

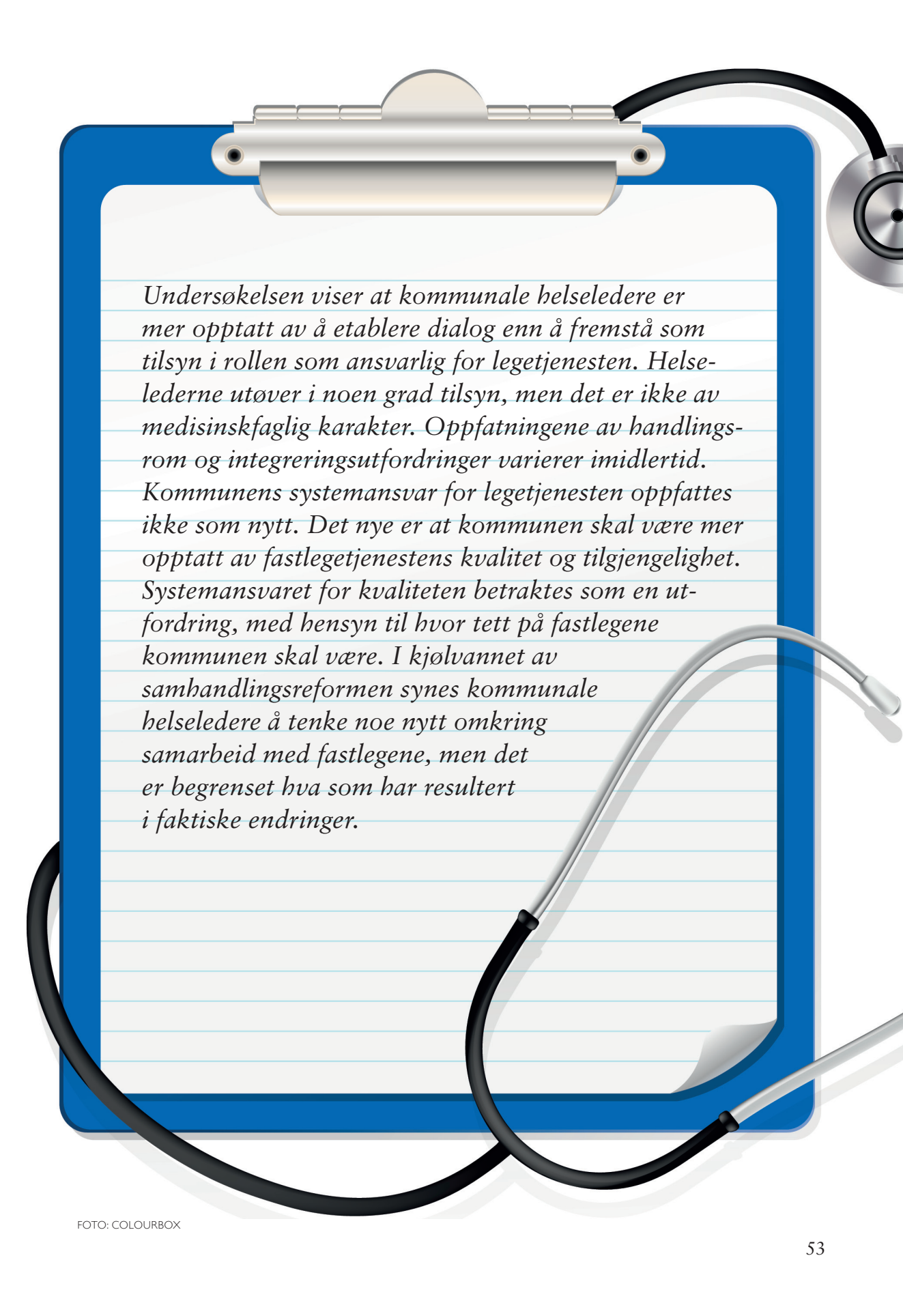
**Margrete Gaski**, PhD og seniorforsker ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Universitetet i Tromsø

**Birgit Abelsen**, PhD og forskningsleder ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Universitetet i Tromsø

# Samhandlingsreformen og kommunens ansvar for integrerte legetjenester

ARTIKKELEN ER FAGFELLEVDERT

Utgangspunktet for artikkelen er påstander i stortingsmeldingen om samhandlingsreformen som dreier seg om at fastlegene i dag er verken styrings- eller systemmessig godt nok integrert med kommune eller helseforetak. Samhandlingsreformens mål er god og sammenhengende pasientbehandling, og fastlegeforskriften legger fra 2013 nye føringer for kommunens ansvar for legetjenesten. Formålet med artikkelen er å belyse hvordan kommunale helseledere forstår og fortolker kravet om en integrert legetjeneste i kommunene; hvordan kommunens sørge for-ansvar for legetjenesten håndteres, og hvordan helselederne oppfatter integreringsutfordringene i allmennlegetjenesten. Artikkelen er empirisk basert på en intervjuundersøkelse blant helseledere i 20 kommuner.



*Undersøkelsen viser at kommunale helseledere er mer opptatt av å etablere dialog enn å fremstå som tilsyn i rollen som ansvarlig for legetjenesten. Helselederne utøver i noen grad tilsyn, men det er ikke av medisinskfaglig karakter. Oppfatningene av handlingsrom og integreringsutfordringer varierer imidlertid. Kommunens systemansvar for legetjenesten oppfattes ikke som nytt. Det nye er at kommunen skal være mer opptatt av fastlegetjenestens kvalitet og tilgjengelighet. Systemansvaret for kvaliteten betraktes som en utfordring, med hensyn til hvor tett på fastlegene kommunen skal være. I kjølvannet av samhandlingsreformen synes kommunale helseledere å tenke noe nytt omkring samarbeid med fastlegene, men det er begrenset hva som har resultert i faktiske endringer.*

## Samhandlingsreformen: Nye forventninger til fastleger og kommuner

Stortingsmelding nr. 47 (2008–2009) om samhandlingsreformen beskriver hvordan kommunen vil bli utfordret med hensyn til sykdomsutvikling, demografisk utvikling og teknologisk utvikling. Oppsummert handler dette om at andelen eldre øker sterkt. Kronisk syke og pasienter med flere og samtidige diagnoser øker i antall. Det forventes økning i livsstilssykdommer forbundet med fedme, lungesykdommer, allergier, angst og depresjon. Primærhelsetjenesten vil få ansvar for flere oppgaver knyttet til de store gruppene med pasienter med vanlige og kroniske sykdommer. Kommunikasjonsteknologien gir nye måter å kommunisere på, og medfører behov for å drifte og utnytte teknologi til å utvikle kommunen som organisasjon.

Som en av løsningene på disse utfordringene, peker stortingsmeldingen på bedre integrering og en klarere definert rolle for fastlegene i primærhelsetjenesten. Det hevdes at fastlegen i dag ikke er styrings- eller systemmessig godt nok integrert verken med kommune eller helseforetak. Fastlegene bør knyttes tettere til kommunens virksomhet både som premissleverandør og ressurs for kommuner og helseforetak. Dette innebærer at fastlegene må ha et ansvarsforhold til kommunal helseledelse, og kommunen må innta et proaktivt lederskap overfor fastlegene, den samlede kommunale helse- og omsorgstjenesten og disse tjenestenes samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det bør altså være mindre «silotenkning» i hver enkelt tjeneste, og mer fokus på et helhetlig helsetjenestetilbud. Ut over dette er det ikke noen nærmere beskrivelse av hva en mer integrert legetjeneste innebærer i praksis. Hensikten med stortingsmeldingen er å manøvrere kommunen i posisjon til å kunne gjøre nødvendige prioriteringer og ressursmessige disponeringer av allmennlegeressursene. I tråd med dette er det lagt føringer for kommunens ansvar for

å sørge for legetjeneste i den nye fastlegeforskriften fra 2013.

Også i andre land som Danmark, Canada, Australia og Storbritannia er ideen om mer samarbeid mellom de ulike delene av helse-tjenesten promotert som nasjonale strategier (Waldorff & Reay 2011, McDonald et al. 2009, Goodwin 2001). Fraser (2006) hevder at i mange land fører økte helsetjenestekostnader til at både statlige myndigheter og forbrukere får høyere forventninger til kvalitet, kostnadskontroll og mer integrere helsetjenester, og at dette resulterer i mer regulering og redusert autonomi for leger og annet helsepersonell.

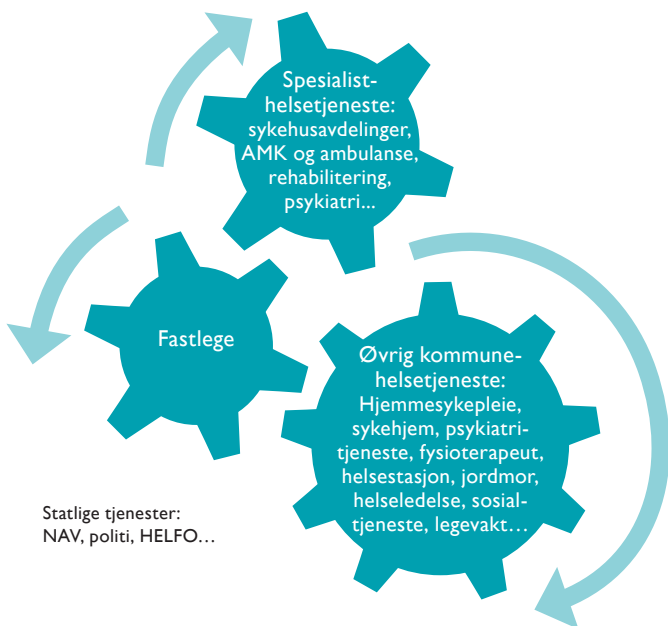
### Legetjenesten som del av den kommunale helsetjenesten

Den norske kommunehelsetjenesten er politisk og administrativt lokalt forankret. Allmennlegetjenesten med fastlegene er en viktig pilar i kommunehelsetjenesten. Blant fastlegenes mest sentrale samarbeidspartnere er øvrige enheter i den kommunale helsetjenesten, samt ulike deler av spesialisthelsetjenesten (figur 1).

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester pålegger kommunen å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester som ikke faller inn under det tilbudet stat eller fylkeskommune har ansvar for. Dette omfatter blant annet å drive forebyggende og helsefremmende tjenester, å drive utredning, diagnostisering og behandling, herunder en fastlegeordning, å yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder legevakt, samt å yte andre helse- og omsorgstjenester i folks eget hjem eller i kommunale institusjoner.

De fleste fastlegene er i dag privatpraktiserende; andelen av fastlegepraksiser på fastlønn er nå 4,7 prosent (Helsedirektoratet, Styringsdata for fastlegeordningen 31.12.2013). Selv om andelen med fastlønn er lav, er det en minkende andel fastleger som foretrekker privatpraksis dersom de kunne velge fritt; an-

**Figur 1: FASTLEGENS SENTRALE SAMARBEIDSPARTNERE**



delen har sunket fra 52 prosent i 2009 til 36 prosent i 2012 (Holte, Abelsen, Halvorsen og Olsen, 2015).

### Kommunale helseledere

Legetjenesten er organisatorisk plassert på ulike steder i kommunene. I en rekke kommuner ledes legetjenesten av kommuneoverlegen – ikke som formell leder, men som medisinsk-faglig rådgiver. Mange kommuneoverleger har altså ikke en formell lederstilling. Dette kan ses i sammenheng med utviklingen av sykehusene på 90-tallet med ny sentral helse-lovgivning og profesjonalisering av ledelses-funksjoner (Berg, 2006). En studie viser at 27 prosent av lederne for primærhelsetjenesten i kommunen selv er leger (Aasland og Akre, 2003). Den samme studien viste at de fleste av lederne var menn (64 prosent).

### Finansieringen legger rammer

Hvordan fastlegeordningen finansieres er med på å legge rammer for fastlegenes virksomhet. Hovedmodellen for finansiering er privat praksis. En gjennomgang av flere studier viser at leger lar seg påvirke av økonomiske insentiver (Chaix-Couturier et al., 2000, Gosden et al.,

2000). Insentivene i privat fastlegepraksis gjør det økonomisk fordelaktig å ha mange listeinnbyggere, mange konsultasjoner, og konsultasjoner som utløser høye takster. Det er argumentert for at dagens hovedmodell gir fastleger for sterke incitamenten til kontorkonsultasjoner og for svake til å delta i offentlig legearbeid (Dalbak, 2009, Hagen, 2009). En sentral diskusjon i evalueringen av fastlegeordningen var hvorvidt fastlegene lar seg påvirke av de økonomiske insentivene i ordningen i den forstand at leger som opplever pasientknapphet kompenserer med å øke konsultasjonshyppigheten. Her kom ulike forskerteam fram til ulike konklusjoner selv om de baserte analysene

på det samme datamaterialet (Sandvik, 2006). Fastlegeordningen skiller seg fra andre kommunale helse- og sosialtjenestetilbud ved at den kommunale rammefinansieringen inkluderer insentivstyring gjennom et kommunalt per capita tilskudd pr. pasient på fastlegens liste (utgjør 421 kroner pr. pasient i 2015 og hevdes å utgjøre om lag en tredjedel av fastlegens inntekt (Kann et al., 2010)). I tillegg kommer den rene aktivitetsbaserte finansieringen i form av pasienters egenandeler og refusjoner fra HELFO. Kommunalt ansatte fastleger får sin faste lønn, uavhengig av antall pasienter som behandles og hvilke takster som utløses. Takster og egenandeler fra pasientene går som inntekter til kommunen. I tillegg til de to hovedmodellene med privatpraktiserende og fastlønte fastleger, finnes det blandingsmodeller (Halvorsen et al., 2012). Takstene i normaltariffen for fastleger og legevakt (Legeforeningen, 2014) fastsettes i årlige forhandlinger mellom legeforeningen, staten, de regionale helseforetakene og kommunesektorens organisasjon – KS. Både staten og kommunal sektor har dermed i noen grad mulighet til å bruke fastlegetariffene til politisk styring av hvilket arbeid fastlegen skal utføre.

Alle fastleger kan pålegges inntil 7,5 time fastlønnen allmennmedisinsk offentlig legearbeid pr. uke. Tradisjonelt har slikt offentlig legearbeid vært knyttet til sykehjem, helsestasjon, skole og fengsel. Den nye fastlegeforskriften (§ 12) åpner for at fastlegen og kommunen kan inngå avtale om at andre oppgaver kan inngå i de 7,5 timene. Det er også mulig å inngå avtale ut over 7,5 timer.

### Hva er kommunens sørge for-ansvar?

Den nye fastlegeforskriften er ett av flere grep for å iverksette tiltakene i Samhandlingsreformen skissert i Stortingsmelding nr. 47 (2008–2009). Høringsforslaget til revidert fastlegeforskrift (2011) skapte motstand blant fastlegene, noe som blant annet kom til uttrykk gjennom fastlegeaksjonen<sup>1</sup>. Det mest kontroversielle i forslaget var bestemmelser som ville gi fastlegen plikt til å delta i nødvendige møter med kommunen, og mulighet for kommunene til å sanksjonere mot fastleger som ikke overholdt sine forpliktelser. I den endelige fastlegeforskriften er disse kontroversielle punktene fjernet eller sterkt moderert.

Den nye fastlegeforskriften er ment å bidra til å dreie fastlegenes virke fra direkte pasientrettede kontorkonsultasjoner over mot en mer tydelig rolle som aktør i kommunens samlede helsetjeneste. Bestemmelsene i fastlegeforskriftens kapittel 2 spesifiserer og utdyper kommunens sørge for-ansvar. Dette kan oppsummeres i sju punkter (se figur 2).

Ansvar som kommunene også tidligere har hatt, omfatter å tilby innbyggerne nødvendige allmennlegetjenester, å organisere en fastlegeordning med nok leger, å gi informasjon til fastlegene om viktige forhold og til innbyggerne om fastlegeordningen, samt å yte økonomisk vederlag til privatpraktiserende fastleger. Tre av punktene i sørge for-ansvaret kan betraktes som nye elementer. Disse gjelder for det første *bestemmelsen om fastlegens trygghet*, som pålegger kommunen å sørge

for å iverksette nødvendige tiltak for å ivareta tryggheten til fastleger som opplever vold eller trusler mot seg selv, sin familie og/eller sine medarbeidere. Det andre punktet gjelder *kvalitet i allmennlegetjenesten*. Forskriften slår fast at kommunen er ansvarlig for at de allmennlegetjenester den tilbyr er forsvarlige og av god kvalitet, uavhengig av om tjenestene ytes av fastlønnede eller privatpraktiserende fastleger. Funksjons- og kvalitetskrav i fastlegeordningen er i praksis krav til fastlegens virksomhet. Helse- og omsorgsdepartementet tolker at enhver som yter helse- og omsorgstjenester har plikt til å drive systematisk arbeid for kvalitetsforbedring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Dette innebærer for kommunens del et prosesskrav og ikke et krav om å innfri bestemte kvalitetsnivå. Det tredje punktet som kan betraktes som nytt, er at kommunen pålegges å *legge til rette for samarbeid* med fastlegene, mellom fastlegene og andre kommunale tjenester, og mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Dette er en utdyping av Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3–4. Forskriften spesifiserer ikke nærmere hvordan de ulike formene for samarbeid skal organiseres.

Noen vesentlige forhold rundt utvikling av en god allmennlegetjeneste reguleres imidlertid ikke gjennom fastlegeforskriften, som utfordringer knyttet til rekruttering av leger og kompetanseheving av legene for videreutvikling av kvalitet både i allmennlegetjenesten og i legevakt.

### Hvordan bli mer integrert?

Begrepet integrasjon er vårt utgangspunkt for å belyse hvordan kommunale helseledere forstår og fortolker kravet om en integrert legetjeneste i kommunene, og hvordan kommunene i praksis håndterer sitt sørge for-ansvar for legetjenesten.

Integrering (også kalt serviceintegrering) kan defineres som det å bringe sammen tidligere spredte og uavhengige tjenester, til et mer helhetlig leveransesystem (O'Looney, 1997). Behovet for integrering er rent organisa-

<sup>1</sup> <http://fastlegeaksjonen.no/>

**Figur 2:** KOMMUNENS SØRGE FOR-ANSVAR IFØLGE FASTLEGEFORSKRIFTEN

## FASTLEGEFORSKRIFTEN

### IKKE NYTT:

- tilby innbyggerne nødvendige allmennlegetjenester
- organisere en fastlegeordning med nok leger
- informasjon til fastlegene om viktige forhold og til innbyggerne om fastlegeordningen
- økonomisk vederlag til privatpraktiserende fastleger

### NYTT:

- ansvarlig for kvalitet i allmennlegetjenesten
- ivareta fastlegens trygghet
- legge til rette for samarbeid med fastlegene, mellom fastlegene og andre kommunale tjenester, og mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten

sjonsteoretisk en respons på en situasjon med økende kompleksitet hvor det kreves spesialisering og det er behov for å «orkestrere» aktiviteter. Kompleksiteten har blant annet sin årsak i at hver enkelttjeneste er sidestilt med andre tjenester, og i for liten grad fungerer som deler av en helhetlig tjeneste. Det trengs derfor en sidestilt (horisontal) integrasjon. Dette kan i organisasjonsteorien forstås som en forbedring av inter- eller intraorganisatoriske relasjoner (Keast, Brown og Mandell, 2007). Overført til legetjenesten vil en sidestilt integrasjon kunne forstås som forbedring av interorganisatoriske relasjoner mellom allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og intraorganisatoriske relasjoner mellom allmennlegetjenesten og øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester.

Med utgangspunkt i Keast, Brown og Mandell (2007) vil vi teoretisk sett forvente at en mer integrert legetjeneste innebærer en eller flere av følgende endringer (se figur 3): Formaliseringsgraden i relasjonene mellom legetjenesten og andre deler av helsetjenesten øker, varigheten i relasjonene og stabiliteten i dem øker og integrasjonsprosessen mellom legetjenesten og andre deler av helsetjenesten krever mer tid. Det blir mindre autonomi i legetjenesten og graden av ressursdeling øker. Graden av avhengighet mellom de ulike tje-

nestene øker også og deltakernes perspektiv i både legetjenesten og blant øvrig helsepersonell blir mer helhetlig. Anerkjennelsen av at partene må samarbeide blir større og relasjonene mellom de ulike tjenestene preges mindre av frivillighet og mer av forpliktelse (til et felles helseoppdrag).

Dersom vi plasserer grader av integrasjon av fastlegetjenester på et kontinuum, er den minst integrerte varianten karakterisert ved *helt fragmenterte tjenester*. Disse kjennetegnes av at aktører som for eksempel fastlegetjenesten, hjemmetjenesten og spesialisthelsetjenesten arbeider autonomt, og bruker lite av sin tid på å samarbeide og samhandle med hverandre. De er løst koblet til hverandre, men deler til en viss grad informasjon. Koblingene mellom tjenestene er i liten grad formalisert, og involverer få ressurser. I denne enden passer den tradisjonelle allmennlegetjenesten inn, basert på en logikk med autonom privatpraksis. I den andre enden av kontinuumet har vi en medvirkningsmodell med fullt ut sammenhengende helsetjenester. Denne modellen forutsetter en annen logikk; at aktørene har et helhetlig perspektiv, deler ressurser og justerer sine aktiviteter i forhold til hverandre. Denne medvirkningsmodellen forutsetter høy grad av tillit mellom tjenestene, felles planlegging og muligens felles finansieringsordning. Mel-

lom de to ytterpunktene finnes koordineringsmodeller med ulik grad av integrasjon som kjennetegnes av at aktørene forblir spesialiserte og separert fra hverandre, men bidrar i et besluttet samarbeid.

### Kommunenes handlingsrom for å ta grep for en mer integrert legetjeneste

Den nasjonale strategien om en mer integrert fastlegetjeneste i Norge er et ønske om reform som kommer ovenfra, fra statlige helsemyndigheter, og er helt klart inspirert av reformer i andre land som for eksempel Danmark. Når nasjonale rammebetingelser og forventninger endres, oppfatter det statlige nivået at det skapes et handlingsrom lokalt som forventes tatt i bruk for å utvikle ny praksis, mer samhandling og en mer helhetlig helsetjeneste til beste for pasienten. Med reformen skaper staten forventninger om at kommunen beveger seg fra en situasjon med fragmenterte tjenester, og over mot en situasjon med mer integrerte tjenester, hvor kommunen som ansvarlig for legetjenesten gjør de nødvendige grepene.

Regelverk, sammen med organisatoriske og økonomiske rammebetingelser styrer ressurser, arbeidsdeling og autoritetsfordeling mellom fastleger og andre, og gir aktørene større eller mindre grad av handlingsrom. Hvorvidt fastlegen er privatpraktiserende eller ansatt i kommunen, er i så måte en sentral betingelse. Kommunal forvaltning av den privat-

praktiserende delen av allmennlegetjenesten er kontraktsmessig. Utgangspunktet er kontrakten mellom legen og kommunen, og ulik utforming av kontraktene åpner for forskjeller både innad i og mellom kommuner. Det er pekt på at kommunen står svakt i møtet med privatpraktiserende fastleger. Helse- og sosialsjefer i norske kommuner oppfatter at kontraktvalg er styrt av legene, og kommunene tilpasser seg ved å tilby de kontraktene legene ønsker (Lerang, 1999). Hovedmodellen for finansiering av fastlegetjenesten i form av privat praksis er i så måte styrende. Helseledernes handlingsrom når det gjelder fastlegepraksis på fastlønn er større, fordi fastlegene og helselederne er ansatt i samme organisasjon, hvor kommunen har styringsrett.

Videre i artikkelen beskrives resultatene av den empiriske studien; hvordan helseledere i kommunene oppfatter integrasjonsutfordringer i legetjenesten, og hvordan kommunens utvidede ansvar for å sørge for legetjenesten håndteres. Først presenteres imidlertid datainnsamlingsmetoden og datamaterialet som artikkelen bygger på.

## Materiale og metode

Det ble gjennomført telefonintervju med helseledere i 20 kommuner i perioden juni–august 2013. Intervjuene ble tatt opp og transkribert. En intervjuguide ble sendt ut på forhånd. Kom-

**Figur 3:** ELEMENTENE I ØKT HORIZONTAL INTEGRASJON (MED UTGANGSPUNKT I KEAST, BROWN OG MANDELL, 2007).

Fragmenterte tjenester  
(Cooperation)

1. Større grad av formalisering
2. Mer varig relasjon/stabil deltakelse
3. Mer tidkrevende prosess
4. Mindre autonomi
5. Større grad av ressursdeling
6. Økt avhengighet mellom deltakere
7. Deltakernes perspektiv blir mer holistisk
8. Mer forpliktende relasjon/felles oppdrag

Medvirkningsmodell  
(Collaboration)

munene ble valgt ut fra et ønske om variasjon i befolkningsstørrelse og organisering av fastlegetjenesten. Utvalget er spredt over hele landet og omfatter en noe større andel store kommuner (målt i folketall) enn små, sett i forhold til sammensetningen av kommuner i Norge. Vi kontaktet 26 kommuner og ønsket å intervju den eller de i kommunen som hadde ansvar for fastlegetjenesten. Tre av de ønskede informantene hadde ferie, to takket nei til å delta og en fikk vi ikke kontakt med.

Det ble gjennomført intervju i 20 kommuner. Vi intervjuet kommunalsjef for helse eller tilsvarende i 15 kommuner, kommuneoverlege (som også var fastlege) i fire kommuner og i en kommune både helseleder og kommuneoverlege. Det ble til sammen gjennomført 21 intervjuer, med 13 kvinner og 8 menn.

Intervjuene fokuserte på tiltak for å innfri kommunens sørge for-ansvar, planer for å styrke legetjenesten og imøtekomme kravene i den nye fastlegeforskriften, som på intervjudtidspunktet ikke ble ansett som godt nok ivaretatt, og konkrete planer for videreutvikling av kvalitet i legetjenesten. Mangfoldet og variasjonsbredden i datamaterialet er nærmere presentert i rapporten Forsterket legetjeneste (Gaski og Abelsen, 2013).

Første del av analysen er konsentrert om helselederens perspektiv på fastlegetjenesten som en integrert del av helsetjenesten. Ulike forhold å samarbeide omkring trekkes inn. Utgangspunktet er en antakelse om at de mange forskjellige aspekter ved fastlegenes virksomhet krever ulike typer samhandling for å oppnå en bedre integrering av fastlegene. Analysens andre del er konsentrert om å få frem det generelle bildet av hvordan kommunene arbeider med å ivareta sitt sørge for-ansvar, og hva som er helseledernes perspektiv på kommunens sørge for-ansvar.

## Blikk for variasjonen mellom kommunene

Gitt valget om en kvalitativ datainnsamling, har vi muligheter til å utforske og studere variasjoner mellom enkeltkommuner og innhol-

det i enkeltkommuners håndtering av sørge for-ansvaret. Datainnsamlingen ble gjort kun et halvt år etter at den nye fastlegeforskriften var gjort gjeldende, og dette kan ha vært for tidlig for å fange opp responsen i kommunene. Svaret fra halvparten av informantene om at de foreløpig ikke har gjort noe eller at de avventer, kan tyde på dette. Videre er det sannsynlig at vi ville fått andre svar om vi hadde spurt fastlegene i stedet for helseledelsen. Dette ville sannsynligvis gitt integrasjonseksempler med utgangspunkt i fastlegenes behandlingfokus og samarbeid om enkeltpasienter. Det å intervju helseledere i en kontekst med forventninger om en utviklet sørge for-rolle, må også ses i forhold til en mulig intervju-effekt. På grunn av underliggende forventninger, kan det være at informantene prøver å få kommunen til å fremstå som mer utviklingsorientert og innovativ enn den egentlig er.

## Hvordan helseledelsen oppfatter integrasjonsutfordringer

Vårt første spørsmål er hvordan vi kan forstå helseledernes oppfatninger av integrasjonsutfordringer i fastlegetjenesten. Noe som går igjen i intervjuene, er at helselederne peker på utfordringer i samarbeidet med fastlegene. Utfordringene handler både om kommunikasjon, deltakelse i møter, perspektiv, ressursbruk, tidsbruk og autonomi.

## Samarbeidsstrukturer

I utgangspunktet finnes det mange godt etablerte samarbeidsstrukturer hvor fastlegen inngår, både på kommunalt nivå og mellom kommunalt nivå og spesialisthelsetjenesten. I kommunene er allmennlegeutvalgene og samarbeidsutvalgene etablerte samarbeidsstrukturer. En av informantene i vår undersøkelse pekte på at virksomheten i samarbeidsutvalget ikke bare er faglig og administrativt rettet, men også sosialt, fordi medlemmene i utvalget må bli bedre kjent:



- *Og vi, vi snakker sammen, vi har det hyggelig etter møter og sånn, sånn at vi, vi har en, en god og hyggelig tone i samarbeid med legene. Men ellers så er det rettet mot møter etter en fast møteplan og med saker som alle sammen melder inn.*

Hvor godt slike samarbeidsstrukturer fungerer, varierte imidlertid. Flere helseledere pekte på at det er en sviktende informasjonsflyt med fastlegene. Spesielt i de minste kommunene opplevdes det som problematisk at dialogen mellom helseledelsen og fastlegene skal foregå i samarbeidsutvalg, noe som fører til at fastleger som ikke er kommuneoverlege eller tillitsvalgt lett havner utenfor informasjonsflyten. En annen norsk spørreundersøkelse i kommunene har oppsummert at samarbeidsutvalgene ses på som mindre betydningsfulle i små kommuner (Paulsen et al., 2010). Slik sett virker de formelle samarbeidsstrukturene dårlig tilpasset virkeligheten i små kommuner. Andre viste til at kommuneoverlegen har rollen som budbringer eller mellomledd mellom fastlegene og den øvrige helseledelsen.

### Realistiske ambisjoner

Mange kommuner har forsøkt å legge til rette for mer samarbeid mellom legetjenesten og andre enheter, kanskje uten større ambisjoner enn å få til et samarbeid med relativt løse koblinger mellom partene og hvor de deler informasjon, men ellers arbeider autonomt. For eksempel at hjemmetjenesten kan være i jevnlig dialog med fastlegene, og at prosedyrer for forskjellige typer samhandling mellom fastlege og hjemmetjeneste er nedfelt i kommunens interne kvalitetssystem. Helselederen i en liten kommune viste til fellesmøter med legene og andre enheter i helsetjenesten som en god arena for å dele informasjon mellom ulike instanser. På denne måten løste de ofte raskt opp i enkeltsaker. En informant i en mellomstor kommune ga uttrykk for at slike faste møter mellom fastlegene og andre enheter var blitt en god læringsarena for begge parter. Det var imidlertid mange kommuner som manglet

slike fora, eller de hadde fora hvor alle andre enheter enn legetjenesten deltok. Helseledere fra slike kommuner ønsket imidlertid og hadde prøvd å trekke legene med, fordi de mente at legene trenger å være mye mer informert om hva andre relevante aktører i kommunen holder på med.

En helseleder i en liten kommune ønsket fremover i tid å få fastlegene som deltakere i teamjobbing om hjemmesykepleie og til å betjene flere pasienter utenfor institusjon. Denne helselederen uttrykte altså visjoner om et fremtidig teamsamarbeid med fastlegene, som kan forstås som mer helhetlig tenking rundt pasienten, hvor ressursene justeres inn etter pasientens behov. Det er kanskje ikke tilfeldig at denne visjonen ble fremmet i en liten kommune. Mindre enheter kan gjøre det enklere å få til samarbeid mellom ulike profesjoner (Hetlevik og Gjesdal, 2010).

### Vil ha legene inn i en helhet

Flere helseledere ga uttrykk for at de ønsket at legetjenesten i større grad skal bli en del av en helhet og bidra i samme retning som den øvrige helsetjenesten. En helseleder fremhevet hvor dedikerte fastlegene er til jobben sin, men pekte på at legene mangler forståelse for kommunalt systemarbeid, og la til at dette er noe de ikke automatisk kan, men må trene seg opp i. En annen helseleder viste til at leger er kjent for å vite det meste selv, og at det ikke er så lett å få dem inn i samarbeid med andre profesjoner i kommunen – rett og slett å få dem til å møte opp når det innkalles til tverrfaglige møter. Flere helseledere ga uttrykk for å være opptatt av dialog for å få en mer felles forståelse med fastlegene, for eksempel av hvordan fastlegeforskriften skal følges opp. En av informantene formulerte seg slik:

- *Så det å tidlig inkludere fastlegen inn i det kommunale arbeidet, tettere dialog og særlig når vi kommer over til det med meldingsutveksling og sånt noe, så er det et område som jeg tenker er viktig.*

## Forpliktende relasjoner utfordrer autonomi og profesjon

Forsøk på å skape forpliktende relasjoner og at helsetjenesten i større grad skal være et felles oppdrag, synes å utfordre legenes autonomi. Erfaringer fra Danmark og Canada viser at det er en stor utfordring å skulle endre logikken bak fastlegers praksis fra autonomi og til en medvirkningsmodell. Selv om legene takket ja til å delta i ordninger som i utgangspunktet var skapt som medvirkningsmodeller, endret ikke legene seg i det hele tatt, eller de ganske enkelt skled tilbake til sin gamle væremåte (Waldorff & Reay, 2011). Aspekter ved legen som profesjonsutøver kan også spille inn. Friedson (1994) peker på behovet som sterke profesjoner, som eksempelvis leger, har for å ha kontroll over utøvelsen av sin profesjon og selv sette grenser for hva de skal gjøre og hvordan standarden for det de gjør skal vurderes. De har med andre ord i utgangspunktet ikke tradisjon for å innordne seg andres ledelse. I samarbeid med annet helsepersonell tildeler helsepersonelloven (§4 Lov om helsepersonell m.v.) legen en overordnet rolle når det gjelder beslutninger i medisinske spørsmål. Hvis legen glemmer at lovparagrafen kun gjelder medisinske spørsmål, kan det bidra til å gjøre samarbeid og samhandling mer utfordrende enn det strengt tatt trenger å være.

## Langsomme og omfattende kommunale prosesser

Flere helseledere pekte på at kommunene er prosessorienterte, prosessene er langsomme og det blir gjerne mange møter over tid. Det er stadig spørsmål om å få med en representant fra fastlegene og det ses på som en utfordring å få fastlegene med i langsiktige utviklingsprosesser, fordi dette tar tid. Tidsbruken ble forsvart på denne måten av en helseleder:

- *Når du holder på å utvikle noe så må du liksom være litt på diskusjon og litt på ideer og litt på prøvfeile og sånn. Og så må du forankre det og så tar det tid ...*

Legene ble av mange oppfattet som at de bevisst holder seg litt utenfor, og at de ikke har kapasitet, vilje eller ønske om å være med tidlig i prosessene. Dermed blir det også problematisk når prosessene har kommet lenger og det ikke er så lett å hekte legene på. Selv om age hadde erfart at langvarige prosesser er en arbeidsform som passer fastlegene dårlig, var likevel en av helselederne vi snakket med i gang med å starte et varig kvalitetsarbeid på legesenteret og planleggingssamarbeid om fastlegetjeneste, legevakt og tilsynsfunksjoner, der både kommuneadministrasjonen, kommunelegen og fastlegene skal møtes jevnlig.

## Takster, møter og behandlingsorientering

En utfordring det ble vist til er at fastlegene ikke ønsker hyppige møter. De ønsker heller ikke veldig lange møter. Flere helseledere pekte på utfordringene med å få fastlegene til å møte i samarbeidsmøter med andre deler av helsetjenesten, og spesielt gjaldt dette privatpraktiserende fastleger. Det ble hevdet at hvis det ikke er en takst for møtet og tilhørende møtetid, så er møtetiden å betrakte som tapt inntekt for fastlegene. Det ble videre hevdet at det ikke er utviklet takster som godt nok matcher de behovene kommunen har for at også privatpraktiserende fastleger deltar. Normaltariffen for fastleger og legevakt inneholder bare én takst for møter. Denne taksten kan bare brukes i forbindelse med møter som har sitt utgangspunkt i behandling eller oppfølging av enkeltpasienter. Det vil med andre ord være kommunens oppgave å finansiere møter som ikke handler om enkeltpasienter, som de har behov for at fastlegene deltar på. Dette kan gjøres innenfor rammen av avtalt offentlig legearbeid eller med særskilt honorar.

Flere helseledere ga uttrykk for at de godt kan forstå fastlegene, fordi de vet at det er takstsystemet som ligger bak den manglende deltakelsen. De mente det vil være vanskelig å integrere fastlegene bedre, så lenge legene styres av takstsystemet. Noen uttrykte imidlertid

irritasjon over at fastlegene benytter takstsystemet – selv om dette gjøres på en måte som er i henhold til intensjonen med systemet. En helseleder syntes at det var drøyt når legene sendte regning på møtedeltakelse, og nevnte et eksempel på et møte hvor en konsulent formidlet hvordan noe ved legekantoret skulle fungere, og kommunen fikk regning fra en fastlege for deltakelsen i formidlingsmøtet etterpå. Dette er et eksempel på at helseledelsen ikke helt aksepterer at finansieringsordningen for privatpraktiserende fastleger påfører kommunen utgifter når de vil ha fastlegene med på møter ut over tiden som brukes til fastlønnet allmennmedisinsk offentlig legearbeid. Ulike typer samarbeid med legene krever altså mye ressurser fra både fastlegene i form av tidsbruk, og fra helseledelsen som må betale ut godtgjørelse for deltakelse i møter.

Flere helseledere trakk frem at fastlegene er behandlingsorienterte og heller vil hjelpe enkeltpasienter enn å sitte i møter. Dette er helt på linje med resultater i andre studier, for eksempel Halvorsen et al. (2013) som fant at den aktiviteten som fastlegene selv gir høyest prioritet og mest verdi, er pasientkontakt hvor de stiller diagnoser og driver behandling. Fastlegen er den eneste aktøren i kommunehelsetjenesten som har et lovpålagt øyeblikkelig hjelp-ansvar og en tilgjengelighetsplikt for en definert populasjon. Prioriteringer og samtidighetskonflikter knyttet til dette ansvaret er trolig en av de viktigste årsakene til at legen av andre kommunale aktører oppfattes som krevende å samarbeide med (Kristoffersen, 2013). Dessuten har leger andre plikter og rettigheter rent medisinsk enn annet helsepersonell, både tradisjonelt og juridisk (Helsepersonelloven). Motstand mot forsøk på å styre fastlegers fagutøvelse må sees i lys av dette personlige ansvaret leger har i sin yrkesutøvelse. Hvis fastlegene kunne bestemme selv, ville de sannsynligvis bruke mindre tid på andre gjøremål som for eksempel administrasjon og møter med den kommunale helseledelsen, noe som er aktiviteter som fastlegene vil måtte bruke mer tid på hvis samhandlingsreformens krav

om å knyttes tettere til kommunens virksomhet og være en ressurs, skal kunne oppfylles. Legenes behandlingsorientering og finansieringssystemet begrenser dermed mulighetene for å utvikle samhandlingen.

## Håndtering av sørge for-ansvaret

Spørsmålet som stilles i dette avsnittet er hvordan helselederne håndterer ansvaret for å sørge for legetjenesten. Vi beskriver eksempler som kom frem i intervjuene med helselederne, som kan tolkes som at de forsiktig trekker i retning av en mer integrert legetjeneste. Intervjuene viser at helselederne er på leting etter hva sørge for-ansvaret skal innebære.

### Rollen som tilrettelegger for samarbeid

Vi fant få eksempler på at det var satt i gang konkrete tiltak for å skape en mer integrert legetjeneste. Den ene typen tiltak for økt integrasjon som vi fant, innebar ikke nye typer samarbeid, men bedre utnyttelse av gamle. Dette gjaldt ett av de tre nye punktene i kommunens sørge for-ansvar, som er å legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og helselederne, og mellom fastlegene og andre deler av helsetjenesten. Helseledere i to kommuner trakk frem at de hadde blåst nytt liv i en gammel samarbeidsstruktur; allmennlegetutvalget. Begge kommuner hadde etablert en ordning med fire til seks møter i året med alle allmennlegene. Den ene helselederen pekte på at det var blitt en mye mer stabil dialog mellom helseledelsen og fastlegene det siste året, men uten å konkludere med hva som var årsaken til dette. Den andre helselederen viste til at de hadde etablert et bedre system for disse møtene, hvor en viktig brikke var at det var avklart at fastlegene fikk lønn for å delta. En tredje helseleder viste til at både helseledelsen og fastlegene gjensidig hadde forpliktet seg til å legge til rette for tettere samarbeid, og et opplegg med mer regelmessige møter var i startgropen da helselederen ble intervjuet.

Alle disse tre eksemplene er tegn på økt integrasjon, i betydningen av å ta i bruk «gamle» formelle strukturer for samarbeid, og satse på varige relasjoner med mer stabil deltakelse både fra fastlegenes og helseledelsens side. En helseleder hadde det siste året endret sin holdning, og innsett at det faktisk er lett å samarbeide med legene:

- *For før så tenkte jeg alltid, det er så vanskelig tenkte jeg, men det er jo egentlig så lett fordi at de har det der allmennlegeutvalget og så har vi jo de samarbeidsutvalgsmøtene. Og det er jo nesten ingen som er samlet sånn som de, sant.*

Det andre eksemplet som vi fant på økt integrasjon, var ikke en varig ordning, men en prosjektbasert ordning som oppstod i forbindelse med at en kommune etablerte et nytt helsehus. I planleggingen av dette, hadde fastlegene deltatt i prosjektgrupper og i referansegrupper. Helselederen kommenterte at det har vært uproblematisk å få deltakelse fra fastlegene i dette arbeidet. Dette kan betraktes som et skritt i retning av en mer forpliktende relasjon og løsning av et felles oppdrag.

### Sørge for fastlegens trygghet?

Det er langt mellom utviklingstrekk som kan betraktes som skritt i retning av økt integrasjon av fastlegene, sett fra helseledernes ståsted. Vi finner ikke eksempler som kan tolkes som en utvikling mot mindre autonomi blant fastlegene. Noen helseledere ga uttrykk for at de hadde slått seg til ro med fastlegenes autonomi slik den er i dag. Fastlegenes autonomi kan forklare hvordan helselederne forholdt seg til det ene av de tre nye punktene i fastlegeforskriften, som gjelder å ivareta fastlegens trygghet. I den grad helselederne ga uttrykk for at de var opptatt av forhold som gjelder fastlegens trygghet, så gjaldt dette enkeltsaker og ikke forbedringer på systemnivå. Argumentene var at legene driver for seg selv og er selvstendige, og at legene derfor gjør nødvendige tiltak selv. I den grad helselederne

nevnte eksempler på gjennomførte tiltak for å ivareta fastlegens trygghet, så var dette tiltak som lå flere år tilbake i tid.

Det at vi fant såpass få eksempler på tiltak for å håndtere det utvidede sørge for-ansvaret, er ikke overraskende sett i lys av at i kun om lag halvparten av de undersøkte kommunene hadde helseledelsen diskutert den nye fastlegeforskriften med fastlegene sine, alternativt informert dem, eller de hadde forholdt seg aktivt til minst ett av de nye punktene i forskriften. De øvrige hadde ikke forholdt seg aktivt til den nye fastlegeforskriften. Flere av helselederne pekte på at det de gjorde av nye ting for å sørge for legetjenesten, var å skjerpe praksisen inn mot den nye fastlegeforskriften. De oppfattet ikke kommunens systemansvar for legetjenesten som nytt. De oppfattet det imidlertid som nytt at kommunen skal være mer opptatt av kvalitet og tilgjengelighet til fastlegene.

### Ansvar for kvalitet utfordrer

Flere informanter oppfattet at det spesielt var det som gjelder kvalitet, som var en utfordring med den nye forskriften. Funksjons- og kvalitetskravene handler i første rekke om at virksomheten skal utføres i tråd med nasjonale retningslinjer samt spesifikke krav om fastlegens tilgjengelighet. Kommunene er tildelt det overordnede ansvaret for at funksjons- og kvalitetskravene oppfylles. En helseleder tok det som at kravet til kvalitet må ligge direkte på legen, og så ikke dette som noe som angikk kommunen og helseledelsen. En annen påpekte at kommunen ikke kontrollerer, og kommenterte kommunens rolle slik:

- *Jeg ser ikke at det har vært noe behov for å gå inn og verken overprøve, overstyre eller, eller å fremme noen nye krav.*

Flere andre helseledere trakk imidlertid frem at de har en viktig rolle i å inkludere fastlegen i det kommunale kvalitetsarbeidet, og at dette kan fremmes gjennom dialog med legene og utvikling av gode rutiner. Flere helseledere snakket om at de var opptatt av å ha dialog

med fastlegene om tilgjengeligheten til legetjenester. De fremhevet at dialog og samarbeid er virkemidlene de vil benytte for å sørge for legetjenesten. Det oppfattes som at det er gjensidig avhengighet mellom helseledelse og fastleger, og det legges opp til forhandlinger og utvikling av tillit mellom partene. Helselederne pekte på at de ikke får gjort så veldig mye hvis ikke fastlegene er med på, og er enig i, hvordan fastlegeforskriften skal tolkes. En helseleder i en mellomstor kommune pekte på at det er forskjell på hva kommunen kan gjøre i «halvprivate» legekontor, hvor det er kommunal leieavtale som inkluderer hjelpepersonell og lokaler, og de helt private legekantorene. Helselederen viste til at de fra kommunens side er mye mer i kontakt med førstnevnte. Kommunen har ingen tradisjon for å komme og kontrollere de helt private kantorene. For fremtiden er det heller ikke planlagt å endre dette, og helselederen foretrakk dialog fremfor tilsyn:

- *Hvis sørge for betyr at det skal være noe interne tilsyn eller noe, så må jeg bare innrette meg på det, men i utgangspunktet så hadde jeg heller ville hatt en dialog på det.*

Flere helseledere viste til at kommunene ikke har kompetanse til å utøve tilsyn med kvaliteten i fastlegetjenesten. De opplevde det som en utfordring å finne ut hvor tett på fastlegene kommunen skal være og hvor mye de skal inn og følge med på hvordan legen jobber. Dette ble rapportert å være et stort diskusjonstema i noen kommuner. Når den faglige tilsynsmyndigheten ligger hos fylkeslegen, så ses dette på som ytterligere komplekst. Det er et dilemma for kommunene å finne ut hvilken myndighet de har til å kunne mene noe om kvalitet overfor de enkelte selvstendige privatpraktiserende fastlegene. Enkelte helseledere drev kontroll av tilgjengeligheten til legetjenesten, for eksempel ved å ringe og teste hvor lang tid det tar før legekantoret tar telefonen. Dette kan ses på som at noen ser seg selv i en slags kontrollørrolle, selv om de selv ikke forklarte det slik:

- *Det er ikke for å kontrollere, men for å henlede oppmerksomheten på tilgjengelighet.*

En annen helseleder ville sette i verk tettere rapportering til helseledelsen på hvorvidt legekantorene møter kravene om tilgjengelighet innen to minutter på telefon og anledningen til å få time innen fem dager. Uansett så illustrerer dette uklare forventninger til kommunens rolle og til relasjonen mellom legene og helseledelsen. For å møte dette inntar på den ene siden helseledelsen en slags kontrollørrolle. På den andre siden legges det opp til økt tillit mellom likeverdige parter, og helseledelsen inntar en rolle med aspekter fra en mediatorrolle (Ansell & Gash, 2012), som er basert på tillitsbygging, dyrking av relasjoner og det å finne møtepunkter mellom posisjoner.

## Oppsummering og konklusjoner

I artikkelen har vi beskrevet hvordan kommunale helseledere oppfattet integrasjonsutfordringer i legetjenesten, og hvordan kommunens utvidede ansvar for å sørge for fastlegetjenesten ble håndtert. Helselederne pekte på utfordringer i samarbeidet med fastlegene som gjaldt sviktende kommunikasjon, svakheter i eksisterende formelle strukturer for samarbeid og ønsker om å trekke fastlegene mer inn i samarbeidet med andre kommunale enheter. Helselederne pekte på at legenes økonomiske rammebetingelser og behandlingsorientering begrenser deltakelsen i kommunale prosesser.

En spesiell utfordring var det nye ansvaret for å sørge for kvalitet. Fastlegeforskriften som et element i samhandlingsreformen kan i noen grad tolkes som inspirert av New Public Management (NPM), med kommunene som ansvarlige for kvalitet og vektlegging av kvalitetskrav for legekantorene, som det potensielt kan bygges et kontrollbyråkrati rundt. Resultatene tyder imidlertid på at kommunene

heller vil utvikle dialogen om kvalitet, enn å bygge opp et byråkrati for å kontrollere virksomheten på legekantoret. Vi kan oppsummere hvordan helselederne forsto og fortolket kommunens sørge for-ansvar for legetjenesten med at de syntes det var en stor utfordring å avgjøre hvor tett på fastlegene kommunen faktisk skal være, og om, og eventuelt hvordan, de skal kontrollere den jobben fastlegene gjør. Flere helseledere foretrakk en arbeidsmåte som innebærer dialog med fastlegene. Det lokale handlingsrommet for samhandling med fastlegene ble imidlertid oppfattet å være «trangt» og vanskelig å manøvrere i. Denne foretrukne tilpasningen kan forklares med at helselederen har begrensede ledelsesmuligheter, gitt hvilken arena legekantorene er. Legekantorene kan ses på som ekspertorganisasjoner (Strand, 2001) – det vil si arenaer preget av fagutøvelse, hvor legene har stor autonomi og stort ansvar, og hvor lojaliteten først og fremst er rettet mot pasienten og profesjonen og i mindre grad mot den kommunale helseledelsen. Den administrative helselederen kan formelt ha høyere rang, men er lederen selv ikke lege, vil gjerne helselederen mangle faglig legitimitet hos fastlegene, og myndighet brytes mot kyndighet.

Den nye fastlegeforskriften synes så langt å ha bidratt til at helselederne tenker noe nytt omkring samarbeid med fastlegene, men at det er begrenset hva de mener at de kan få iverksatt. Fra andre land ser resultatene av reformer med mål om økt integrering og økt tverrprofesjonelt samarbeid med fastlegene foreløpig også ut til å være beskjedne. I Quebec i Canada ble det for eksempel funnet et potensial for økt integrasjon i primærhelsetjenesten gjennom etablering av 95 lokale helsenettverk. Disse har «territorialisert» samarbeidet, det vil for det første si avgrenset samarbeidet til et definert nettverksområde, og for det andre forbedret samarbeidet mellom de ulike aktørene i helsetjenesten innenfor et nettverksområde. Forbedringen omfatter ikke private klinikker (Breton et al., 2013).

Det definerte idealet som er gitt gjennom

samhandlingsreformen er en helsetjeneste hvor fastlegen skal integreres bedre både styrings- og systemmessig. De skal knyttes tettere til kommunens virksomhet, ha et mer avklart forhold til den kommunale helseledelsen og være premissleverandør og ressurs både for kommune og helseforetak.

Andelen fastleger som ønsker fast lønn vokser, og hvis dette fører til en økning i andelen kommunalt ansatte fastleger, vil dette i fremtiden trolig bedre rammebetingelsene for å trekke flere fastleger mer med i kommunens øvrige helsearbeid. Kommunene bør trolig tenke gjennom hvordan de ønsker og har mulighet til å integrere fastlegene bedre innenfor de begrensningene finansieringssystemet for privatpraktiserende fastleger gir. Ett forhold som kan styrke sjansen for å få til økt integrering, er et generasjonsskifte i fastlegekorpset da det har vist seg at yngre fastleger deltar hyppigere i tverrfaglig arbeid enn eldre (Hellevik og Gjesdal, 2010). Men det nytter ikke å basere seg på at yngre leger vil gjøre dette arbeidet gratis.

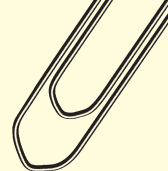
Avhengigheten mellom deltakerne i kommunalt helsearbeid forutsettes å øke med økt integrering. Det igjen bygger på en viss likeverdighet mellom deltagerne. Samtidig er det slik at fastlegene ikke vil fravike sin autonomi og autoritet med hensyn til medisinsk ansvar, som de er tildelt gjennom lovverket. På basis av dette vil vi stille spørsmål ved om det i det hele tatt er mulig å forvente «økt integrering» slik det ganske generelt og diffust er beskrevet i stortingsmeldingen om samhandlingsreformen. Det er liten grunn til å forvente større endringer, så lenge problemforståelsen med hensyn til kommunens sørge for-ansvar og beskrivelsen av hva en mer integrert legetjeneste i praksis innebærer er vag og uklar. Med utgangspunkt i vår definisjon av begrepet integrering (jmfør figur 3), registrerer vi at det fra helsemyndighetens side ikke er gjort noen grep for større grad av formalisering, ressursdeling eller endringer i legens autonomi gjennom lovverk eller forskrift. Uten konkrete virkemidler blir det i stor grad ønsketenkning å styrings-

og systemmessig få til å integrere fastlegene bedre med kommune og helseforetak. Vi har sett tegn på at etablerte formelle strukturer

som allmennlegeutvalg har fått nytt liv, men dette synes som svært beskjedne resultater sett i forhold til ambisjonene.

## KILDER

- Aasland OF, Akre V. (2003) *Fra distriktslege til resultatområder. Leger som ledere i primærhelsetjenesten*. Oslo: Legeforeningens forskningsinstitutt.
- Ansell C, Gash A. (2012) Stewards, Mediators and Catalysts: Towards a Model of Collaborative Leadership. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, Vol. 17(1): article 7.
- Berg O. (2006) *Fra politikk til økonomikk. Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel*. Tidsskriftets skriftserie. Den norske lægeforening.
- Breton M, Pineault R, Roberge D, Da Silva RB, & Prud'homme A. (2013). Reforming healthcare systems on locally integrated basis: is there a potential for increasing collaborations in primary healthcare? *BMC Health Services Research* 8(13): 262.
- Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D et al. (2000). Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *International Journal of Quality Health Care* 2000; 12(2): 133–42.
- Dalbak, LG. Takstsystemet og prioritering i allmennpraksis. (2009). Side 149–161 i Wimar B, Bruusgaard P, Frich JC & Fugelli P. *Penger og verdier i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal.
- Fraser J. Professional autonomy: Is it the future of general practice? (2006). *Australian Family Physician* 35 (5) 353-5.
- Friedson E. (1994). *Professionalism Reborn*. Chicago: University of Chicago Press.
- Gaski M, Abelsen B. (2013). *Forsterket legetjeneste i kommunene. Virkninger for kommunene av ny fastlegeforskrift*. (Norut Alta rapport 2013:8). Alta: Norut Alta.
- Goodwin N. (2001). The longterm importance of English primary care groups for integration in primary health care and deinstitutionalisation of hospital care. *International Journal of Integrated Care* 1: 1–10.
- Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, Sergison M & Pedersen L. (2000). Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. *Cochrane Database Systems Review*, Cd002215. DOI: 10.1002/14651858.CD002215.
- Hagen TP. (2009). Finansieringsordninger som styringsredskap i helsetjenesten. Side 21–38 i Wimar B, Bruusgaard P, Frich JC & Fugelli P. *Penger og verdier i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal.
- Halvorsen PA, Edwards A, Aaraas IJ, Aasland OG & Kristiansen IS. (2013). What professional activities do general practitioners find most meaningful? Cross sectional survey of Norwegian general practitioners. *BMC Family Practice* 14(1): 41.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling på rett sted til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). Høringsnotat om revidert fastlegeforskrift m.m. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Hetlevik Ø, Gjesdal S. (2010). Norwegian GPs' participation in multidisciplinary meetings: a register-based study from 2007. *BMC Health Services Research* 10(1): 309.
- Holte JH, Abelsen B, Halvorsen PA & Olsen JA. (2015). General practitioners' altered preferences for private practice vs. salaried positions: A consequence of proposed policy regulations? *BMC Health Services Research*, 15(1): 119. DOI 10.1186/s12913-015-0777-4
- Kann I, Biørn E, & Lurås H. (2010). Competition in general practice: Prescriptions to the elderly in a list patient system. *Journal of Health Economics* 29(5): 751–764.
- Keast R, Brown K, & Mandell M. (2007). Getting the Right Mix: Unpacking Integration Meanings and Strategies. *International Public Management Journal* 10(1): 9–33.
- Kristoffersen JE. (2013) Utfordringer i fastlegeordningen. I Veggeland N (red): *Reformer i norsk helsevesen*. Trondheim: Akademika forlag.
- Legeforeningen. (2014). Normaltariff for fastleger og legevakt 2014–2015.
- Lerang I (1999). Helse- og sosialsjefene: vurdering av legetjenesten, kontraktsforhold og fastlegeordningen. Discussion paper nr 4/1999. Sandvika: Handelshøyskolen BI.
- McDonald, J., Davies, G. P., & Harris, M. F. (2009). Interorganisational and interprofessional partnership approaches to achieve more coordinated and integrated primary and community health services: the Australian experience. *Australian Journal of Primary Health*, 15(4), 262–269.
- O'Looney J. (1997). Making Progress toward Service Integration: Learning to use Evaluation to Overcome Barriers. *Administration in Social Work* 21 (3/4): 31–65.
- Paulsen B, Lippestad J. & Johnsen R. (2010) Samhandlingsreformen, kommunal helseadministrasjon og legetjenesten i kommunene. Trondheim: SINTEF Rapport A16806.
- Sandvik H. (2006) Evaluering av fastlegereformen 2001–2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter. Oslo: Norges forskningsråd. <http://evalueringssportalen.no/evaluering/evaluering-av-fastlegereformen-2001-2005-sammenfatning-og-analyse-av-evalueringens-delprosjekter>.
- Strand T. (2001/2007) *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Waldorff SB. & Reay T. (2011). Collaborative innovation in health care: The case of family physicians. Working paper No: 6/2011. The 2nd ABC-workshop, Boston, September 2011. [www.ruc.dek/CLIPS](http://www.ruc.dek/CLIPS).



## KOMMUNENS «SØRGE-FOR»-ANSVAR OG ENDRINGER I ANSVARET

Kommunens «sørge-for»-ansvar i forbindelse med den nye fastlegeforskriften som kan oppsummeres i sju punkter (..). Kan du innledningsvis si noe om hvordan din kommune har forholdt seg til den nye fastlegeforskriften?

### FASTLEGENS TRYGGHET

Bestemmelser i fastlegeforskriften pålegger kommunen å sørge for å iverksette nødvendige tiltak for å ivareta tryggheten til fastleger som opplever vold eller trusler mot seg selv, sin familie og/eller sine medarbeidere. Har dere noen planer i forhold til dette som er under arbeid eller vedtatt? Eller tiltak som er iverksatt? I tilfelle; hvilke?

### VIDEREUTVIKLING AV KVALITET I ALLMENNLEGETJENESTEN OG LEGEVAKT

Forskriften tildeler kommunen det overordnede ansvaret for at funksjons- og kvalitetskravene i fastlegeordningen §§ 17–30 overholdes. HOD tolker dette som et prosesskrav om at kommunene skal drive med systematisk arbeid for kvalitetsforbedring.

- Oppfatter dere i kommunen at både prosesskravet og det overordnede ansvar for at funksjons- og kvalitetskravene til fastlegene overholdes, er kommunens oppgaver?
- Hvordan vil man fra kommunens side konkret følge opp de definerte funksjons- og kvalitetskravene som stilles til fastlegene? (f.eks. faglig forsvarlighet, tilgjengelighet: få time innen 5 dager, svare på 80 % av telefonhenvendelse innen 2 minutter, motta timebestilling elektronisk, øyeblikkelig hjelp i åpningstiden)? Planer vedtatt/tiltak igangsatt?
- Har dere konkrete planer for videreutvikling av kvalitet i allmennlegetjenesten?
- Hvordan tenker du at det er viktig for kommunen å arbeide med å forbedre kvalitet i legetjenesten?

- Hvilke planer har kommunen for videreutvikling av kvalitet i legevakt?

### TILRETTELEGGING FOR SAMARBEID

Fastlegeforskriften pålegger kommunen å legge til rette for samarbeid med fastlegene. Kommunen skal også sørge for god integrering av fastlegetjenesten og legge til rette for samarbeid mellom den og andre kommunale tjenester. Kommunene pålegges også ansvar for å legge til rette for godt samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Forskriften spesifiserer ikke noen nærmere om hvordan de ulike formene for samarbeid skal organiseres.

- Hvordan legger dere i kommunen til rette for samarbeid med fastlegene – altså mellom dere i kommunens helseledelse og fastlegene
- Hvordan legger dere til rette for samarbeid mellom fastlegene og andre kommunale instanser?
- Hvordan legger dere til rette for samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten?

### PLANER FOR REKRUTTERING

- Hvordan har dere organisert legevakt; bruker kun fastleger? Interkommunalt samarbeid?
- Har kommunen konkrete planer for rekruttering av leger (allmennlegetjeneste og legevakt) Hvilke? Er planer vedtatt/tiltak igangsatt?

### PLANER FOR KOMPETANSEHEVING

- Har kommunen konkrete planer for kompetanseheving i allmennlegetjenesten knyttet til utvikling av kvalitet? Hvilke? Planer vedtatt /tiltak igangsatt?
- Har kommunen konkrete planer for kompetanseheving i legevakt knyttet til utvikling av kvalitet? Hvilke? Er planer vedtatt/tiltak igangsatt?