

Legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester utenfor institusjon



Heftets tittel: Legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester utenfor institusjon

Utgitt: 11/2006

Bestillingsnummer: IS-1420

Utgitt av: Sosial- og helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling omsorg og tannhelse
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 200 50
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no

Heftet kan bestilles hos: Sosial- og helsedirektoratet
v/ Trykksakekspedisjonen
e-post: trykksak@shdir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling. Oppgi bestillingsnummer: IS-1420

Innhold

Innledning	8
1.1 Bakgrunn – beskrivelse av oppdrag	8
1.2 Sosial- og helsedirektorats forståelse av oppdraget	8
Sammendrag	9
1 Regelverk, begreper og definisjoner	11
1.1 Allmennlegetjenesten	11
1.1.1 Fastlegeforskriften (Den sentrale "avtalen")	11
1.1.2 Sykehjem og annen boform for heldøgns omsorg og pleie m.m.	12
1.1.3 Ikke lovregulerte boliger – legetjenester i omsorgsboliger, bofellesskap og i eget hjem	12
1.2 Nødvendig helsetjeneste og nødvendig helsehjelp	13
1.3 Forskrift og veileder om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene	14
1.4 Forskriften og veileder om internkontroll i sosial- og helsetjenesten	15
1.5 Forskrift om individuell plan, veileder	15
2 Kunnskapsgrunnet og vurdering mht legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester	17
2.1 Oppsummering av Helsetilsynets rapport "Pleie og omsorgstjenester på strekk" (Rapport 7/2005)	18
2.1 Oppsummering av Norges Forskningsråds evaluering av fastlegereformen 2001-2005	20
3 Kartlegging av legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester 2006	23
3.1 Sammendrag av kartleggingsundersøkelsen	25
3.1.1 Om organiseringen av legetjenesten i kommunene	25
3.1.2 Kunnskap om omsorgstjenesten i kommunene	26
3.1.3 Innkallingsrutiner for kronisk syke og eldre	26
3.1.4 Om hjemmebesøk på anmodning fra omsorgstjenesten	27
3.1.5 Deltagelse i ansvarsgrupper og i utarbeidelse av individuell plan	28
3.1.6 Om kommunikasjon mellom fastleger og omsorgstjenesten	29
3.1.7 Om legetjenester som benyttes og samarbeidsrutiner mellom fastleger og hjemmetjenesten	30
3.1.8 Om samarbeid mellom fastlegene	

	og omsorgstjenesten	30
3.1.9	Om felles rutiner for å oppdatere medikamentinformasjonen	31
3.1.10	Om samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten	31
3.2	Brukernes funksjonsnivå	32
3.3	Hva er god praksis? Noen eksempler fra kartleggingsundersøkelsen	33
3.3.1	Innkallingsrutiner	33
3.3.2	Samarbeid fastlegen og hjemmetjenesten	33
3.3.3	Rutiner for oppdatering av medikamenter mellom fastlege og omsorgstjenesten	33
3.3.4	Samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten	34
4	Direktoratets vurderinger og anbefalinger	35
4.1	Legekontakt mellom fastlegen og pasientene som får omsorgstjenester	35
4.2	Hvordan er kontakten mellom fastlegen og omsorgstjenesten?	36
4.3	Er det rutiner for oppdatering av medikamenter mellom fastlege og omsorgstjenesten?	36
4.4	Kontakt og samarbeid mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten	37
4.5	Fastlegenes deltagelse i ansvarsgrupper og utarbeidelse av individuell plan	38
5	Aktuelle tiltak for bedre legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester	39
5.1	Statistikk- og dataverktøy for planlegging av legetjenester	39
5.1.1	SEDA	39
5.1.2	Kommunehelseprofiler	39
5.1.3	Hva kan IPLOS bidra med for å få kunnskaper om legebehov til personer med kommunale omsorgstjenester?	40
5.2	IT-basert kommunikasjon	40
5.3	Finansieringsmodeller som virkemiddel for bedre legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester	41
5.3.1	Utfordringer i finansieringssystemet	41
5.3.2	Om avtalene som regulerer finansiering	41
5.4	Kvalitetsstrategien	42
5.5	Allmennt medisinsk forskning	42
5.6	NOKLUS	43
5.7	Faglige veiledere for legetjenester	43
5.8	Utredning og diagnostisering av demens	43
5.9	Prioritering av helsetjenester til eldre - SME-prosjektet	44
6	Eksempler på organisering av legetjenester til brukere av omsorgstjenester	45
6.1	Herøy kommunes egen beskrivelse:	45
6.2	Samhandlingsrutine fastleger og hjemmesykepleien i Trondheim kommune.	45

7	Referanser	49
8	Vedlegg	50
8.1	Forord	50
8.2	Innledning	50
8.2.1	Metode	51
8.3	Beskrivelse av kommunene, legetjenesten og omsorgstjenesten	52
8.3.1	Kommunene	52
8.3.1.1	Utvalgene i undersøkelsen	52
8.3.1.2	Omsorgstyper og samsvar mellom svar fra omsorgstjenesten og kommunelegene	54
8.3.1.3	Sammendrag og vurdering av kommunegrunnlaget og svarandeler	55
8.3.2	Legetjenesten i kommunene	56
8.3.2.1	Organisering av legetjenesten	56
8.3.2.2	Årsverk fastleger totalt og i kommunal bistilling rettet mot brukere utenfor institusjoner.	56
8.3.2.3	Type legevakt og drift av legevakten	58
8.3.2.4	Organisering av fastlegetjenesten	59
8.3.2.5	Sammendrag og vurdering av besvarelsene om legetjenesten	59
8.3.3	Omsorgstjenesten i kommunen	60
8.3.3.1	Antall soner og brukere innen omsorgstjenesten i kommunen/bydelen	60
8.3.3.2	Årsverk totalt i hjemmetjenestene og årsverk sykepleiere i sonen	60
8.3.3.3	Sammendrag og vurdering av besvarelsene om omsorgstjenester	61
8.4	Samarbeid om personer med kommunale omsorgstjenester	62
8.4.1	Innkallingsrutiner for kronisk syke og eldre	62
8.4.1.1	Innkallingsrutiner i små kommuner – fastlønn eller næringsdrivende	62
8.4.1.2	Direkte siterte utsagn fra kommuneleger om innkallingsrutiner	62
8.4.1.3	Sammendrag og vurdering av innkallingsrutiner for eldre og kronisk syke	63
8.4.2	Ansvarsgrupper og individuell plan	64
8.4.2.1	Fastleger deltar i ansvarsgruppe	64
8.4.2.2	Fastleger er med ved utarbeidelse av individuell plan	65
8.4.2.3	Direkte siterte utsagn om ansvarsgrupper og individuell plan	65
8.4.2.4	Sammendrag og vurdering av besvarelse av deltagelse i ansvarsgrupper og ved utarbeidelse av individuell plan	66
8.4.3	Kommunikasjon mellom fastleger og omsorgstjenesten	67
8.4.3.1	Kommunelegenes svar på kommunikasjon mellom omsorgstjenesten og fastlegene	67
8.4.3.2	Omsorgstjenestenes svar på kommunikasjon mellom omsorgstjenesten og fastlegene	68
8.4.3.3	Direkte siterte utsagn fra kommunelegene	68

8.4.3.4	Omsorgstjenestenes svar - andre måter å kommunisere på (ad hoc)	69
8.4.3.5	Direkte siterte utsagn fra omsorgstjenester	69
8.4.3.6	Sammendrag og vurdering av kommunikasjonsmåter	70
8.4.4	Felles rutiner for å oppdatere hverandre på endringer i medikamentkort til pasienter der hjemmesykepleien har medisin håndteringsansvaret.	71
8.4.4.1	Kommunelegenes svar om felles rutiner vedrørende medikament håndtering.	71
8.4.4.2	Omsorgstjenestenes svar om felles rutiner vedr. medikament håndtering.	72
8.4.4.3	Direkte siterte utsagn fra kommuneleger om felles rutiner for å oppdatere hverandre vedr. medikamenter.	72
8.4.4.4	Direkte siterte utsagn fra omsorgstjenester om felles rutiner for å oppdatere hverandre vedr. medikamenter.	73
8.4.4.5	Sammendrag og vurdering av felles rutiner for å oppdatere medikamentinformasjonen	74
8.4.5	Hjemmebesøk	75
8.4.5.1	Kommunelegenes svar– om fastleger reiser på hjemmebesøk	75
8.4.5.2	Omsorgstjenestenes svar – om fastleger drar på hjemmebesøk	76
8.4.5.3	Kommunelegenes svar – drar legevakt på hjemmebesøk på anmodning fra omsorgstjenestene	76
8.4.5.4	Omsorgstjenestenes svar – drar legevakt på hjemmebesøk på anmodning fra omsorgstjenestene	77
8.4.5.5	Kommunelegenes svar - responstid for fastlege for å dra på hjemmebesøk	77
8.4.5.6	Omsorgstjenestenes svar - responstid for fastleger for å dra på hjemmebesøk	77
8.4.5.7	Sammendrag og vurdering av hjemmebesøk	78
8.4.6	Legetjenester og samarbeidsrutiner mellom fastleger og hjemmetjenesten om eldre og kronisk syke	79
8.4.6.1	Legetjenester og samarbeidsrutiner i følge kommuneleger	79
8.4.6.2	Legetjenester og samarbeidsrutiner i følge omsorgstjenester	80
8.4.6.3	Sammendrag og vurdering av legetjenester og samarbeidsrutiner	80
8.5	Samarbeid mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten	81
8.5.1	Kommunelegenes svar på samarbeidet mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten	81
8.5.2	Omsorgstjenestenes svar på samarbeidet mellom omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten	82
8.5.3	Sammendrag og vurdering av samarbeidet mellom	

	kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten	83
8.6	Utsagn om samhandlingen mellom legetjenesten/fastlegene, omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten og pasientgrupper med spesielle utfordringer	84
8.6.1	Samarbeid fastleger og spesialisthelsetjenesten	84
8.6.1.1	Kommuneleger - direkte siterte utsagn om samarbeid fastleger og spesialisthelsetjenesten	84
8.6.1.2	Omsorgstjenester - direkte siterte om samarbeid med spesialisthelsetjenesten	85
8.6.2	Samhandling mellom legetjenesten og omsorgstjenesten	87
8.6.2.1	Kommuneleger - direkte siterte utsagn om samhandling mellom legetjenesten og omsorgstjenesten	87
8.6.2.2	Omsorgstjenester - direkte siterte utsagn om samhandling mellom legetjenesten og omsorgstjenesten	87
8.6.3	Vurdering av svarene om samarbeidet mellom fastlegene og omsorgstjenestene	89
8.6.4	Pasientgrupper hvor din kommune/sone har spesielle utfordringer om samhandling mellom legene og de kommunale omsorgstjenestene.	89
8.6.4.1	Kommunelegene - direkte siterte utsagn om pasientgrupper med spesielle utfordringer	89
8.6.4.2	Omsorgstjenester – direkte siterte utsagn om pasientgrupper med spesielle utfordringer	90
8.6.5	Vurdering av svarene om spesielle utfordringer	92
8.7	Vedlegg 1 – ”De gode eksemplene”.	92
8.7.1	Herøy kommune.	92
8.7.2	Samhandlingsrutine fastleger og hjemmesykepleien i Trondheim kommune.	93
8.8	Vedlegg 2- innholdet i kartleggingsskjemaene	95
8.8.1	Spesielt for kommuneleger	95
8.8.2	Kartleggingsskjema - spesielt for omsorg	96
8.8.3	Kartleggingsskjema (likt i begge skjema)	96

Innledning

1.1 Bakgrunn – beskrivelse av oppdrag

Sosial og helsedirektoratet ble i bestillingsbrevet fra Helse og omsorgsdepartementet fra 25.02.04 bedt om å gjennomføre en kartlegging av legetjenester til brukere av pleie- og omsorgstjenester i og utenfor institusjon. Kartleggingen av legetjenester til brukere av pleie og omsorgstjenester i sykehjem er sammenstilt i rapporten "Normering av legetjenester i sykehjem" fra oktober 2005. Denne kartleggingen skal gi svar på følgende spørsmål:

A. Hvordan fungerer dagens allmennlegetjeneste for brukere med behov for pleie- og omsorgstjenester?

- Hvordan opplever sentrale aktører at legetjenesten fungerer?
- Hva kjennetegner kommuner med god kvalitet på legetjenesten, og hva kjennetegner kommuner der tjenesten ikke fungerer bra?
- Hva er årsak til de eventuelle manglene som avdekkes?

B. Hvordan organiseres legetjenesten i kommunene?

- Hvordan kommuniserer hjemmetjenester med fastlegene?
- Hvordan organiseres hjemmebesøk?
- Hvilken innvirkning har ressursmessige forhold?

C. Hva karakteriserer brukerne?

- Hvilke hovedgrupper av brukere er det?
- Hvordan er brukernes funksjonsnivå?

1.2 Sosial- og helsedirektorats forståelse av oppdraget

Personer med kommunale omsorgstjenester utenfor sykehjem omfatter i denne undersøkelsen brukere som har vedtak om hjemmesykepleie og/eller heldøgns omsorg etter kommunehelsetjenesteloven og/eller brukere som har vedtak om praktisk bistand, avlastning og/eller heldøgns omsorg etter sosialtjenesteloven.

Gjennom denne kartleggingen skal direktoratet kunne gi en vurdering av hvordan allmennlegetjenesten fungerer for brukere av pleie og omsorgstjenester utenfor institusjon og hvordan samarbeidet med den øvrige helsetjenesten fungerer. Kartleggingen skal gi et grunnlag for å vurdere kommunenes måter å organisere helsetjenestetilbudet til brukere med store og sammensatte behov og videre et grunnlag for å vurdere om det er særskilte kjennetegn ved kommunene som har god eller mindre god kvalitet på tjenestene. Denne kartleggingen vil kunne si noe om helsetilstanden og tjenestetilbudet til brukere av pleie og omsorgstjenester utenfor institusjon skiller seg vesentlig fra ordinære pasienter i sykehjem.

Sammendrag

Direktoratet har gått gjennom de siste års rapporter og statistisk materiale som er relevante for kartleggingsundersøkelsen. Dette omfatter Helsetilsynets tilsynserfaringer, Norges forskningsråds evaluering av fastlegereformen og Sosial og helsedirektoratets rapport om viktige utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren. Direktoratet har også med bistand fra Trondheim kommune gjennomført en kartleggingsundersøkelse av legetjenester til brukere av kommunale omsorgstjenester utenfor institusjon.

Utgangspunktet for kartleggingsundersøkelsen er at fastlegene har de samme oppgaver og forpliktelser overfor brukere av kommunale omsorgstjenester som overfor de andre innbyggerne på legens liste. Siden dette er personer som ikke bare har behov for legehjelp, men også for annen kommunal hjelp, som praktisk hjelp og sykepleie, er det grunn til å tro at legebehovet er mer omfattende og byr på større utfordringer enn for en gjennomsnittspasient. Til undersøkelsen tok en ut visse sentrale funksjoner som både kommunelegen og omsorgstjenesten skulle beskrive.

En generell tendens i undersøkelsen er, at fastlegens oppfølging av pasienter som mottar hjemmetjenester og fastlegens samarbeid med hjemmetjenesten, er mer systematisert i de mindre kommunene. Om fastlegene er selvstendig næringsdrivende eller fastlønnede synes å ha mindre betydning. En sentral funksjon som rutiner for å oppdatere hverandre på medikamentendringer der hjemmesykepleien har ansvar for medisinbehandling, er mangelfull, til dels fraværende i mange kommuner, spesielt i store kommuner. Ventetid på hjemmebesøk er lengst i de store kommunene. I praksis synes det å være en gråsoner mellom fastlegens oppfølgingsansvar for egne pasienter og bruk av legevaktslege, noe som sannsynligvis har konsekvenser for kontinuiteten og kvaliteten av tjenestene, ikke minst da legevaktslegene i mange kommuner ikke har tilgang til nødvendige medisinske opplysninger om brukerne.

Funnene fra kartleggingsundersøkelsen samsvarer godt med det som både Helsetilsynet og Norges forskningsråd fremhever i sine rapporter; at det systematiserte og formaliserte samarbeidet mellom den enkelte tjenestemottakers fastlege og hjemmesykepleien kan bli bedre. I hvilken grad kommunenes omsorgstjeneste har organisert og lagt til rette for at pasientene får nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling er ikke undersøkt i denne kartleggingen.

Kartleggingen viser at det er få kommuner som har egne tilsynsleger til omsorgsboliger eller bofellesskap. En gjennomgang av Gerix-data viser at mange av mottagerne av omsorgstjenester utenfor kommunale institusjoner er marginalt fungerende personer med betydelig funksjonssvikt. I hvilken grad den kommunale helsetjenesten greier å ivareta denne gruppens behov for gode og koordinerte helsetjenester er usikkert. Fastlegereformens formål om bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten og kontinuitet i lege – pasientforholdet må også ivareta de

pasientene som ikke selv greier å komme seg til lege.

Kartleggingen viser videre at mange av kommunelegene har mangelfull kunnskap om hvordan legetjenestene overfor omsorgstjenestens brukere er organisert i sine kommuner. Det er flere utsagn og funn som tyder på at det kan være mangelfull kontakt mellom kommuneoverlegene og fastlegene med hensyn til utvikling av rutiner og kvalitetsstandarder i de større norske kommunene.

Direktoratet har vurdert funnene fra kartleggingen i lys av lovgrunnlaget. De juridiske begrepene "faglig forsvarlighet" og "nødvendig helsehjelp" er sentrale. Disse to begrepene er synonyme for et kvalitetsområde som tjenestene og hjelpen må ligge innenfor for å være tilfredsstillende (lovlig).

Det ligger innenfor det kommunale selvstyre hvordan nødvendig helsehjelp skal organiseres i den enkelte kommunen. Kartleggingen viser at mange kommuner har etablert tilfredsstillende rutiner med hensyn til den medisinske oppfølgingen av omsorgstjenestens brukere, mens det i andre kommuner virker mer tilfeldig hvordan tjenestene er organisert. Selv om tjenestene i disse kommunene også befinner seg innenfor et større forsvarlig kvalitetsområde, er det allikevel et spørsmål om de tjenester som ytes alltid ligger innenfor området som kan beskrives med begrepet "god kvalitet".

Direktoratet anbefaler at det utvikles standarder for fastlegens oppfølging av brukere med store og sammensatte behov og standarder for samhandling med omsorgstjenesten om felles pasienter. Det bør videre utvikles rutiner for oppdatering av medikamentendringer på system- og utøvernivå i kommunene, som også innbefatter og forplikter fastlegene. Direktoratet anbefaler en gjennomgang av fastlegeforskriften for å se om den er dekkende i forhold til de mål og behov som nå er satt på dagsorden. Rammeavtale og individuelle avtaler bør eventuelt reforhandles og det bør vurderes å stille utvidede vilkår med sikte på prioritering av utvalgte grupper.

Direktoratet mener videre at funnene fra kartleggingen viser at det vil være viktig å se på om kommunelegenes rolle kan utnyttes bedre for koordineringsformål og faglige prosesser inn mot samhandlingsutfordringen i kommunen.

1 Regelverk, begreper og definisjoner

1.1 Allmennlegetjenesten

Forutsatt at kommunen oppfyller sine plikter etter helselovgivningen, kan den innenfor lovgivningens rammer, bl.a. forsvarlighetskravet i kommunehelsetjenesteloven § 6-3 siste ledd, selv avgjøre hvordan den vil benytte ulike virkemidler for å oppfylle sine plikter.

Legetjenesten i kommunene utgjør en viktig del av kommunehelsetjenesten. Av kommunehelsetjenesteloven § 1-3 tredje ledd følger det at kommunen kan ansette leger til å utføre allmenmedisinske og offentlige legeoppgaver etter § 1-3. Allmenlegen skal ivareta helhetsspektivet i forhold til bruker, både det kurative og forebyggende.

1.1.1 Fastlegeforskriften (*Den sentrale "avtalen"*)

Fastlegeordningen er nærmere regulert i forskrift nr 328 av 14. april 2000 om fastlegeordningen i kommunene. Forskriften er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 syvende ledd.

Fastlegeordningen er ment å gi befolkningen større trygghet gjennom bedre tilgjengelighet til – og kvalitet på allmennlegetjenesten, jf fastlegeforskriften § 1. Fastlegen har i utgangspunktet ansvaret for allmennlegetilbudet til sine listepasienter. Fastlegeforskriften § 7 angir fastlegens plikter overfor personer på listen. Fastlegen skal dekke behovet for pasientens allmenlegetjenester på dagtid innen rimelig tid. I tillegg har fastlegen ansvar for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelser og behandling.

I følge fastlegeforskriften § 12 første ledd har kommunen adgang til å stille vilkår for inngåelse av fastlegeavtalen om å delta på allmenmedisinsk offentlig legearbeid.

Lokale samarbeidsutvalg (LSU) mellom kommunen og fastlegene.

I Ot.prp. 99 (1998-99) foreslo departementet at det skal opprettes lokale samarbeidsutvalg i hver kommune mellom legene og den enkelte kommune. Imidlertid skulle mandat, oppgaver og sammensetning overlates til partene og avtales gjennom avtaler, dvs. gjennom den såkalte kommuneavtalen.

Hovedoppgavene for LSU skulle være:

- gi kommunene råd om organisering og drift av fastlegeordningen innenfor rammer fastsatt i sentrale avtaler avgjøre saker ved enighet
- Ikke ta avgjørelser som kommer i konflikt med lov, forskrift eller avtaleverk.

Formålet med LSU:

Medvirke til at driften av allmennlegetjenesten skjer hensiktsmessig
Gi kommene en mulighet for samarbeid med legene om å løse kommunens forpliktelser til å tilby legetjenester
Gi fastlegene reell innflytelse og ansvar for drift og organisering av egen virksomhet
Gi fastlegene mulighet til å bidra med råd og synspunkter til kommune som angår kommunens plikter, for eksempel plikt til:
Å organisere nødvendig legehjelp
Å tilrettelegge for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, jf. Kommunehelsetjenestelovens bestemmelser.

Organisering av LSU:

Det skal være et samarbeidsutvalg i hver kommune eller for samarbeidende kommuner. Kommuner med bydelssystem skal ha samarbeidsutvalg i hver bydel, evt. for samarbeidende bydeler.
LSU skal bestå av like mange representanter for legene og fra kommune, hvis ikke annet er avtalt lokalt.

1.1.2 Sykehjem og annen boform for heldøgns omsorg og pleie m.m.

Pasienter med behov for heldøgns omsorg og pleie, inkludert legetjenester, finnes i dag både i sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie etter kommunehelsetjenesteloven og i bolig med heldøgns omsorgstjenester etter sosialtjenesteloven. I tilknytning til sykehjem og andre boformer for heldøgns omsorg og pleie skal det være organisert legetjeneste, fysioterapitjeneste og sykepleietjeneste, jf. sykehjemforskriften. For institusjon eller boliger som er hjemlet i sosialtjenesteloven § 4-2d (aldershjem, bolig for barn og unge under 18 år som bor utenfor forelderhjemmet pga behov for særlig omsorg, herunder avlastningsboliger og privat forpleining), gjelder ikke sykehjemforskriftens krav om at boformen skal ha tilknyttet legetjeneste, fysioterapitjeneste og sykepleietjeneste. Forskrift om vederlag gjelder både for sykehjem og aldershjem. I henhold til denne inngår dekning for tjenester som legetjenester, fysioterapi og sykepleietjeneste.

1.1.3 Ikke lovregulerte boliger – legetjenester i omsorgsboliger, bofelleskap og i eget hjem

For andre boformer enn de som er lovpålagt i kommunehelsetjenesteloven (sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie, jf khl § 1-3) og sosialtjenesteloven (institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester, dvs aldershjem, barne- og ungdomsboliger, privat forpleining, jf forskrift nr 915 § 7-2 til sosialtjenesteloven), vil det være opp til den enkelte kommune hvorvidt de vil tilby slike boliger, og hvordan disse skal organiseres.

Omsorgsboliger utgjør en stor andel av ikke lovregulerte boliger. Både utformingen, fysisk plassering i forhold til hverandre og organisering av "driften" varierer mye fra sted til sted, ofte også innen den enkelte kommunen. Det er ikke uvanlig med "boliger i grupper" og med "bofelleskap" hvor det er noen fellesarealer. Særlig ved

slike gruppeboliger og bofellesskap er det ofte etablert baser for de hjemmebaserte omsorgstjenestene.

En tilfredsstillende medisinsk oppfølging av hjemmetjenestens brukere etter kommunehelsetjenestelovens § 1-3a, jf § 2-1 og sosialtjenesteloven kap 4, kvalitetsforskriftens § 3 og internkontrollforskriften § 4 a) og g) stiller krav om at det er utarbeidet prosedyrer som sikrer at pasientene får nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling.

Legetjenesten til de som bor i slike ikke lovregulerte boliger, skal ivaretas av den enkelte beboers fastlege. Som det bl.a. framgår av direktoratets kartlegging er det mange steder lite systematikk i hvordan legetjenestene til personer som mottar omsorgstjenester er organisert. Noen kommuner har prøvd å bedre tilbudet ved organisatoriske grep. Det kan være utarbeidet samarbeidsavtaler med brukernes fastleger for å bedre tilgjengeligheten, kommunikasjon og samhandlingsrutiner. Noen kan ha etablert en egen "legeordning" for omsorgsboliger med en eller flere fastleger. Legen tilbys da gjerne kontormuligheter ved omsorgsboligen og har ofte fast kontortid. Andre løsninger er ansettelse av kommuneleger til omsorgsboliger eller til andre brukere av hjemmetjenester. Det er ikke kjent hvor utbredt slike spesialordninger er.

1.2 Nødvendig helsetjeneste og nødvendig helsehjelp

Av kommunehelsetjenesteloven § 2-1 første ledd går det fram at enhver som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen har rett til nødvendig helsehjelp. Khl § 2-1 første ledd gir i utgangspunktet en individuell rettighet til den enkelte.

Det kan være vanskelig å avgjøre hva som er nødvendig helsehjelp. Retten til nødvendig helsehjelp innbefatter rett til så vel forebyggende som kurative tjenester, pleie, pleie, medisinsk habilitering mv, jf. khl § 1-3. I Ot. prp. nr 36 (1980-81), jf St.meld. nr 36 (1989-90 Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane), går det fram at (sitat) *den hjelpa det vil vere spørsmål om, vil være høst ulik og rette seg etter medisinsk skjønn*. I lovforarbeidene, jf Ot.prp. nr 66 (1981-82) side 31, uttales det at *den hjelp kommunen plikter å yte, er slik som hører til dens ansvarsområde, og at hjelpeplikten er begrenset til det som økonomi, tilgang på helsepersonell og utstyr gjør mulig*.

For spesialisthelsetjenester er retten til *nødvendig helsehjelp* regulert i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1. I pasientrettighetsloven § 2-1 andre ledd er retten til *nødvendig helsehjelp* utformet som en rettighetsbestemmelse for pasienten. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt, jf pasientrettighetsloven § 2-1 andre ledd, og rundskriv IS-12/2004 lov om pasientrettigheter. Statens Helsetilsyn fører tilsyn med at minstestandarden og at grensen for forsvarlighet ikke underskrides.

Nødvendig helsehjelp er et relativt begrep og er begrenset av hva tilgjengelige ressurser gjør mulig. Hva som anses som nødvendig helsehjelp vil endre seg over tid i tråd med samfunnsutviklingen, og avgjøres ut fra de konkrete behov og kommunens økonomiske og personellmessige ressurser. Men de som er avhengig

av nødvendig helsehjelp, må være sikret nødvendige tjenester. Kommunehelsetjenesteloven angir en mistestandard for forsvarlig helsehjelp som kommunen ikke kan gå under. Av Ot. prp. nr 66 (1981-82 Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene) side 31 går det fram at fastlegging av standarden må overlates til praksis, og sees på bakgrunn av den økonomiske situasjonen i helsesektoren generelt, og i den enkelte kommunen spesiell, slik den til enhver tid fortøner seg. Det sentrale blir at helsehjelpen må ligge på et forsvarlig nivå i forhold til de behovene som skal dekkes.

Nødvendig helsehjelp har en rettslig og medisinsk dimensjon; et rettslig standardkrav og avstemming av dette kravet mot de ressurser samfunnet har til rådighet og hva som anses som faglig forsvarlig. Den rettslige standarden tar utgangspunkt i en medisinsk forståelse der nødvendighet først og fremst referer seg til pasientens behov ("nød"). Hjelpen er nødvendig når pasienten kan vise til noe ved sin tilstand som viser eller begrunner mistanke om eller forekomst av sykdom eller mulig funksjonstap som ikke er ubetydelig. Standarden har et kvalitativt, et kvantitativt og et tidsmessig element. Dette innebærer at det som må gjøres skal være *faglig forsvarlig*, det skal være *tilstrekkelig* og det skal gjøres *i tide*. Helsehjelpens art, omfang og kvalitet har nær sammenheng med de krav som stilles ut fra helsefaglige og yrkesetiske regler og prinsipper. Etter helsepersonelloven § 4 plikter helsearbeideren å *utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes*. Denne forsvarlighetsstandard er et grunnprinsipp i helseretten.

Det ligger innenfor det kommunale selvstyre hvordan nødvendig helsehjelp skal organiseres i den enkelte kommunen.

1.3 Forskrift og veileder om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

[Kvalitetsforskriften](#) (2003) skal sikre kvalitet på bl.a. helsetjenester ved en helhetlig tilnærming av brukerens behov. Forskriften er en prosessuell forskrift. Dette betyr at den i utgangspunktet ikke gir materielle rettskrav på helsetjenester, men at det stilles krav til kommunen om å utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som skal sikre at brukerne av slike tjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov. Kvalitetsforskriften retter søkerlyset mot brukeren. Dette innebærer at den enkelte brukerens behov for tjenester står sentralt.

Kvalitetsforskriften er rettet mot alle som mottar pleie- og omsorgstjenester i vid forstand. Forskriftens hovedformål er å vise respekt for den enkelte brukers selvbestemmelsesrett, egenverdi og livsførsel. Forskriften gjelder både for beboere i sykehjem eller andre boformer med heldøgns tilsyn, personer som mottar hjemmehjelp og hjemmesykepleie i egen bolig, og andre som trenger assistanse fra andre deler av sosial- og helsetjenesten som for eksempel rusomsorgen og psykiatritjenesten.

Veileder til forskriften om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten (2004) ([IS-1210](#)) er i utgangspunktet ikke rettslig bindende, men gir en tilrådning og anbefaling på - hvordan førende prinsipper og verdier i forskriften kan anvendes ved utføring av tjenester i kommunene.

Kvalitetsveilederen er et hjelpemiddel i kommunens arbeid med å styrke kvalitet på tjenestene innen pleie- og omsorgssektoren gjennom etablering av et system av prosedyrer. Skriftlige nedfellede prosedyrer skal sørge for at brukere av pleie – og omsorgstjenester får nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand (kvalitetsforskriften § 3).

1.4 Forskriften og veileder om internkontroll i sosial- og helsetjenesten

Helsetjenesten ble i Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten fra og med 1.1.1994 pålagt å etablere system for internkontroll. I Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (1996-2000) ble det med utgangspunkt i denne bestemmelsen, satt som mål at alle som yter helsetjenester skal ha etablert internkontrollsystem/ kvalitetssystem for hele virksomheten innen år 2000. Plikten til å etablere internkontroll er senere utvidet til også å omfatte deler av sosialtjenesten.

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (av 2002-12-20 nr 1731) trådte i kraft 1. januar 2003 ([weblink](#)).

Internkontrollforskriften handler om virksomhetens interne styring og egen kontroll. Forskriften retter fokus mot den enkelte virksomhets egne systemer ved at det stilles krav om systematiske tiltak og styring av tjenestene. I internkontrollforskriften legges det vekt på hvordan en virksomhet kan kontrollere egne rutiner og systemer. Forskriften legger vekt på at tiltakene skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. Et velfungerende system for internkontroll er et godt hjelpemiddel for å sikre forutsigbare og kontinuerlige tjenester og at brukerne for de tjenester de har behov for og lovmessig krav på. Det sentrale er at den enkelte virksomheten utarbeider egne systemer og metoder som sikrer at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres, vedlikeholdes og evalueres i henhold til allment aksepterte faglige normer. Dette vil kunne innebære systematisk bruk av risiko- og sårbarhetsanalyser ved valg av innsatsområder, systematisk innhenting av brukerens erfaringer som grunnlag for evaluering og etablering av systemer for avvikshåndtering, egevaluering, systematisk forbedring og dokumentstyring.

Et internkontrollsystem er et styringssystem som skal sikre gjennomføringen av lovpålagte oppgaver og plikter. For statlige myndigheter er internkontroll et virkemiddel for å sikre at lovpålagte oppgaver blir prioritert og gjennomført, for virksomhetene er dette et minimum av det et styringssystem må inneholde.

SHdir har utgitt en [veileder](#) (IS-1183) til denne forskriften.

1.5 Forskrift om individuell plan, veileder

Forskrift av 23.12.2004 nr 1839 er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, psykisk helsevernloven § 4-1 og sosialtjenesteloven § 4-3 a. Ansvar for utarbeidelse av en individuell plan er pålagt kommunenes helse- og sosialtjeneste, helseforetak og institusjoner innenfor det psykiske helsevernet.

Ordningen med individuell plan ble innført for å kunne gi et bedre tilbud til tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester. Målet med en individuell plan er at tjenestetilbudet skal fremstå som et samordnet og koordinert tjenestetilbud som tar utgangspunkt i og er tilpasset den enkelte persons individuelle behov, preferanser og mål. Individuell plan skal bidra til aktiv brukerdeltakelse, avklare ansvarsforhold og å sikre samordning og helhetstenkning av ulike tjenester innen forskriftens virkeområde.

Den overordnede planen skal sørge for at de ulike tjenestene og tiltakene blir vurdert i en sammenheng. Individuell plan er et overordnet plandokument som kan bestå av flere delplaner for eksempel på bestemte sektorområder. I forhold til legetjenester hjemlet i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven eller lov om psykisk helsevern, vil et samarbeid og samordning av tjenesten i en felles overordnet plan medvirke til at pasienten får et helhetlig og kvalitetsmessig tilpasset tjenestetilbud.

Veileder til forskrift om individuell plan er ment som en anbefaling og tilråding på hvordan forskriften kan praktiseres. Dette innebærer at veilederen er ment å knytte forskriften til den praktiske hverdagen gjennom eksempler som viser hvordan legetjenester kan inngå i et samordnet tjenestetilbud.

En ansvarsgruppe er et formalisert og tidsavgrenset samarbeidsforum for bruker/ pårørende og tjenesteutøver. Ansvarsgrupper benyttes når det ytes tjenester til personer med omfattende og sammensatte behov for hjelp. En ansvarsgruppe kan ha ansvaret for å utarbeide individuell plan eller ha nær tilknytning til arbeidet med individuell plan.

2 Kunnskapsgrunnlaget og vurdering mht legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester

Innledning

Den kommunale pleie- og omsorgstjenesten kan i størrelse sammenlignes med sykehussektoren målt i antall årsverk. I 2004 ble det utført om lag 107.000 årsverk i pleie- og omsorgstjenesten og om lag 89.000 årsverk i spesialisthelsetjenesten⁽¹⁾.

Om lag 204 000 brukere mottar tjenester fra de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Av disse mottar ca 41 000 personer tjenester i institusjon, og ca 163 000 personer mottar tjenestetilbud i eget hjem eller i omsorgsbolig(1)

Handlingsplan for eldreomsorgen har forsterket en tendens til at tjenestene mottas i eget hjem eller omsorgsbolig framfor på institusjon. Det er spesielt aldershjemmene som har blitt færre; antall plasser i aldershjem har blitt mer enn halvert siden 1997, og det var i 2004 2192 plasser. Samtidig har tallet på mottakere av hjemmesykepleie steget med over 40 prosent(1). Både for institusjoner og hjemmebaserte tjenester har det i perioden skjedd en kraftig forskyvning i retning av de mer helserettede tjenestene. Kortere liggetid i sykehus fører også til at kommunene må ta hånd om mer behandlings- og pleietrengende pasienter enn tidligere. Dette stiller store krav til personalets kompetanse.

Antall mottakere av hjemmetjenester under 67 år har økt sterkt fra midten av nittitallet, mens andelen brukere over 80 år har holdt seg i underkant av 50 prosent. Denne utviklingen gjenspeiler at kommunene gjennom flere reformer har tatt et større ansvar bl.a. for mennesker med utviklingshemning, mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelmissbrukere

I en SINTEF rapporten fra 2004⁽²⁾ vises det til at kommunenes kompetanse til å anvende medisinsk teknisk utstyr som håndtering av intravenøs antibiotikabehandling, intravenøs væskebehandling, intravenøs ernæring, smertepumper og respirator er styrket. I følge Helsetilsynet rapport fra 2005⁽³⁾ er det mengden av oppgaver og ikke typen oppgaver i seg selv som er den største utfordringen for kommunene

Fastlegeordningen ble innført 1. juni 2001. Den er i all hovedsak en organisatorisk reform, og berører ikke direkte innholdet i legetjenesten. Reformens formål er å bedre kvaliteten på allmennlegetjenesten ved at alle som ønsker det, skal kunne få en fast allmennlege å forholde seg til. Fastlegeordningen skal gi befolkningen større

¹ Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren IS-1368

² Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten - oppgaveutvikling og samspill. STF8 A045018. Trondheim, SINTEF helse. 2004

³ Pleie- og omsorgstjenester på strekk. Sammenstilling av funn og erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter i 2003 og 2004. 7/2005. Oslo, Statens helsetilsyn. 2005.

trygghet gjennom bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten og bidra til kontinuitet i lege – pasientforholdet.

Fra ordningen ble innført og til 30.9.2005 har antall fastleger økt fra 3585 til 3757⁽⁴⁾. Alle kommuner har nå fastlegeordning. Bare 0,5 % av befolkningen har valgt å stå utenfor ordningen. Av deltakerne i ordningen har 98,3 % en fast lege, 1,5 % står på liste hos vikarlege for fastlege, og 0,2 % har ikke fått plass på noen liste.

Kommunelege I eller medisinsk faglig rådgiver har en sentral oppgave i å planlegge legetjenesten i kommunen gjennom deltakelse i lokalt samarbeidsutvalg (LSU) og gjennom inngåelse og oppfølging av de individuelle fastlegeavtalene på vegne av kommunen. I henhold til fastlegeforskriften og sentralt avtaleverk kan kommunen stille vilkår om deltakelse i allmenntilleggs offentlig legearbeid i inntil 7,5 timer per uke ved full kurativ virksomhet

Faglige utviklingstrekk i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er i ferd med å føre disse tjenestene sammen på en rekke områder. Det oppstår en rekke nye samarbeids- og samhandlingsarenaer knyttet til eksempelvis distriktsmedisinske sentra, felles akuttmottak (FAM), sykestuer og hospiteringsordninger.

Behovet for sykehustjenester øker med alderen. Antall opphold ved somatiske sykehus har steget, men utviklingen er forskjellig for yngre eldre og eldste eldre. Både kostnad og liggetid pr. opphold øker med pasientens alder. Fra 1999 til 2004 økte antall sykehusopphold for de over 80 år med 23 %. Det er de eldres andel av øyeblikkelig-hjelpinnleggelser som særlig øker, og i denne aldersgruppen er det også en klar økning i antallet reinnleggelser⁽⁵⁾

2.1 Oppsummering av Helsetilsynets rapport ”Pleie og omsorgstjenester på strekk” (Rapport 7/2005)

Helsetilsynets rapport ”Pleie- og omsorgstjenester på strekk” fra oktober 2005 er en sammenstilling og oppsummering av funn og erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter i perioden 2003-2004. Rapportens innhold baserer seg i hovedsak på kunnskap etablert gjennom tilsynets egne aktiviteter (systemrevisjoner, medisinalmeldinger, ”Verdt å vite”-meldinger, samt en større nasjonal kartlegging fra 2003⁽⁶⁾)

Den nasjonale kartleggingen fra 2003 omfatter 13.240 tjenestemottakere fra 73 kommuner. Av totalutvalget var 15 % av tjenestemottakerne (1.974 personer) under 67 år. Dette er tjenestemottakere med psykiske lidelser, tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming og tjenestemottakere som er rusmiddelmissbrukere.

Risikoområder i pleie- og omsorgstjenestene

Helsetilsynet peker på tre områder der sårbarhet og risiko for svikt er betydelig i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene:

- Omfanget; det vil si antall tjenestemottakere og mangfoldet av behov – sårbarhet særlig knyttet til bemannings- og kompetansesituasjonen

⁴ Styringsdata for fastlegeordningen, 3. kvartal 2005. Rikstrykdeverket 9.12.05

⁵ SAMDATA, www.npr.no/som.asp

⁶ Helsetilsynets rapport nr. 10/2003 ”Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud”

- Samhandling og koordinering mellom ulike instanser og aktører i sosial- og helsetjenesten; nødvendig for forsvarlig tjenesteyting til brukergrupper med sammensatte behov
- Styring og ledelse; særlig synes det som om systemer for avvikshåndtering er kommet forholdsvis kort

Omfang og mangfold

Rapporten peker på to grunnleggende trekk ved dagens pleie- og omsorgstjenester som byr på store utfordringer for kommunene; omfanget av og mangfoldet i behov. Daglig ytes hjelp til om lag 240.000 personer, og antallet er økende. Alle slags funksjonshemninger og medisinske tilstander er representert, og aldersspennet er stort. Alle disse tjenestemottakerne har, avhengig av alder, kjønn og årsak til hjelpebehov, rett på individuelt tilpassede tjenester.

Analysene indikerer at det kan være sider ved tjenestetilbudets innhold og innretning som ikke "treffer" enkelte brukergrupper; det synes særlig å gjelde mennesker med psykiske lidelser, rusmisbrukere og tjenestemottakere som er under 67 år og bor i egen bolig. Analysene viser også at sammenlignet med eldre tjenestemottakere, får personer under 67 år noe sjeldnere tilstrekkelige tjenester av typen praktisk hjelp og pleie. Det pekes på at dette bl.a. kan ha sammenheng med boform, og at det ikke er alderen i seg selv som er den egentlige bakenforliggende faktor. De som bor i institusjoner får oftere tilstrekkelige tjenester, uavhengig av alder.

Bemannings- og kompetansesituasjonen

Pleie- og omsorgstjenestenes sårbarhet synes særlig å være knyttet til bemannings- og kompetansesituasjonen. Det dreier seg om å sikre en stabil bemanning med tilstrekkelig kompetanse til å møte faglige utfordringer som mange ganger er sammensatte og kompliserte. Det dreier seg også om å ha tilbud om opplæring, og om gjennomtrekk og sykefravær. Tilsynserfaringer tyder på at tidspress ofte gjør det vanskelig for personalet å skape gode omsorgssituasjoner. Det blir særlig pekt på hvordan stramme tidsrammer gjør det vanskelig for personalet å tilby tilstrekkelig sosial kontakt til den enkelte tjenestemottaker.

Helsetilsynet er bekymret for at mange virksomheter synes å ha liten bevissthet om tvangsbruk overfor personer med demens, og om betydningen av kompetansebyggende tiltak for personalet som arbeider med denne gruppen tjenestemottakere.

Samhandling og koordinering

Et helhetlig og koordinert tjenestetilbud er en forutsetning for at det er faglig forsvarlig. Rapporten peker på kommunale utfordringer når det gjelder å etablere et helhetlig, koordinert tjenestetilbud. En del av utfordringene går på manglende samhandling mellom kommunale tjenester og spesialisttjenester.

Legetjenester i pleie- og omsorgstjenesten

I 2004 var legetjenester i pleie- og omsorgstjenesten eget tema i fylkenes medisinalmeldinger. Det ble pekt på at de fleste som bor i sykehjem har behov for omfattende medisinsk behandling og pleie. Mange av tilbakemeldingene fra fylkene gikk ut på at sykehjemslegene har for lite tid til annet arbeid enn direkte oppfølging

av pasientene. Dette betyr bl.a. at sykehjemslegene i liten grad deltar i tverrfaglige møter, undervisning og utvikling av tjenestetilbudet ved sykehjemmet.

Når det gjelder hjemmebaserte tjenester viser tilsyn at systematisert og formalisert samarbeid mellom den enkelte tjenestemottakers fastlege og hjemmesykepleien kan bli bedre. Det ser ut til å variere mye hvordan samarbeidet mellom hjemmesykepleie og fastlege fungerer.

Rapporten fra Helsetilsynet peker på at det er grunn til å være bekymret for tjenestetilbudet til brukere med sammensatte og langvarige behov, bl.a. rusmiddelmissbrukere. Disse brukerne har behov for et tjenestetilbud som er stabilt, og har et omfang og innhold som er innrettet slik at det reelt sett er tilpasset den enkeltes behov. Selv om kunnskapsgrunnet som Helsetilsynet vurderte er noe mangelfullt, mener tilsynsmyndigheten det særlig er grunn til bekymring for høye terskler for henvisning til spesialisthelsetjenesten når rusmiddelmissbrukeren har en somatisk og psykiatrisk lidelse samtidig. Det pekes også på at manglende ruskompetanse blant mange fastleger og personell i somatisk og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste er et område med risiko for svikt. Det samme gjelder uklarhet knyttet til fastlegenes ansvar i forbindelse med behandling for rusproblematikk, blant annet legemiddelassistert rehabilitering.

2.1 Oppsummering av Norges Forskningsråds evaluering av fastlegereformen 2001-2005

Fastleger og pasienter med store og sammensatte behov

I en kvalitativ undersøkelse av fastlegenes tilbud og samarbeid med andre tjenester når det gjelder pasienter med alvorlige psykiske lidelser (Åndanes), gir fastlegene uttrykk for at fastlegeordningen ikke har betydd veldig mye, men at det er en fordel for alle parter at det formelle ansvaret for pasientene er tydelig plassert. Fastlegene mente også selv at tilgjengeligheten var relativt bra for denne gruppen. Noen fastleger bedret tilgjengeligheten ytterligere gjennom å praktisere fleksible løsninger overfor pasienter som de vet er skrøpelige. De aller tyngste pasientenes behov for hjelp fanges gjerne opp av annet helsepersonell i kommunen. Det er ofte psykiatriske sykepleiere eller hjemmesykepleiere som representerer kontinuiteten for pasienten, i den forstand at det ofte er de som har mest kontakt med pasienten, og dermed oppfatter endringer i pasientens tilstand. De fleste av fastleger uttrykker stor tiltro til tjenesten og roser det arbeidet de gjør. Det er bare et fåtall av fastlegene som har vært med på å utarbeide individuelle planer vedrørende sine pasienter. Ansvarsgrupper er en eldre og mer innarbeidet samarbeidsform, men det varierer hvor mye fastlegene deltar i denne type formalisert samarbeid. Den øvrige kommunehelsetjenesten fremhever fordelene ved å ha en fast adresse for pasienten, slik at man vet hvor man skal henvende seg.

I en spørreskjemaundersøkelse blant allmennleger fant Sørensen at 43 % mente at listesystemet hadde medført at de får bedre innsikt i behovene til kronisk syke mennesker og at den medisinske behandlingen blir mer effektiv. Dette gjaldt imidlertid først og fremst leger som hadde få faste pasienter før reformen. Det var mindre endring dersom legen allerede hadde en stor andel faste pasienter.

Samhandling mellom fastleger og hjemmesykepleien

Samarbeidet mellom fastleger og hjemmesykepleie når det gjelder medikamentbruken hos deres felles pasienter er analysert i to studier beskrevet i Tidsskrift for Den norske lægeforening. Jensen og medarbeidere viste at bare halvparten av medisinkortene i journalene til fastlegene og kortene til hjemmesykepleien stemte overens hos de 38 undersøkte pasientene. 146 av 207 medikamenter ordinert av fastlegene ble gitt til pasientene. 55 av medikamentene som ble gitt til pasientene var ikke oppført i fastlegens journal. Resultatene var omtrent det samme i en tilsvarende undersøkelse blant 90 pasienter i hjemmesykepleien utført av Rognstad og Straand. Forfatterne konkluderer med at samarbeidet og kommunikasjonen mellom fastleger og hjemmesykepleien bør bedres.

Sluttrapporten viser også til en landsomfattende spørreskjemaundersøkelse til alle landets kommuner gjennomført av Riksrevisjonen i 2004. Med hensyn til mulighetene for samarbeid om pasienter mellom ulike kommunale instanser mente 28 % at bedre, 62 % uendret og 10 % dårligere etter fastlegeordningen. Undersøkelsen viste også at andelen kommuner som mente at det tverrfaglige samarbeidet fungerte bedre enn før, entydig steg med kommunestørrelse (40-50% av kommuner med mer enn 10 000 innbyggere).

Samhandling mellom fastleger og sykehus

I en spørreskjemaundersøkelse til fastlegene undersøkte Kværner fastlegenes oppfatning av informasjonsoverføring fra sykehus til fastlege. Flertallet av fastlegene mottar epikrise over en uke etter at pasienten er utskrevet fra sykehus. Litt avhengig av diagnose varierer andelen mellom 55 % og 76 %. Over 20 % av fastlegene mottar sjelden eller aldri epikrise når en annen lege er innleggende lege for hans/ hennes listepasienter. Gjennomgående er fastlegene fornøyd med innholdet i epikrisene.

I en studie av Eikland ble øyeblikkelig hjelp innleggelsene ved St. Olavs Hospital undersøkt. Studien ble noe svekket av lav svarprosent, særlig fra innleggende leger. Bare 12 % av pasientene ble innlagt av sin fastlege. De øvrige ble innlagt via legevakt eller skadepoliklinikken. Observasjonspost var det hyppigst foreslåtte alternativet til innleggelse, særlig for pasienter med medisinske problemstillinger.

Sykebesøk

Iveland registrerte og analyserte 337 sykebesøk som ble utført av fast ansatte leger ved Oslo kommunale legevakt i perioden nov 2001 til jan 2002. Pasientenes gjennomsnittsalder var 70 år. 39 % ble lagt inn på sykehus og 34 % hadde behov for transport med ambulanse. Dette understreker at sykebesøk på dagtid fra Oslo legevakt stort sett gjelder alvorlig syke, og ellers ofte handler om å vurdere funksjonsnivå hos skrøpelige eldre mennesker, kartlegge tilgjengelige medisinske og sosiale ressurser og sørge for at pasientene får hjelp på riktig omsorgsnivå. Det ble ikke samlet inn data om fastlegenes rolle i forbindelse med besøkene.

Tilgjengelighet

I en større spørreskjemaundersøkelse fant Carlsen at brukerne rapporterte økt tilfredshet med ventetid på time. Eldre var gjennomgående mer tilfredse, både i 2000 og 2003. I en nasjonal undersøkelse gjennomført av INS Gallup ble den fysiske tilgjengeligheten til legekantorene undersøkt. De eldre var mer tilfredse både med denne og den geografiske avstanden til legekantorene.

Sørensen har brukt data fra SSBs levekårsundersøkelse 2002 og analysert om tilgjengeligheten for grupper med store helsebehov er spesielt vanskelig hos leger med lange lister. Bruksmønstret for de "tunge" pasientene var imidlertid ikke påvirket av fastlegenes listelengder. Fastleger med lange lister rasjonerte altså ikke konsultasjoner for kronikere og pasienter med dårlig egenvurdert helse og henviste heller ikke disse gruppene hyppigere til spesialisthelsetjenesten enn det fastleger med korte lister gjorde.

Tilgjengeligheten for øyeblikkelig hjelp i kontortiden synes ikke å ha blitt endret som følge av fastlegeordningen. Både før og etter reformen rapporterte 91 % av pasientene at det hadde vært lett å få hjelp. Undersøkelser som helsetilsynet i fylkene har gjort indikerer også at tilgjengeligheten for øyeblikkelig hjelp er god.

3 Kartlegging av legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester 2006

Kommunens rett til å organisere sin virksomhet går fram av kommuneloven og innebærer at den enkelte kommune innenfor de grenser som gjeldende rett setter, har frihet til å velge hvordan den vil organisere sine lovpålagte tjenester. Kommunens ansvar for legetjenester regulert i kommunehelsetjenesteloven § 1-1, der det går fram at landets kommuner skal sørge for nødvendige helsetjenester for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen.

Retten til kontakt med fastlegen er regulert i forskrift nr 328 av 14.04.00 om fastlegeordning i kommunene. Av forskriftens § 3 går det fram at enhver som er bosatt i en norsk kommune har rett til å stå på liste hos fastlege. Fastlegereformens formål er å bedre kvaliteten på allmennlegetjenesten ved at alle som ønsker det, skal kunne få en fast allmennlege å forholde seg til. Fastlegeordningen er tenkt å gi befolkningen større trygghet gjennom bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten og bidra til kontinuitet i lege – pasientforholdet. Fastlegens plikter overfor personer tilknyttet listen er å sørge for allmennlegetilbud på dagtid, inkludert øyeblikkelig hjelpbehov og behov for sykebesøk og tilby legetime innen rimelig tid ut fra pasientens behov.

Gjennom denne kartleggingen ønsker direktoratet å få bedre kunnskap om legetjenester til pasientene som får kommunale omsorgstjenester utenfor institusjon. *Brukergrupper* som omfattes av undersøkelsen er eldre, psykiatriske pasienter, psykisk utviklingshemmede, rusmisbrukere og yngre funksjonshemmede. *Spørreskjema* ble sendt til kommunelege/bydelsoverlege og til leder av omsorgstjenesten i et tilfeldig (randomisert) utvalg av små, mellomstore og store kommuner, Stavanger, Trondheim, Bergen og til 4 bydelsoverleger i Oslo. Totalt fikk 110 kommuneleger og 4 bydelsoverleger (Oslo) tilsendt spørreskjema. Analysen av materialet viser at de kommunene som har svart, danner et representativt utvalg av norske kommuner.

Første del tok sikte på å kartlegge omfang og organisering dels av legetjenesten og dels av omsorgstjenesten. Resultatene er sammenholdt med annen offentlig statistikk der slik er tilgjengelig. I hele undersøkelsen sammenligner en svarene fra kommunelegene med det omsorgstjenesten opplyser.

I andre del tok en for seg visse oppgaver og hvordan legene (fastlegene) utfører disse overfor de aktuelle pasientgruppene, og hvorledes samarbeidet er mellom legene og omsorgstjenesten.

I den siste delen så en på samarbeidet mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten.

Utgangspunktet for kartleggingsundersøkelsen var at fastlegene har de samme oppgaver og forpliktelser overfor disse gruppene som overfor de andre innbyggerne

på legens liste. Siden dette er personer som ikke bare har behov for legehjelp, men også for annen kommunal hjelp (praktisk hjelp, sykepleie osv) er det grunn til å tro at "legebehovet" er mer omfattende og byr på større utfordringer enn for en "gjennomsnittspasient". Til undersøkelsen tok en ut visse *sentrale funksjoner* som både kommunelegen og omsorgstjenesten skulle fortelle hvordan fungerte:

1. Legekontakt mellom fastlegen og pasientene som får omsorgstjenester.

Selv om kommunen står relativt fritt med hensyn til hvordan den vil organisere sine tjenester, må brukerne av pleie og omsorgstjenester som et minimum ha tilgang på de samme legetjenestene som den øvrige befolkningen, både med hensyn på kontinuitet og tilgjengelighet. I så henseende er det flere spørsmål som melder seg. Har legen satt opp regelmessige (periodiske) kontakter med pasientene? Er det like lett for "omsorgstjenestens" brukere å oppnå kontakt med fastlegen, eller formidles kontakten mellom pasienten og legen ofte av personell i omsorgstjenesten, og fører dette til mindre direkte kontakt? Er organiseringen av de kommunale tjenestene slik at pasientene får hjelp med å fysisk komme seg til legen og er det lagt til rette for hjemmebesøk innen "rimelig tid"?

2. Hvordan er kontakten mellom fastlegen og omsorgstjenesten?

I utgangspunktet forutsetter vi at en god oppfølging av felles pasienter stiller krav til kontakt mellom fastlegen og de som har ansvaret for/utfører omsorgstjenester til pasienten. Er dette organisert på en systematisk måte, f.eks. ved regelmessige møter (enten for enkeltpasienter eller for alle de aktuelle listepasientene), ev. konferanser over telefon? Får omsorgsarbeideren lett kontakt med legen når de ønsker å forelegge noe vedrørende pasienten? Ivaretar noen av fastlegene en form for "systemansvar" overfor omsorgstjenesten?

3. Er det rutiner for oppdatering av medikamenter mellom fastlege og omsorgstjenesten?

Det er viktig at fastlegen til enhver tid har full oversikt over hvilke legemidler pasienten bruker og at legen sørger for god informasjon til omsorgstjenesten, spesielt hvis den har tatt over ansvaret for medisindeling. Hvilke rutiner er det for oppdatering av medikamenter mellom fastlegen og omsorgstjenesten når medikamenter endres av fastlege, legevakslege eller ved innleggelse i sykehus?

4. Kontakt og samarbeid mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten.

Det forutsettes at god samhandling mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten er spesielt viktig for brukergruppene som omfattes av kartleggingen. Mange av brukerne vil ha behov for samordnede og koordinerte tjenester, og det er behov for å se på hvordan dette fungerer og hvordan det organiseres

5. Fastlegens deltagelse i ansvarsgrupper og utarbeidelse av individuell plan

Individuell plan er et verktøy for samarbeid mellom brukeren og de ulike tjenesteyterne. For tjenestemottakere med behov for langvarige helse- og/eller sosiale tjenester innebærer rett til en individuell plan medvirkning i egen planprosess og deltakelse i ansvarsgrupper. Det forutsettes at det vil være behov for at fastlegen deltar i planprosessen og ansvarsgrupper for brukere som har behov for legetjenester.

3.1 Sammendrag av kartleggingsundersøkelsen

3.1.1 Om organiseringen av legetjenesten i kommunene

Små kommuner har omtrent like mange fastleger på fastlønn som egne næringsdrivende per 10000 innbyggere. I de andre kommunene er fastleger hovedsaklig egne næringsdrivende. Gjennomsnittlig antall fastleger per 10000 innbyggere er størst i små kommuner (10,33) og lavest i storbyene (5,58).

Spørsmålet om fastleger i bistilling med oppgaver rettet mot personer med kommunale omsorgstjenester utenfor sykehjem (eldre, psykiatriske pasienter, psykisk utviklingshemmede, rusmisbrukere, yngre funksjonshemmede) ble tolket ulikt, og mange kommuner inkluderte alle typer bistillinger. Det er forsøkt kontrollert og rettet opp for dette ved å be kommunelegene spesifisere hvilke tjenester som omfattes av kommunal bistilling. Det kan fortsatt være en overestimert av fastleger i kommunal bistilling med slike oppgaver, spesielt i små kommuner. Ut fra svarene er årsverk i kommunal bistilling med oppgaver rettet mot personer med heldøgns omsorg utenfor sykehjem 10 ganger høyere i små kommuner (0,37 årsverk) enn i store kommuner og storbyer.

Gjennomsnittlig antall timer/uke for fastleger i bistilling generelt (alle typer bistilling) varierte fra 9,3 t/uke i små kommuner til 3,8 t/uke i store kommuner.

Små kommuner har kommunal legevakt og fastlege med utrykningsansvar på dagtid på hverdager, mens kveld og natt hovedsaklig dekkes av interkommunal legevakt. Kommentarer på spørreskjemaer tyder på at små kommuner i stor grad har interkommunal legevakt hele døgnet i helger og i høytider.

Mellomstore kommuner har like ofte fastleger med utrykningsansvar som organisert kommunal legevakt på dagtid, mens interkommunal legevakt som oftest er i drift kun kveld og natt. Kommentarer på spørreskjemaer tyder på at mellomstore kommuner har interkommunal legevakt hele døgnet i helger og i høytider.

De store kommunene har oftest interkommunal legevakt som er i drift hele døgnet.

Storbyene har kommunal legevakt som er i drift hele døgnet. I Oslo er det på bydeler også fastlege med utrykningsansvar og bydelslegevakt dag og kveld.

Det er bare i små kommuner det fortsatt er leger på fast lønn. Legevakt og utrykningsansvar for fastlegene ser ut til å være organisert i forhold til hva som er mest praktisk gjennomførbart i den enkelte kommune i forhold til kommunestørrelse, vaktbelastning og interkommunalt samarbeid. Bare de største kommunene har legevakt 24 timer i døgnet hele uken.

Vurdering fra kartleggingsprosjektet:

Tall fra undersøkelsen og fra SSB viser at det er en god del uklarhet mht hvor mye legerressurser som benyttes overfor målgruppene i undersøkelsen.

Det er bare i små kommuner det fortsatt er leger på fast lønn. Legevakt og utrykningsansvar for fastlegene ser ut til å være organisert i forhold til hva som er mest praktisk gjennomførbart i den enkelte kommune i forhold til kommunestørrelse,

vaktbelastning og interkommunalt samarbeid. Bare de største kommunene har legevakt 24 timer i døgnet hele uken.

3.1.2 Kunnskap om omsorgstjenesten i kommunene

Gjennomsnittlig antall brukere per sone/enhet er ca dobbelt så høyt i storbyene og halvparten så høyt i små kommuner i forhold til mellomstore og store kommuner.

I gjennomsnittet for hele landet er det 50,7 årsverk per omsorgsenhet. Små kommuner ligger på gjennomsnittet, mens det i mellomstore og store kommuner er henholdsvis 10 og 20 % lavere og i storbyene ca 15 % høyere enn gjennomsnittet.

Gjennomsnittlig antall årsverk sykepleiere for alle soner/enheter i kommuner i undersøkelsen er 9,5 årsverk. Små kommuner har ca halvparten av gjennomsnittet, mellomstore kommuner omtrent som gjennomsnittet, mens årsverk sykepleiere i store kommuner og storbyene er ca 50 % høyere enn gjennomsnittet.

Gjennomsnittlig antall brukere per årsverk ansatte og per årsverk sykepleiere for alle kommunene samlet er henholdsvis 6,8 og 26,8. Gjennomsnittlig antall brukere per årsverk ansatte og per årsverk sykepleiere i hjemmetjenesten er noe høyere i storbyer sammenlignet med de andre kommunene.

Både kommunelegene og omsorgstjenestene ble spurt de samme spørsmålene om hvordan omsorgstjenestene var organisert, omfang av tjenester og om boformer for ulike brukergrupper. Det var i denne undersøkelsen funn som kan tyde på at kommunelegene til dels har lite kunnskap om omsorgstjenestene i egen kommune. Funnene indikerer at det på systemnivå er mangelfull kontakt mellom kommunelegene og omsorgstjenestene, og at en god del kommuneleger faktisk ikke fullt ut kjenner til organiseringen av omsorgstjenestene i sine egne kommuner.

Vurdering fra kartleggingsprosjektet:

Denne undersøkelsen tyder på at det er flere ansatte per bruker i de minste kommunene, og selv om andelen av ansatte med sykepleieutdanning er høyere i større kommuner, så tilsvarer ikke dette økningen i antallet brukere per enhet.

3.1.3 Innkallingsrutiner for kronisk syke og eldre

Fastleger i ca 25 % av små og 10 % av mellomstore kommuner har innkallingsrutiner for eldre, psykisk utviklingshemmede, psykiatriske pasienter og for rusmisbrukere, mens fastlegene i et noe lavere omfang har innkallingsrutiner for andre yngre funksjonshemmede.

Ingen av store kommuner eller storbyer oppgir at fastleger har innkallingsrutiner for eldre, psykisk utviklingshemmede, psykiatriske pasienter, rusmisbrukere eller andre yngre funksjonshemmede.

Andelen små kommuner med innkallingsrutiner for psykiatriske pasienter og for andre yngre funksjonshemmede er ca 4 ganger høyere i små kommuner med fastleger på fastlønn sammenlignet med fastleger som egne næringsdrivende.

Utsagn fra kommuneleger i små kommuner viser at det finnes kommuner der fastleger følger opp alle yngre funksjonshemmede og psykisk utviklingshemmede med tverrfaglige møter. I mange småkommuner har alle de nevnte kategoriene faste kontrolltimer ved legekontoret; f.eks. hver 3. - 6. måned. I mellomstore kommuner er det kommuner der fastlegene praktiserer faste avtalte årskontroller for en del eldre og kronisk syke, mens dette i andre mellomstore kommuner er en individbasert oppfølging som ikke er satt i system.

I store kommuner oppgir kommuneleger at de færreste fastleger praktiserer innkalling, men antar at noen sannsynligvis har det for utvalgte pasienter.

I storbyer mangler man sentral oversikt over faste innkallingsrutiner for kronisk syke og eldre pasienter selv om noen fastleger sannsynligvis har dette.

Vurdering fra kartleggingsprosjektet

Det er flere utsagn og funn som tyder på at det kan være mangelfull kontakt mellom kommuneoverlegene og fastlegene mht utvikling av rutiner og kvalitetsstandarder i de større norske kommunene. Det er en helt klar trend i retning av at dess mindre en kommune er, dess større er sjansen for at det er etablert innkallingsrutiner/-prosedyrer for omsorgstjenestenes brukere.

Det er ingen entydige forskjeller om legen er på fastlønn eller egen næringsdrivende.

3.1.4 Om hjemmebesøk på anmodning fra omsorgstjenesten

I følge omsorgstjenesten er det litt under halvparten av tilfellene i små kommuner og i ca hver tredje sone/enhet i mellomstore og store kommuner at fastlegen alltid eller som oftest drar på hjemmebesøk. Legevakten drar alltid eller som oftest på hjemmebesøk i soner/enheter i hver femte små, mellomstore og store kommune. Ingen enheter/soner i storbyer oppgir at fastleger alltid eller som oftest drar på hjemmebesøk, mens halvparten av sonene oppgir at legevakt alltid eller som oftest drar på hjemmebesøk.

Det er ingen forskjell på frekvensen av hjemmebesøk i små kommuner med fastleger på fastlønn og i kommuner med fastleger som er egne næringsdrivende.

Kommuneleger oppgir at i over halvparten av små kommuner drar fastleger alltid på hjemmebesøk samme dag. I vel halvparten av mellomstore og store kommuner drar fastlegene på hjemmebesøk i løpet av 1 til 3 dager, mens i storbyene i løpet av 4 til 7 dager.

I følge omsorgstjenesten drar fastlege alltid på hjemmebesøk i over halvparten av tilfellene i alle kommuner; både i små kommuner, i mellomstore kommuner, i store kommuner og i storbyer i løpet av 1-3 dager.

I små kommuner med fastleger på fastlønn drar legene alltid eller på hjemmebesøk samme dag betydelig raskere enn i kommuner med egne næringsdrivende fastleger.

Vurdering fra kartleggingsprosjektet

Det er en tydelig trend i retning av at responstiden øker med kommunestørrelsen, og at det er lettere å få en vurdering av pasientene, både av fastlege og legevakt, i eget hjem i de minste kommunene.

Dess større kommunene er, dess vanskeligere er det å få fastlegen til å foreta hjemmebesøk, og evt. hjemmebesøk skjer da gjerne etter flere dagers ventetid. Omsorgstjenestene velger derfor i mange situasjoner å benytte legevakt.

3.1.5 Deltagelse i ansvarsgrupper og i utarbeidelse av individuell plan

I følge kommuneleger er fastleger som oftest med i ansvarsgrupper i godt over halvparten av tilfellene i små og mellomstore kommuner og i litt under halvparten av tilfellene i store kommuner og storbyer.

Omsorgstjenesten oppgir at fastleger som oftest deltar i ansvarsgrupper i litt under halvparten av alle ansvarsgrupper i små og mellomstore kommuner, i hver tredje i store kommuner og kun i hvert tiende tilfelle i storbyer. Omsorgstjenesten oppgir at fastleger deltar i ansvarsgrupper i betydelig lavere grad enn det kommunelegene oppgir.

Deltagelsen i ansvarsgrupper er omtrent den samme i små kommuner med fastleger på fastlønn eller som egne næringsdrivende.

I følge kommuneleger deltar fastleger som oftest ved utarbeidelse av individuell plan i ca halvparten av tilfellene i små kommuner, i ca hvert fjerde tilfelle i mellomstore kommuner og storbyer, mens ingen kommuneleger i store kommuner oppgir at fastleger deltar som oftest i utarbeidelsen av individuell plan.

Omsorgstjenesten oppgir at fastleger som oftest deltar ved utarbeidelsen av individuell plan i ca hvert femte tilfelle i små og mellomstore kommuner og noe sjeldnere i store kommuner og i storbyer. Omsorgstjenester oppgir betydelig lavere deltakelse ved utarbeidelse av individuell plan enn det kommunelegene oppgir.

Alle soner/enheter i kommuner med fastleger på fastlønn oppgir at fastleger deltar ved utarbeidelse av individuell plan, mens deltakelsen er litt over halvparten i kommuner med egne næringsdrivende fastleger.

Kommuneleger i mellomstor kommune nevner at leger er med i flere ansvarsgrupper, men at det trolig er andre etater/tjenester som har organisatorisk/administrativt ansvar. Når det gjelder individuell plan oppgir flere at legetjenesten er "umoden" på dette, og noen oppgir at de planlegger interne kurs for å få legene mer aktivt med i dette arbeidet. I store kommuner og storbyer har kommunelegene ikke god oversikt slik at svarene blir meget usikre.

Omsorgstjenesten i små kommuner oppgir at de ennå ikke har jobbet mye med ansvarsgrupper eller individuell plan. I mellomstore kommuner oppgir flere at arbeidet er i startfasen, men i store kommuner og storbyer er det ingen kommentarer til dette, eller man er usikre på om fastlegene er med ved utarbeidelse av individuell plan.

Vurdering fra kartleggingsprosjektet

Det er en klar tendens i retning av dess større en kommune er, dess mindre sjanse er det for at legene er med i ansvarsgrupper og i utarbeidelsen av individuelle planer

3.1.6 Om kommunikasjon mellom fastleger og omsorgstjenesten

I alle kommuner er det utstrakt bruk av telefon mellom omsorgstjenestene og fastlegene, mest i små kommuner og noe mindre i storbyene.

Kommunelegene og omsorgstjenestene oppgir at det er faste møter mellom omsorgstjenesten og de fleste fastlegene i ca. halvparten av små og mellomstore kommuner. I store kommuner og storbyer oppgir kommunelegene at 25 % av fastlegene har faste møter, mens omsorgstjenestene oppgir at ca 10 % av enhetene har faste møter med fastlegene.

Omsorgstjenesten oppgir at kommunikasjon med hjemmejournal mellom omsorgstjenesten og de fleste leger skjer sjeldnere enn oppgitt av kommunelegene, men er relativt lite utbredt.

Det er en tendens i retning av at kommunikasjonen mellom omsorgstjenestene og de fleste fastlegene avtar med økende størrelse på kommunene.

I store kommuner benyttes f.eks. telefaks fra legekontorer med ny dosering av medisiner.

I storbyer tar omsorgstjenesten fortrinnsvis med pasienten til legekontor i stedet for hjemmebesøk. Hjemmejournal er lite brukt som toveis kommunikasjonsverktøy i store byer, men det brukes i forhold til enkelte pasienter etter initiativ fra sonen.

Det er klare indikasjoner på at det i små kommuner er tettere og mer systematisert kontakt mellom omsorgstjenestene og fastlegene enn i storbyene. I storbyene kan det se ut til at pasienter og omsorgstjenester i større grad må tilpasse seg legenes kontorrutiner, som varierer fra kontor til kontor og fra kommune til kommune, mens de i mindre kommuner er lettere å finne løsninger som tilpasses de ulike aktørenes behov.

Vurdering fra kartleggingsprosjektet

I store kommuner oppgir omsorgstjenesten at kommunikasjonen er dårligere mellom omsorgstjenestene og fastlegene enn det kommunelegene oppgir, mens det er motsatt for storbyer. Det er også her en klar tendens i retning av at dess større en kommune er, dess større sjanse er det for at det ikke er etablert faste møter mellom legene og omsorgstjenestene. Dette gjelder både faste møter og møter ved behov. Det er også mest kontakt per telefon der det er etablerte faste møterutiner, dvs. i de minste kommunene.

Det kan være grunn til å hevde, ut fra våre funn, at nøkkelen til godt samarbeid ligger i faste møter som sikrer at legene og omsorgstjenestene kjenner hverandre personlig, har god felles kunnskap om pasientene. Dette sikrer også at det lettere etableres kontakt ved behov, for eksempel telefonisk eller på kontoret til fastlegen.

3.1.7 Om legetjenester som benyttes og samarbeidsrutiner mellom fastleger og hjemmetjenesten

I de aller fleste kommunene benyttes fastleger til personer med heldøgns omsorgstjenester utenfor sykehjem, og legevakten benyttes ved akutte situasjoner og der fastlegen ikke er tilgjengelig.

Til eldre i bofellesskap/omsorgsboliger med personalbase benytter kommunene i følge kommunelegene egen tilsynslege og fastlege omtrent like ofte, mens omsorgstjenesten oppgir at egen tilsynslege så godt som ikke forefinnes.

Vurdering fra kartleggingsprosjektet

Mange av kommunelegene har mangelfull kunnskap om hvordan legetjenestene overfor disse målgruppene er organisert i sine kommuner. Undersøkelsen kan tyde på at fastlegenes rolle/ansvar i forhold til personer med omfattende omsorgsbehov utenfor institusjon er uklar både for legene og omsorgstjenestene. Det kan virke som om, spesielt brukere med vedtak om heldøgns omsorg i egne hjem/omsorgsbolig, ikke får tilfredsstillende samordning mht sine medisinske problemstillinger og sine omsorgsbehov.

3.1.8 Om samarbeid mellom fastlegene og omsorgstjenesten

I kommuner hvor samarbeidet beskrives som godt fungerende av både legene og omsorgstjenestene, er det etablert faste møtetidspunkter/areaner. Dess større kommunene er, dess mer etterlyses det faste og klare strukturer både fra kommunelegene og omsorgstjenestene.

Det er en trend i retning av at samarbeidet er omvendt proporsjonal med kommunestørrelse og sonestørrelse. I små kommuner tar legene et større ansvar for oppfølging, mens i større kommuner er det omsorgstjenestene som er "koordinatoren" både overfor fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Det er mindre forskjeller i grad av samarbeid i kommuner der fastlegene er på fastlønn og kommuner der de er egne næringsdrivende.

Funnene i denne undersøkelsen tilsier at samarbeidet mellom fastlegene og omsorgstjenestene ikke fungerer godt nok i store kommuner og i storbyene.

Til sammen lister kommunelegene og omsorgstjenestene opp alle de brukergrupper som omfattes av denne undersøkelsen som spesielle utfordringer, men en del av utfordringene skyldes nok helt lokale forhold. Uansett kommunestørrelse angis det størst utfordringer mht samarbeidet overfor personer med kognitivt svikt, uavhengig av alder på brukerne.

Etablering av godt og strukturert samarbeid mellom omsorgstjenestene og fastlegene, samt med spesialisthelsetjenesten, er ett av de forhold som beskrives som en av de største utfordringene kommunene.

Et påfallende funn i denne undersøkelsen er hvor lite kunnskap mange kommuneleger, unntatt i mindre kommuner, har om de omsorgstjenestene i egen kommune og om fastlegene. Dette kan tyde på at en god del kommuneleger ikke har en sentral plass i planlegging og tilretteleggingen av samarbeidet og

organiseringen av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og at fastlegene ikke oppfattes som en integrert del av kommunehelsetjenesten.

Vurdering fra kartleggingsprosjektet

I store kommuner oppgir omsorgstjenesten at kommunikasjonen er dårligere mellom omsorgstjenestene og fastlegene enn det kommunelegene oppgir, mens det er motsatt for storbyer. Det er også en tendens i retning av at dess større en kommune er, dess større sjanse er det for at det ikke er etablert faste møter mellom legene og omsorgstjenestene. Dette gjelder både faste møter og møter ved behov. Det er også mest kontakt per telefon der det er etablerte faste møterutiner, dvs. i de minste kommunene.

Det kan være grunn til å hevde, ut fra våre funn, at nøkkelen til godt samarbeid ligger i faste møter som sikrer at legene og omsorgstjenestene kjenner hverandre personlig, har god felles kunnskap om pasientene. Dette sikrer også at det lettere etableres kontakt ved behov, for eksempel telefonisk eller på kontoret til fastlegen.

3.1.9 Om felles rutiner for å oppdatere medikamentinformasjonen

Godt over halvparten av små og mellomstore kommuner, og i ca halvparten av store kommuner og storbyer, er det rutiner for å oppdatere hverandre på medikamenter der hjemmesykepleien har ansvar for medisinhåndtering. Det er noen flere små kommuner med fastlege som egne næringsdrivende som har slike rutiner, enn kommuner med fastlege på fastlønn.

I store kommuner benyttes f.eks. egne skjema for informasjon fra hjemmesykepleien og fra fastlege (ut fra funnene i undersøkelsen tyder det på at disse nok ikke blir brukt rutinemessig), prosedyrer for medikamenthåndtering i åpen omsorg som inkluderer medikamentark som signeres ved endring av medisiner. Hjemmesykepleien angir at de bruker mye ressurser på å sjekke/kontrollere.

I storbyer benyttes f.eks. multidose med ordinasjoner per faks og post. Ved behov for hurtige endringer bes alltid om bekreftelse per faks. Det tar fremdeles lang tid før fastleger får endringer etter sykehusinnleggelse. Hjemmebaserte tjenester tar ofte kontakt med fastlegen til pasienten for å sjekke hva som er riktig.

Vurdering fra kartleggingsprosjektet

Det er en markert tendens til at det er vesentlig bedre rutiner for oppdatering av medikamentkortene i de minste kommunene. I de største kommunene er det klare tegn til at det er hjemmesykepleien som har tatt ansvaret for felles oppdatering ved endringer gjort av legevakt og ved innleggelse i sykehus. Gode rutiner er svært mangelfulle, til dels fraværende, i mange kommuner, spesielt i store kommuner.

3.1.10 Om samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

Kommuneleger og omsorgstjenesten oppgir at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten om eldre, psykisk utviklingshemmede, psykiatriske pasienter og andre yngre funksjonshemmede er meget godt i ca hver sjette småkommune. Samarbeidet om rus er meget godt i en liten andel (6 %) småkommuner og i ca hver fjerde storkommune.

Samarbeidet om eldre, psykisk utviklingshemmede, psykiatriske pasienter og andre yngre funksjonshemmede brukergrupper er godt i halvparten eller mer av små, mellomstore og store kommuner. I halvparten av storbyene er samarbeidet godt om eldre, psykisk utviklingshemmede og andre yngre funksjonshemmede mens samarbeid om psykiatriske pasienter og rus er godt i under halvparten av storbyer.

Samarbeidet mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten om eldre er mindre godt i ca hver femte mellomstore kommune og storby. Omsorgstjenesten oppgir at samarbeidet er mindre godt i nær halvparten av store kommuner, i ca hver åttende små og mellomstor kommune og kun i en liten andel (5,9 %) i storbyer.

Samarbeidet er også mindre godt om psykisk utviklingshemmede, varierende fra mindre godt i ca hver femte små kommune til mindre godt i tilfellene i halvparten av storbyene.

Det er mindre godt samarbeid om psykiatriske pasienter i hver femte små og mellomstor kommune og i over halvparten av storbyer. Omsorgstjenesten oppgir at det er mindre godt samarbeid om psykiatriske pasienter i enheter/soner kommuner, varierende fra hver femte små kommune til nær halvparten av store kommuner.

Vurdering fra kartleggingsprosjektet

Det er stor forskjell på hvordan omsorgstjenestene og fastlegene beskriver samarbeidet mellom kommunehelsetjenestene og spesialisthelsetjenesten. Det er vært å merke seg at samarbeidet tilsynelatende fungerer dårligst i mellomstore og store kommuner, spesielt dårlig ser det ut til være innen rus- og psykiatriområdet. Jevnt over tyder undersøkelsen på at det er et betydelig forbedringspotensial mht samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten innen nesten alle de områder som omfattes av denne undersøkelsen. Imidlertid ser det ut som om samarbeidet rundt den eldre pasient fungerer noe bedre enn for de andre målgruppene.

3.2 Brukernes funksjonsnivå

I løpet av 2006 vil alle kommuner ha registrert sine brukere i IPLOS slik at det i løpet av 1-2 år vil kunne fremskaffes gode beskrivelser av de ulike brukergruppenes funksjonsnivåer.

Noen kommuner har brukt Gerix i flere år i påvente av et nasjonalt system, og det foreligger gode regisireringer fra disse Gerix-kommunene.

Det er foretatt en gjennomgang av Gerix-data for 8000 personer med kommunale omsorgstjenester i og utenfor institusjon. I Gerix er vurderingsskalaen 1-4; hvor 4 er dårligste funksjonsnivå og 1 det beste.

Det viser seg at gjennomsnittelig funksjonsnivå for de som bor i eget hjem er 1,93. For de som bor i kommunale utleieboliger 2,04. Beboere i omsorgsboliger har i gjennomsnitt 2,88, mens personer i sykehjem har 3,43, og beboere i andre kommunale institusjoner har i snitt 3,14.

Dette visere at personer i egen bolig har et redusert funksjonsnivå, men en god del bedre enn i andre boformer. Beboere i omsorgsboliger har et funksjonsnivå som

nærmer seg institusjonsbeboernes. En kan derfor med rimelig stor grad av sikkerhet konkludere med at svært mange av mottagerne av omsorgstjenester utenfor kommunale institusjoner er marginalt fungerende personer med betydelig funksjonssvikt.

3.3 Hva er god praksis? Noen eksempler fra kartleggingsundersøkelsen

3.3.1 Innkallingsrutiner

- Alle de nevnte kategoriene har faste kontrolltimer ved legekantoret hver 3. - 6. mnd. pasientene har med seg ny timeavtale når de forlater kantoret. Om de ikke møter, vil det i interne tverrfaglige samarbeidsmøter bli sørget for utsjekking av årsak, ny time osv.
- Fortløpende innkallinger av de som får foreskrevet medisiner. Dessuten bestiller hjemmetjenesten timer ved behov for sine pasienter.
- Hjemmesykepleien utarbeider liste over personer de har kontakt med samt personer som psykiatritjenesten har kontakt med. Dette følges opp med konsultasjon med hjemmesykepleien og i de fleste tilfelle med besøk.

3.3.2 Samarbeid fastlegen og hjemmetjenesten

- Skriftlig kommunikasjon med egen rapportbok mellom fastlegene og hjemmetjenesten, på den måten blir spørsmål og svar til/fra dokumentert
- Har avsatt 7 timer pr. uke til veiledning for hjemmebaserte tjenester (tilsynslege hjemmebasert omsorg). En lege utfører dette.
- Avdelingssykepleier i hjemmetjenesten har fast møte en gang hver uke med fastlegen.
- Fast rapportering fra fastlege til hjemmetjenesten, skriftlig og muntlig ved endringer i diagnose og medikasjon.

3.3.3 Rutiner for oppdatering av medikamenter mellom fastlege og omsorgstjenesten

- Ved endring av medisiner fra sykehus, får begge parter epikrise. Hvis fastlegen endrer medisiner, kontaktes hjemmesykepleien.
- Legene skriver ut oversikt over faste medisiner og oppdaterer ved endring av medisiner. Hjemmesykepleien gir tilbakemelding til legene ved evt. endringer i faste medisiner, f.eks. etter sykehusopphold. (hjemmesykepleien får ofte medisinoversikter fra sykehus før legene)
- Fastlege har "visitt" på hjemmesykepleiekantoret en gang per uke. Dette blir gjort i forbindelse med tilsyn på sykehjemmet. Organisert som møter som gir refusjon fra trygdeverket.
- Det er utarbeidet prosedyrer for medikamenthåndtering i åpen omsorg. Det skal benyttes medikamentark som signeres av legen ved endring av medisiner.
- Hos multidosepasienter er det fastlegen som skal melde inn forandringer til apoteket. Dette skal ikke gå via hjemmesykepleien. Hjemmesykepleien tar kontakt hvis noe er usikkert. Hjemmesykepleien søker om multidose for pasienter som er stabile på medisiner. Legen avgjør om pasienten skal få multidose. Ansvarsoverføringsskjema sendes. Hjemmesykepleien sender

også inn årlig oversikt til legene for å sjekke om doseringene er riktige. Hjemmesykepleien får tilsendt oversikt fra legekantorene også ved behov. Problemer skjer oftest når pasienter skrives ut fra sykehuset. Pasienten har da ofte forandringer på medisinkort som ikke fastlegen er informert om. Hjemmebaserte tar ofte kontakt med fastlegen til pasienten for å sjekke hva som er riktig. Det hadde vært ønskelig om fastlegene ble raskere informert fra sykehusene om endringer. Endringer på medisinkortene blir lagt inn i legejournal og godkjent av to sykepleiere etter skriftlig informasjon fra fastlegen.

3.3.4 Samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

- Eldre: Utredningshjelp ved geriater ved St. Olavs Hospital lett tilgjengelig.
- Ikke formalisert. Vedrørende rus - organiseres rundt ansvarsgrupper, oftest vedrørende LAR-behandling.
- Psykisk utviklingshemmede: meget godt samarbeid med HAB-tjenesten (eget samarbeidsutvalg m/administrasjonen i kommunen)
- Blir ofte tatt en telefon. Kjenner jo de fleste spesialistene godt
- Psykiatri: Månedlig oppsatte møter mellom fastleger og psykiater fra DPS benyttes i for liten grad. Utskrivning og epikriser: Epikrise fra psykiatrien kommer for seint. I enkeltsaker har fastlege og behandlende spesialist i psykiatrisk poliklinikk tett og meget godt samarbeid. Der Individuell Plan medfører jevnlig møter, er kontakten god. Mindre samarbeid direkte med Akuttavdeling, spes. mangelfullt ved utskrivelser. Tilgang på akutt innleggelse er god.

4 Direktoratets vurderinger og anbefalinger

4.1 Legekontakt mellom fastlegen og pasientene som får omsorgstjenester

Funnene fra kartleggingen viser at mange fastleger ikke har innkallingsrutiner for de undersøkte gruppene. Det er videre usikkert om kroniske tilstander og medikamentbruk alltid følges opp med regelmessig pasientkontakt. Direktoratet mener at en god medisinske oppfølgingen av brukergruppene som omfattes av denne kartleggingen krever en bedre organisering av tjenestene enn det som nå er tilfelle.

Direktoratet har merket seg at ventetiden på hjemmebesøk viser store variasjoner, med lengst ventetid i de store kommunene. Anmodning om hjemmebesøk kan primært skyldes forhold ved pasienten, eventuelt lav tilgjengelighet til fastlegekontoret og/ eller manglende organisering av "følge - tjenester" for skrøpelige pasienter. Selv om anmodninger om hjemmebesøk ikke skyldes akutte tilstander, kan ventetid opp mot en uke synes i lengste laget, særlig hvis en konsekvens av dette blir at legevaktslege kontaktes isteden. I praksis synes det å være en gråsoner mellom fastlegenes oppfølgingsansvar for egne pasienter og bruk av legevaktslege, noe som sannsynligvis har konsekvenser for kontinuiteten og kvaliteten av tjenestene, ikke minst da legevaktslegene i mange kommuner ikke har tilgang til nødvendige medisinske opplysninger om brukerne.

Evaluering av fastlegereformen viser at spesielt leger som hadde få faste pasienter før reformen mente at listesystemet har medført at de får bedre innsikt i behovene til kronisk syke mennesker og at den medisinske behandlingen blir mer effektiv. Undersøkelser som helsetilsynet i fylkene har gjort indikerer også at tilgjengeligheten for øyeblikkelig hjelp er god.

I hvilken grad kommunenes omsorgstjeneste har organisert og lagt til rette for at pasientene får nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling er ikke undersøkt i kartleggingen. En tilfredsstillende medisinsk oppfølging av hjemmetjenestens brukere etter sosialtjenesteloven kap 4 og kommunehelsetjenestelovens § 1-3a, jf § 2-1, kvalitetsforskriftens § 3 og internkontrollforskriften § 4 a) og g) stiller krav om at det er utarbeidet prosedyrer som sikrer at pasientene får nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling. I hvor stor grad disse prosedyrene er utarbeidet, hvilken informasjon som gis til fastlegene om hvordan hjemmesykepleien har organisert sin virksomhet med hensyn til dokumentasjon, rapportering eller utdeling av legemidler, og hvem som har ansvaret for å kontakte fastlegen, er ikke undersøkt i kartleggingen

Direktoratet mener at det er behov for å definere faglige standarder for medisinsk oppfølgingen av gruppene som omfattes av denne kartleggingen. Dette gjelder spesielt brukere med kognitiv svikt som av både kommunelegene og omsorgstjenestene vurderes som en særskilt utfordring. Videre er det viktig at

tilgjengelighet til fastlegene styrkes for de av omsorgstjenestens brukere, som enten p.g.a. funksjonsnedsettelse eller mangelfull tilrettelegging av følgetjeneste eller fastlegekontor, ikke selv greier å komme seg til legen.

Direktoratet anbefaler en gjennomgang av fastlegeforskriften for å se om den er dekkende i forhold til de mål og behov som nå er satt på dagsorden. Rammeavtale og individuelle avtaler bør eventuelt reforhandles og det bør vurderes å stille utvidede vilkår med sikte på prioritering av utvalgte grupper.

4.2 Hvordan er kontakten mellom fastlegen og omsorgstjenesten?

Kartleggingen synliggjør at det er store variasjoner i type kontakt mellom omsorgstjenesten og fastlegene i kommunene, med en tendens til at kontakten avtar med økende kommunistørrelse. Svarene fra omsorgstjenesten viser, at liten eller manglende kontakt med fastlegene om felles pasienter, oppleves som et problem. Hva slags type samhandlingsarena som fungerer best, vil sannsynligvis være forskjellig fra kommune til kommune. Det som fungerer bra i en liten kommune, kan være mindre hensiktsmessig i en større kommune hvor fastlegens pasienter er spredt over mange soner. Kartleggingen viser allikevel tydelig at det i mange kommuner er behov for en bedre koordinering av de kommunale helsetjenestene for de pasientene som mottar pleie og omsorgstjenester.

Dette samsvarer godt med det som helsetilsynet fremholder i sin rapport, at det systematiserte og formaliserte samarbeid mellom den enkelte tjenestemottakers fastlege og hjemmesykepleien kan bli bedre. Rapporten viser til at det ser ut til å variere mye hvordan samarbeidet mellom hjemmesykepleie og fastlege fungerer.

Det er videre interessant å merke seg at det er funn fra kartleggingen som viser at mange kommuneleger har relativt lite kunnskap om omsorgstjenestene i egen kommune.

Direktoratet mener at funnene i kartleggingen viser at det er behov for å definere hva som er god standard for samarbeidet mellom fastlegene og de kommunale omsorgstjenestene når det gjelder felles pasienter. Krav til organisering og tilrettelegging av de kommunale omsorgstjenestene som sikrer at pasientene får nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, følger av lover og forskrifter, jf 6.1.1 fjerde avsnitt.

Funnene fra kartleggingen viser at det vil være viktig å se på om kommunelegen kan utnyttes bedre for koordineringsformål og faglige prosesser inn mot samhandlingsutfordringen i kommunen.

4.3 Er det rutiner for oppdatering av medikamenter mellom fastlege og omsorgstjenesten?

Kartleggingsundersøkelsen viser at rutiner for å oppdatere hverandre på medikamenter er mangelfull, til dels fraværende i mange kommuner, spesielt i store kommuner.

Sosial og helsedirektoratet mener at en del av svikten skyldes forhold på systemnivå som omhandler rutiner og kvalitetssystemer som hver kommune har ansvar for å følge opp i henhold til lover, forskrifter og avtaleverk i form av nok personell, tydelig ansvarslinjer og internkontrollsystemer.

Imidlertid påhviler også det hver enkelt aktør i helsetjenesten å arbeide i henhold til kravene om faglig forsvarlighet, sentralt fastsatte retningslinjer og lokale prosedyrer.

I rapporten om fastlegeordningen er samarbeidet mellom fastleger og hjemmesykepleie når det gjelder medikamentbruken hos felles pasienter analysert. Det konkluderes her med at samarbeidet og kommunikasjonen mellom fastleger og hjemmesykepleien bør bedres.

Direktoratet mener at det må utarbeides rutiner for oppdatering av medikamentendringer på system- og utøvernivå i kommunene, som også innbefatter og forplikter fastlegene. Viktige hjelpemidler er mer generell bruk av elektronisk pasientjournal (EPJ) i helsenettverket og innføring av e-resept.

4.4 Kontakt og samarbeid mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten

Kartleggingsundersøkelsen bekrefter det som både fastlegeevalueringsrapporten og Helsetilsynets rapport fra 2005 viser til, nemlig de store utfordringer kommunene har når det gjelder kompetanse og oppgavemengden knyttet til pasienter med psykiske problemer, rusbrukere og tildels demente.

Rapporten fra Helsetilsynet peker på at det er grunn til å være bekymret for tjenestetilbudet til brukere med sammensatte og langvarige behov, bl.a. rusmiddelmissbrukere. Selv om kunnskapsgrunnlaget som Helsetilsynet vurderte er noe mangelfullt, mener tilsynsmyndigheten det særlig er grunn til bekymring for høye terskler for henvisning til spesialisthelsetjenesten når rusmiddelmissbrukeren har en somatisk og psykiatrisk lidelse samtidig. Det pekes også på at manglende ruskompetanse blant mange fastleger og personell i somatisk og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste er et område med risiko for svikt.

Det er behov for mer kompetanse og tilgang til spesialisthjelp for å løse disse oppgavene enn hva tilfelle er i dag. Direktoratets kartlegging viser at samarbeidet rundt den eldre pasienten fungerer noe bedre enn for de andre målgruppene

Direktoratet mener at spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt og praksiskonsulentordningen, i større grad enn det som i dag er tilfelle, bør brukes til å følge kompliserte pasientforløp mellom første og andrelinjetjenesten. Det bør være klare avtaler mellom fastlege og 2. linjetjenester, før utskrivning fra sykehus, om oppfølging/kontroll etter behandling.

Kommunelegens rolle kan utnyttes bedre for koordineringsformål og faglige prosesser inn mot samhandlingsutfordringen, både i kommunen og mot spesialisthelsetjenesten.

4.5 Fastlegenes deltagelse i ansvarsgrupper og utarbeidelse av individuell plan

Kartleggingen viser at en relativ liten andel av fastlegene deltar i ansvarsgrupper og i utarbeidelse av individuell plan. Det er en klar tendens i retning av dess større en kommune er, dess mindre sjanse er det for at legene er med i ansvarsgrupper og i utarbeidelsen av individuelle planer.

Fastlegeevalueringen viser at det bare er et fåtall av fastlegene som har vært med på å utarbeide individuelle planer vedrørende sine pasienter. Ansvarsgrupper er en eldre og mer innarbeidet samarbeidsform, men det varierer hvor mye fastlegene deltar i denne type formalisert samarbeid.

Målet med en individuell plan er at tjenestetilbudet skal fremstå som et samordnet og koordinert. Direktoratet mener at fastlegen har en viktig rolle i utarbeidelse og oppfølgingen av individuell plan, når det er behov for legetjenester. Funnene fra denne kartleggingen kan tyde på at fastlegene i for liten grad er involverte i tverrfaglig samarbeid i ansvarsgrupper og i planprosesser, jf forskrift om individuell plan § 6 der samarbeidsplikten fremgår.

5 Aktuelle tiltak for bedre legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester

5.1 Statistikk- og dataverktøy for planlegging av legetjenester

5.1.1 *SEDA*

Gjennom SEDA- prosjektet ("Sentrale data fra allmennlegetjenesten") er det mulig å samle inn relevante data fra et utvalg fastlegers elektronisk pasientjournal og benytte disse til statistikk, fagutvikling og forskning. SEDA-prosjektet er finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet via Sosial- og helsedirektoratet. Statistisk sentralbyrå har fått i oppdrag å gjennomføre prosjektet. SSB har rekruttert ca 100 allmennleger til prosjektet, i hovedsak basert på et representativt utvalg bestående av leger fra alle de fem helseregionene. SSB vil i år publisere rapport basert på analyse av legenes journaldata fra en måned i 2005.

Mens pasientstatistikk og aktivitetsdata fra sykehusene har vært samlet inn siden slutten av 80 tallet, har det ikke vært samlet inn regelmessige data fra allmennlegetjenesten. Dette har etterlatt et behov for kunnskap og informasjon om denne viktige førstelinjetjenesten. SEDA- data vil kunne belyse spørsmål som hvor mange kronikere en lege i gjennomsnitt har på listene sine, hvor mange pasienter som henvises videre, hva slags diagnoser som opptrer oftest osv. Det er viktig å understreke at SEDA-data kun vil gi oversikt over den rent kurative virksomheten innenfor norsk allmennpraksis.

5.1.2 *Kommunehelseprofiler*

Arbeidet med kommunehelseprofiler er en oppfølging av St.meld. nr. 16 (2002 – 2003) Resept for et sunnere Norge, og et tiltak for å gjøre data om helsetilstand, påvirkningsfaktorer og tjenester mer tilgjengelig for kommunene. Anvendelig statistikk er avgjørende for en god planlegging av kommunenes tjenester og aktiviteter for befolkningen. Kommunene har i denne sammenheng behov for en sammenstilling av objektiv statistikk om helsetilstand og forhold som påvirker denne, og ikke minst en lett tilgang til de samme data.

Kommunehelseprofiler samler inn data om helsetilstand, påvirkningsfaktorer og tjenester fra ulike kilder og presenterer disse gjennom et statistikkpubliseringsverktøyet. Prosjektet konsentrerer seg om et avgrenset sett med indikatorer basert på rådatakilder med gode data på kommunenivå. Portalen består av en statistikkmotor med rundt 40 indikatorer. Til hver indikator hører det tekstlig informasjon og en beskrivelse av indikatoren. I tillegg vil man publisere artikler, legge lenker til interessant fagstoff og nettsteder samt presentere gode eksempler og tiltakspakker.

I statistikkportalen Kommunehelseprofiler er en av indikatorene legeårsverk per 10 000 innbyggere. Denne er hentet fra KOSTRA. Basert på RTVs fastlegedatabase og SSBs befolkningsstatistikk framkommer indikatoren antall ledige plasser på

fastlegers lister per 1000 innbyggere. Begge indikatorene kan kaste lys over legedekningen i den enkelte kommune sett i forhold til nasjonale og regionale trender, kommunestørrelse etc.

Kommunehelseprofiler er et samarbeidsprosjekt mellom, Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet og Sosial- og helsedirektoratet. Første versjon av verktøyet lanseres i august 2006. Når man har skaffet seg erfaring med verktøyet vil det bli en utvidelse av antall indikatorer i Kommunehelseprofiler.

5.1.3 Hva kan IPLOS bidra med for å få kunnskaper om legebehov til personer med kommunale omsorgstjenester?

IPLOS (= Individbasert Pleie- og OmsorgsStatistikk) er et sentralt pseudonymt helseregister. Ved at IPLOS innføres som obligatorisk registreringssystem fra 1. mars 2006 vil vi fra 2007 kunne dokumentere bedre hvordan ressursene fordeles i forhold til behovene og hvordan hjelpebehovet varierer mellom ulike brukergrupper. IPLOS-dataene hentes ut av kommunenes saksbehandlingssystemer og omfatter registreringer av enkeltpersoners boforhold, hjelpebehov og helsetilstand samt vedtak om tjenester, tjenestenes omfang og varighet IPLOS er standardinformasjon basert på individopplysninger om søkere og mottakere av kommunale sosial- og helsetjenester; et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk. IPLOS vil vise hvordan ressursene fordeles i forhold til behovene og hvordan hjelpebehovet varierer mellom ulike brukergrupper. IPLOS vil gi opplysninger om tiltakenes varighet og utviklingen av tjenester over tid for personer med langvarige behov. Dette vil være et nyttig verktøy for fremtidig planlegging og dimensjonering av tjenestene. Det vil gi viktig informasjon om fremtid etterspørsel og gjøre det lettere å kunne foreta riktig prioritering av fagpersonell. IPLOS vil også gi verdifull kunnskap om samspillet mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten.

Opplysningene skal brukes som en del av beslutningsgrunnlaget og dokumentasjonen i saksbehandlingen og i tjenesten og som grunnlag for planer, budsjetter og oppfølging for kommunenes administrative og politiske ledelse. IPLOS skal også gi statlige myndigheter kunnskapsgrunnlag for å utforme helse- og sosialpolitiske tiltak og vurdere kommuneøkonomien

5.2 IT-basert kommunikasjon

Det er svært lite elektronisk kommunikasjon mellom fastleger, sykehjem og hjemmetjenester. Dette henger sammen med for liten utbredelse av nødvendig utstyr og programvare i pleie- og omsorgssektoren, mangelfulle tekniske løsninger for lukket kommunikasjon mellom de ulike deler av kommunehelsetjenesten, og for dårlige ferdigheter i og motivasjon for bruk av IT. Kommunene bør ta ansvar for tilknytning av både fastleger og øvrige kommunehelsetjeneste til det nasjonale helsenettet. Ved inngangen til 2006 er alle sykehus og ca. 700 legekontorer tilknyttet nettet, mens bare 29 kommuner er med. Selv om elektronisk pasientjournal i økende grad tas i bruk i helsesektoren viser undersøkelser at 1 av 4 kommuner ikke har innført aktuelle systemer innen pleie og omsorg. Det er stort behov for opplæring og fornuftig bruk internt i kommunene og pleie- og omsorgstjenester står særlig sentralt. Den inneværende IT-strategien, S@mspill 2007, gjennomfører et tre-årig

kommuneprogram. Programmet skal bidra til økt og bedret samspill mellom kommunale helse- og sosialtjenester, spesialisthelsetjenesten og allmennlegene. Dette skal skje gjennom utvikling av nye løsninger som testes ut i pilotkommuner. 5 kommunale fyrtårn valgt ut til å gjennomføre prosjekter av nasjonal nyskapende karakter. Fyrtårnene skal identifisere behov, gevinstpotensial og prøve ut mulige løsninger for elektronisk samarbeid innen kommunal helse- og sosialtjeneste og med spesialisthelsetjenesten.

Hjemmetjenestene bør kunne benytte bærbare løsninger som kan kommunisere med journalsystemene både hos fastlege og sykehjemslege. Ved konsultasjon hjemme hos pasienten bør også lege kunne benytte bærbar løsning. Gevinstpotensialet i raskt oppdatert informasjonsutveksling kan bl.a. knyttes til entydighet med hensyn til administrasjon av legemidler til brukerne (særlig for de brukerne som veksler mellom tjenestenivåer), rask oppfølging av prøvesvar, og nettbasert faglig veiledning og beslutningsstøtte. Tilknytning til helsenettet kan få tjenestene til å framstå i større grad som en koordinert, sammenhengende behandlingsskjede.

5.3 Finansieringsmodeller som virkemiddel for bedre legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester

5.3.1 *Utfordringer i finansieringssystemet*

I flere utredninger i den senere tid har det blitt påpekt svakheter ved blant annet fastlegeordningen i forhold til kronikeromsorg, deltakelse i tiltak for barn og unge med psykiske problemer, og mer generelt på det ikke-kurative området. Wisløff-utvalget pekte på at samhandlingsutfordringene er betydelige når det gjelder pasienter med kroniske lidelser. Utvalget viser til at dagens ordninger blant annet gir insentiver for oppstyking av behandlinger og en bekymring for at de prioriterte pasientgruppene ikke når fram hos de privatpraktiserende legene på grunn av de sterke kurative insentivene som ligger i dagens normaltarriff.

5.3.2 *Om avtalene som regulerer finansiering*

Det er paralleller mellom fastleger, annet privatpraktiserende helsepersonell i kommunene og avtalespesialister i utformingen av avtalesystemet. En rammeavtale mellom Legeforeningen og KS/RHF regulerer kollektivt rettigheter og plikter. Statsavtalen mellom Legeforeningen og staten ved AID regulerer listelengde, basistilskudd, refusjonstakster etc for allmennlegene. De to avtaler forhandles parallelt, med ulike motparter på myndighetssiden.

Det er imidlertid noen meget vesentlige forskjeller.

Kommunehelsetjenestelovens bestemmelser om pasientenes rettigheter til å stå på en liste hos fastlegen og legens rolle i et gjensidig og forpliktende forhold, skaper et grunnlag for å tilrettelegge prioriteringer av legeressursene overfor de aktuelle pasientene som i mindre grad er avhengig av økonomiske insentiver.

De individuelle avtalene er også noe mer utfyllende for fastlegene enn for legespesialistene, og kan benyttes til å stille visse vilkår. Sentrale områder kan være rammeavtalens avgrensning til 7,5 timer ikke-kurativt arbeid pr. uke og

fastlegenes plikt til å ivareta de oppgavene som knytter seg til pasienter som har særskilte omsorgsbehov, deltakelse i utarbeidelse av individuell plan, ansvarsgrupper, etc.

5.4 Kvalitetsstrategien

De siste årene har det fra helsemyndighetenes side vært nedlagt et stort og systematisk arbeid for å oppfylle befolkningens behov for og forventninger til helsevesenet, som bl.a. har ført til utarbeidelse av Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005-2015 "... og bedre skal det bli!". Dette arbeidet skal sikre at kontinuerlig forbedring blir en integrert del av alle tjenestene. Strategien blir en del av Nasjonal helseplan 2007 – 2010.

I forhold til denne satsningen er det viktig at det utvikles sammenhengende system for kvalitetsutvikling og kunnskapsutvikling og enighet om metodevalg. Kvalitetsarbeid innebærer også at ulike aktørers ansvar og oppgaver er klart formulert. Tydelig formulerte krav vil bidra til fokus på utvalgte områder med særlig forbedringspotensiale.

Strategien utdyper kvalitetsbegrepet og slår fast at god kvalitet innebærer at tjenestene:

- Er virkningsfull
- Er trygge og sikre
- Involvere brukerne og gi dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Det er i Norge etablert kriterier for prioritering og pasientrettighetsbestemmelser. Disse er fokusert på tilgangen til spesialisthelsetjenester. Viktige utfordringer generelt er å identifisere og prioritere behovene, måle dem, og å dimensjonere tilbudene rettferdig. Det er viktig å stimulere til en offentlig debatt rundt dette som også omfatter prioriteringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det er videre viktig å utvikle et sammenhengende system for kvalitetsutvikling og dimensjonering av helsetjenesten som benytter seg av kvalitetsindikatorer, medisinske kvalitetsregistre, faglige retningslinjer og bevisste prioriteringer. Enighet om metodevalg for måling av kvalitet vil være en forutsetning for forskning, evaluering og videreutvikling av tjenestene. Datainnsamling og publisering bør foregå systematisk. Kunnskapen som frembringes gjennom forskning og evaluering vil være et viktig styringsredskap på overordnet nivå.

5.5 Allmennt medisinsk forskning

Primærhelsetjenestens oppgaver har forandret seg mye de siste tiårene, noe som medfører behov for ny og forskningsbasert kunnskap. I den forbindelse er oppbygging av fire forskningsenheter, som knyttes opp til universiteter som har medisinsk grunnutdanning, under planlegging. Enhetene forutsettes å ha nært samarbeid med universitetene og forutsetter en praksisnær og praksisrettet

allmennmedisinsk forskning. Utfordringer som medisinsk utredning av eldre, demens og forvirringstilstander, depresjon, fallskader, medisinerings/ polyfarmasi er sentrale emner for slik forskning.

5.6 NOKLUS

NOKLUS ble opprettet i 1992 av tidligere Sosial- og helsedepartementet, Den norske lægeforening (Dnlf) og Kommunenes Sentralforbund (KS) for å kvalitetssikre laboratorieanalyser utført i primærhelsetjenesten. Målet med NOKLUS er å etablere og drive et landsomfattende samarbeid for sikring av kvalitet ved den laboratorievirksomhet som drives utenfor sykehus. Dette gjøres ved at rekvirering og analysering av prøver og tolkning av prøvesvar blir utført i overensstemmelse med definerte faglige standarder. NOKLUS har som mål å kvalitetssikre alle laboratorieanalyser utenfor sykehus. Ved utgangen av 2005 deltar 99 % av alle legekantorene.

5.7 Faglige veiledere for legetjenester

- NSAM: Handlingsplan for diabetes mellitus/ hjertekarsykdommer/ astma
- Statens helsetilsyn: Veileder for antibiotikabruk i allmennpraksis
- Sosial og helsedirektoratet: Handlingsplan for osteoporose
- Utredningsverktøy for demens i kommunehelsetjenesten
- Statens legemiddeltilsyn: Har utformet en rekke veiledninger for kliniske områder basert på konsensuskonferanser

5.8 Utredning og diagnostisering av demens

Funn fra flere tidligere undersøkelser viser at personer som utvikler symptomer på demens ofte ikke er tilstrekkelig utredet og mangler diagnose. Dette er nødvendig for å utelukke annen sykdom og for å kunne tilrettelegge tjenestetilbudet. Som hovedregel skal utredning av personer med demens foretas av fastlegen i samarbeid med ansatte i kommunehelsetjenesten. Utredning av personer med demens består ideelt sett av kartlegging av pasienten ved ett til tre hjemmebesøk. Det er en fordel at det finnes et team av fagpersoner som kan koordinere utredningen, følge pasienten og pårørende over tid og tilrettelegge hjelpetiltak.

For å heve og sikre kvaliteten i utrednings- og diagnostiseringsarbeidet har Nasjonalt kompetansesenter for alderdemens på oppdrag fra direktoratet utarbeidet et kartleggingsverktøy med veileder for fastleger og ansatte i kommunehelsetjenesten. Dette utredningsverktøyet ble sendt blant annet til alle landets fast leger og pleie- og omsorgstjenesten i 2005. I 2006 har Kompetansesenteret for tildelt midler for å iversette tiltak for implementering av verktøyet i kommunene og legge i løpet av året legge fram et forslag til evaluering.

5.9 Prioritering av helsetjenester til eldre - SME-prosjektet

I 2004 tok Sosial- og Helsedirektoratet initiativ til å fremskaffe kunnskaper om prioritering av helsetjenester til syke eldre. Seksjon for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo fikk midler til å gjennomføre et forskningsprosjekt med en kvalitativ og en kvantitativ del. Forskningsprosjektet har til formål å undersøke og kartlegge etiske problemstillinger knyttet til prioriteringer i behandling og pleie av syke gamle. SHdir og Nasjonalt råd for prioriteringer i helsetjenesten har i ulike møter, vedtak og rapporter synliggjort behovet for omprioriteringer. I tillegg er det avdekket mangelfull kunnskap både om prioriteringsbeslutninger generelt, og om grunnlaget for de beslutninger som tas om utredning, behandling, pleie og omsorg for syke gamle.

2103 spørreskjema som omhandlet helsehjelp til syke over 75 år, ble sendt ut høsten 2005, til 1129 leger fordelt på 300 fastleger, 667 sykehusleger og 162 leger som var medlemmer av Forum for sykehjemsmedisin og som ikke var inkludert i noen av de andre kategoriene. Spørreskjemaene ble også sendt til 974 sykepleiere.

Knapphet på tid ble beskrevet som et av de største problemene både av sykepleiere og leger. Sykehuslegene opplever at kommunikasjon med pasient og pårørende lider. Dette kan forklares med at tempoet i sykehus er lite innstilt på tidskrevende tiltak som samtale, et funn som er urovekkende i seg selv. Sykehuslegene beskriver også oftere dårlig ernæring som et problem som de hyppig møter. Dette er også beskrevet andre steder. At eldre mennesker som kommer inn på sykehus fra hjemmet eller sykehjemmet blir funnet å ha mangelfull ernæringstilstand kan bety at det er et udekket behov for tid til å hjelpe til under måltidene både på sykehjemmene og i hjemmesykepleien

Det er hevdet at polyfarmasi er et stort problem hos eldre med mange lidelser (4, 12). Overbehandling med medikamenter blir ikke opplevd som et hyppig problem av mer enn 17 % av respondentene. Hvor grensene går for hva som er korrekt og hva som er overbehandling er ikke alltid enkelt å si. Det er ikke utenkelig at mangel på kompetanse gjør helsepersonell mindre kritisk til polyfarmasi. Unødig medisinerer kan skade den enkelte pasient, og behandling på et for høyt nivå på grunn av manglende ressurser er også kostnadsdrivende. Det er tankevekkende at to av tre rapporterer at dette er et hyppig problem. Det er ikke overraskende at sykehusleger oftere registrerer behandling på et for høyt nivå, fordi disse ser pasienter ligge ferdigbehandlet uten at de har et sted å reise. Statens helsetilsyn fant i 2000 at et stort antall eldre pasienter fikk forlenget opphold i sykehus uten at det var medisinske årsaker til det (13). Det er imidlertid også verdt å merke seg at en av tre leger beskriver for tidlig utskrivelse som noe de møter ukentlig eller daglig og som er en følge av ressursknapphet.

En av fire av alle spurte beskriver mangelfull koordinering og organisering av hjelpen til eldre som et hyppig problem. Dårlig organisering fører til at ressursene ikke utnyttes maksimalt. Derfor er medisinsk og helsefaglig kompetanse på riktig nivå for denne pasientgruppen ikke bare nødvendig for å gi god helsehjelp, men også for å hindre unødvendig bruk av knappe ressurser.

6 Eksempler på organisering av legetjenester til brukere av omsorgstjenester

6.1 Herøy kommunes egen beskrivelse:

Herøy kommune i Møre og Romsdal har ca 8.400 innbyggjarar. Legetenensta er organisert i ei helseavdeling som eigen seksjon. Denne seksjonen har ansvar for m.a. rutiner for samhandling mellom fastlegane og omsorgstenestene, for sjukeheimslegane og for bidrag til fagutviklinga i ma. omsorgstenestene.

Følgjande hovedrutiner gjeld:

1. Det er fastsett eigen arbeidsplan for sjukeheimslegane slik at tilsynet vert utført etter fast tidsplan og fastlagde rutiner.
2. Kommuneoverlegen er med i "Tiltaksnemnda" der alle einskildvedtak om tildeling av omsorgstjenester vert gjort.
3. Det er etablert eigen medisinsk-fagleg veiledarfunksjon for heimebasert omsorg, ved at ein kommunlege har faste møter med alle sektorane i heimebasert omsorg med sikte på veiledning og undervisning i faglege spørsmål.
4. Det er "open linje" frå heimebasert omsorg til fastlegane. Det er ei utfordring for fastlegane å kunne vere nok tilgjengelege for omsorgstenestene når det oppstår endring i einskildpasientar sin situasjon.
5. Det vert gjennomført pasientgjennomgang mellom omsorgstenestene og den einskilde fastlege nokre gongar i året med sikte på oppdatering av medisinske opplysingar og ikkje minst gjennomgang av medikasjon. På dette området er der eit klart forbedringspotensiale pr dato og krev initiativ både frå omsorgstenestene og fastlegane.
6. Det vert arbeidd med å få organisert sjukeheimslegane under ein paraply, dvs å få etablert ein sjukeheimsoverlegefunksjon som har som oppgåve å syte for einsarta faglege og samhandlingsmessige rutiner og med særskild vekt på den faglege samhandlinga med spesialisthelsetenesta.

6.2 Samhandlingsrutine fastleger og hjemmesykepleien i Trondheim kommune.

Trondheim kommune Rådmannen v/ kom.dir Helse og Velferd

Samhandlingsrutine ang. brukere som ikke greier å administrere medikamentene sine selv, inkl. Multidose.

1. LOVER OG FORSKRIFTER

- Lov om helsetjenester i kommunene
- Forskrift om legemiddelforsyning mv. i kommunal helsetjeneste
- Helsepersonelloven, Pasientrettighetsloven

2. FORMÅL

Sikker og korrekt kommunikasjon mellom fastleger, ambulerende legevakt, Forvaltningskontor og hjemmetjenestene der det foreligger vedtak om at hjemmesykepleien skal administrere pasientens medikamenter. Dette for å sikre at pasientene får rett medisin til rett tid.

3. ANSVARLIGE/BERØRTE PARTER

- Hjemmetjenesten, der kontaktpersonene for multidose har en spesiell rolle jf. rutiner for multidose. *Hjemmejournal* i Gerica er en utskrift som består av brukerkort, hvilke type tjenester vedkommende har fått innvilget, hvilken hjelp som ytes til hvilket tidspunkt på døgnet samt oversikt over alle medikamenter
- Forvaltningskontor
- Fastleger
- Ambulerende legevakt

4. RUTINEBESKRIVELSER

A. Oppstart

Fastlege, ambulerende legevakt, sykehus, Hjemmetjeneste vurderer selv eller blir gjort oppmerksom på (av bruker selv, pårørende eller andre), at bruker har problemer med å administrere sine medikamenter, og varsler Forvaltningskontoret.

1. Forvaltningskontor innhenter samtykke fra bruker, avklarer med fastlege om overtakelse er aktuelt, forespør samtidig om fastlegen anbefaler Multidose. Forvaltningskontoret å informere bruker om Multidoseordningen og fatter så vedtak om hjelp til medikamenthåndtering, evt. om Multidose.

Hjemmetjenesten varsles om vedtaket gjennom Gerica.

2. Hjemmetjenestens oppgaver etter vedtak:

tar kontakt med fastlege for å få utskrift av faste medikamenter og minner om Multidose der dette er med i vedtaket.

henter medikamenter/medikamentopplysninger hos bruker. Ved misforhold mellom medikamentutskrift fra fastlege og bruker/pårørendes oppfatning av medikamentbruk, avklares dette med fastlege.

registrerer medikamentene i Gerica, og merker av ved Multidose.

Medikamentlisten gjennomgås av kontaktperson for Multidose i sonen og apoteket. Apoteket registrer bruker av Multidose, som iverksettes ved neste faste leveringsdag fra apotek.

skriver ut *Hjemmejournal* fra Gerica (stå i brukerlisten, markere vedkommende bruker med ordskilleren, og velge utskriften "*Hjemmejournal*").

gjøre klar medikamentdosetten til de som ikke bruker Multidose

bringer *Hjemmejournal* ut til bruker (legges i øverste hylle i det kjøkkenskap som er mest til høyre i brukers hjem)

Hjemmejournal skal ved hver medikamentendring skrives ut og byttes i brukers hjem.

3. Fastlegens oppgaver

merke journalen tydelig på alle pasienter der hjemmetjenesten har overtatt medikament-håndteringen, og merke journal der det brukes Multidose.

registrere navn og telefonnr. på Hjemmetjenestesonen, sykepleier/vernepleier/kontaktperson for Multidose til bruker/pasient.

bruke opsjonen "faste medikamenter" i journalsystemet, og ha denne kontinuerlig oppdatert når epikriser mottas fra sykehus, eller beskjed om endring kommer fra andre.

ved oppstart Multidose skal medisinalisten skrives ut, signeres (følg rutine Fakta ark 1)og sendes Hjemmetjenesten og Apotek umiddelbart. Ved endringer i Multidose sendes medisinalisten bare til Apoteket.

B. Opphold i sykehus eller annen institusjon

Innleggelser:

Hjemmejournalen skal være med bruker ved innleggelse St. Olavs Hospital eller annet sykehus. Denne skal vise om brukeren har Multidose eller annen hjelp til fra kommunen til medisinaladministrering.

Har bruker Multidose varsler Hjemmetjenesten Apoteket om midlertidig stopp av dette før neste pakking.

Ved utskriving fra sykehus:

Hjemmetjenesten skal oversende kopi av foreløpig epikrise (grønt ark) til fastlegen umiddelbart. Ved usikkerhet om foreløpig epikrise er mangelfull, sjekker Hjemmetjenesten med utskrivende lege og/eller fastlege og retter opp medikamentregisteret i Geric.

Har bruker Multidose fra før følger fastlegen vanlig prosedyre for endring, og sender snarest oppdatert liste over faste medikamenter til Apoteket. Hjemmetjenesten må sørge for evt. dosettløsning til neste levering.

Skal bruker starte med Multidose etter opphold følges vanlig oppstartprosedyre. Hjemmetjenesten sørger for medisiner i dosett inntil Multidose er klar.

Hjemmetjenesten skal bringe ut oppdatert *Hjemmejournal* til bruker og erstatte den gamle.

Etter opphold i kommunal institusjon:

Institusjonen er ansvarlig for at medikamentkortet i Geric er oppdatert og riktig ved utskriving.

Hjemmetjenesten kontrollerer medikamentkortet i Geric og varsler fastlegen omgående hvis det har skjedd forandringer på medikamentlisten under oppholdet.

Ved bruk av Multidose følger fastlegen videre rutine for endring.

Skal Hjemmetjenesten starte å ta over medisinaladministreringen og bruker starte Multidose følges oppstartrutinen og Hjemmetjenesten sørger for dosett inntil Multidose er klar.

Hjemmetjenesten skal bringe ut ny oppdatert *Hjemmejournal* til brukers hjem og erstatte den gamle.

C. Faste møter

Noen legesentre har regelmessige møter med den/de hjemmetjenestesoner legesenteret har flest pasienter/brukere felles med. Det gode erfaringer med dette, spesielt ang. medikamenthåndtering og Multidose. Det oppfordres derfor at alle legesenter og nærliggende hjemmetjenestesoner etablerer slike møter.

7 Referanser

Statens helsetilsyn

Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud. Oslo, 16. oktober 2003. Del I Helsetilsynets vurdering av resultatene. Del II Rapport fra NOVA. www.helsetilsynet.no/publikasjoner.htm

Pleie- og omsorgstjenester på strekk. Sammenstilling av funn og erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter i 2003 og 2004. 7/2005. Oslo

Sosial og helsedirektoratet

Rapport 2005:Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren IS-1368.

www.shdir.no/publikasjoner

Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten - oppgaveutvikling og samspill. STF8 A045018. Trondheim, SINTEF helse. 2004

Styringsdata for fastlegeordningen, 3. kvartal 2005. Rikstrygdeverket 9.12.05

SAMDATA, www.npr.no/som.asp

Norges Forskningsråd

Rapport: Evaluering av fastlegereformen 2001- 2005. Hogne Sandvik 2005

8 Vedlegg

Kartlegging av legetjenester til brukere av omsorgstjenester utenfor institusjon, rapport fra kommuneoverlege i Trondheim Helge Garåsen utført på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet.

Kartlegging av legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester utenfor sykehjem.

290806

8.1 Forord

Rapporten er laget på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet med bakgrunn i at det er behov for bedre dokumentasjon av samarbeidet mellom leger og den kommunale omsorgstjenesten og av bruken av legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester utenfor sykehjem. I denne undersøkelsen gjelder dette brukere som har vedtak om hjemmesykepleie og/eller heldøgns omsorg utenfor institusjon etter Kommunehelsetjenesteloven og/eller brukere som har vedtak om praktisk bistand, avlastning og/eller heldøgns omsorg etter Sosialtjenesteloven.

Trondheim kommune har hatt oppdraget med å gjennomføre kartlegging, bearbeide og skrive rapporten. Kommuneoverlege Helge Garåsen var prosjektleder og Jon A. Jenssen prosjektmedarbeider.

8.2 Innledning

Rapporten er bygget opp slik at funn og direkte sitater fra kommunelegene og omsorgstjenestene kommer i samme rekkefølge som i kartleggings skjemaene. De fleste funn beskrives med tekst og tabeller basert på både kommunelegenes og omsorgstjenestenes svar.

Det kom frem mange synspunkter og betraktninger i "friktekstfeltene" på spørreskjemaene. En rekke eksempler er derfor sitert for å få frem mest mulig representative utsagn for gjeldende praksis, og for det som oppleves som spesielle utfordringer i kommunene.

Under hvert hovedområde er det laget et sammendrag og en kort vurdering hvor det antydes noen trender, men ikke trukket konklusjoner eller gitt anbefalinger. Rapporten kan brukes som et bakgrunnsmateriale for en dialog mellom forvaltning og fagmiljøer slik at en i felleskap kan forsøke å finne frem til strategier og metoder for å utvikle bedre tjenester for de brukere som hver dag er helt avhengig av at

helse- og omsorgstjenestene, både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelstjenesten, har et godt samarbeid med brukerens behov i fokus.

Som vedlegg er det lagt ved utdypende beskrivelser fra en av de kommunene hvor det tilsynelatende ble funnet gode samarbeidsmetoder/strukturer mellom legene og omsorgstjenestene.

8.2.1 Metode

Datainnhenting

Personer med kommunale omsorgstjenester utenfor sykehjem omfatter i denne undersøkelsen brukere som har vedtak om hjemmesykepleie og/eller heldøgns omsorg utenfor institusjon etter Kommunehelsetjenesteloven, og/eller brukere som har vedtak om praktisk bistand, avlastning og/eller heldøgns omsorg etter Sosialtjenesteloven.

Brukergrupper som omfattes av undersøkelsen er eldre, psykiatriske pasienter, psykisk utviklingshemmede, rusmisbrukere og yngre funksjonshemmede.

Kommunene er delt inn i små kommuner 0-4999 (n= 240), mellomstore kommuner 5000-19999 (n= 148), store kommuner 20000-99000 (n= 41), storbyene Stavanger, Trondheim og Bergen (n=3) og bydeler i Oslo (n=16 bydeler).

Det ble laget *et randomisert utvalg* av 60 små, 40 mellomstore og 7 store kommuner. I tillegg ble 4 store byer, Stavanger, Trondheim, Bergen og Oslo, inkludert i kartleggingen. For Oslo ble det laget et randomisert utvalg av 4 bydeler (n=15). Totalt antall kommuner og bydeler i undersøkelsen er 114.

Spørreskjema ble sendt til kommunelege 1/kommuneoverlegen i små kommuner, mellomstore kommuner, store kommuner, Stavanger, Bergen, til 4 bydelsoverleger i Oslo og til eldreomsorgsoverlegen i Trondheim.

I hver av 60 små og 40 mellomstore kommuner fikk 1 sone/enhet tilsendt skjema. I hver av de 7 store kommunene fikk 2 soner tilsendt skjema. I Stavanger, Trondheim og Bergen fikk henholdsvis 4, 4 og 8 soner/enheter tilsendt skjema. I hver av 4 bydeler i Oslo fikk 3 soner/enheter tilsendt skjema. Soner/enheter omtales i rapporten som soner.

RO- senteret på Stjørdal stod for elektronisk distribusjon og innsamling av spørreskjemaer i perioden fra midten av januar 2006 til og med februar 2006.

Statistikk

I rapporten benyttes kappa som mål på samsvar mellom svar fra omsorgstjenestene og kommunelegene i de samme kommunene. Ved signifikant ($p \leq 0,05$) kappa er det avhengighet mellom svarene. Proporsjonal enighet (PE) beregnes som summen av antall identiske svar fra kommunelege og fra omsorgstjeneste i de samme kommunene dividert på totalt antall svar. $PE = 0,5$ vil si at i halvparten av kommunene er omsorgstjenestene og kommunelegene enige. Beregner dårlig, godt og svært godt samsvar basert på kappa og PE på følgende måte:

Kappa	PE	Samsvar
Ikke signifikant	< 0,50	Dårlig
Ikke signifikant	[0,50 - 0,75]	Godt
Ikke signifikant	>0,75	Svært godt
Signifikant	< 0,50	Godt
Signifikant	[0,50 - 0,75]	Svært godt
Signifikant	>0,75	Svært godt

8.3 Beskrivelse av kommunene, legetjenesten og omsorgstjenesten

8.3.1 Kommunene

8.3.1.1 Utvalgene i undersøkelsen

Til sammen fikk 110 kommuneleger og 4 bydelsoverleger tilsendt spørreskjema og 142 soner i de samme kommunene. Deltakelsen fra kommunelegene varierte fra 60 % i små kommuner til 92,5 % i mellomstore kommuner (Tabell 1) og deltakelsen fra minst en sone av omsorgstjenesten varierte fra 73,3 % i småkommunene til 100 % i de store kommunene. Fra storbyene kom det ikke svar fra en av kommuneoverlegene.

Tabell 1 Antall kommuner i og utenfor utvalgene i undersøkelsen og svarprosent for kommuneleger og omsorgstjenester. For omsorgstjenester regnes at kommunen har svart dersom det foreligger minst ett svar fra kommune eller bydel.

	Kommuner utenfor utvalget	Kommuner i utvalget	Kommunelege Svarprosent	Omsorgstjenesten Svarprosent
Små kommuner	180	60	60,0	73,3
Mellomstore kommuner	108	40	92,5	95,0
Store kommuner	34	7	71,4	100,0
Storbyene (Inklusive 4 bydeler i Oslo)	0	7	71,4	85,7
Total	322	114	72,8	83,3

Fra de store kommunene fikk svarte oftest bare en av de to sonene som ble invitert til å delta i kartleggingen. Fra Stavanger og Trondheim kom det svar fra 4 av 4 soner, i Bergen 6 av 8 soner og i Oslo fra til sammen 5 soner i 3 bydeler.

I små og mellomstore kommuner er det mindre forskjeller i gjennomsnittlig antall innbyggere i og utenfor utvalget, mens det for store kommuner er innbyggertallet ca 21 % høyere for kommunene utenfor utvalget.

Tabell 2 Gjennomsnittlig antall innbyggere per 1. januar 2005 (Kilde <http://statbank.ssb.no/statistikbanken/>*)

	Kommuner utenfor utvalget*	Kommuner i utvalget*	Kommuner i utvalget Kommune- lege har svart	Kommunelege har ikke svart
Små kommuner	2547	2262	2410	2039
Mellomstore kommuner	9727	10178	9976	12665
Store kommuner	35657	43290	47017	33972

For kommunene i utvalget, som besvarte spørreskjema, var gjennomsnittlig antall innbyggere ca 18 % høyere, ca 21 % lavere og ca 38 % høyere sammenlignet med kommuner som ikke svarte i henholdsvis små, mellomstore og store kommuner. Alle storbyene er med i utvalget.

Gjennomsnittlig antall pasienter på fastlegelistene (Tabell 3) er minst i små kommuner og størst i storbyene. Det er ingen forskjell i gjennomsnittlig antall pasienter på lister for små, mellomstore og store kommuner i og utenfor utvalget per 9 februar 2006.

Tabell 3 Gjennomsnittlig antall pasienter på liste per 9. februar 2006 (Kilde <https://is.trygdeetaten.no/rtv-minfastlege/innbygger/fastlegesokikkepalogget.do>*)

	Kommuner utenfor utvalget*	Kommuner i utvalget*	Kommuner i utvalget Kommune- lege har svart	
Små kommuner	864	850	845	Små kommuner
Mellomstore kommuner	1139	1187	1188	Mellomstore kommuner
Store kommuner	1319	1319	1322	Store kommuner
Storbyene	*	1388	1344	Storbyene

Det er ingen forskjell i gjennomsnittlig antall pasienter i kommuner som har svart og ikke svart på spørreskjema i små, mellomstore og store kommuner, og liten forskjell for storbyene.

Gjennomsnittlig antall ledige plasser er størst i små kommuner og lavest i storbyene (Tabell 4).

Det er små forskjeller i ledige plasser på listene i små, mellomstore og store kommuner i og utenfor utvalget.

Tabell 4 Gjennomsnittlig antall ledige plasser på liste per 9. februar 2006 (Kilde <https://is.trygdeetaten.no/rtv-minfastlege/innbygger/fastlegesokikkepalogget.do>*)

	Kommuner utenfor utvalget*	Kommuner i utvalget*	Kommuner i utvalget Kommune- lege har svart	
Små kommuner	192	212	214	Små kommuner
Mellomstore kommuner	106	79	81	Mellomstore kommuner
Store kommuner	82	83	96	Store kommuner
Storbyene	*	72	80	Storbyene

8.3.1.2 Omsorgstyper og samsvar mellom svar fra omsorgstjenesten og kommunelegene

Mht *eldre brukere* finner vi samme andel kommuner med omsorgstjenester til eldre i alle boformer ved å sammenligne svar fra omsorgstjenestene og kommunelegene. Men i følge omsorgstjenesten er det en større andel store kommuner som har omsorgstjeneste for eldre i boliger uten personalbase og for eldre i bofellesskap/omsorgsboliger uten personalbaser sammenlignet med data fra kommunelegene.

Ved å sammenholde svar fra omsorgstjenesten og kommunelegene i de samme kommunene, finnes det kun svært godt samsvar mellom svar fra omsorgstjenestene og kommunelegene for eldre i bofellesskap/omsorgsboliger med personalbaser i små kommuner (Tabell 5).

Tabell 5 Grad av samsvar mellom svar fra omsorgstjenestene og kommunelegene i samme kommuner på hvilke omsorgstyper kommunene har.

Boliger uten personalbase	Små kommuner	Mellomstore kommuner	Store kommuner	Storbyer
Eldre	Godt	Godt	Godt	Dårlig
Psykiatriske pasienter	Godt	Dårlig	Godt	Godt
Psykisk utviklingshemmede	Godt	Dårlig	Dårlig	Godt
Rusmisbrukere	Svært godt	Godt	Dårlig	Godt
Andre yngre funksjonshemmede	Godt	Dårlig	Godt	Godt
Bofellesskap/omsorgsboliger uten personalbaser		Godt		
Eldre	Godt	Godt	Dårlig	Godt
Psykiatriske pasienter	Svært godt	Godt	Dårlig	Dårlig
Psykisk utviklingshemmede	Godt	Godt	Godt	Svært godt
Rusmisbrukere	Svært godt	Godt	Godt	Svært godt
Andre yngre funksjonshemmede	Svært godt	Godt	Godt	Godt
Bofellesskap/omsorgsboliger med personalbaser				
Eldre	Svært godt	Godt	Godt	Dårlig
Psykiatriske pasienter	Godt	Dårlig	Dårlig	Dårlig
Psykisk utviklingshemmede	Svært godt	Godt	Dårlig	Godt
Rusmisbrukere	Svært godt	Svært godt	Dårlig	Godt
Andre yngre funksjonshemmede	Godt	Godt	Dårlig	Godt
Evt. andre institusjoner (f.eks. rus)	Svært godt	Svært godt	Godt	Godt
Personer uten fast bosted	Svært godt	Svært godt	Svært godt	Svært godt

For psykiatriske pasienter og for psykisk utviklingshemmede i mellomstore kommuner er det en tendens i retning av at andel kommuner med omsorgstjenester for disse brukerne er lavere basert på data fra omsorgstjenesten sammenlignet med data fra kommunelegene. I store kommuner er det i følge omsorgstjenesten en større andel kommuner med psykisk utviklingshemmede i bofellesskap/omsorgsboliger uten personalbaser enn oppgitt av kommunelegene. I små kommuner og storbyer er det bra samsvar mellom andel omsorgstyper beregnet med data fra omsorgstjenestene og kommunelegene.

Det er kun svært godt samsvar mellom svar fra kommunelegene og omsorgstjenesten for psykiatriske pasienter i bofellesskap/omsorgsboliger uten personalbaser i små kommuner (Tabell 5).

For psykisk utviklingshemmede er det kun svært godt samsvar mellom svar fra kommunelegene og omsorgstjenesten for psykisk utviklingshemmede i en av tre boformer i små kommuner og i storbyer.

For rusmisbrukere er det godt samsvar mellom svar fra kommunelegene og omsorgstjenesten i små kommuner for rusmisbrukere i alle tre boformene, for mellomstore kommuner kun for en boform og i storbyene for to boformer.

For andre yngre funksjonshemmede er det godt samsvar mellom svar fra kommunelegene og omsorgstjenesten for en boform i små kommuner.

Dette gir svært godt samsvar for små og mellomstore kommuner hovedsaklig pga at de fleste ikke har denne omsorgstypen.

For personer uten fast bosted er det et svært godt samsvar for alle kommuner hovedsaklig pga at de fleste ikke har denne omsorgstypen.

8.3.1.3 *Sammendrag og vurdering av kommunegrnnlaget og svarandeler*

For å få et representativt utvalg var det behov for å få svar fra 70 kommuner med en representativ fordeling mellom kommunestørrelsene. Det ble derfor sendt ut spørreskjemaer til vesentlig flere kommuner, til sammen 110 kommuner samt 4 bydeler i Oslo. De kom inn svar fra 80 kommuneleger, 3 bydelsoverleger i Oslo, dvs. svar fra 72,8 % av kommunene. Fra omsorgstjenestene kom det inn svar fra 121 soner fra 92 kommuner og 3 bydeler i Oslo, dvs. svar fra 83,3 % av kommunene.

En sammenligning mellom de kommunene som har svart, de som ikke har svart og de kommuner som ikke er inkludert i studien, viser at det er mindre forskjeller mht antall innbyggere, legedekning, listestørrelser og avlønningsformer.

I små kommuner, mellomstore kommuner og storbyer er det for det meste samsvar mellom andel kommuner med ulike typer omsorgstjenester oppgitt av omsorgstjenestene og kommunelegene.

For store kommuner er det et markert avvik i andel kommuner for alle typer omsorgstjenester basert på svar fra kommuneleger og fra omsorgstjenesten.

Målt med kappa er det dårlig samsvar mellom svar fra kommuneleger og omsorgstjenesten mht hvilke omsorgstyper kommunene har. Målt med proporsjonal enighet er det samsvar mellom svar fra omsorgstjenesten og kommunelegene i mer enn halvparten av kommunene for alle omsorgstyper i små kommuner, de fleste omsorgstyper i mellomstore kommuner og storbyer og omtrent halvparten av omsorgstypene i store kommuner.

Vurdering

Det er ut fra foreliggende tallmateriale grunn til å anta at de kommuner som har svart, danner et representativt utvalg av norske kommuner.

Denne undersøkelsen kan tyde på at det på systemnivå er mangelfull kontakt mellom kommunelegene og omsorgstjenestene, og at en del kommuneleger faktisk ikke fullt ut kjenner til organiseringen av omsorgstjenestene i sine egne kommuner.

8.3.2 Legetjenesten i kommunene

8.3.2.1 Organisering av legetjenesten

I 90 % av små kommuner er fastleger like ofte på fastlønn som egne næringsdrivende, og i ca 10 % av små kommuner er det omtrent like mange fastleger på fast lønn som egne næringsdrivende (Tabell 6).

Tabell 6 Organisering av legetjenesten i kommunene

	Fastlønn	Egne næringsdrivende	Fastlønn og næringsdrivende	Særordninger	Antall
Små kommuner	41,4 %	48,3 %	10,3 %	6,7 %	29
Mellomstore kommuner	0	96,9 %	3,1 %	2,9 %	32
Store kommuner	0	100 %	0		5
Storbyene	0	100 %	0		5

I de fleste mellomstore kommuner er fastleger egne næringsdrivende. I de store kommunene er alle fastleger egne næringsdrivende.

8.3.2.2 Årsverk fastleger totalt og i kommunal bistilling rettet mot brukere utenfor institusjoner.

Gjennomsnittlig antall årsverk fastleger per 10000 innbyggere er størst i små kommuner (10,33) og omtrent dobbel så høyt som i storbyene (5,58) (Tabell 7a).

Tabell 7a Gjennomsnittlig årsverk fastleger (FL) og FL med kommunal bistilling rettet mot personer med heldøgns omsorgstjenester utenfor sykehjem pr 10000 innbyggere.

Utvalg	FL			FL i kommunal bistilling mot brukere av omsorgstjenester utenfor institusjon		
	Snitt	N	SD	Snitt	N	SD
Små kommuner	10,33	30	4,10	1,79	9	2,35
Mellomstore kommuner	7,97	36	1,42	0,11	15	0,29
Store kommuner	7,67	5	0,55	0,04	5	0,04
Storbyene	5,58	3	3,93	0,03	1	-
Total	8,81	74	3,15	0,60	30	1,48

Gjennomsnittlig antall årsverk fastleger med kommunal bistilling for personer med heldøgns omsorgstjenester utenfor sykehjem er størst i små kommuner (1,79). SSB har ikke entydige tall for antall leger i bistillinger til personer med heldøgns omsorg utenfor sykehjem. SSB har tall for leger i bistillinger generelt og leger i institusjoner (Tabell 7b). Forholdet mellom legeårsverk i institusjon (Tabell 7b) og legeårsverk til brukere av omsorgstjenester utenfor institusjon (Tabell 7a) er 0,5 i små kommuner, 4 i mellomstore kommuner, 12 i store kommuner og 16 i storbyene. Dette indikerer at storbyene og store kommuner bruker forholdsvis mer ressurser til leger i institusjoner enn på leger til brukere utenfor institusjon enn små og mellomstore kommuner.

Tabell 7b. Legeårsverk (fastleger som er egne næringsdrivende, kommunalt ansatte leger og turnuskandidater) i bistilling per 10000 innbyggere i 2005. (Dvs. leger i skole/helsestasjon, miljøretta helsevern, anna forebyggende arbeid, institusjoner for eldre og funksjonshemmede eller uoppgitt. Administrasjon er holdt utenfor.) (Kilde SSB)

Utvalg	Leger i bistilling Snitt	Leger i institusjoner Snitt
Små kommuner	2,58	0,91
Mellomstore kommuner	1,35	0,51
Store kommuner	0,88	0,42
Storbyene	1,37	0,60
Total	1,98	0,72

Gjennomsnittlig antall timer per uke i kommunal bistilling er størst for små kommuner og lavest for stor kommuner (Tabell 8).

Tabell 8 Gjennomsnittlig antall tim/uke for FL i bistilling generelt (Har ekskludert de 2 kommunene som oppgav mer enn 20t per uke, dvs. 1 småkommune og 1 mellomstor)

Utvalg	Snitt	N	SD
Små kommuner	9,4	19	3,3
Mellomstore kommuner	6,5	28	2,6
Store kommuner	3,8	4	1,2
Storbyene	5,0	3	1,0
Total	7,2	54	3,2

En har ikke funnet nasjonale tall som beskriver omfanget av legerressurser på de brukergrupper kartleggingen omfatter.

Timer i kommunal bistilling i små kommuner – sammenligning mellom fastlønnskommuner og andre kommuner (tall fra kartleggingen).

I små kommuner er gjennomsnittlig antall fastleger per 10000 innbyggere omtrent det samme i fastlønnskommuner som i kommuner med egne næringsdrivende fastleger (Tabell 9).

Tabell 9 Gjennomsnittlig antall tim/uke for FL i bistilling generelt i små kommuner etter organisering av fastlegetjenesten.

	Snitt	N	SD
Fastlønn	8,4	5	2,0
Egne næringsdrivende	9,3	7	3,3
Fastlønn og næringsdrivende	13,5	2	5,0
Særordninger	7,5	1	
Total	9,5	15	3,2

8.3.2.3 *Type legevakt og drift av legevakten*

På dagtid har 61,1 % av små kommuner kommunal legevakt og fastlege med utrykningsansvar, mens det på kveld og natt hovedsaklig er interkommunal legevakt (66,7 %). I kommentarer på noen av spørreskjemaene ble det nevnt at små kommuner hadde interkommunal legevakt hele døgnet i helger og i høytider.

Tabell 10 Type legevakt i kommunene

	Kommunal	FL med utrykningsansvar	Bydeler	Inter-kommunal	N
Små kommuner	77,8 %	25,0 %	0,0 %	69,4 %	36
Mellomstore kommuner	56,7 %	45,9 %	2,7 %	70,3 %	37
Store kommuner	20 %	20 %	0 %	80 %	5
Storbyene	100 %	40 %	20 %	0,0 %	5

I mellomstore kommuner er fastleger med utrykningsansvar omtrent like vanlig som kommunal legevakt (Tabell 10) (Men her kan det være at det foreligger ulike kombinasjoner som ikke blir godt nok beskrevet i kartleggingen). Interkommunal legevakt er oftest i drift kveld (56,8 %) og natt (70,3 %). I kommentarer på noen av skjemaene ble det nevnt at mellomstore kommuner hadde interkommunal legevakt hele døgnet i helger og i høytider.

Store kommuner (n=4) har oftest interkommunal legevakt som er i drift hele døgnet. Storbyene har kommunal legevakt (100 %), fastlege med utrykningsansvar (40 %) og i Oslo forekommer bydelslegevakt. Kommunal legevakt i storbyer er i drift hele døgnet, mens bydelslegevakter er i drift dag og kveld.

8.3.2.4 *Organisering av fastlegetjenesten*

Svært få kommuner oppgir at fastleger har særordninger (gamle overgangsregler eller spesiell rekrutteringstiltak). Tallmaterialet blir for svakt til å beskrive kommuner med særordninger. Det er grunn til å tro at fastlønnsordninger og kombinasjonen fastlønn og næringsvirksomhet i små kommunene representerer ordninger som kan kalles "særordninger" for å rekruttere nok leger for å opprettholde legevakt og stabilitet i bemanningen. Undersøkelsen har ikke kartlagt dette forholdet.

8.3.2.5 *Sammendrag og vurdering av besvarelsene om legetjenesten*

Små kommuner har omtrent like stor andel fastleger på fastlønn som egne næringsdrivende. I de andre kommunene er fastleger hovedsaklig egne næringsdrivende. Gjennomsnittlig antall fastleger per 10000 innbyggere er størst i små kommuner (10,33) og lavest i storbyene (5,58). I små kommuner er gjennomsnittlig antall fastleger per 10000 innbyggere omtrent det samme i fastlønnkommuner som i kommuner med egne næringsdrivende fastleger.

Spørsmålet om fastleger i bistilling med oppgaver mot personer med kommunale omsorgstjenester utenfor sykehjem (eldre, psykiatriske pasienter, psykisk utviklingshemmede, rusmisbrukere, yngre funksjonshemmede) ble tolket ulikt i en del kommuner, og mange kommuner inkluderte alle typer bistillinger. Det er forsøkt kontrollert og rettet opp for dette ved å be kommunelegene spesifisere hvilke tjenester som omfattes av kommunal bistilling. Besvarelser hvor det opplagt er inkludert alle typer bistillinger, ble ekskludert. Etter dette hadde vi besvarelser fra 39 kommuner. Det kan fortsatt være en overestimering av fastleger i kommunal bistilling med slike oppgaver, spesielt i små kommuner. Andelen kommuner med fastleger i kommunal bistilling med oppgaver mot personer med heldøgns omsorg utenfor sykehjem var større i små kommuner (1,79 årsverk per 10000 personer) enn i store kommuner og storbyer.

Gjennomsnittlig antall timer/uke for fastleger i bistilling generelt (alle typer bistilling) varierte fra 9,3 t/uke i små kommuner til 3,8 t/uke i store kommuner.

Små kommuner har kommunal legevakt og fastlege med utrykningsansvar på dagtid hverdager, mens kveld og natt hovedsaklig dekkes av interkommunal legevakt. Kommentarer på spørreskjemaer tyder på at små kommuner har interkommunal legevakt hele døgnet i helger og i høytider.

Mellomstore kommuner har like ofte fastleger med utrykningsansvar som kommunal legevakt, og er i drift hele døgnet med unntak av interkommunal legevakt som oftest er i drift kun kveld og natt. Kommentarer på spørreskjemaer tyder på at mellomstore kommuner har interkommunal legevakt hele døgnet i helger og i høytider.

De store kommunene har oftest interkommunal legevakt som er i drift hele døgnet.

Storbyene har kommunal legevakt som er i drift hele døgnet. I Oslo er det på bydeler også fastlege med utrykningsansvar og bydelslegevakt dag og kveld.

Vurdering

Tall fra undersøkelsen viser at det ikke er enhetlig forståelse i kommunene for hvor mye legeressurser som benyttes overfor målgruppene i undersøkelsen.

Det er bare i små kommuner det fortsatt er leger på fast lønn. Legevakt og utrykningsansvar for fastlegene ser ut til å være organisert i forhold til hva som er mest praktisk gjennomførbart i den enkelte kommune i forhold til kommunestørrelse, vaktbelastning og interkommunalt samarbeid. Bare de største kommunene har legevakt 24 timer i døgnet hele uken.

8.3.3 Omsorgstjenesten i kommunen

8.3.3.1 Antall soner og brukere innen omsorgstjenesten i kommunen/bydelen

Gjennomsnittlig antall soner i kommune/bydel var lavest i små kommuner og størst i storbyene (Tabell 11).

Tabell 11 Gjennomsnittlig antall soner og brukere i omsorgstjenesten i din kommune/bydel.

	Soner			Brukere		
	Snitt	N	SD	Snitt	N	SD
Små kommuner	1,5	47	0,8	98	48	59
Mellomstore kommuner	2,2	45	1,2	207	44	121
Store kommuner	2,1	11	1,5	265	11	231
Storbyene	2,8	19	1,7	438	19	231
Total	2,0	122	1,3	205	122	180

Gjennomsnittlig antall brukere i soner i mellomstore og store kommuner er omtrent som gjennomsnittet for alle kommuner, mens gjennomsnittet er ca dobbelt så høyt i storbyene, og antallet er bare halvparten i små kommuner sammenlignet med gjennomsnittet for alle kommunene.

8.3.3.2 Årsverk totalt i hjemmetjenestene og årsverk sykepleiere i sonen

Gjennomsnittlig antall årsverk totalt i soner er størst i storbyer (65,8 årsverk ansatte) og ca 20 % høyere enn i små kommuner og 50 % høyere enn i store kommuner. Gjennomsnittlig antall årsverk av sykepleiere i soner er klart lavest i små kommuner (5,4 årsverk sykepleiere). Sonene i store kommuner og storbyer har 3 ganger flere årsverk sykepleiere enn sonene i små kommuner.

Tabell 12 Antall årsverk ansatte i hjemmetjenesten og antall årsverk sykepleiere i hjemmetjenesten per sone/enhet.

	Årsverk ansatte			Årsverk sykepleiere		
	Snitt	N	SD	Snitt	N	SD
Små kommuner	52,4	47	225,4	5,4	45	8,4
Mellomstore kommuner	45,0	45	42,9	10,1	45	6,4
Store kommuner	40,6	11	41,4	15,3	12	14,2
Storbyene	65,8	19	38,6	14,6	19	8,7
Total	50,7	122	142,8	9,5	121	9,2

Gjennomsnittlig antall årsverk av ansatte for soner totalt er 50,7 årsverk. Små kommuner ligger på gjennomsnittet, mens det i mellomstore og store kommuner er henholdsvis 10 og 20 % lavere og i storbyene ca 15 % høyere enn gjennomsnittet.

Gjennomsnittlig årsverk sykepleiere for soner totalt er 9,5 årsverk. Små kommuner har ca halvparten av gjennomsnittet, mellomstore kommuner omtrent som gjennomsnittet, mens årsverk sykepleiere i store kommuner og storbyene er ca 50 % høyere enn gjennomsnittet.

Gjennomsnittlig antall brukere per årsverk ansatte i hjemmetjenesten varierer fra 6,2 i mellomstore kommuner til 7,9 i storbyer (Tabell 13).

Tabell 13 Gjennomsnittlig antall brukere per årsverk ansatte i hjemmetjenesten og per årsverk sykepleiere i hjemmetjenesten per sone/enhet.

	Brukere per årsverk Ansatte			Brukere per årsverk sykepleiere		
	Snitt	N	SD	Snitt	N	SD
Små kommuner	6,8	47	3,9	27,0	45	13,1
Mellomstore kommuner	6,2	43	2,7	23,6	43	12,2
Store kommuner	6,8	10	3,1	20,3	11	11,7
Storbyene	7,9	19	3,8	36,9	19	20,0
Total	6,8	119	3,4	26,8	118	14,7

Gjennomsnittlig antall brukere per årsverk sykepleiere varierer fra 20,3 i store kommuner til 36,9 i storbyer.

8.3.3.3 *Sammendrag og vurdering av besvarelsene om omsorgstjenester*

Gjennomsnittlig antall soner i kommune/bydel var lavest i små kommuner (1,5 soner) og størst i storbyene (2,8 soner). Gjennomsnittlig antall brukere i soner i mellomstore og store kommuner er omtrent som for alle kommunene (205 brukere), mens det er ca dobbelt så høyt i storbyene og halvparten i små kommuner.

I gjennomsnittet er det 50,7 årsverk og av dette er 9,5 årsverk sykepleiere. Små kommuner ligger på gjennomsnittet, mens det i mellomstore og store kommuner er henholdsvis 10 og 20 % lavere og i storbyene ca 15 % høyere enn gjennomsnittet.

Gjennomsnittlig årsverk sykepleiere for alle soner i kommuner i undersøkelsen er 9,5 årsverk. Små kommuner har ca halvparten av gjennomsnittet, mellomstore kommuner omtrent som gjennomsnittet, mens årsverk sykepleiere i store kommuner og storbyene er ca 50 % høyere enn gjennomsnittet.

Gjennomsnittlig antall brukere per årsverk ansatte og per årsverk sykepleiere i hjemmetjenesten er noe høyere i storbyer sammenlignet med de andre kommunene. Gjennomsnittlig antall brukere per årsverk ansatte og per årsverk sykepleiere for alle kommunene samlet er henholdsvis 6,8 og 26,8.

Vurdering

Det er grunn til å tro at funnene mht antall soner kan være noe misvisende da det er få svar fra soner i Oslo. Sannsynligvis er antallet soner per bydel i storbyene høyere enn det vi har fått frem.

Denne undersøkelsen tyder på at det er flere ansatte per bruker i de minste kommunene, og selv om andelen av ansatte med sykepleieutdanning er høyere i større kommuner, så tilsvarer ikke dette økningen i antallet brukere per enhet.

8.4 Samarbeid om personer med kommunale omsorgstjenester

8.4.1 Innkallingsrutiner for kronisk syke og eldre

I små og mellomstore kommuner har fastlegene innkallingsrutiner for:

- eldre i henholdsvis 25,7 % (n=35) og 14,7 % (n=34) av kommunene,
- psykisk utviklingshemmede i henholdsvis 26,5 % (n=34) og 11,8 % (n=34) av kommunene,
- psykiatriske pasienter i henholdsvis 26,5 % (n=34) og 6,1 % (n=33) av kommunene
- for rusmisbrukere i henholdsvis 20,6 % (n=34) og 9,4 % (n=32) av kommunene
- andre yngre funksjonshemmede i henholdsvis 15,6 % (n= 32) og 3,2 % (n=31) av kommunene.

Ingen av de store kommunene eller storbyene oppgir at fastlegene har innkallingsrutiner for eldre, psykisk utviklingshemmede, psykiatriske pasienter, rusmisbrukere eller andre yngre funksjonshemmede.

8.4.1.1 Innkallingsrutiner i små kommuner – fastlønn eller næringsdrivende

I små kommuner med fastlønnede eller egne næringsdrivende fastleger har henholdsvis ca 17 % og 25 % (n=12) av kommunene innkallingsrutiner for eldre, psykisk utviklingshemmede og rusmisbrukere. Henholdsvis 36,4 % og 8,3 % av små kommuner der fastlegene er fastlønnede (n=11) eller egne næringsdrivende (n=12), har innkallingsrutiner for psykiatriske pasienter, og henholdsvis 27,3 % (n=11) og 0 % (n=10) av kommunene har innkallingsrutiner for andre yngre funksjonshemmede.

8.4.1.2 Direkte siterte utsagn fra kommuneleger om innkallingsrutiner

Spørsmål: Hvis fastlegene har faste innkallingsrutiner for kronisk syke og eldre pasienter (for de pasienter legene vet om har flere rutiner (trolig individtilpasset) - men usikkert i hvilket omfang- pasienten må først ta kontakt med legene), beskriv hvordan dette fungerer og er organisert:

Små kommuner

- En lege følger opp alle yngre funksjonshemmede og psykisk utviklingshemmede med tverrfaglige møter.
- Alle de nevnte kategoriene har faste kontrolltimer ved legekantoret hver 3. - 6. Mnd. De har med seg ny timeavtale når de forlater kantoret. Om de ikke møter, har vi interne tverrfaglige samarbeidsmøter som sørger for utsjekking

av årsak, ny time osv.. Har forsøkt med slike rutiner også for rusavhengige, men de møter som kjent ikke opp til avtalte timer.

- Nei, men vi kaller inn fortløpende de som får foreskrevet medisiner. Dessuten bestiller hjemmetjenesten timer ved behov for sine pasienter, men vanntett er ikke dette systemet.
- Eldre: Jevnlig blodprøver, vurdering av medisiner og evt. Tiltak om økt eller nye tilsyn/hjelp i hjemmet. Psyk.: Jevnlige samtaler og/eller psykoterapi. Medisin observasjoner. Ansvarsgruppemøter. Rus: Jevnlig tverrfaglige samarbeidsmøter /ansvarsgruppemøter.

Mellomstore kommuner

- Heimesjukepleien gir oss hvert år en liste over personer de har kontakt med samt personer som psykiatritjenesten har kontakt med. Vi følger opp med konsultasjon med hjemmesykepleien og i de fleste tilfelle med besøk.
- Fastlegene praktiserer faste avtalte årskontroller for en del pasienter under ovanstående kategoriar.
- Dette er en individbasert oppfølging som ikke er satt inn i en mal.

Utsagn fra kommunelege i store kommuner

- Jeg tror de færreste praktiserer innkalling, men noen gjør det sikkert for utvalgte pasienter.

Utsagn fra kommunelege i storbyer

- Vi har ikke sentral oversikt over faste innkallingsrutiner for kronisk syke og eldre pasienter, noen fastleger har dette.
- Mulig enkelte fastleger gjør det på eget initiativ, men vi har inntil i dag ikke hatt en organisert ordning. Imidlertid setter vi i disse dager i gang en pilot med innkalling av alle > 75 år som ikke har vært til fastlege siste året. Det er utarbeidet en sjekkliste på hva denne konsultasjonen skal inneholde.

8.4.1.3 Sammenheng og vurdering av innkallingsrutiner for eldre og kronisk syke

Fastlegene har innkallingsrutiner for eldre, psykisk utviklingshemmede, psykiatriske pasienter og for rusmisbrukere i ca 25 % og 10 % av henholdsvis små og mellomstore kommuner. Andelen av disse kommunene der fastlegene har innkallingsrutiner for andre yngre funksjonshemmede, er litt lavere.

Ingen av store kommuner eller storbyer oppgir at fastleger har innkallingsrutiner for eldre, psykisk utviklingshemmede, psykiatriske pasienter, rusmisbrukere eller andre yngre funksjonshemmede.

I små kommuner med fastlønnede eller egne næringsdrivende fastleger har ca 20 % av kommunene innkallingsrutiner for eldre, psykisk utviklingshemmede og rusmisbrukere. Andelen små kommuner der fastleger på fast lønn har innkallingsrutiner for psykiatriske pasienter og for andre yngre funksjonshemmede, er ca 4 ganger høyere enn i kommuner der fastleger er egne næringsdrivende.

Utsagn fra kommuneleger i små kommuner viser at det finnes kommuner der fastleger følger opp alle yngre funksjonshemmede og psykisk utviklingshemmede med tverrfaglige møter og kommuner der alle de nevnte kategoriene har faste kontrolltimer ved legekantoret f.eks. hver 3. - 6. måned. I mellomstore kommuner er det kommuner der fastlegene praktiserer faste avtalte årskontroller for en del eldre og kronisk syke, mens i andre mellomstore kommuner er dette en individbasert oppfølging som ikke er satt i system. I store kommuner tror kommuneleger at de færreste fastleger praktiserer innkalling, men antar at noen sannsynligvis har det for utvalgte pasienter. I storbyer mangler man sentral oversikt over faste innkallingsrutiner for kronisk syke og eldre pasienter, selv om noen fastleger har dette. I en storby setter de i disse dager i gang en pilot med innkalling av alle > 75 år som ikke har vært til fastlege det siste året, og det er utarbeidet en sjekklister på hva denne konsultasjonen skal inneholde.

Vurdering

Det er flere utsagn og funn som tyder på at det kan være mangelfull kontakt mellom kommuneoverlegene og fastlegene mht utvikling av rutiner og kvalitetsstandarder i de store norske kommunene. Det er en helt klar trend i retning av at dess mindre en kommune er, dess større er sjansen for at det er etablert innkallingsrutiner/-prosedyrer for omsorgstjenestenes brukere.

Det er ingen entydige forskjeller mht om legen er på fastlønn eller egen næringsdrivende.

8.4.2 Ansvarsgrupper og individuell plan

Svarkategoriene "Som oftest" inkluderer "Alltid" og "Av og til" inkluderer "Aldri".

8.4.2.1 Fastleger deltar i ansvarsgruppe

I følge kommuneleger er fastleger som oftest med i ansvarsgrupper i godt over halvparten av små og mellomstore kommuner og litt under halvparten av store kommuner og storbyer (Tabell 14). data fra omsorgstjenesten tyder på at fastlegene deltar sjeldnere i ansvarsgrupper enn oppgitt av kommunelegene.

Tabell 14 Oversikt over fastlegers deltakelse i ansvarsgrupper og ved utarbeidelse av individuell plan. Kommunelegenes svar er oppgitt som prosent kommuner og omsorgstjenestenes svar som prosent soner. n er antall av henholdsvis kommuner og soner.

	Små kommuner			Mellomstore kommuner			Store kommuner			Storbyer		
	Som oftest	Av og til	n	Som oftest	Av og til	n	Som oftest	Av og til	n	Som oftest	Av og til	n
<i>Kommunelegenes svar</i>												
Med i ansvarsgruppe	72,2	27,8	36	65,7	34,3	35	40	60	5	40	60	5
Med ved utarbeidelse av IP	52,8	47,2	36	25,7	74,3	35	0	100	5	20	80	5
<i>Omsorgstjenestenes svar</i>												
Med i ansvarsgruppe	39,1	60,9	46	40,0	60,0	45	30,8	69,2	13	11,1	88,9	18
Med ved utarbeidelse av IP	22,2	77,8	45	22,0	78,0	41	15,4	84,6	13	11,8	88,2	17

Ansvarsgruppe deltagelse i små kommuner – fastlønn eller næringsdrivende

I følge kommunelegene i små kommuner deltar fastlegene som oftest i ansvarsgrupper i 75 % (n=12) og 76,9 % (n=13) av kommunene med henholdsvis fastlønnede og egne næringsdrivende fastleger. I følge omsorgstjenestene i små kommuner deltar fastlegene som oftest i ansvarsgrupper i 50 % og 60 % av kommunene med henholdsvis fastlønnede (n=10) og egne næringsdrivende fastleger (n=10).

8.4.2.2 *Fastleger er med ved utarbeidelse av individuell plan*

I følge kommuneleger er fastleger som oftest med ved utarbeidelse av individuell plan i halvparten av små kommuner og betydelig sjeldnere i alle de andre kommunene (Tabell 14). Ingen store kommuner oppgir at fastleger som oftest er med ved utarbeidelse av individuell plan. data fra omsorgstjenester tyder på at fastleger er sjeldnere med ved utarbeidelse av individuell enn oppgitt av kommunelegene i alle kommuner unntatt storbyer. Fastleger deltar som oftest sjeldnest ved utarbeidelse av individuell plan i storbyer, i følge kommunelegene og omsorgstjenestene er andel kommuner og soner ca 11%.

Utarbeidelse av individuell plan deltagelse i små kommuner – fastlønn eller næringsdrivende

I følge kommuneleger i små kommuner deltar fastlegene som oftest ved utarbeidelse av individuell plan i 58,4 % og 61,5 % av kommunene med henholdsvis fastlønnede (n=12) og egne næringsdrivende fastleger (n=13). I følge omsorgstjenester deltar fastlegene som oftest ved utarbeidelse av individuell plan i 100 % og 66,7 % av kommunene med henholdsvis fastlønnede (n=10) og egne næringsdrivende fastleger (n=9).

8.4.2.3 *Direkte siterte utsagn om ansvarsgrupper og individuell plan*

Spørsmål: Eventuelle kommentarer til deltagelse i ansvarsgrupper og deltagelse ved utarbeidelse av individuell plan

Kommuneleger:

Små kommuner

- Ingen utsagn

Mellomstore kommuner

- Snakker mest av egen erfaring, som sannsynligvis er rimelig lik i kommunen. Deltar på ansvarsgrupper så ofte jeg kan, prioriteres høyt, da det i tillegg til mitt bidrag, er mulig å få en del informasjon fra andre faggrupper, noe som ikke minst er viktig hos barn/ungdom som ofte har oppfølging ved 2.linjetjenesten.
- Stor forskjell fra lege til lege
- Har ingen eksakt oversikt over dette.
- Fastlege er oftere med i utarbeidelse av planer for yngre pasienter.
- Leger er med i flere ansvarsgrupper, men trolig har andre etater/tjenester organisatorisk/administrativt ansvar. Når det gjelder individuell plan er

legetjenesten "umoden" på dette – vi planlegger nå internt kurs på dette for å få legene mer aktivt med i dette arbeidet.

Store kommuner

- Svaret ligger antagelig midt mellom de to svaralternativene. Det varierer mye fra lege til lege, hyppigst legedeltakelse for de sykeste.
- Noen fastleger er nok aldri med. Andre er som oftest med. Dette varierer sterkt.

Storbyer

- Ikke god oversikt.

Omsorgstjenester

Små kommuner

- Har ikke jobba så mykje med dette i pleie og omsorg.
- Har ikke utstrakt bruk av individuell plan ennå.

Mellomstore kommuner

- Arbeidet med individuell plan er i startfasen.

Store kommuner

- Ingen kommentarer

Storbyer

- Usikker på om fastlege er med i utarbeidelse av individuell plan.

8.4.2.4 Sammenheng og vurdering av besvarelse av deltagelse i ansvarsgrupper og ved utarbeidelse av individuell plan

Ansvarsgrupper

I følge kommuneleger er fastleger som oftest med i ansvarsgrupper i godt over halvparten av små og mellomstore kommuner og litt under halvparten av store kommuner og storbyer.

Omsorgstjenesten oppgir at fastleger som oftest deltar i ansvarsgrupper sjeldnere i soner i små, mellomstore og store kommuner enn oppgitt av kommunelegene for hele kommunene.

Deltagelsen i ansvarsgrupper er omtrent den samme i små kommuner med fastleger på fastlønn og som egne næringsdrivende.

Individuell plan

I følge kommuneleger deltar fastleger som oftest ved utarbeidelse av individuell plan i ca halvparten av små kommuner i ca hver fjerde mellomstor kommune og storby, mens ingen kommuneleger i store kommuner oppgir at fastleger deltar som oftest ved utarbeidelse av individuell plan. Omsorgstjenester oppgir betydelig lavere deltagelse ved utarbeidelse av individuell plan i soner i kommuner enn kommuneleger for hele kommunene.

I følge kommuneleger i små kommuner deltar fastleger alltid eller som oftest ved utarbeidelse av individuell plan i ca 60 % av kommuner med fastleger på fastlønn og egne næringsdrivende. Alle soner i kommuner med fastleger på fastlønn oppgir at fastleger deltar ved utarbeidelse av individuell plan, mens deltakelsen er litt over halvparten i kommuner med egne næringsdrivende fastleger.

Kommuneleger i mellomstor kommune nevner at leger er med i flere ansvarsgrupper, men at det trolig er andre etater/tjenester som har organisatorisk/administrativt ansvar. Når det gjelder individuell plan er legetjenesten "umoden" på dette – noen oppgir at de planlegger internt kurs på dette for å få legene mer aktivt med i dette arbeidet. I store kommuner og storbyer varierer dette, men man har ikke god oversikt.

Omsorgstjenesten i små kommuner oppgir at de ennå ikke har jobbet mye med ansvarsgrupper eller individuell plan. I mellomstore kommuner er arbeidet i startfasen, i store kommuner og storbyer er det ingen kommentarer til dette, eller de er usikre på om fastlege er med ved utarbeidelse av individuell plan.

Vurdering

Det er en tendens i retning av at dess større en kommune er, dess mindre sjanse er det for at legene er med i ansvarsgrupper og i utarbeidelsen av individuelle planer.

8.4.3 Kommunikasjon mellom fastleger og omsorgstjenesten

8.4.3.1 Kommunelegenes svar på kommunikasjon mellom omsorgstjenesten og fastlegene

I følge kommunelegene skjer kommunikasjon mellom omsorgstjenesten og de fleste fastlegene i de fleste små og mellomstore kommuner via møter ved behov og telefon (Tabell 15). I omtrent halvparten av små og mellomstore kommuner skjer også kommunikasjonen ved faste møter og hjemmejournal.

Tabell 15 Kommunelegenes svar på hvordan omsorgstjenesten kommuniserer med fastlegene (FL). Prosent kommuner og antall (n) kommuner er gitt.

	Små kommuner			Mellomstore kommuner			Store kommuner			Storbyer		
	De fleste		Noen	De fleste		Noen	De fleste		Noen	De fleste		Noen
	FL	FL		FL	FL		FL	FL		FL	FL	
Faste møter	59,3	40,7	27	48,0	52,0	25	0	100	2	25	75	4
Møter ved behov	90,3	9,7	31	71,4	28,6	28	25	75	4	0	100	4
Telefon	100	0	35	97,1	2,9	34	100	0	4	80	20	5
Hjemmejournal	47,1	52,9	17	47,6	52,4	21	0	100	2	0	100	3
Andre måter	35,7	64,3	14	78,6	21,4	14	50	50	2	0	0	0

I de fleste store kommunene og storbyene skjer kommunikasjonen via telefon. I 25 % av store kommuner og storbyer skjer kommunikasjonen via henholdsvis møter ved behov og faste møter. Små, mellomstore og store kommuner kommuniserer også hyppig via andre måter, f.eks. telefaks, e-mail eller uformelle henvendelser.

Kommunikasjon i små kommuner – fastlønn eller næringsdrivende.

Kommunelegene oppgir at faste møter og møter ved behov med de fleste leger er omtrent det samme i små kommuner med fastleger på fastlønn og med egne næringsdrivende fastleger.

Ingen forskjell i kommunikasjon via telefon i små kommuner med fastlege på fastlønn og som egne næringsdrivende.

Kommuneleger oppgir at ingen små kommuner med fastleger på fastlønn har hjemmejournal, mens 40 % av små kommuner med fastlege som egne næringsdrivende har hjemmejournal.

8.4.3.2 Omsorgstjenestenes svar på kommunikasjon mellom omsorgstjenesten og fastlegene

I følge omsorgstjenestene skjer kommunikasjon mellom omsorgstjenesten og de fleste fastlegene i de fleste små og mellomstore kommuner via møter ved behov og telefon (Tabell 16). I omtrent halvparten av små og mellomstore kommuner skjer også kommunikasjonen ved faste møter og litt sjeldnere via hjemmejournal.

I de fleste store kommunene og storbyene skjer kommunikasjonen via telefon, en del sjeldnere via møter ved behov og faste møter. Små, mellomstore og store kommuner kommuniserer også hyppig via andre måter, f.eks. telefaks, e-mail eller uformelle henvendelser.

Tabell 16 Omsorgstjenestenes svar på hvordan omsorgstjenesten kommuniserer med fastlegene (FL). Prosent er beregnet i forhold til soner i kommunene. n er antall soner.

	Små kommuner			Mellomstore kommuner			Store kommuner			Storbyer		
	De fleste FL	Noen FL	n	De fleste FL	Noen FL	n	De fleste FL	Noen FL	n	De fleste FL	Noen FL	n
Faste møter	58,5	41,5	41	51,6	48,4	31	30,0	70,0	10	6,7	93,3	15
Møter ved behov	71,4	28,6	35	59,4	40,6	32	27,3	72,7	11	29,4	70,6	17
Telefon	97,6	2,4	42	100	0	44	92,3	7,7	13	89,5	10,5	19
Hjemmejournal	23,5	76,5	17	33,3	66,7	27	10,0	90,0	10	9,1	90,9	11
Andre måter	66,7	33,3	15	52,9	47,1	17	62,5	37,5	8	22,2	77,8	9

Kommunikasjon i små kommuner – fastlønn eller næringsdrivende.

Omsorgstjenestene oppgir at faste møter, møter ved behov, kommunikasjon via telefon og via hjemmejournal med de fleste leger er omtrent det samme i små kommuner med fastleger på fastlønn og med egne næringsdrivende fastleger. I alle små kommuner har omsorgstjenestene møter ved behov med alle leger.

8.4.3.3 Direkte siterte utsagn fra kommunelegene

Små kommuner

- Alle 4 legar i kommunen er knytta opp til felles kommunal gruppepraksis. Alle pasientkontakter blir ført inn i ordinær pasientjournal på legekantor uansett om det er i kontortid eller legevakt, og vi oppnår dermed kontinuitet og internkommunikasjon. I forhold til heimesjukepleien blir det meldingar ved behov, medikamentlister etc.
- Eget skjema med problemstillinger legges i hyllen til legen. Besvares så raskt som mulig.

Mellomstore kommuner

- Telefaks
- Uformelle kontakter - direkte henvendelser til kontor
- Beskjedbok for den enkelte lege ved legesentrene.
- Fast rapportering frå fastlege til PO-tenester skriftlig og muntleg ved endringar i diagnose og medikasjon.

Store kommuner

- Telefaks
- e-post.

Storbyer

- Omsorgstenesten tar fortrinnsvis med pas til legekantor i stedet for hjemmebesøk
- Hjemmejournal er lite brukt som toveis kommunikasjonsverktøy. Det synes å brukes i forhold til enkelte pasienter etter initiativ fra sonen

8.4.3.4 *Omsorgstjenestenes svar - andre måter å kommunisere på (ad hoc)*

I små (n=15) kommuner, mellomstore (n=17) kommuner, store (n=8) og storbyene (n=9) skjer kommunikasjonen ad hoc med alle leger i henholdsvis 53,3 %, 47,1 %, 37,5 % og 11,1 % av kommunene.

8.4.3.5 *Direkte siterte utsagn fra omsorgstjenester*

Små kommuner

- Skriftlig kommunikasjon med eiga rapportbok mellom fastlegane og heimetenesta, på den måten vert spørsmål og svar til/frå dokumentert.
- Fast dag i veka 2t. Med ein fast lege - som regel turnuskandidat som har møte med sjukepleiar i avdelinga, svarar på spørsmål, skriv reseptar, oppdaterar medisinalister, går gjennom diagnosar, o.a. som kan ordnast administrativt. Ikkje fastlege til kvar enkelt pasient
- Dette er et bokollektiv for senil demente og 4 boliger med heltdøgns omsorg. Vi har legevisitt en gang pr uke.
- Skriftlig henvendesskjema fra hjemmebasert omsorg til legene i forbindelse med konsultasjon.
- Avdelingssykepleier i hjemmetjenesten har fast møte en gang hver uke med fastlegen.

Mellomstore kommuner

- Har avsett 7 timar pr. veke til veiledning for heimebaserte tenester (tilsynslege heimebasert omsorg). Ein lege utfører dette. Gjer også heimebesøk og er kontakt mellom dei ulike legane og pleie- og omsorgstenesta.
- Telefaks

Store kommuner

- Det sendes telefaks fra legekontorer med ny dosering av medisiner.
- Faks eller brev
- Alle fastleger blir tilskrevet når vi får ny bruker. Vi ber da om diagnoseopplysninger og medikamentliste, evt. fullmakt til at hjemmetjenesten skal ha ansvar for medikamenthåndteringen.

Storbyer

- Har anledning til å be om å få delta på fastlegenes fellesmøter. Har blitt oppfordret til å ha møter med noen av legene enkeltvis ved behov.

8.4.3.6 *Sammendrag og vurdering av kommunikasjonsmåter*

I alle kommuner er kommunikasjon med de fleste leger via telefon den hyppigst forekommende formen for kommunikasjon.

Kommunelegene og omsorgstjenestene oppgir at det er faste møter mellom omsorgstjenesten og de fleste leger i ca. halvparten av små og mellomstore kommuner. I små og mellomstore kommuner er det vanligere med møter ved behov enn faste møter med de fleste leger. I store kommuner og storbyer oppgir kommunelegene og omsorgstjenestene forskjellige svar på kommunikasjon via faste møter og møter ved behov.

I omsorgstjenesten skjer kommunikasjon med hjemmejournal mellom omsorgstjenesten og de fleste leger sjeldnere enn oppgitt av kommunelegene.

Det forekommer "ad hoc" kommunikasjon i halvparten av små og mellomstore kommuner via f.eks. telefaks, e-mail eller uformelle henvendelser. Dette er sjeldnere i store kommuner og storbyer.

Det er en klar tendens i retning av at kommunikasjonen mellom omsorgstjenestene og de fleste fastlegene avtar med økende størrelse på kommunene.

I følge utsagn fra en liten kommune blir pasientkontakter ført inn i ordinær pasientjournal på legekantor uansett om det er i kontortid eller legevakt, og de oppnår dermed kontinuitet og internkommunikasjon. I forhold til hjemmesykepleien blir det meldinger ved behov, medikamentlister etc. Andre benytter eget skjema/rapportbok med problemstillinger som legges i hyllen til legen, og besvares så raskt som mulig.

Mellomstore kommuner oppgir uformelle kontakter - direkte henvendelser til kontor, eller beskjedbok for den enkelte lege ved legesentrene. En kommune har fast rapportering fra fastlege til omsorgstjenesten skriftlig og muntlig ved endringer i diagnose og medikasjon. I en sone/enhet er det sett av 7 timer pr. uke der en lege

(tilsynslege hjemmebasert omsorg) veileder hjemmebaserte tjenester. Lege har også hjemmebesøk og er i kontakt med de andre legene og pleie- og omsorgstjenesten.

I store kommuner benyttes f.eks. telefaks fra legekontorer med ny dosering av medisiner. Det forekommer også at alle fastleger blir tilskrevet når omsorgstjenesten får ny bruker. De ber da om diagnoseopplysninger og medikamentliste, evt. vurdering av om hjemmetjenesten skal ha ansvar for medikamenthåndteringen.

I storbyer tar omsorgstjenesten fortrinnsvis med pasienten til legekontor i stedet for at legen foretar hjemmebesøk. Hjemmejournal er lite brukt som toveis kommunikasjonsverktøy, men det brukes i forhold til enkelte pasienter etter initiativ fra sonen. Omsorgstjenester oppgir at de har anledning til å be om å få delta på fastlegenes fellesmøter. Har blitt oppfordret til å ha møter med noen av legene enkeltvis ved behov.

Det er en del indikasjoner på at det i små kommuner er tettere og mer systematisert kontakt mellom omsorgstjenestene og fastlegene enn i storbyene. I storbyene kan det se ut til at pasienter og omsorgstjenester i større grad må tilpasse seg legenes kontorrutiner, som varierer fra kontor til kontor og fra kommune til kommune, mens det i mindre kommuner er lettere å finne løsninger som tilpasses de ulike aktørenes behov.

Vurdering

I store kommuner oppgir omsorgstjenesten at kommunikasjonen er dårligere mellom omsorgstjenestene og fastlegene enn det kommunelegene oppgir, mens det er motsatt for storbyer. Det er også her en tendens i retning av at dess større en kommune er, dess større sjanse er det for at det ikke er etablert faste møter mellom legene og omsorgstjenestene. Dette gjelder både faste møter og møter ved behov. Det er også mest kontakt per telefon der det er etablerte faste møterutiner, dvs. i de minste kommunene.

Det kan være grunn til å hevde, ut fra funnene i undersøkelsen, at nøkkelen til godt samarbeid ligger i faste møter som sikrer at legene og omsorgstjenestene kjenner hverandre personlig, har god felles kunnskap om pasientene. Dette sikrer også at det lettere etableres kontakt ved behov, for eksempel telefonisk eller på kontoret til fastlegen.

8.4.4 Felles rutiner for å oppdatere hverandre på endringer i medikamentkort til pasienter der hjemmesykepleien har medisinhåndteringsansvaret.

8.4.4.1 Kommunelegenes svar om felles rutiner vedrørende medikamenthåndtering.

Omsorgstjenesten og fastlegene har felles rutiner for å oppdatere hverandre på endringer i medikamentkort der hjemmesykepleien har medisinhåndteringen i henholdsvis 69,4 % (n=36), 76,5 % (n=34), 60 % (n=5) og 60 % (n=5) av små kommuner, mellomstore kommuner, store kommuner og storbyene.

Felles rutiner - medisinhandling i små kommuner – fastlønn eller næringsdrivende:

I små kommuner har fastlegene og omsorgstjenesten felles rutiner for å oppdatere hverandre i 50 % og 76,9 % av kommunene med henholdsvis fastlønnede (n=12) og egne næringsdrivende (n=13) fastleger.

8.4.4.2 Omsorgstjenestenes svar om felles rutiner vedr. medikamenthandling.

Omsorgstjenesten og fastlegene har felles rutiner for å oppdatere hverandre på endringer i medikamentkort der hjemmesykepleien har medisinhandlingen i henholdsvis 68,8 % (n=48), 72,1 % (n=43), 50 % (n=12) og 47,4 % (n=19) av små kommuner, mellomstore kommuner, store kommuner og storbyene.

Felles rutiner - medisinhandling i små kommuner – fastlønn eller næringsdrivende:

I små kommuner har fastlegene og omsorgstjenesten felles rutiner for å oppdatere hverandre i 40 % og 70 % av kommunene med henholdsvis fastlønnede (n=10) og egne næringsdrivende (n=10) fastleger.

8.4.4.3 Direkte siterte utsagn fra kommuneleger om felles rutiner for å oppdatere hverandre vedr. medikamenter.

Små kommuner

- En egen reseptbok blir utfylt av hjemmesykepleien med navn, fødselsdato, legemiddel, styrke og dosering. Reseptboken går en gang i uken til legekantoret til oppfølging. Fastlege plikter å gi beskjed til hjemmetjenesten ved all endring i medikamenter. Det er lagt inn varslings i legejournalssystemet på pasienter som hører til hjemmesykepleien.
- Fastlege har "visitt" på heimesykepleiekantoret ein gong per veke. Dette vert gjort i samband med tilsyn på sjukeheim. Organisert som møter som gir refusjon fra trygdeverket.

Mellomstore kommuner

- Utskrift av fast medisinliste når legen gjør endringer, blir dessverre ofte glemt, blant annet fordi man ikke vet hvem som behandles av hjemmesykepleien. Legen får kopi av utskrivningsprotokoll fra sykehus.
- Ved endring av medisiner fra sykehus, får begge parter epikrise. Hvis fastlegen endrer medisiner, kontaktes hjemmesykepleien.
- Legene skriver ut oversikt over faste medisiner og oppdaterer ved endring av medisiner. Hjemmesykepleien gir tilbakemelding til legene ved evt. endringer i faste medisiner, f.eks. etter sykehusopphold. (hjemmesykepleien får ofte medisinoversikter fra sykehus før legene)
- Der hjemmesykepleien har medisinhandling, overdras ansvar i individuell skriftlig avtale, og slik oppdatering er nedfelt i denne. Det er ikke utarbeidet andre (egne) rutiner mellom fastleger og omsorgstjenesten. Det foreligger skriftlige rutiner/avtaler mellom kommunen og helseforetaket, som bl.a. omhandler medikamenthandling/rapportering. *Kommentar: 1) Det viktigste hinder for en kvalitetssikret og oppdatert medikamentliste er ikke kommunikasjon mellom hjemmesykepleie og fastleger, men mellom sykehus og primærhelsetjenesten. En omlegging av epikrise-systemet er påkrevd. I

dag beskriver epikriser kun "medikamenter ved utskrivelse", og denne oversikten trenger man faktisk ikke! Feil oppstår ved at medikamenter ved innleggelse er feil registrert, og ved at endringer ikke beskrives separat. Det epikriser burde spesifisere er: 1) Medikamenter ved innskrivelse, og 2) Medikamentendringer. Både fastlege og hjemmetjeneste vil da enklere kunne registrere, vurdere og kvalitetssikre utskrivelsesmedikasjon, og oppdatere egne medikamentlister. 2) Dataprogrammer: Kommunen benytter Infodoc. Programleverandør har dessverre lang vei å gå for å gjøre registrering av fast medikasjon oversiktlig og lett å oppdatere.

- Fastlegen har lagt inn i journalen et Pop-up som viser at pasienten har medikamentutlevering fra hjemmesykepleien. Samordning av lister over faste medikamenter, fastlegen har ansvar for forskrivning, ved endring (etter sykehusopphold i flg. epikrise eller endring gjort av fastlegen) skrives ny liste ut, og sendes Hjemmesykepleien. Ved forskrivning av andre medisiner, kontaktes hjemmesykepleien hvis pasienten har denne tjenesten.

Store kommuner

- Det foreligger egne skjema for informasjon fra hj.s.pl. Og fra fastlege. Disse blir nok ikke brukt rutinemessig.
- Det er utarbeidet prosedyrer for medikamenthåndtering i åpen omsorg. Det skal benyttes medikamentark som signeres ved endring av medisiner.

Storbyer

- Vi bruker stort sett multidose, ordinasjoner per faks og post. Ved behov for hurtige endringer ber vi alltid om bekreftelse pr faks. Det tar fremdeles lang tid før vi får endringer etter sykehusinnleggelse. Tydelig at primærlegene enda må vente på epikriser. Hørte at noen sykehus har begynt å bruke elektronisk journal.
- Er under systematisering, har prosjekt om elektronisk samhandling.
- Vi innfører i disse dager multidose for alle pasienter der hjemmesykepleien har overtatt medikamenthåndteringen. Rutiner i forhold til oppdatering av medikamentkort er nøye beskrevet i multidoseordningen.

8.4.4.4 Direkte siterte utsagn fra omsorgstjenester om felles rutiner for å oppdatere hverandre vedr. medikamenter.

Små kommuner

- Faste møte hver tirsdag med gjennomgang av medisiner ved behov. V/medisinendringer tas medisinkort ut fra GERICA og signeres av legen.
- Faste legevisitter for hvert område kvar 6. uke. Per intern post og telefon. Kan benytte felles dataprogram f.o.m. 2006.
- Har elektronisk førte medikamentskjemaer, tar kopi, legen signerer
- Innført Multidose, dvs. får ferdig pakke enkeltdose gjennom apoteket. I den sammenheng er det utarbeidd egne prosedyrer saman med apotek og lege.
- Lege er på legevisitt i heimetjenester x1 i veka, medisiner som vert endra vert endra i dette møtet, med signering av endringar i medisinkort. Vi arbeider vidare med å kvalitetssikre dette arbeidet, og rutinebeskrivingar.

Mellomstore kommuner

- Hj.spl. Sender inn medisinersikt 4x/år til fastlegene, og får tilbakemelding.
- Vi skriver ut medisinsliste på dataprogram Gerica. Legen ktr. skriv under og returnerer.

Store kommuner

- Vi sender inn medisinsk ark og får underskrift av lege. Vi mottar endringer av fastlege skriftlig og pr. tlf.
- Hjemmespl. Avtaler om med. Håndtering med bruker til fastlegen som skal godkjenne/underskrive denne. Endringer av med. Gjort for eksempel på sykehus sendes fastlegen for godkjenning. Men gjør fastlegen endring på med.dosering. Er det mer tilfeldig hvordan hj.spl. får vite dette. Via bruker selv, pårørende, evt pr. tlf. Sjeldent brev. Hj.spl. bruker mye ressurser på å sjekke/kontrollere.

Storbyer

- Hos multidosepasienter er det fastlegen som skal melde inn forandringer til apoteket. Dette skal ikke gå via hjemmesykepleien. Hjemmesykepleien tar kontakt hvis noe er usikkert. Hjemmesykepleien søker om multidose for pasienter som er stabile på medisiner. Legen avgjør om pasienten skal få multidose. Ansvarsoverføringsskjema sendes. Hjemmesykepleien sender også inn årlig oversikt til legene for å sjekke om doseringene er riktige. Hjemmesykepleien får tilsendt oversikt fra legekantorene også ved behov. Problemer skjer oftest når pasienter skrives ut fra sykehuset. Pasienten har da ofte forandringer på medisinsk kort som ikke fastlegen er informert om. Hjemmebaserte tar ofte kontakt med fastlegen til pasienten for å sjekke hva som er riktig. Det hadde vært ønskelig om fastlegene ble raskere informert fra sykehusene om endringer. Endringer på medisinsk kortene blir lagt inn i legejournal og godkjent av to sykepleiere etter skriftlig informasjon fra fastlegen.

8.4.4.5 Sammenheng og vurdering av felles rutiner for å oppdatere medikamentinformasjonen

Godt over halvparten av små og mellomstore kommuner, og ca halvparten av store kommuner og storbyer, har rutiner for å oppdatere hverandre på medikamenter der hjemmesykepleien har overtatt medisinbehandling. I små kommuner er det en noe større andel kommuner med fastlege som egne næringsdrivende som har slike rutiner, sammenlignet med kommuner med fastlege på fastlønn.

I små kommuner fører hjemmesykepleien f.eks. en reseptbok som en gang i uken går til legekantoret til oppfølging, har varsling i legejournalssystemet på pasienter som hører til hjemmesykepleien, fastleger har regelmessig "visitt" på hjemmesykepleiekantoret, medisinsk kort tas ut fra GERICA og sendes legen for signering, medikamentskjemaer føres elektronisk og lege signerer kopi eller har Multidose med samarbeid med apotek og lege.

I mellomstore kommuner tas det f.eks. utskrift av fast medisinsliste når legen gjør endringer, (men blir dessverre ofte glemt, blant annet fordi man ikke vet hvem som behandles av hjemmesykepleien), ved endring av medisiner fra sykehus får begge

parter epikrise, hvis fastlegen endrer medisiner kontaktes hjemmesykepleien eller at fastlegen har lagt inn i journalen Pop-up som viser at pasienten har medikamentutlevering fra hjemmesykepleien, skriver ut medisinliste fra Gerica - legen signerer og returnerer.

En mellomstor kommune nevner at det viktigste hinder for en kvalitetssikret og oppdatert medikamentliste ikke er kommunikasjon mellom hjemmesykepleie og fastleger, men mellom sykehus og primærhelsetjenesten: "I dag beskriver epikriser kun "medikamenter ved utskrivelse", og denne oversikten trenger man faktisk ikke! Feil oppstår ved at medikamenter ved innleggelse er feil registrert, og ved at endringer ikke beskrives separat. Det epikriser burde spesifisere er: 1) Medikamenter ved innskrivelse, og 2) Medikamentendringer. Både fastlege og hjemmetjeneste vil da enklere kunne registrere, vurdere og kvalitetssikre utskrivelsesmedikasjon, og oppdatere egne medikamentlister."

I store kommuner benyttes f.eks. egne skjema for informasjon fra hjemmetjenesten og fra fastlege (ut fra funnenne i undersøkelsen tyder det på at disse nok ikke blir brukt rutinemessig), prosedyrer for medikamenthåndtering i åpen omsorg som inkluderer medikamentark som signeres ved endring av medisiner. Endringer av medikamenter på sykehus sendes fastlegen for godkjenning. Men gjør fastlegen endring på medikamentdosering, er det mer tilfeldig hvordan hjemmesykepleien får vite dette (Via bruker selv, pårørende, evt per telefon., sjelden brev. Hjemmesykepleien bruker mye ressurser på å sjekke/kontrollere.).

I storbyer benyttes f.eks. multidose med ordinasjoner per faks og post. Ved behov for hurtige endringer bes alltid om bekreftelse per faks. Det tar fremdeles lang tid før fastleger får endringer etter sykehusinnleggelser. Hjemmebaserte tjenester tar ofte kontakt med fastlegen til pasienten for å sjekke hva som er riktig.

Vurdering

Det er en tendens til at det er vesentlig bedre rutiner for oppdatering av medikamentkortene i de minste kommunene. I de største kommunene er det tegn til at det er hjemmesykepleien som har tatt ansvaret for å oppdatere legene ved endringer gjort av legevakt og ved innleggelser i sykehus. Gode rutiner er mangelfulle, til dels fraværende i mange kommuner, spesielt i store kommuner.

8.4.5 Hjemmebesøk

8.4.5.1 Kommunelegenes svar– om fastleger reiser på hjemmebesøk

I små og mellomstore kommuner drar fastlegen alltid, eller som oftest, på hjemmebesøk på anmodning fra omsorgstjenesten utenom ved øyeblikkelig hjelp, dødsfall og tvangsinnleggelser i henholdsvis 69,5 % (n=36) og 66,7 % (n=36) av kommunen. I store kommuner og storbyer drar fastleger alltid på hjemmebesøk i henholdsvis 30,6 % og 16,7 % av kommunene.

Samtlige spurte store kommuner (n=4) oppgir at fastlegen drar på hjemmebesøk på anmodning fra omsorgstjenesten av og til, mens det i storbyene (n=5) varierer mellom som oftest og av og til.

Hjemmebesøk i små kommuner – fastlønn eller næringsdrivende

I små kommuner drar fastlegene alltid eller som oftest på hjemmebesøk på anmodning fra omsorgstjenesten i 66,6 % (n=12) og 61,6 % (n=13) av kommunene med henholdsvis fastlønnede og egne næringsdrivende fastleger. I 8,3 % av fastlønnskommunene drar fastlegene aldri på hjemmebesøk på anmodning fra omsorgstjenesten.

8.4.5.2 Omsorgstjenestenes svar – om fastleger drar på hjemmebesøk

I små og mellomstore kommuner drar fastlegen alltid, eller som oftest, på hjemmebesøk på anmodning fra omsorgstjenesten utenom ved øyeblikkelig hjelp, dødsfall og tvangsinnleggelse i henholdsvis 45,8 % (n=48) og 20,4 % (n=44) av kommunene. I store kommuner og storbyene er det ingen kommuner hvor fastleger alltid drar på hjemmebesøk.

I mellomstore kommuner, store kommuner og storbyene drar fastlegene på hjemmebesøk av og til i henholdsvis 70,5 %, 69,2 % og 100 % av kommunene.

I små kommuner, mellomstore kommuner, store kommuner og storbyene drar fastleger aldri på hjemmebesøk i henholdsvis 18,8 %, 9,1 %, 0 % og 0 % av kommunene.

Hjemmebesøk i små kommuner – fastlønn eller næringsdrivende

I små kommuner drar fastlegene alltid eller som oftest på hjemmebesøk på anmodning fra omsorgstjenesten i 40 % av kommunene med fastlønnede og egne næringsdrivende fastleger. I 20 % av fastlønnskommunene og 10 % av kommuner med egne næringsdrivende fastleger drar fastlegene aldri på hjemmebesøk på anmodning fra omsorgstjenesten.

8.4.5.3 Kommunelegenenes svar – drar legevakt på hjemmebesøk på anmodning fra omsorgstjenestene

I små, mellomstore og store kommuner drar legevakten alltid eller som oftest på hjemmebesøk på anmodning fra omsorgstjenesten utenom ved øyeblikkelig hjelp, dødsfall og tvangsinnleggelse i henholdsvis 38,4 % (n=26), 28,5 % (n=28) og 50 % (n=4) av kommunene. I storbyene (n=5) drar legevakten av og til eller aldri på slike hjemmebesøk i henholdsvis 60 % og 40 % av storbyene.

Legevakt i små kommuner – fastlønn eller næringsdrivende

I små kommuner drar legevakten alltid eller som oftest på hjemmebesøk på anmodning fra omsorgstjenesten i 44,4 % og 33,3 % av kommunene med henholdsvis fastlønnede (n=9) og egne næringsdrivende (n=9) fastleger. I 22,2 % og 44,4 % av kommuner med henholdsvis fastlønnede og egne næringsdrivende fastleger drar legevakten aldri på hjemmebesøk på anmodning fra omsorgstjenesten.

8.4.5.4 Omsorgstjenestenes svar – drar legevakt på hjemmebesøk på anmodning fra omsorgstjenestene

I små kommuner, mellomstore kommuner, store kommuner og storbyer drar legevakten alltid eller som oftest på hjemmebesøk på anmodning fra omsorgstjenesten utenom ved øyeblikkelig hjelp, dødsfall og tvangsinnleggelser i henholdsvis 19,5 % (n=36), 19,4 % (n=36), 15,4 % (n=13) og 46,7 % (n=15) av kommunene. I disse kommunene drar legevakten aldri på slike hjemmebesøk i henholdsvis 27,8 %, 25,0 %, 46,2 % og 40 % av kommunene.

Legevakt i små kommuner – fastlønn eller næringsdrivende

I små kommuner drar legevakten alltid eller som oftest på hjemmebesøk på anmodning fra omsorgstjenesten i 14,3 % og 11,1 % av kommunene med henholdsvis fastlønnede (n=7) og egne næringsdrivende (n=9) fastleger. I 28,6 % og 44,4 % av kommuner med henholdsvis fastlønnede og egne næringsdrivende fastleger drar legevakten aldri på hjemmebesøk å anmodning fra omsorgstjenesten.

8.4.5.5 Kommunelegenes svar - responstid for fastlege for å dra på hjemmebesøk

I over halvparten av små kommuner drar fastleger på hjemmebesøk samme dag, mens de i over halvparten av mellomstore og store kommuner drar på hjemmebesøk i løpet av 1 til 3 dager og i storbyene i løpet av 4 til 7 dager (Tabell 17).

Tabell 17 Hvor snart kan de fleste FL dra på hjemmebesøk på anmodning fra OT (n=antall kommuner)

	Samme dag	I løp av 1-3d	I løp av 4-7d	n
Små kommuner	52,9 %	41,2 %	5,9 %	34
Mellomstore kommuner	20,7 %	75,9 %	3,4 %	29
Store kommuner	33,3 %	66,7 %	0 %	3
Storbyene	0 %	25,0 %	75,0 %	4

Responstid i små kommuner – fastlønn eller næringsdrivende

I små kommuner med fastleger på fastlønn (n=11) og som egne næringsdrivende (n=12) drar fastleger på hjemmebesøk alltid eller som oftest på anmodning fra omsorgstjenesten samme dag i 63,6 % og 33,3 % av kommunene og i løpet av 1 - 3 dager i 36,4 % og 50 % av kommunene.

8.4.5.6 Omsorgstjenestenes svar - responstid for fastleger for å dra på hjemmebesøk

Majoriteten av fastlegene drar på hjemmebesøk i løpet av 1-3 dager i alle kommunene (Tabell 18). I små kommuner drar fastlegene på besøk samme dag i en større andel kommuner

Tabell 18 Hvor snart kan de fleste FL dra på hjemmebesøk på anmodning fra OT

Samme dag	I løp av 1-3d	I løp av 4-7d	> 7 dager	Total
-----------	---------------	---------------	-----------	-------

Små kommuner	28,9 %	57,9 %	13,2 %	0 %	38
Mellomstore kommuner	12,8 %	64,1 %	20,5 %	2,6 %	39
Store kommuner	15,4 %	53,8 %	30,8 %	0 %	13
Storbyene	0 %	61,1 %	38,9 %	0 %	18

Responstid i små kommuner – fastlønn eller næringsdrivende

I små kommuner drar de fleste fastlegene på hjemmebesøk på anmodning fra omsorgstjenesten samme dag i 37,5 % og 14,3 % og i løpet av 1 - 3 dager i 50 % og 71,4 % av kommunene med henholdsvis fastlønnede (n=8) og egne næringsdrivende (n=7) fastleger.

8.4.5.7 *Sammendrag og vurdering av hjemmebesøk*

Kommuneleger oppgir at i to tredeler og i litt under av halvparten av små og mellomstore kommuner henholdsvis drar fastlege og legevakt alltid, eller som oftest, på hjemmebesøk på anmodning fra omsorgstjenesten utenom ved øyeblikkelig hjelp, dødsfall og tvangsinnleggelse. Ingen store kommuner oppgir at fastlege alltid eller som oftest drar på hjemmebesøk, mens halvparten av disse kommunene oppgir at legevakten alltid eller som oftest drar på hjemmebesøk. I storbyer darr fastlege alltid eller som oftest på hjemmebesøk like ofte som i små og mellomstore kommuner, mens ingen storbyer oppgir at legevakten alltid eller som oftest drar på hjemmebesøk.

I følge omsorgstjenesten er det litt under halvparten av sonene i små kommuner, ca hver tredje sone i mellomstore og store kommuner der fastlegen alltid eller som oftest drar på hjemmebesøk. Legevakten drar alltid eller som oftest på hjemmebesøk i sonene i hver femte små, mellomstore og store kommuner. Ingen soner i storbyer oppgir at fastleger alltid eller som oftest drar på hjemmebesøk, mens halvparten av sonene oppgir at legevakt alltid eller som oftest drar på hjemmebesøk..

Det er ingen forskjell på frekvensen av hjemmebesøk i små kommuner med fastleger på fastlønn og kommuner med fastleger som egne næringsdrivende.

Responstid

Kommuneleger oppgir at i over halvparten av små kommuner drar fastleger alltid på hjemmebesøk samme dag, mens de i over halvparten av mellomstore og store kommuner drar i løpet av 1 til 3 dager og i storbyene i løpet av 4 til 7 dager. I følge omsorgstjenesten drar fastlege alltid på hjemmebesøk i over halvparten av små kommuner, mellomstore kommuner, store kommuner og storbyer i løpet av 1-3 dager.

I små kommuner med fastleger på fastlønn drar legene alltid eller på hjemmebesøk samme dag betydelig raskere enn i kommuner med egne næringsdrivende fastleger.

Vurdering

Det er en tydelig trend i retning av at responstiden øker med kommunestørrelsen, og at det er lettere å få en vurdering av pasientene, både av fastlege og legevakt, i eget hjem i de minste kommunene.

Dess større kommunene er, dess vanskeligere er det å få fastlegen til å foreta hjemmebesøk, og evt. hjemmebesøk skjer da gjerne etter flere dagers ventetid. Omsorgstjenestene velger derfor i mange situasjoner å benytte legevakt.

8.4.6 Legetjenester og samarbeidsrutiner mellom fastleger og hjemmetjenesten om eldre og kronisk syke

8.4.6.1 Legetjenester og samarbeidsrutiner i følge kommuneleger

I følge kommuneleger benyttes fastleger som oftest av kommunene til personer med heldøgns omsorgstjenester utenfor sykehjem (Tabell 19). Mellom hver tiende og hver femte kommune benytter legevakt og omtrent like stor andel av kommunene oppgir at de benytter både fastlege og legevakt. Til eldre i bofellesskap/omsorgsboliger med personalbase benytter kommunene egen tilsynslege og fastlege omtrent like ofte.

I følge kommuneleger har fastleger i 60 % eller mer av kommunene samarbeidsrutiner med hjemmetjenesten om eldre, psykiatriske pasienter og psykisk utviklingshemmede. Halvparten av kommunene oppgir at fastleger har samarbeidsrutiner med hjemmetjenesten om rusmisbrukere og andre yngre funksjonshemmede.

Tabell 19 Prosent av kommuner med ulike legetjenester rettet mot med heldøgns omsorgstjeneste i følge kommuneleger. (TL=Egen tilsynslege, FL=Fastlege, LV=Legevakt)

Boliger uten personalbase	Legetjenester som benyttes oftest					n	Samarbeidsrutiner FL og HTj		
	TL	FL	LV	FL og LV	TL og FL eller TL og LV		Ja	Ja og Nei	n
Eldre		79,4	7,9	11,1	1,6	63	72,9	1,7	59
Psykiatriske pasienter		81,1	5,7	13,2	0	53	68,1	2,1	47
Psykisk utviklingshemmede		83,0	8,5	8,5	0	47	65,9	0	41
Rusmisbrukere		80,8	3,8	15,4	0	26	45,0	0	20
Andre yngre funksjonshemmede		90,0	0	10	0	30	55,6	3,7	27
Bofellesskap/omsorgsboliger uten personalbaser									
Eldre	4,5	75,0	4,5	13,6	2,4	44	62,2	2,7	37
Psykiatriske pasienter	2,9	79,4	5,9	11,8	0	34	66,7	4,2	24
Psykisk utviklingshemmede	0	74,1	7,4	18,5	0	27	63,2	0	19
Rusmisbrukere	7,1	71,4	0,0	21,3	0	14	50,0	0	8
Andre yngre funksjonshemmede	5,3	73,7	0,0	21,0	0	19	57,1	7,1	14
Bofellesskap/omsorgsboliger med personalbaser									
Eldre	30,5	39,0	3,4	15,3	11,8	61	70,5	4,5	44
Psykiatriske pasienter	6,8	65,9	4,5	20,5	2,3	44	62,2	2,7	37
Psykisk utviklingshemmede	7,8	65,6	7,8	15,6	3,2	64	62,7	0	51
Rusmisbrukere	6,3	62,5	12,5	18,7	0	16	46,2	0	13
Andre yngre funksjonshemmede	8,8	61,8	8,8	20,6	0	31	56,0	8,0	25
Evt andre institusjoner (f.eks. rus)	11,1	66,7	11,1	11,1	0	3	37,5	0	8
Personer uten fast bosted	0	75,0	25,0	0	0	4	0	25,0	3

8.4.6.2 Legetjenester og samarbeidsrutiner i følge omsorgstjenester

I følge omsorgstjenesten benyttes fastleger som oftest til personer med heldøgns omsorgstjenester utenfor sykehjem (Tabell 20). Mindre enn 5 % av sonene benytter legevakt, og mellom 5 % og 16,7 % oppgir at de benytter både fastlege og legevakt. Til eldre i bofellesskap/omsorgsboliger med personalbase benytter kommunene egen tilsynslege i hver sjettede kommune og fastlege i 2 tredeler av kommunene.

I følge omsorgstjenesten har fastleger i over halvparten av sonene samarbeidsrutiner med hjemmetjenesten om alle brukere med unntak av rusmisbrukere og andre yngre funksjonshemmede i bofellesskap/omsorgsboliger uten personalbaser.

Tabell 20 Prosent av kommuner med ulike legetjenester rettet mot med heldøgns omsorgstjeneste i følge omsorgstjenestene (TL=Egen tilsynslege, FL=Fastlege, LV=Legevakt)

Boliger uten personalbase	Legetjenester som benyttes oftest					n	Samarbeidsrutiner FL og HTj		
	TL	FL	LV	FL og LV	TL og FL eller TL og LV		Ja	Ja og Nei	n
Boliger uten personalbase									
Eldre		87,3	2,8	8,5	0	70	65,3	0	72
Psykiatriske pasienter		89,2	2,7	8,1	0	37	58,8	0	34
Psykisk utviklingshemmede		96,8	0	3,2	0	31	59,3	0	27
Rusmisbrukere		84,0	4,0	12,0	0	25	50,0	0	22
Andre yngre funksjonshemmede		91,7	0	8,3	0	24	54,2	0	24
Bofellesskap/omsorgsboliger uten personalbaser									
Eldre	0	83,3	3,7	11,1	1,9	54	57,4	4,3	47
Psykiatriske pasienter	0	75,0	4,2	16,7	4,2	24	64,7	5,9	17
Psykisk utviklingshemmede	0	95,0	0	5,0	0	20	55,6	5,6	18
Rusmisbrukere	7,7	84,6	0	7,7	0	13	40,0	10,0	10
Andre yngre funksjonshemmede	0	91,7	0	8,3	0	12	33,3	11,1	9
Bofellesskap/omsorgsboliger med personalbaser									
Eldre	14,5	63,6	3,6	5,5	12,7	55	62,5	0	40
Psykiatriske pasienter	3,6	78,6	3,6	10,7	3,6	28	61,9	4,8	21
Psykisk utviklingshemmede	0	83,3	3,7	11,1	1,9	54	51,3	2,6	39
Rusmisbrukere	0	85,7	0	14,3	0	7	50,0	0	4
Andre yngre funksjonshemmede	0	81,0	4,8	9,5	4,8	21	52,4	0	21
Evt andre institusjoner (f.eks. rus)	0	100	0	0	0	4	33,3	0	3
Personer uten fast bosted	0	100	0	0	0	3	0	0	3

8.4.6.3 Sammendrag og vurdering av legetjenester og samarbeidsrutiner

I de aller fleste kommunene benyttes fastleger som oftest av kommunene til personer med heldøgns omsorgstjenester utenfor sykehjem. I følge kommunelegene benytter mellom hver tiende og hver femte kommune legevakt eller både fastlege og legevakt, mens omsorgstjenesten oppgir at legevakt eller både fastlege og legevakt og benyttes sjeldnere.

Til eldre i bofelleskap/omsorgsboliger med personalbase benytter kommunene i følge kommunelegene egen tilsynslege og fastlege omtrent like ofte, mens omsorgstjenesten oppgir at egen tilsynslege benyttes sjeldnere enn fastlege.

Vurdering

Det virker som om kommunelegene i mange kommuner ikke kjenner til hvordan legetjenestene overfor ulike målgrupper er organisert i en del kommuner.

Undersøkelsen kan tyde på at fastlegenes rolle/ansvar i forhold til personer med omfattende omsorgsbehov utenfor institusjon er uklar både for legene selv og omsorgstjenestene. Det kan virke som om, spesielt brukere med vedtak om heldøgns omsorg i egne hjem/omsorgsbolig,, ikke får tilfredsstillende samordning mht sine helse- og omsorgsbehov.

8.5 Samarbeid mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten

Svarkategoriene meget godt og godt er slått sammen til godt og svarkategoriene mindre godt og intet samarbeid er slått sammen til mindre godt.

8.5.1 Kommunelegenes svar på samarbeidet mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten

I følge kommunelegene fungerer samarbeidet mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten om eldre godt i mer enn 75 % av kommunene i alle utvalgene (Tabell 21). Samarbeidet fungerer mindre godt i hver femte mellomstor kommune og storby.

Samarbeidet om psykisk utviklingshemmede og psykiatriske pasienter fungerer godt i henholdsvis minst to tredeler og tre fjerdedeler av små, mellomstore og store kommuner og godt i halvparten av storbyer.

Samarbeidet om rus varierer fra godt i en fjerdedel av storbyer til godt i alle store kommuner.

Samarbeidet om andre yngre funksjonshemmede fungerer godt i mer enn 66,7 % av kommunene i alle utvalgene.

Tabell 21 Kommunelegenes vurdering av hvordan samarbeidet fungerer mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten om personer med kommunale omsorgstjenester utenfor sykehjem. n er antall kommuner.

	Små kommuner			Mellomstore kommuner			Store kommuner			Storbyer		
	Godt	Mindre godt	n	Godt	Mindre godt	n	Godt	Mindre godt	n	Godt	Mindre godt	n
Eldre	97,0	3,0	33	82,4	17,6	34	100	0	4	75,0	25,0	4
Psykisk utviklingshemmede	73,5	26,5	34	63,6	36,4	33	75,0	25,0	4	50,0	50,0	4
Psykiatriske pasienter	81,3	18,8	32	75,8	24,2	33	100	0	4	40,0	60,0	5
Rus	68,8	31,3	32	51,6	48,4	31	100	0	4	25,0	75,0	4
Andre yngre funksjonshemmede	92,6	7,4	27	77,8	22,2	27	100	0	4	66,7	33,3	3

Samarbeid - i små kommuner – fastlønn eller næringsdrivende

I små kommuner samarbeider fastleger og spesialisthelsetjenesten godt om eldre, rus og andre yngre funksjonshemmede i omtrent alle små kommuner med fastlønnede og egne næringsdrivende fastleger.

I små kommuner samarbeider fastleger og spesialisthelsetjenesten godt om psykisk utviklingshemmede i 60 % og 84,6 % av kommunene med henholdsvis fastlønnede (n=10) og egne næringsdrivende (n=13) fastleger. Samarbeidet er mindre godt i henholdsvis 20,0 % og 15,4 % av kommunene.

I små kommuner samarbeider fastleger og spesialisthelsetjenesten godt om psykiatriske pasienter i 88,9 % og 66,7 % av kommunene med henholdsvis fastlønnede (n=9) og egne næringsdrivende (n=12) fastleger.

8.5.2 Omsorgstjenestenes svar på samarbeidet mellom omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten

I følge omsorgstjenestene fungerer samarbeidet med spesialisthelsetjenesten om eldre godt i 54,4 % av sonene/enhetene i store kommuner til 94,1 % i storbyer.

Samarbeidet om psykisk utviklingshemmede er godt i 62,5 % av sonene/enhetene i store kommuner til 79,2 % i mellomstore kommuner.

Samarbeidet om psykiatriske pasienter er godt i 54,5 % av sonene/enhetene i store kommuner til 78,9 i små kommuner.

Samarbeidet om rus er godt i 22,2 % av sonene/enhetene i store kommuner til 68,2 % i små kommuner.

Samarbeidet om andre yngre funksjonshemmede er godt i 75 % av sonene/enhetene i store kommuner til 100 % i storbyer.

Tabell 22 Omsorgstjenestenes vurdering av hvordan samarbeidet fungerer mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten om personer med kommunale omsorgstjenester utenfor sykehjem. n er antall soner i kommunene.

	Små kommuner			Mellomstore kommuner			Store kommuner			Storbyer		
	Godt	Mindre godt	n	Godt	Mindre godt	n	Godt	Mindre godt	n	Godt	Mindre godt	n
Eldre	87,2	12,8	39	81,0	19,0	42	54,5	45,5	11	94,1	5,9	17
Psykisk utviklingshemmede	78,8	21,2	33	79,2	20,8	24	62,5	37,5	8	70,0	30,0	10
Psykiatriske pasienter	78,9	21,1	38	76,5	23,5	34	54,5	45,5	11	69,2	30,8	13
Rus	68,2	31,8	22	58,6	41,4	29	22,2	77,8	9	54,5	45,5	11
Andre yngre funksjonshemmede	85,7	14,3	21	80,0	20,0	25	75,0	25,0	8	100	0	8

Samarbeid – eldre - i små kommuner – fastlønn eller næringsdrivende

I følge omsorgstjenesten fungerer samarbeidet mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten om eldre godt i 100 % og 77,8 % av sonene i små

kommuner med henholdsvis fastlønnede (n=9) og egne næringsdrivende (n=9) fastleger.

I alle kommuner med fastlønnede leger var samarbeidet om psykisk utviklingshemmede godt i 100 % og 66,6 % av små kommuner med henholdsvis fastlønnede (n=8) og egne næringsdrivende fastleger (n=9).

Samarbeidet om psykiatriske pasienter er godt i 77,8 % av små kommuner med fastlege på fastlønn (n=9) og som egne næringsdrivende (n=9).

Samarbeidet om rus er godt i 66,7 % og 60 % av små kommuner med fastleger på fastlønn (n=6) og som egne næringsdrivende (n=5).

Samarbeidet om andre yngre funksjonshemmede er godt i henholdsvis 100 % og 75 % av små kommuner med fastleger på fastlønn (n=6) og som egne næringsdrivende (n=4).

8.5.3 Sammenheng og vurdering av samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

Kommuneleger og omsorgstjenesten oppgir at samarbeidet mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten om eldre, psykisk utviklingshemmede, psykiatriske pasienter og andre yngre funksjonshemmede er meget godt i ca hver sjette småkommune. Samarbeidet om rus er meget godt i en liten andel (6 %) småkommuner og i ca hver fjerde storkommune.

Samarbeidet om eldre, psykisk utviklingshemmede, psykiatriske pasienter og andre yngre funksjonshemmede brukergrupper er godt i halvparten eller mer av små, mellomstore og store kommuner. I halvparten av storbyene er samarbeidet godt om eldre, psykisk utviklingshemmede og andre yngre funksjonshemmede mens samarbeidet om psykiatriske pasienter og rus er godt i under halvparten av storbyer.

Samarbeidet mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten om eldre er mindre godt i ca hver femte mellomstor kommune og storby. Omsorgstjenesten oppgir at samarbeidet er mindre godt i nær halvparten av sonene i store kommuner, ca hver åttende små og mellomstor kommune og kun i en liten andel (5,9 %) av sonene i storbyer. Samarbeidet er også mindre godt om psykisk utviklingshemmede, varierende fra mindre godt i ca hver femte små kommune til mindre godt i halvparten av storbyer. Det er mindre godt samarbeid om psykiatriske pasienter i hver femte små og mellomstor kommune og over halvparten av storbyer. Omsorgstjenesten oppgir at det er mindre godt samarbeid om psykiatriske pasienter i sonene i kommunene, varierende fra hver femte små kommune til nær halvparten av store kommuner.

Vurdering

Det er forskjeller på hvordan omsorgstjenestene og fastlegene beskriver samarbeidet mellom kommunehelsetjenestene og spesialisthelsetjenesten. Det er vært å merke seg at samarbeidet tilsynelatende fungerer dårligst i mellomstore og store kommuner, spesielt ser dette ut til være tilfellet innen rus- og psykiatriområdet. Jevnt over tyder undersøkelsen på at det er et forbedringspotensial mht samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten innen alle de områder som omfattes av denne

undersøkelsen. Imidlertid ser det ut som om samarbeidet rundt den eldre pasient fungerer bedre enn for de andre målgruppene.

8.6 Utsagn om samhandlingen mellom legetjenesten/fastlegene, omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten og pasientgrupper med spesielle utfordringer

8.6.1 Samarbeid fastleger og spesialisthelsetjenesten

8.6.1.1 Kommuneleger - direkte siterte utsagn om samarbeid fastleger og spesialisthelsetjenesten

Små kommuner

- I hovedsak fungerer det bra. For enkelte felt uklar ansvarsfordeling etter Heleseforetak-reformen. Litt uklart om kven som har ansvar (Helse Fonna/Helse Bergen) under Helse Vest. Tidlegare ofte brukt spesialiteteter i Bergen, men no henvist til Helse Fon
- Blir ofte tatt en telefon. Kjenner jo de fleste spesialistene godt.

Mellomstore kommuner

- Legene møter ikke opp på samarbeidsmøter på dagtid med spesialisthelsetjenesten. Vanskelig å få legene til å skrive gode søknader til spesialisthelsetjenesten, resultatet er at pasienten ikke får nødvendig undersøkelse og behandling.
- Psykiatri: Månedlig oppsatte møter mellom fastleger og psykiater fra DPS benyttes i for liten grad. Utskrivning og epikriser: Epikrise fra psykiatrien kommer for seint. I enkeltsaker har fastlege og behandlende spesialist i psykiatrisk poliklinikk tett og meget godt samarbeid. Der Individuell Plan medfører jevnlig møter, er kontakten god. Mindre samarbeid direkte med Akuttavdeling, spes. mangelfullt ved utskrivelser. Tilgang på akutt innleggelse er god.
- Rus: Liten kapasitet i spesialisthelsetjenesten, lite repertoar for klinikkopphold og poliklinikk. Lett for at pasienter "glipper" også pga. svak motivasjon fra pasienter. Er avhengig av at Sosialtjenesten holder kontinuiteten for disse. Spes.helsetjenesten uteblir ofte fra Individuell Plan-oppfølgning etter utskrivelse fra klinikkopphold. Ved planlegging av individuelle pasientforløp i tiltak som innbefatter både 1.- og 2.-linjen, er samarbeidet godt. LAR har en god del kommunikasjon omkring sine, det tar mye tid for fastlegene det første året spesielt, kan ikke ha mange på hvert legekantor.
- Eldre: Utredningshjelp ved geriater ved St.Olavs Hospital lett tilgjengelig. Omsorgsplanlegging kun lokalt.
- Psykisk utviklingshemmede: meget godt samarbeid med HAB-tjenesten (eget samarbeidsutvalg m/admin. i komm.). Samarbeidet gjør oss godt rustet for omsorgsoppgavene.
- Andre yngre funksj.hemmede: Barneklubben og Trondsletten (Barnehabiliteringssenter) tilbyr tverrfaglig oppfølging i samråd med omsorgstjenestene, men epikriser blir ikke alltid sendt til fastlege. Relativt få møteinnkallelser fra spesialisthelsetjenesten til fastleger om individuelle oppfølgingsplaner. Barna er godt innarbeidet i spesialisthelsetjenesten før

fastlegen blir kjent med dem. Helsesøster er mer i kontakt og er bedre orientert underveis.

Store kommuner

- Ikke formalisert (fast). Vedr. rus - organiseres rundt ansvarsgrupper, oftest vedr. LAR-beh.
- Varierende fra lege til lege, enhet til enhet, gruppe til gruppe. Varierende fra meget godt til nokså godt, en sjelden gang mindre godt.

Storbyer

- Ad Hoc-samarbeid om oppfølging av enkeltpasienter

8.6.1.2 Omsorgstjenester - direkte siterte om samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Små kommuner

- Samarbeid knytter seg til "tunge" brukere som skal hjem til kommunen. Samarbeidet fungerer greit.
- Samarbeidet fungerer jevnt over godt. Psykisk utviklingshemma har vi regelmessig oppfølging frå vaksnehabiliteringa. Fast legen vert trekt inn etter individuell vurdering. Demente pasientar har vi godt samarbeid med psykogeriatrisk avdeling. Kreftpasientar får god oppfølging i samarbeid med palliativ avdeling. Øvrige avdelingar er det sporadisk samhandling med, samarbeidet er jevnt over godt, men vi merker til tider presset på tenester frå alle kantar. Det er inngått skriftelege rutiner for samhandling mellom Sjukehuset Telemark og Kommunen
- Samarbeidet oppleves stort sett bra, men siste år er vår erfaring at:
 - Behov for teneste meldes til hj.teneste før pas.behov er kartlagt i sykehus.
 - Det blir ikkje meldt om overflyttingar mellom sjukehus og sjukehusavdelingar.
 - Ofte ikkje samsvar mellom melding og pas. reelle behov etter heimkomst.
 - Fleire reinnleggelsar p.g.a. svært tidleg utskriving til heimen.
 - Større behov for korttids /rehab.plass / ferdig behandling i institusjon p.g.a. svært tidleg utskriving til heimen.
- Vi opplever at det er bedre samarbeid mellom omsorgtj og spesialisttjenesten, enn det er mellom fastlege og spesialisttj. Fordi vi er nærmere pas., har derfor større oversikt over når pas skal til spesialist – og vi tar kontakt med spesialist. Fastlegen har ikke noe å forholde seg til før de får epikrise fra spesialisttj. – noe som kan ta flere uker!!

Mellomstore kommuner

- Spesialisthelsetjenesten er lokalisert til omkringliggende store kommuner. Det er ofte dårlig kommunikasjon og den har ofte et preg av bestilling/oppdrag fra spesialisthelsetjenesten. Henvendelser i forbindelse med utskrivinger kommer ofte sent, inntil samme dag som utskriving finner sted.
- I hovedsak bra samarbeid med sykehus. Hender at vi ikke får meldt pasienter når de kommer hjem fra sykehus. Det hender også at det ikke er sårutstyr

eller resepter med pasienten når de kommer hjem i løpet av en helg for eksempel. Godt samarbeid med alderspsykiatrisk avdeling Aker.

- Mindre bra samarbeid/kontakt med sykehus, skjønt rutiner skal være i orden., men fungerer ikke etter avtale.
- Samarbeidet kunne vært bedre. Men alle parter har mykje å gjøre. Eg trur det er grunnen til at eg vurderer det som mindre godt.
- Spesialisthelsetjenesten er ofte god til å gi tilbakemeldinger og god informasjon til omsorgstjenesten. De er lette å få med på samarbeidsmøter, men har ikke alltid forståelse for hvordan kommunehelsetjenesten fungerer.

Store kommuner

- De stiller bra opp når det trengs, men gir dårlig tilbakemelding på sine spesielle vurderinger etter undersøkelse.
- For hjemmetjenesten er dette mest aktuelt når bruker kommer fra sykehus. Hvis disse ikke har vært innom lokalsykehus eksisterer det nærmest intet samarbeid. Hvis det er noe, er det fra sak til sak.
- Ang. medisinske forhold må det gjøres henvisning fra fastlege. Ved hjemkomst fra sykehus får hj.spl. Rapport gjennom utskrivningsbrev fra legen. Det kan gå lang tid før fastlegen får epikrise og er oppdatert. For eksempel på behandling og medisinering. Gir oss en del merarbeid. Kommunen har bestiller/utfører modell og rutiner for tildeling av tjenester, faste samarbeidsrutiner m/spesialisthelsetjenesten som fungerer rimelig bra.
- Samarbeidet mellom distriktspsyk. sentra og hjemmetjenesten kan bedres, spesielt gjelder dette planlegging av utskrivning, Individuelle Planer, oppretting/vedlikehold.
- Ikke gjort klare avtaler mellom fastlege og 2. linjetjenester om oppfølging/kontroll etter behandling - avtaler burde vært gjort før utskrivelse fra sykehus.

Storbyer

- Det gjennomføres samarbeidsmøter og ansvarsgruppemøter ift enkelte brukerne. Det oppleves noen ganger som at andrelinjetjenesten forskyver, mer enn faglig sett bør, til førstelinjetjenesten. Dette gjelder spesielt brukere med stor grad av psykiske lidelser.
- God kontakt med 2.linjetjenesten ang. somatikken. Når det gjelder psykiatri har vi opp til nå hatt god kontakt, men pga omorganisering er det for tiden litt uklart.
- Vi har variert kvalitet på samarbeidet med sykehus, spesielt i utskrivnings samhandling kan kvaliteten være slett. dvs. at det mangler papirer, og resepter eller at pasienten ikke kommer til avtalt tid. Samhandling i forhold til selve behandlingen er ok. Samhandling med psykiatri og geriatri helsetj. fungerer bedre.
- Samarbeid ifht. psykiatri. Veiledning fra spesialisthelsetjenesten til hjemmetjenesten i mer komplekse saker og hvor det er viktig med samkjøring for å søke å oppnå best mulig resultat/tjenestetilbud/oppfølging ifht. bruker.
 - Møter i hjemmet.
 - Skriftlig henvisning fra Forvaltningskontor
 - Skriftlig henvisning pr.brev /epikrise
 - Tlf. samtaler

8.6.2 Samhandling mellom legetjenesten og omsorgstjenesten

8.6.2.1 Kommuneleger - direkte siterte utsagn om samhandling mellom legetjenesten og omsorgstjenesten

Små kommuner

- Samarbeid med Pleie-omsorg-tjenester fungerer pga regelmessig visitter 2 ganger hver uke og innimellom ved behov via telefon eller sykebesøk.
- Korte fysiske avstander, liten kommune, gjør samarbeidet og oversikten enklere. Personene som jobber sammen blir godt kjent - gir kreative tanker og kreative løsninger.

Mellomstore kommuner

- Det har vært tilfeldig enkeltvise kontakter i akutte situasjoner, ikke langsiktig felles samhandling. Dette bedres nå.
- Det er påfallende forskjell mellom personer. I de fleste tilfeller er dette greitt og uformelt/fiksjonsløst, mens med andre leger går det tyngre. Bedre organisering ville neppe ha bedret dette. Resultatet er avhengig av velvilje fra legene, og den finnes stort sett, men ikke alle steder.
- Godt: Lav terskel for direkte kommunikasjon om enkeltpasienter. Fast oppfølging av heimesjukepleie med legekonsulent kvar mnd. Dårlig: mangelfulle etablerte rutiner, under planlegging og utvikling.
- Samhandlingen fungerer i det store og hele godt. Fastlegene har hovedansvaret for sine pasienter og følger opp det som er nødvendig. Løpende tilbakemelding ved avvik.

Store kommuner

- Dårlig: Legene møter ikke på fellesmøter, plan- og strategimøter. Godt: Deltakelse i ansvarsgrupper, samarbeid muntlig, telefon og telefaks om den enkelte pasient. Godt engasjement i LAR.
- Jeg tror det er store forskjeller i hvor stor grad fastlegen prioriterer hjemmeboende dårlige/dvs. drar i sykebesøk. Samhandlingen ellers er god, mener jeg, men kommunikasjoner har telefontilgjengelighet som viktigste flaskehals.

Storbyer

- Det er mye bra samhandling, men denne er uforutsigbar/ikke satt i system. Der er det er problemer er det på følgende områder:
 - Vanskelig tilgjengelighet på telefon (hjemmetjenesten er vanskeligst å nå.)
 - Fastleger lite tilgjengelig for hjemmebesøk
 - Problem med samsvar mellom medikamentlister fastleger – hjemmetjeneste
 - Mangelfulle rutiner for tilbakemelding på INR / andre prøvesvar.
 - Mangelfull fagkompetanse i hjemmetjenesten

8.6.2.2 Omsorgstjenester - direkte siterte utsagn om samhandling mellom legetjenesten og omsorgstjenesten

Små kommuner

- Samhandlinga fungerer godt. Utfordringane ligg i periodar utan fast lege dekning. I fjor hadde vi mykje vikarlegar i 7 av året sine tolv månader, dette svekker kvaliteten og for brukarane som ofte har lang sjukehistorie. Frå august har vi fast legedekning og alt fungerer som det skal.
- Samhandling oppleves bra. Legane er serviceinnstilte og er tilgjengelege på telefon og for heimebesøk, følger opp pasientane, samarbeider om oppfølging av pas. med heimetenesta, legane føretek henvendelsar for pasienten. Faste møter med fastlegane ein gong /veke. Samarbeidsmøter mellom pleie og omsorgsavd. og avd.helse kvar andre månad .
- Er aldri samla i fagleg utvikling, kurs eller samarbeid om utvikling av tenesta (dvs. korleis skal vi gjere det i vår kommune?) Dette fungerer svært dårleg. Ikkje vore kommunelege1 i kommunen på mange år. Har til tider hatt stor gjennomtrekk av legar, negativt for samhandling og kontinuitet for pasientane. Blir mykje ekstra arbeid på sjukepleiarane med oppfølging, "passe på", vere tolk for pasientane osv.
- En av legene er svært flink til å følge opp sine pasienter i forhold til å dra på heimebesøk, mens andre aldri har heimebesøk. Dette oppleves vanskelig når en har med svært syke menneske å gjere.

Mellomstore kommuner

- Ingen kommentarer

Store kommuner

- Som oftast foregår samarbeidet ved at omsorgstjenesten kontakter lege, sjelden motsatt. Det er sjelden en lege ringer eller sender oss noe skriv om undersøkelser, medisiner o.a. ifm legebesøk. Som oftast er det greit å få kontakt med legen, men enkelte leger er vanskelig å nå fordi sekretæren "siler" henvendelsene.
- Frustrerende med leger som ofte henviser til legevakt i stedet for å følge opp egne pasienter. Stort sett godt samarbeid, men liten tilbakemelding fra legene.
- Brukere som har fastlege i andre bydeler har vi ingen fast samarbeid med og det er tungvint for hjemmetjenesten når det er den som må bistå til å innhente medisiner, levere prøver til legekontor, følge bruker til lege osv.
- Når vi i hjemmetjenesten kontakter fastlegen får vi som regel snakke med han personlig om brukeren. Legen er lydhør for våre synspunkter og observasjoner. For dårlige prosedyrer som sikrer at legen og hjemmetjenesten har samkjørte medisiner på hver enkelt bruker

Storbyer

- De to legesentrene vi har jevnlig møter med: Her opplever vi et godt samarbeid om brukerne, legene oppleves som støttespillerer for pasientenes beste. Generelt sett er det vanskelig å få snakket med legen selv, all kommunikasjon går via legesekretærene. Noen leger er imidlertid flinke til å ringe tilbake til oss om vi har spørsmål. Vi bruker mye tid på å purre på de fleste legene om medisinendringer, fornying av resepter og henvisninger til spesialister. Dessverre opplever vi at enkelte leger viser svært liten interesse for de eldre brukernes problemområder. Disse legene drar sjelden eller aldri på heimebesøk, og det er vanskelig å få de til å ta tak i brukernes problemer med hensyn til utredning og vurdering av diagnose og medisinering.

- Viljen til samarbeid er tilstede, mangler gode rutiner for samarbeid.
- Den er variabel. Pleie og omsorgstjenesten sliter en del med å få kontakt med, opplysninger og resepter med enkelte fastleger. Dette vanskeliggjør pleie og omsorgstjenestens arbeid, særskilt med tanke på medikamentoppfølging av pasienter.
- Er av den oppfatning at samhandlingen fungerer tilfredsstillende sett i lys av den tid man har til rådighet. Primærlegene er stort sett tilgjengelig for oss når vi har behov. Evt. får vi lagt igjen beskjed til legesekretærene slik at de ringer oss tilbake så snart som mulig. Det vil være viktig at vi er tydelige i forhold til hvor presserende det er å få avklaringer med legen. Haster det så får vi som regel raskt snakke med primærlegen. Når det gjelder legevakt så har vi også god samhandling.
- Godt samarbeid med de 2 legesentrene vi forholder oss mest til i det daglige/ukentlige. De legesentrene som ligger geografisk langt unna – mer tungvint.

8.6.3 Vurdering av svarene om samarbeidet mellom fastlegene og omsorgstjenestene

Vurdering

I de kommuner hvor samarbeidet beskrives som godt fungerende av både legene og omsorgstjenestene, så er det etablert faste møtetidspunkter/areaner. Dess større kommunene er, dess mer etterlyses det faste og klare strukturer både fra kommunelegene og omsorgstjenestene.

Det er en trend i retning av at samarbeidet er omvendt proporsjonal med listestørrelse, kommunestørrelse og sonestørrelse. I små kommuner tar legene et større ansvar for oppfølging, mens i større kommuner er det omsorgstjenestene som er "koordinatoren" både overfor fastlegene og spesialisthelsetjenesten.

Det er en del forhold i denne undersøkelsen som tyder på at samarbeidet mellom fastlegene og omsorgstjenestene ikke fungerer tilfredsstillende i store kommuner og i storbyene.

8.6.4 Pasientgrupper hvor din kommune/soner har spesielle utfordringer om samhandling mellom legene og de kommunale omsorgstjenestene.

8.6.4.1 Kommunelegene - direkte siterte utsagn om pasientgrupper med spesielle utfordringer

Små kommuner

- Psykiatriske pasienter bør prioriteres for å øke deres livskvalitet. Individuell plan/mål.
- Pleie- og omsorgstjenesten vedr. medikamentadm. Pasienter med rusproblemer (mangel på miljøtiltak og knapphet på lokale behandlingsmuligheter)
- Enkelte eldre (og andre) under dårlig sosiale forhold der pas. ikke ønsker hjelp.
- Rus/psykiatri. Utvikling av senil demens.

- Personer/unge med særproblemer som krever særkompetanse (for eksempel autisme/kromosomfeil) får etter min mening et for dårlig tilbud pga desentralisering.
- Funksjonshemmede barn er alltid en stor utfordring.
- Enkelte tilfeller der pleieomsorg mener pas ikke kan ivaretas hjemme, men hvor pas likevel ønsker å være hjemme. Demens og andre typer kognitiv svikt. Svært sjelden hjemmel for bruk av tvang. Gamle og bevegelseshemmede har vanskelig for å komme seg til legen. Avhengig av god kommunikasjon mellom hj.s.pl. og fastlege for riktig oppfølging.

Mellomstore kommuner

- Rus /LAR. Eldre utviklingshemmede med adferdsforstyrrelse.
- Oppfølging av psyk.utv.hemmede i HVPU-boliger med døgnomsorg. Regularitet i oppfølging kan glippe. Psykiatrisk pasienter med alvorlig sykdom som bor hjem hos familie. Noen ggr vanskelig å komme inn(men eg. svært sjelden problemstilling)
- Psykiatri og sosiale tjenester (rus, bolig, økonomistyring)
- Eldre pasienter - omsorgsboliger fungerer som sykehjem
- Psykiatriske pasienter - organisert under sosialtjenesten. Meget tynt medisinsk faglig tilsyn.
- Utviklingen går entydig mot økende hjemmebehandling av alvorlig syke. Dette vil til enhver tid være prioritert nr 1. Samarbeidet med hjemmes.pl. Er godt og skal bli bedre. Tjenesten for Psykisk utv.hemmede er god og den lokale psykiatritjenesten svært god
- Rusmisbrukere - er under utbedring. Asylsøker og flyktninger - sårbar ordning når helsesøster m ansvar er borte.

Store kommuner

- Ingen spesielle grupper
- Ja, nettopp disse dårlige hjemmeboende som vanskelig kommer til legekantoret. Det er også vansker med problemet om at alle hjelpeinstanser skal være oppdatert på medisinliste - ettersom pasienten beveger seg mellom behandlingssteder /legevakt, sykehus, allmennleger)
- Kronisk syke. Sammensatte lidelser. Psykiatri.

Storbyer

- Etter mitt skjønn er det bekymringsfullt manglende oppfølging av hjemmeboende, stort sett eldre pasienter. Særlig gjelder dette pasienter med medikamentell behandling, som i alt for dårlig grad følges opp mht kontinuerlig oppfølging. Mange fastleger har ingen eller dårlige rutiner. Det samme gjelder deres medhjelpere i hjemmetjenesten med mangelfulle tilbakemeldinger.
- Yngre brukere < 67år trenger tett oppfølging og har oftere behov for endringer. Her har vi utfordringer når det gjelder legekontakt. Rus/psykiatri. Psykiatriske pasienter med fysisk tilleggsproblematikk.
- Psykiatriske pasienter
- For de utviklingshemmede.

8.6.4.2 Omsorgstjenester – direkte siterte utsagn om pasientgrupper med

spesielle utfordringer

Små kommuner

- Aldersdemente. Asyl mottaket.
- Ved utarbeidelse av IP til personer ved spesielle behov eks psykiatriske pasienter.
- Det er spesielt ei utfordring å få til samhandling om pasientar som mottak heimesjukepleie. Her kunne pleie- og omsorgstenesta tenkje seg å ha faste møter med legane.

Mellomstore kommuner

- Personer med kognitiv svikt (demens, lettere utv.h. mm) dvs. personer som er avhengig av at andre kan "tale deres sak". Personer med sammensatte problemer som rus/psykiatri
- Pasienter som er psykisk syke og har et rusproblem.
- Kreftpasienter. Aldersdemente. Eldre pasienter som ikke selv oppsøker lege - får ofte mangelfull oppfølging.
- Senil demente som ikke vil ta imot hjelp eller utredning, og som ikke fungerer i eget hjem lengre, er en stor utfordring i forhold til samarbeid. Det oppleves som vanskelig å bli tatt på alvor av fastlegene og få satt i gang nødvendige tiltak.

Store kommuner

- Unge funksjonshemmede med komplikasjoner faller ofte mellom flere "stoler" - kommunikasjon mellom hjelpeapparatet er for dårlig.
- Smertebehandling, oppfølging av den psykiatriske pasienten, pas. Med russ problematikk.
- HT Blindheim har et bokollektiv som er en spesialenhet fordemente. Dette er en pasientgruppe som i perioder krever tett oppfølging og samhandling med lege. Det er vanskelig å få til med fastleger, spesielt de som er geografisk langt unna. En spesialenhet som har målgruppen yngre brukere med Alzheimer burde ha egen tilsynslege.
- brukere med rusproblemer, psykiatriske pasienter og de med blandingsproblematikk.
- Antallet eldre stiger stadig i sentrumssonen pga tilflytting fra mer grissgrendte strøk. Dette medfører mange nye eldre brukere for vårt distrikt, og da er vi avhengige av at vi får et godt samarbeid med legene slik at alle får den hjelpen de har bruk for.
- Eldre med kroniske lidelser og mennesker med psykisk og fysisk funksjonshemming.
- I noen tilfeller også kreftpasienter med dårlig prognose.

Storbyer

- Dette gjelder spesielt de eldre som vi føler at "ikke vet sitt eget beste". De brukerne som vegrer seg for å ta imot de hjelpetilbud vi som tjeneste mener er hensiktsmessig. Dette gjelder spesielt demente med lite nettverk. Disse brukerne krever tett oppfølging fra lege og oss, da ingen andre ser behovene og krever handling fra bydelen.
- Brukere med rusproblematikk og/eller psykiske lidelser.
- Yngre funksjonshemmede. Psykiatri

- PUH brukere. Kan være vanskelig å få denne brukergruppen til lege. Mange har legeskrekk. Det stiller store krav til utøver som ofte må forklare legen, brukers situasjon. Denne brukergruppen kan falle utenfor siden de ikke selv alltid kan uttrykke hva som plager de. Dette stiller igjen krav til den medisinske kompetanse.
- Senil demente og brukere med individuell plan.

8.6.5 Vurdering av svarene om spesielle utfordringer

Vurdering

Uansett kommunestørrelse så er det en del utfordringer som går igjen;

- Aldersdemente
- Arbeidet med individuelle planer
- Kognitiv svikt
- Kombinasjon psykiatri og rus
- Yngre funksjonshemmede med "komplikasjoner"
- Pasienter uten samtykkekompetanse
- Barn til funksjonshemmede
- Pasienter som har problemer med å komme til legekantoret
- Medikamentrutiner

Etablering av godt og strukturert samarbeid mellom omsorgstjenestene og fastlegene, samt med spesialisthelsetjenesten, er ett av de forhold som beskrives som en av de største utfordringene kommunene.

8.7 Vedlegg 1 – "De gode eksemplene".

8.7.1 Herøy kommune.

Herøy kommune i Møre og Romsdal har ca 8.400 innbyggjarar. legetenensta er organisert i ei helseavdeling som eigen seksjon. Denne seksjonen har ansvar for m.a. rutiner for samhandling mellom fastlegane og omsorgstenestene, for sjukeheimslegane og for bidrag til fagutviklinga i ma. omsorgstenestene.

Følgjande hovedrutiner gjeld:

- Det er fastsett eigen arbeidsplan for sjukeheimslegane slik at tilsynet vert utført etter fast tidsplan og fastlagde rutiner.
- Kommuneoverlegen er med i "Tiltaksnemnda" der alle einskildvedtak om tildeling av omsorgstenester vert gjort.
- Det er etablert eigen medisinsk-fagleg veiledarfunksjon for heimebasert omsorg, ved at ein kommunlege har faste møter med alle sektorane i heimebasert omsorg med sikte på veiledning og undervisning i faglege spørsmål.
- Det er "open linje" frå heimebasert omsorg til fastlegane. Det er ei utfordring for fastlegane å kunne vere nok tilgjengelege for omsorgstenestene når det oppstår endring i einskildpasientar sin situasjon.
- Det vert gjennomført pasientgjennomgang mellom omsorgstenestene og den einskilde fastlege nokre gongar i året med sikte på oppdatering av medisinske opplysingar og ikkje minst gjennomgang av medikasjon. På dette området er

der eit klart forbedringspotensiale pr dato og krev initiativ både frå omsorgstenestene og fastlegane.

- Det vert arbeidd med å få organisert sjukheimslegane under ein paraply, dvs å få etablert ein sjukeheimsoverlegefunksjon som har som oppgåve å syte for einsarta faglege og samhandlingsmessige rutiner og med særskild vekt på den faglege samhandlinga med spesialisthelsetenesta.

8.7.2 Samhandlingsrutine fastleger og hjemmesykepleien i Trondheim kommune.

Trondheim kommune Rådmannen v/ kom.dir Helse og Velferd

Samhandlingsrutine ang. brukere som ikke greier å administrere medikamentene sine selv, inkl. Multidose

Erst.dok.av: Nytt		Dok.nr.: 01		
		Rev.nr.:		
Underavd.:	Utarbeidet av: Klara Borgen Hanne Cappelen Torgeir Fjermestad Turid Stenberg	Godkjent av: Kommunaldirektøren, Avd. Helse og Velferd Legenes samarbeidsutvalg, LSU	Dato: 2006	Side Side 93 av 97

1. LOVER OG FORSKRIFTER

Lov om helsetjenester i kommunene
Forskrift om legemiddelforsyning mv. i kommunal helsetjeneste
Helsepersonelloven, Pasientrettighetsloven

2. FORMÅL

Sikker og korrekt kommunikasjon mellom fastleger, ambulerende legevakt, Forvaltningskontor og hjemmetjenestene der det foreligger vedtak om at hjemmesykepleien skal administrere pasientens medikamenter. Dette for å sikre at pasientene får rett medisin til rett tid.

3. ANSVARLIGE/BERØRTE PARTER

- Hjemmetjenesten, der kontaktpersonene for multidose har en spesiell rolle jmf. rutiner for multidose. *Hjemmejournal* i Gericca er en utskrift som består av brukerkort, hvilke type tjenester vedkommende har fått innvilget, hvilken hjelp som ytes til hvilket tidspunkt på døgnet samt oversikt over alle medikamenter
- Forvaltningskontor
- Fastleger
- Ambulerende legevakt

4. RUTINEBESKRIVELSER

A. Oppstart

Fastlege, ambulerende legevakt, sykehus, Hjemmetjeneste vurderer selv eller blir gjort oppmerksom på (av bruker selv, pårørende eller andre), at bruker har problemer med å administrere sine medikamenter, og varsler Forvaltningskontoret.

1. Forvaltningskontor innhenter samtykke fra bruker, avklarer med fastlege om overtakelse er aktuelt, forespør samtidig om fastlegen anbefaler Multidose. Forvaltningskontoret informere bruker om Multidoseordningen og fatter så vedtak om hjelp til medikamenthåndtering, evt om Multidose. Hjemmetjenesten varsles om vedtaket gjennom Gerica.

2. Hjemmetjenesten oppgaver etter vedtak:

- Tar kontakt med fastlege for å få utskrift av faste medikamenter og minner om Multidose der dette er med i vedtaket.
- Henter medikamenter/medikamentopplysninger hos bruker. Ved misforhold mellom medikamentutskrift fra fastlege og bruker/pårørendes oppfatning av medikamentbruk, avklares dette med fastlege. Registrerer medikamentene i Gerica, og merker av ved Multidose. Medikamentlisten gjennomgås av kontaktperson for Multidose i sonen og apoteket. Apoteket registrer bruker av Multidose, som iverksettes ved neste faste leveringsdag fra apotek.
- Skriver ut *Hjemmejournal* fra Gerica (stå i brukerlisten, markere vedkommende bruker med ordskilleren, og velge utskriften "*Hjemmejournal*").
- Gjøre klar medikamentdosetten til de som ikke bruker Multidose
- Bringer *Hjemmejournal* ut til bruker (legges i øverste hylle i det kjøkkenskap som er mest til høyre i brukers hjem)
- *Hjemmejournal* skal ved hver medikamentendring skrives ut og byttes i brukers hjem.

3. Fastlegens oppgaver

Merke journalen tydelig på alle pasienter der hjemmetjenesten har overtatt medikament-håndteringen, og merke journal der det brukes Multidose.

- registrere navn og telefonnr. på Hjemmetjenestesonen, sykepleier/vernepleier/kontaktperson for Multidose til bruker/pasient.

Bruke opsjonen "faste medikamenter" i journalsystemet, og ha denne kontinuerlig oppdatert når epikriser mottas fra sykehus, eller beskjed om endring kommer fra andre.

ved oppstart Multidose skal medisinlisten skrives ut, signeres (følg rutine Fakta ark 1)og sendes Hjemmetjenesten og Apotek umiddelbart. Ved endringer i Multidose sendes medisinlisten bare til Apoteket.

B. Opphold i sykehus eller annen institusjon.

Innleggelse:

Hjemmejournalen skal være med bruker ved innleggelse St. Olavs Hospital eller annet sykehus. Denne skal vise om brukeren har Multidose eller annen hjelp til fra kommunen til medisinadministrering.

Har bruker Multidose varsler Hjemmetjenesten Apoteket om midlertidig stopp av dette før neste pakking.

Ved utskriving fra sykehus:

Hjemmetjenesten skal oversende kopi av foreløpig epikrise (grønt ark) til fastlegen umiddelbart. Ved usikkerhet om foreløpig epikrise er mangelfull, sjekker Hjemmetjenesten med utskrivende lege og/eller fastlege og retter opp medikamentregisteret i Gerica.

Har bruker Multidose fra før følger fastlegen vanlig prosedyre for endring, og sender snarest oppdatert liste over faste medikamenter til Apoteket. Hjemmetjenesten må sørge for evt. dosettløsning til neste levering.

Skal bruker starte med Multidose etter opphold følges vanlig oppstartprosedyre. Hjemmetjenesten sørger for medisiner i dosett inntil Multidose er klar.

Hjemmetjenesten skal bringe ut oppdatert *Hjemmejournal* til bruker og erstatte den gamle.

Etter opphold i kommunal institusjon:

Institusjonen er ansvarlig for at medikamentkortet i Gerica er oppdatert og riktig ved utskriving.

Hjemmetjenesten kontrollerer medikamentkortet i Gerica og varsler fastlegen omgående hvis det har skjeddforandringer på medikamentlisten under oppholdet.

Ved bruk av Multidose følger fastlegen videre rutine for endring.

Skal Hjemmetjenesten starte å ta over medisinadministreringen og bruker starte Multidose følges oppstartrutinen og Hjemmetjenesten sørger for dosett inntil Multidose er klar.

Hjemmetjenesten skal bringe ut ny oppdatert *Hjemmejournal* til brukers hjem og erstatte den gamle.

C. Faste møter.

Noen legesentre har regelmessige møter med den/de hjemmetjenestenesoner legesenteret har flest pasienter/brukere felles med. Det gode erfaringer med dette, spesielt ang. medikamenthåndtering og Multidose. Det oppfordres derfor at alle legesenter og nærliggende hjemmetjenestenesoner etablerer slike møter.

8.8 Vedlegg 2- innholdet i kartleggings skjemaene

8.8.1 Spesielt for kommuneleger

Legetjenesten i kommunen

Hvilke type leger har din kommune og hvordan er disse organisert? (Fastleger, Fastleger med kommunal bistilling*, Egen tilsynslege for personer med kommunale omsorgstjenester utenfor sykehjem, Andre kommunalt ansatte leger*)

* Gjelder leger med oppgaver mot personer med kommunale omsorgstjenester utenfor sykehjem (eldre, psykiatriske pasienter, psykisk utviklingshemmede, rusmisbrukere, yngre funksjonshemmede)

Hvis andre kommunalt ansatte leger, beskriv funksjon:

Hva er gjennomsnittlig antall timer per uke for fastleger i kommunal bistilling generelt?

Hvilken type legevakt? (Kommunal, Fastlege med utrykningsansvar, På egne bydeler, Interkommunal) har din kommune og hvilket tidsrom (Dag, Kveld, Natt) er legevakten i drift?

Har fastlegene faste innkallingsrutiner for kronisk syke og eldre pasienter? (for de pasienter legene vet om har flere rutiner (trolig individtilpasset)- men usikkert i hvilket omfang- pasienten må først ta kontakt med legene) (Eldre, Psykisk utviklingshemmede, Psykiatriske pasienter, Rus, Andre yngre funksjonshemmede)

Hvis ja på et eller flere områder, beskriv hvordan dette fungerer og er organisert:

8.8.2 Kartleggingsskjema - spesielt for omsorg

Hvor mange soner innen hjemmesykepleien er det i din bydel?

Hvor mange brukere av hjemmetjenestene er det i din sone?

Hvor mange årsverk er det i hjemmetjenestene i din sone?

Hvor mange årsverk i hjemmetjenesten i din sone er sykepleiere?

8.8.3 Kartleggingsskjema (likt i begge skjema)

Samarbeid mellom fastlegene og omsorgstjenesten

Er fastlege med i ansvarsgrupper? (Alltid, Som oftest, Av og til, Aldri)

Deltar fastlege ved utarbeidelse av individuell plan? (Alltid, Som oftest, Av og til, Aldri)

Eventuelle kommentarer:

Hvordan kommuniserer omsorgstjenesten med fastlegene? (Faste møter, Møter ved behov, Telefon, Hjemmejournal, Andre måter)[Svarkategorier: Alle leger, De fleste leger, Noen leger, Ingen leger]

Har hjemmesykepleien og fastlegene laget felles rutiner for å oppdatere hverandre på endringer i medikamentkort til pasienter der hjemmesykepleien har medisinhandling? (Ja, Nei)

Hvis ja, beskriv rutiner:

Hvilke leger drar på hjemmebesøk på dagtid hverdager på anmodning fra omsorgstjenesten utenom ved øyeblikkelig hjelp, dødsfall og tvangsinnleggelse? (Fastlege; Legevakt) (Svar: Alltid, Som oftest, Av og til, Aldri)

Hvis fastlegene drar på hjemmebesøk, hvor snart kan de fleste fastlegene dra?

Hvilke typer heltdøgns omsorgstjenester har din kommune / sone til personer utenfor sykehjem?

Type heltdøgns omsorgstjenester // Antall personer i din sone

Boliger uten personalbaser

Bofellesskap/omsorgsboliger uten personalbaser

Bofellesskap/omsorgsboliger med personalbaser

Hvilke legetjenester benyttes oftest?

Har fastlegene samarbeidsrutiner med omsorgstjenesten om disse personene?

Hvis det er legeressurser mot personer uten fast bosted, beskriv dette:

Samarbeid mellom fastleger, spesialisthelsetjenesten og omsorgstjenesten om personer med kommunale omsorgstjenester utenfor sykehjem.

Hvordan fungerer samarbeidet mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten om personer med kommunale omsorgstjenester utenfor sykehjem?

Både kommunelegene og hjemmetjenestene ble bedt om å beskrive følgende:

Beskriv kort evt. samarbeid mellom omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten i din bydel.

Beskriv kort hvordan samhandlingen mellom legetjenesten/fastlegene og den kommunale omsorgstjenesten oppleves i din sone? (Hva fungerer godt og hva fungerer dårlig):

Er det noen pasientgrupper hvor din sone har spesielle utfordringer om samhandling mellom legene og de kommunale omsorgstjenestene?(beskriv)