvalitetselementer og grunnfinansiering, noen forslag:

- Trekke ned basistilskuddet dersom en ikke har tatt kurs og har internkontrollsystemer på plass, evt øke basistilskudd for dem som har det på plass?
- Fremfor å gi leger penger i etterkant for å belønne at de har fått noe til, burde man heller bruke ressurser til å understøtte nettverk og andre aktiviteter der man kan løfte seg fra der man er.

Britene og skottene har forsøkt på litt forskjellige vis å finansiere enkeltkvaliteter (resultatindikatorer, kvalitetsaktiviteter). Det virker uhensiktsmessig krevende å detaljstyre slik.

Farer/bivirkninger

Det var liten tilslutning ved flere bord om å koble kvalitetselementer til finansiering, blant annet pga fare for rigide og tidkrevende systemer og vridningseffekter som gir feilprioritering. Det var også frykt for at kvalitetsdata kan bli brukt ned på enkeltlege-nivå til overvåkning eller styring.
Kvalitetselementer og differensiering av grunnfinansieringen – mange setter spørsmålstegn ved treffsikkerheten ved kvalitetsindikatorer, de blir fort aktivitetsdrivende hvis det styrer finansieringen.
Danmark har en stor debatt om kvalitetselementer. Administrerende overleger bruker mye tid på å omkode epikriser, alle relevante og irrelevante diagnoser kommer med.
Økt betaling for kronisk syke kan føre til fare for at leger raskere vil sette diagnosene som utløser høyest takst, men det gir ikke friskere befolkning.
En annen 'feilkilde' kan være at alle fastboende på sykehjem fortsatt står på fastlegenes liste. Dermed kan man ha en "tung" liste uten å ha ansvaret for de "tunge" pasientene.
Mange pekte på at risikojustert basistilskudd vil kunne gi ulikheter, f.eks. med 7-8 leger på samme kontor, men som får vidt forskjellige basistilskudd. De gjør "samme" jobb, men blir honorert ulikt.

Vedlegg

Spørsmål til rundebords-diskusjonene

Bli-kjent-runden

- Hvilken organisering er det i din kommune – fordeler og ulemper
- Hvilken legevakt-organisering er det i din kommune
- Medisinstudenter?

Nybygg-bolken

- Generelle tanker etter innleggene
- Vil fastlegene ha legevakt?
- Hvordan legge til rette for at FL ønsker å ha legevakt
- Hvordan kan vi best tilrettelegge for ALIS med ulike ordninger
- Hvordan involvere legene mer i planlegging og organisering av legetjenestene i kommunene
- Hva trengs for at legene blir en integrert del av alle legetjenestene i kommunen

Utdanning og forskning

- Generelle tanker
- Hvorfor er kommunene et egnet sted for utdanning og forskning
- Hvordan legge til rette for å gi medisinstudenter verdifull allmennmedisinsk erfaring i en travel hverdag
- Engasjerer kommunen seg i praksis for medisinstudentene?
- Hva trengs for å få mer allmennmedisinsk forskning

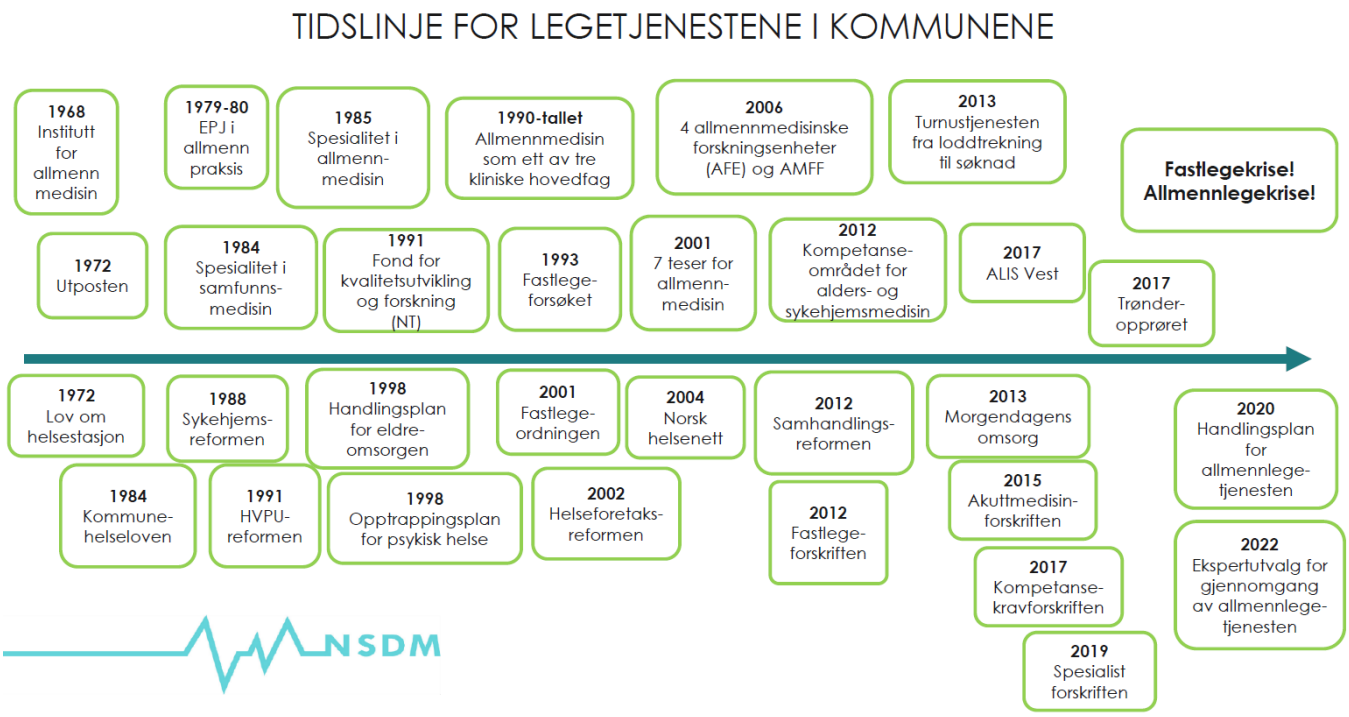
Vikarer

- Badegjest eller allmennlegeressurs?
- Fra vikar til fast lege? Kan vikarer rekrutteres til å bli fastlege? Karenstid osv
- Hvordan kan vikarordninger organiseres slik at de bidrar til kontinuitet
- Hva skal til for å få leger med mye allmennmedisinsk kompetanse til å bidra i veil og supervisjon
- Hvordan hindre konkurransen om legene – kannibalisme

E-helse osv

- Risiko ved digitalenvurderinger?
- Avstandskompensasjon
- Kunnskapsgrunnlag for digital triagering?
- Hva er e-helse ment å løse?
- Hva kan løses med e-helse og hva kan ikke løses?
- Er e-helse et mål eller et virkemiddel?
- Tilgjengelighet

Kvalitet og pasientsikkerhet

- Endring i helsepersonell-loven – hvordan kan kommunen organisere seg for å følge opp faglige pålegg (jfr endringene i loven sommer-22).
- Kan kvalitetselementer brukes i differensiering av grunnfinansieringen (basistilskuddet)?

Tidslinje for legetjenestene i kommunene