

Maktar kommunane å drive avanserte legetenester?

Michael 2022; 19: 111–24.

Sidan kommunehelsetenestelova vart sett i verk i 1984 har kommunane fått stadig aukande oppgaver innan helse. Allmennlegeteneste, legevakt og kommunale akutte døgneiningar er tre eksempel på medisinske tenester med kommunalt ansvar der legane og legekompentanse er sentrale. Allmennlegeteneste og legevakt har vore med frå starten, kommunale akutte døgneiningar kom med samhandlingsreforma. Mitt utgangspunkt er at desse tre tenestene har hatt problem med å innfri dei krava til medisinsk kvalitet som bør forventast. Kommunane, slik dei er organiserte og innretta som eigarar og driftarar av tenestene, har etter mi meining ikkje vist seg i stand til å drive avanserte legetenester og fagleg utvikling av tenestene på eit nivå som burde forventast. I staden er det legane sjølve og staten som har sikra den faglege kvaliteten gjennom kompenserande tiltak, forskrifter, forskning og fagutvikling.

I dette nummeret av *Michael* er det to artiklar som omhandlar kommunale helsetenester, høvesvis om kommunale akutte døgneiningar (KAD) i historisk lys (1) og om psykoterapi i fastlegepraksis (2). Det første eksempelet handlar om ansvar for organisering og drift, det andre om ein spesifikk terapeutisk metode. Begge artiklane handlar i stort om klinisk kvalitet og i kva grad pasientar får god medisinsk hjelp til rett tid og på rett nivå.

Gjennom klinisk praksis, utdanning, forskning og fagutvikling har eg i mange år hatt gleden av å arbeide med både allmennlegeteneste (fastlegeordning), legevakt og kommunale akutte døgneiningar. Den tette samanhangen mellom praksis, utdanning og forskning er for meg eit sentralt kjenneteikn ved all moderne helseteneste. Det operative ansvaret for desse tre faktorane kan rett nok vere fordelt på fleire når det gjeld kommunale helsetenester, medan spesialisthelsetenesta har det i føremålsparagrafen i spesialisthelsetenestelova § 3-8: Sjukehus skal drive med (a) pasientbehandling, (b) utdan-

ning av helsepersonell, (c) forskning og (d) opplæring av pasientar og pårørande. Dette omfattande oppdraget for sjukehusa må også implisitt gjelde for kommunehelsetenesta, sjølv om det ikkje er nedfelt i lov eller forskrift. Det er implisitt, fordi samanhengane og oppgåvene er like gyldige i kommunehelsetenesta, og det er ei sjølvsgatt og generell forventning at *alle* helsetenestene våre skal vere moderne, kunnskapsbaserte og sikre kompetanse- og kunnskapsutvikling gjennom utdanning og forskning.

Det er eigaren av ei teneste som er ansvarleg for både drift, kompetanse og kvalitetsarbeid (inkludert forskning). I kommunal forvaltning er det først og fremst *driftsfunksjonen* som er vektlagt. Mi erfaring tilseier at i kommunal politikk og administrasjon er det diskusjonen om «pålagte oppgåver» og finansiering som står i sentrum. Ein pådrivarfunksjon for kompetanse og utdanning, forskning og fagutvikling er det sjeldan eg ser frå kommunal side. Ei slik mangeårig ansvarsfråskriving får truleg større konsekvensar for dei tre medisinske tenestene eg diskuterer i denne artikkelen, enn for mange andre kommunale tenester. Ein hovudgrunn til dette er at det i mange kommunar er liten tradisjon, forståing og refleksjon om viktige faglege faktorar som gjeld avanserte og akademisk baserte tenester, og som direkte og indirekte har konsekvensar for rekruttering, stabilitet og kvalitet.

Kommunal akutt døgneining (KAD)

Bergseth og medforfattarar (1) gjer godt greie for den historiske utviklinga som leia opp til samhandlingsreforma og innføring av dei kommunale akutteiningane, med plikt for alle kommunar til å vere i gang frå 2016 (3). Dei legg mest vekt på den helsepolitiske bakgrunnen, og tek i liten grad opp kvalitetsutfordringane. Eg meiner også at dei underkommuniserer nokre av dei mest naive førestillingane som vart selt inn i forbindelse med samhandlingsreforma: Kor stor effekt førebygging av sjukdom skulle ha på den kliniske delen av helsetenesta på ganske kort sikt, og dermed også på bruken av senger, og potensialet som låg i overføring av oppgåver til kommunane, inkludert avlasting av sjukehusa gjennom KAD-institusjonen (4).

Den politiske salsprosessen rundt kommunale akutte døgneiningar var massiv, og vart følgt opp av rådgeving frå Helsedirektoratet. Dimensjoneringa vart sett til ca. 0,133 senger per 1000 innbyggjarar. Kommunane har som kjent veldig ulikt folketal, og sjølv om det var mange interkommunale samarbeidstiltak, så såg ein for seg nesten 200 nyoppretta KAD-einingar, med frå 1 til 73 senger. Det vart aldri gitt noko god forklaring på estimatet av sengefaktoren, og ettertida har vist at den var sett for høgt. Det finst rett og slett ikkje så mange pasientar som ein trudde, som kunne sleppe sjukehusopphald ved akutt sjukdom. Mange KAD-institusjonar har hatt lågt

belegg, nasjonalt gjennomsnitt har vore rundt 40 % og mange har utnytta under 30 % av kapasiteten (5). I Riksrevisjonen (2016) si undersøking av helsetenestene etter innføringa av samhandlingsreforma, blir det konkludert med at kommunale akutte døgneiningare ikkje vert nytta på ein måte og i eit omfang som er i tråd med intensjonen, og aktiviteten erstattar i liten grad innleggingar i sjukehus (6).

Det vart også ein stor diskusjon om kompetansenivå hos legar og anna helsepersonell, trongen for diagnostisk og terapeutisk utstyr, men ikkje minst om kva pasientar som skulle i KAD-seng. Det var ikkje tvil om at regjeringa såg for seg ei direkte avlastning av sjukehusa; ein pasient i ein kommunal akutt døgneining var ein pasient mindre i sjukehus. Dette vart formulert som at etablering av kommunal akutt døgneining skulle vere eit kommunalt *før- og i stadenfor*-tilbod, og tilbodet skulle vere like godt eller betre enn innlegging i sjukehus (7). Men KAD-institusjonen skulle samtidig vere eit *allmennt medisinsk* tilbod til pasientar som ikkje hadde trong for innlegging, og i lova vart plikta avgrensa til pasientar som kommunen har «mulighet for å utrede, behandle og yte omsorg for».

I utgangspunktet låg det an til å bli etablert ca. 650 kommunale akutt-senger. Dersom desse skulle «erstatte» sjukehussenger, ville det ikkje berre utgjere ein stor del av dei indremedisinske sengene i sjukehusa i Norge, men det ville som ein samla KAD-organisasjon truleg utgjere verdas største medisinske avdeling! Dersom ein alternativt i ein moderne storby med 5,5 millionar innbyggjarar skulle opprette ei avdeling med 650 avlastande sjukehussenger eller eit akuttmottak med 650 senger, ville ein neppe fått debatt om det var naudsynt å ha lege på vakt, om laboratoriet skulle kunne undersøke leverprøver og blodgassar eller om rtg. thorax skulle vere tilgjengeleg (7, 8).

Kvalitetsansvaret er underlagt lokal tryggleiksvurdering. Det var allereie frå starten av kjent at det var svak eller ingen dokumentasjon for effekten av tiltaket, både når det gjaldt økonomi, klinisk kvalitet eller pasientsikkerhet. Gitt dette, burde ein i alle fall som eit utgangspunkt sikre monitorering av organisering, innhald og kvalitet. Einingane var og er kvar for seg alt for små til å gje sikre vitenskaplege svar på forlaup, prognose, kvalitet etc., og kva forklaringsvariablar slike moment er assosierte med. Det var difor oppsiktvekkande at det ikkje var nokon som helst plan for følgjeforskning, nasjonal homogen og systematisk innsamling av data omkring klinisk innhald eller oppretting av kvalitetsindikatorar. Helsedirektoratet si innsamling av enkle styringsdata for kommunale akutte døgneiningar er etter det eg veit framleis basert på enkle manuelle registreringar på excel-ark. Etter ti år må ein slik status for kvalitetsarbeidet i beste fall kunne karakteriserast som trist, i verste fall som uforsvarleg når ein tenker på omfanget av tenesta.

I Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) (9) oppdaga vi i samanheng med reforma at mange KAD-institusjonar ville bli lagt til legevaktene. Det ville gi mange utfordringar, men også moglegheiter til auka kvalitet i begge tenester, dessutan ein basis for innhenting av styringsdata og kliniske data. NKLM utarbeidde eit større multisenterprosjekt i 2012/2013, der ein forsøkte å få alle KAD-institusjonar som deltakarar, og mange var interesserte. Prosjektet vart godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk som multisenterstudie, men det vart advart om at dersom prosjektet fekk preg av nasjonalt helseregister (og dermed ha større nasjonal nytteverdi!), ville det bli avslått! Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet var negative, dei såg ikkje trong for å følgje med aktiviteten i kommunale akutte døgneiningar når det gjaldt klinisk innhald og kvalitet, og ingen pengar vart løyvd til prosjektet, som dermed aldri starta opp. I 2022 er det ein pågåande ny prosess i Helsedirektoratet med tanke på å innlemme nokre enkle variablar frå KAD-institusjonar i Kommunalt pasientregister (KPR), kanskje frå 2024. Sjølv om ein kan seie velkommen etter, så må konklusjonen vere at den manglande interessa frå lovgjevar og kommunane som eigarar, er symptomatisk for situasjonen i kommunehelsetenesta. Det viser korleis kommunane manglar interesse for fagleg kvalitet og kunnskapsbasert praksis.

Mange KAD-einingar har likevel vore vellukka, med god drift og god kvalitet (8, 10). Kvar eining har måtte finne sitt nivå for innhald, pasientpopulasjon, utstyr, kompetanse, vaktordningar og kvalitetsarbeid (7, 8). Dei største KAD-einingane har sjølvsagt hatt best føresetningar for å lukkast på kvalitetssida, men biletet er ikkje eintydig knytt til storleiken. Her som ofte elles for kommunale helsetenester, er det mitt inntrykk at den viktigaste faktoren for kvalitet og god drift, er entusiastiske og tilstrekkeleg mange fagpersonar (legar og sjukepleiarar) og god fagleg leiing. Mange er historiene frå enkeltkommunar om manglande interesse, liten forståing for kvalitet og kva den kostar, manglar ved nødvendig utstyr, for lite personell og liten vekt på vedlikehald og utvikling av kompetanse.

Etter ti år kan ingen svare på om KAD-reforma har oppfylt måla sine (5, 6). Indikasjonar tyder på det motsette, men det er sidan starten ikkje gjort noko seriøst forsøk på å finne det ut, verken frå lovgjevar eller eigarane si side.

Legevakt

Legevakttenesta har vore eit kommunalt ansvar sidan tidleg på 1980-talet (11). Utviklinga av fagleg innhald, kvalitet og kompetanse i denne viktige delen av akuttberedskapen, kan trygt omtalast som ei kommunal lidings-

historie (11, 12). Det har vore ein kontinuerleg kamp mellom staten og kommunane på den eine sida og fagfolka og Legeforeningen på den andre om alle slags vilkår, organiseringar, innhald, utstyr, kvalitetskrav, kompetanse og rolleforståing. Det er symptomatisk at når dette blir skriva (mai 2022), er det brot i forhandlingane mellom KS og Legeforeningen om Særavtalen (SFS 2305) som gjaldt til 31.12.2021. Avtalen regulerer blant anna legevakt. Forrige gong (2020) vart det streik hausten 2020 og tvungen lønsnemnd.

Det var ein kamp berre å få gjort legevakt til eit offentleg ansvar (11). Både staten og kommunane meinte lenge at legevakt var legane sitt private ansvar. Etter at kommunane fekk organiseringsansvaret, skjedde det svært lite fagleg utvikling. Den eine offentlege utgreiinga etter den andre har gjennom meir enn 25 år slått fast at legevakt er ein svak del av den akuttmedisinske kjeda (13–15). Utviklinga har, sett i perspektiv, vore driven fram av fagfolka i tenesta og av Legeforeningen gjennom press på staten for å forskriftsfeste nasjonale krav. Kommunane har, igjen generelt sagt, vore bakpå den medisinsk-faglege og teknologiske utviklinga, gitt dårlege løns- og arbeidsvilkår til legane, vore i mot fastsetting av faglege standardar, og har ikkje vore villige til å ta kostnadane som eit moderne akuttmedisinsk tilbod krev.

Legevakt er klinisk høgrisikosport (16). Det har vore svært tunge prosessar for å få kommunane og staten til å forstå trongen for kompetanse, utstyr og løns- og arbeidsvilkår. Dårlege opplevingar frå unge, uerfarne legar aleine i legevakt er noko vi stadig høyrer frå LIS1-legar som ikkje vil la seg rekruttere inn i fastlegeordninga. Da ein til slutt fekk gjennomslag for at legane faktisk skulle få betalt for å ha legevakt i form av beredskapsgodtgjersle, vart det innført betaling basert på kommunestorleik og «vaktklassar», trass store protestar frå legane i distrikta (11). Framleis er det ulik løn for likt arbeid og få fastlønsavtalar i legevakttenesta. Ingen andre beredskapsorganisasjonar har i dag aktivitetsbasert løn, ikkje sjukepleiarar, ikkje politi, brannfolk eller ambulansarbeidarar, og slett ikkje legar i akuttmottak på sjukehus.

Det er *staten* som på bakgrunn av politisk og fagleg press, har brukt lov og forskrift for å betre det faglege innhaldet og kvaliteten i legevakttenesta. Oftast har det skjedd på bakgrunn av utgreiingar (11-15), kombinert med politisk press basert på uheldige hendingar, rekrutteringsvanskar eller innspel frå Helsetilsynet eller spesialisthelsetenesta. Dette er ein parallell til fastlegeordninga: Kommunane har ansvaret, men det er staten som gir rettar og plikter, set fast kvalitetskrav og i praksis styrer ordninga fagleg sett. Kommunane har fokus på drift, og har i liten grad involvert seg i fagleg utvikling og enda mindre i forskning og innovasjon.

Naudmeldetenesta har hatt ein arm i kommunane og ein i sjukehusa heilt frå 1980-talet gjennom innføringa av Hordalandsmodellen, legevakt-sentralar og akuttmedisinske kommunikasjonsentralar (AMK) (11). Dette systemet kunne ikkje fungere utan at kommunane var med, og forskrifts-festinga kom difor tidleg. Seinare har krav til teknologi, kvalitet, funksjon og kompetanse auka for kvar revisjon av forskrifta, sist i den nye akuttmedisinforskrifta frå 2015. Men asymmetrien mellom lovverk og reell drift er synleg frå starten til i dag. Det er til dømes ein klar forskjell hos Helse-tilsynet i kva dei aksepterer av forskriftsbrot: Ikkje oppfylte svartider på telefon hos AMK (90 % innan 10 sekund) blir slått ned på, medan massive brot i legevaktssentralane (80 % svar på 2 minutt) ikkje ser ut til å vere omfatta av tilsynet si interesse, enda det er offentleg kjent at mange legevakter ligg lågare enn 30 %.

Kompetansekrav til legevaktspersonellet var ei stor og viktig kampsak etter 2010 i form av ei ny akuttmedisinforskrift. Det var Norsk legevakt-forum, Legeforeningen, NKLM og legevaktene sjølv som førte an i debatten (11). Jonas Gahr Støre vart helseminister i 2012, og fekk eit stort mediepress mot seg for å gjere noko med kvaliteten i legevaktene (11). Dette var han lite villig til, og han ville ikkje utarbeide ein handlingsplan for legevakt. Her brukte helseminister Støre eit prinsipielt argument i eit brev til Stortinget i mai 2013; han ville ikkje gripe inn i den lokale styringsfridomen (11):

Legevakt er et kommunalt ansvar. Det er både riktig og viktig. Norge er et langstrakt land og utfordringene lokalt er forskjellige. Derfor må kommunene ha frihet til å innrette tjenestene i tråd med lokale behov. ... Statens styring av kommunesektoren skal begrenses til det nødvendige, og sektoren skal gis flere handlingsalternativer innenfor nasjonalt fastsatte rammer.

I Stortinget gjekk til og med regjeringspartia Ap, Sp og SV langt i å vere ueinig med eigen helseminister i denne avvisinga, og dei formulerte at det var viktig å sikre kvalitet, kompetanse og tilgjenge i heile landet. Presset frå tenestene heldt fram, og da den nye akuttmedisinforskrifta endeleg kom i 2015 var den full av detaljerte krav frå staten si side ovanfor ei teneste som kommunane har det faglege ansvaret for. Nokre eksempel:

Kommunen skal tilby legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp, og må sørge for at minst en lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet. Legevaktordningen skal blant annet

- a. vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp
- b. diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander ved legekonsultasjoner og sykebesøk og ved behov henviser til andre tjenester i kommunen, blant annet fastlege, og eventuelt spesialisthelsetjeneste og
- c. yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig.

I bokstav b) kom det krav om å kunne utføre sjukebesøk og i bokstav c) vart utrykningsplikta forskriftsfesta. Det kom også skjerpa og formaliserte kompetansekrav til legar som skal ha vakt aleine (utdrag):

- En lege kan bare ha legevakt alene, uten kvalifisert bakvakt, når
 - legen har godkjenning som spesialist i allmenntilleggsmedisin og har gjennomført kurs i volds- og overgrepshåndtering
 - legen har gjennomført 30 måneders klinisk teneste etter grunnutdanningen (cand. med. eller norsk autorisasjon). Legen må i tillegg, eller som del av tenesten, ha gjennomført 40 legevakter, eller ha arbeidet ett år som allmenntilleggslege i den kommunale helse- og omsorgstenesten. Legen må i tillegg ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.

Det kom også ein «utstyrsparagraf»:

Kommunen skal sørge for at legevakten er utstyrt slik at helsepersonellet i vakt kan gjennomføre diagnostikk og iverksette nødvendig medisinsk behandling og overvåking i akutte situasjoner. Kommunen skal sørge for at legevakten er organisert og utstyrt slik at helsepersonell i vakt kan rykke ut umiddelbart.

Til saman utgjer denne statlege styringa av den kommunale legevakttenesta eit detaljert formynderi, truleg langt utover det kommunane hadde sansen for. Specialisthelsetenesta hadde sjølv sagt ikkje funne seg i tilsvarande detaljstyring. Men det er ingen tvil om at legevaktene rundt om fekk ei betydeleg og naudsynt støtte til høgre kvalitet gjennom den nye forskrifta, som eigarane ikkje hadde bidratt til på eigen kjøl. Kommunane har seinare først og fremst vore opptatt av kompetansekrava, det vil seie å fortelje kor vanskeleg det er å oppfylle dei. Kompetanseløftet i form av kursa i akuttmedisin og vald- og overgrepshandtering er truleg det største enkelttiltak innan sitt slag i primærhelsetenesta i Norge, med ein prislapp på opp mot 160 millionar kroner. Alt vart finansiert av staten, for eit forvaltningsnivå dei i prinsippet ikkje ville legge seg bort i (11).

I forbindelse med at Helsedirektoratet utga nasjonal rettleiar for legevakt (2020), var KS sin høyringsuttale først og fremst prega av motstand mot sentrale føringar, detaljerte krav og innskrenking av handlefridomen. Legevakt-Norge er full av fortellingar om kor stemoderleg kommunane behandlar legevaktene, når det gjeld diagnostisk utstyr, legevaktbilar, bemanning og medarbeidarar, kompetansebygging og fagleg leiarsskap. Mogelege mekanismar for dette vert diskutert nærare mot slutten av artikkelen.

Helsedirektoratet skal etter planen publisere dei fire første nasjonale kvalitetsindikatorane i løpet av 2022. Dei er viktige nok, men også interessante av to andre grunnar i denne samanhengen. Det er igjen *staten* som forsøker å registrere og å sikre kvaliteten, og dei er ganske så *overordna* og relativt fjerne frå kliniske kvalitetsmål:

«*Samtrenting*: Andel sykepleiere/annet helsepersonell ved legevakten som har deltatt i akuttmedisinske samtrenting med ambulanse siste år.

Samtrenting: Andel leger ved legevakten som har deltatt i akuttmedisinske samtrenting med ambulanse siste år.

Triagering: Andel legevakter med et standardisert verktøy for triagering av pasienter som møter på legevakten.

Tolketjeneste: Andel legevakter med tilgang til døgnkontinuerlig tolketjeneste på flere språk.»

Forskning og kartlegging av legevakt har framleis svakt omfang (11). Rett nok vedtok Stortinget i 2001 å opprette Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) (9, 12). Senteret har hatt høg forskningsaktivitet og vore ein avgjerande premissleverandør for mykje av det gode som har skjedd på legevaktfeltet sidan. Men det er knapt noko synleg overordna fagleg aktivitet frå kommunane si side på legevaktfeltet. Det er per 2022 heller ikkje nasjonal statistikk over telefonar til legevaktsentralane eller valide aktivitetsdata frå legevaktene (17).

Fastlegeordninga

Fastlegeordninga har mange likskapar med legevakttenesta når det gjeld tilhøvet mellom kommunane som eigarar og driftsansvarlege, men der det reelle organisatoriske og finansielle ansvaret i stor grad har lagt hos staten, forankra gjennom sentralt avtaleverk (18). Den faglege utviklinga i fastlegeordninga er i enda større grad enn for legevaktene blitt overlata til legane sjølve, ikkje minst i regi av Legeforeningen (19, 20). Spesialistutdanninga er rett nok blitt statleg dei seinare åra, men elles er det aller meste av faglege nyvinningar, inkludert forskning og innovasjon, blitt initiert og finansiert gjennom Legeforeningen (19, 20).

Den store ulikskapen i forskningsaktivitet og forskingsmidlar mellom helseføretak og kommunesektoren er ein stor debatt i seg sjølv. I denne samanheng er poenget å slå fast at i den grad det *er* forskningsaktivitet knytt til fastlegeordninga og allmenntmedisin utanom universiteta, så er det ikkje eigaren av tenesta, kommunane, som står for denne eller som på nokon måte er pådrivar. Allmenntmedisin har inntil det siste mangla institusjonar for fagutvikling og forskning (21). Organisasjonar som Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkingar (Noklus), Allmenntmedisinske forskingseiningar (AFE), NKLM og andre er initiert av fagfolk, Legeforeningen og direkte eller indirekte finansierte av staten eller legane sjølve (19, 20).

Tilsvarande er også den kliniske utviklinga. Slik fastlegeordninga er organisert, har kommunane ikkje hatt ei naturleg rolle i innovasjon eller fagutvikling på legekontora (18). Men dei kan heller ikkje mistenkast for å ha

gjort særlege forsøk på å komme i ein posisjon for slikt ansvar. Det er ytterst få kommunar som har nytta seg av retten til å be fastlegane om styrings- og driftsdata med tanke på om dei oppfyller sitt sørge-for-ansvar. Det er derimot mange eksempel på kommunar som er vanskelege eller direkte motarbeidande når det gjeld forskingsprosjekt, fagutviklingsidear og permisjonar for slike aktivitetar.

Det har vore eit stort trykk på auka forskingsinnsats i kommunal sektor. HelseOmsorg21-prosessen la opp til både institusjonar og organ som skulle stå for dette. Staten har så langt sagt at alt dette er eit kommunalt ansvar, og dermed har prosessane i stor grad stoppa opp (22). Det er også uklart i kva grad fastlegane vil bli ein del av dei kommunale forskingsorgana, eller om dei framleis stort sett må syte for seg sjølve, som før. Det som likevel er klart, er at så lenge som forskning ikkje er eit kommunalt lovpålagt ansvar, så skjer det lite frå kommunal side. Det er generelt liten vilje og evne til å utvikle tenestene basert på forskingsbasert kunnskap, og helsepolitikken er i liten grad evidensbasert (23, 24).

Agenda Kaupang sin rapport frå 2016 om leining av kommunal legeteneste slår fast at det er stor variasjon mellom kommunar når det gjeld ressursar på leining og styring, med betydelege innslag av «underledelse» (25). I rapporten skriv dei rett ut:

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

Vi er no i ei «fastlegekrise», og kommunane opplever store vanskar med rekruttering til tenesta og dermed å oppfylle dei lovpålagte krava. Det er ikkje vanskeleg å forstå at fokuset da vert retta mot basale driftsfunksjonar; å få nok legar. Men i dei «gode tidene» 2001-2015, da grunnlaget for dagens krise gradvis vart lagt, var det diverre heller ikkje mange teikn til at kommunane satsa på fagleg kvalitet og fagutvikling, innovasjon eller forskning. Det var det alltid andre som måtte gjere.

Kvifor sviktar kommunane den faglege utviklinga av eigne tenester?

Gjennom å ha følgd dei kommunale legetenestene gjennom mange år lokalt og nasjonalt og deltatt i forskning og utviklingsarbeid for sektoren, har eg gjort meg mange tankar om *kvifor* det har svikta så mykje frå kommunane si side når det gjeld fagleg utvikling i dei tre eksempla eg har brukt i denne artikkelen.

Eit hovudgrep i mi analyse er å samanlikne med spesialisthelsetenesta, enten det gjeld utviklinga i ei heilt sjukehusfag, i dei akuttmedisinske tenestene som AMK, akuttmottak eller ambulansetenesta, eller det generelle fokuset på fagutvikling og forskning som del av den samla aktiviteten. Kvifor er det slik at det nesten alltid er spesialisthelsetenesta som legg premisser for faglege endringar som i neste omgang vert innført i kommunale legetenester? Og kvifor er det slik at sjølv ganske små einingar i føretakssystemet, som heller ikkje i utgangspunktet er så akademisk sterke, har mykje meir satsing i form av folk og ressursar på leing, fagutvikling og forskning? Eksempel kan vere ambulansetenesta, mindre avdelingar i føretak og liknande.

Eit opplagt svar på noko av asymmetrien er sjølv sagt storleiken på institusjonane (helseføretak mot enkeltkommunar), finansiell styrke og dei ulike lov- og forskriftsfesta spesifikasjonar og oppgåveformuleringar. Sjølv om den kommunale helse- og omsorgstenesta samla sett er om lag like stor som spesialisthelsetenesta, er dei operative einingane vanlegvis mykje mindre. Det er også lett å seie at sjølv sagt må det vere andre krav i nevrokirurgien eller intervensjonskardiologien enn på legevakta eller i KAD-avdelinga. Men reint prinsipielt meiner eg at det bør det ikkje. Kvant føremål må ha kvalitetsmål, kompetanse, fagutvikling, forskning og ein sikkerheitskultur tilpassa aktiviteten, på sine eigne premisser. Og i eit slikt perspektiv har kommunane svikta.

Manglande profesjonalisering og forståing av kva faglege krav som gjeld

Mine tre eksempel, kommunale akutte døgneiningar, legevakt og fastlegeordning, er alle avanserte medisinske tenester. Samanlikna med spesialisthelsetenesta manglar kommunane ofte *faglege pådrivarrekrefter*. Dette er sjukehusa fullt av. Dei fleste fagfelt og funksjonar er prega av stadleg leing på driftsnivået som følgjer utviklinga tett når det gjeld kompetanse, teknologi og utstyr. Det er pådrivarpress oppover i organisasjonen for «meir, betre og nytt». Fagfolk har ofte eit smalare ansvarsområde, dei har større del av arbeidstida si knytt til slike oppgåver, og det er ein kultur for å vere framoverlenna noko ein ikkje har så sterk tradisjon for i kommunen. Visst er det mange legevaktssjefar, legar og sjukepleiarar i kommunehelsetenesta som også er entusiastar for eige fag og funksjon. Men når det gjeld dette viktige systematiske fagfokuset, er det stor forskjell på sektorane.

Spesialisthelsetenesta driv berre med helseteneste, alt er innretta på å få resultat innan denne sektoren. Dette gjeld ikkje kommunane. Dei legetensive tenestene som eg har diskutert i denne samanhengen, står for ein svært liten del av dei kommunale budsjetta. Mi erfaring tilseier at det da er vanskeleg for driftsansvarlege å få forståing i dei høgre beslutningsnivåa for

kva krav som gjeld for moderne, medisinsk verksemd. Eg opplever stadig utsegn som kan tolkast som at «det er ikkje så viktig i kommunen, og spesielt ikkje i små kommunar». Debattar omkring både kommunale akutte døgneiningar og legevakt har hatt sterke innslag av slike haldningar. Utgangspunktet bør i staden vere at ein pasient med kols eller lungebetennelse sjølv sagt skal ha same kvalitative tilbod, uavhengig av geografi eller storleiken på kommunen.

Manglande kostnadsforståing

Moderne helsetenester er dyre. Det krevst mange folk, dei arbeider døgnet rundt, legar er høgt løna, ein må eller bør ofte vere fleire saman, og utstyr kan vere nødvendig og dyrt, sjølv om det ikkje blir mykje brukt (som til dømes ein brannbil til 3 millionar kroner). At beredskap kostar, er velkjent hos politi og i det kommunale brannvernet, men har fått lita forståing når det gjeld kommunale legetenester som kommunale akutte døgneiningar eller legevakt.

Politikarar og rådmenn kan fortvile over å bli pådytta kostnader til legevaktbil på ein kvart million kroner, for å oppfylle utrykningsplikta. Dei synes det er betre å basere seg på ambulansen. At den kostar 10 millionar å drifte i året, meir enn heile legevakta i kommunen, og at kvar pasienttransport kan koste 25 000 kroner eller meir, er sjeldan kjent eller blir tatt med i diskusjonen.

Stabsfunksjonar er underdimensjonerte

Kommunale helsetenester er etter mitt syn betydeleg underdimensjonerte når det gjeld faglege stabsfunksjonar. Det er for få legar med fagutviklingsansvar og fagutviklingssjukepleiarar i tenestene. Stillingsbrøkane er for små og oppgåvene for store. Mangelen på slike funksjonar gjer at tenestene ikkje bruker nok ressursar på kvalitetsarbeid og fagutvikling.

Manglande fokus på prosedyrar og kvalitetssystem

På dette feltet har det vore stor framgang i mange tenester dei siste åra. Leiarar på alle nivå har gjennom tilsynserfaringar og klagesaker forstått at ein må ha orden i papira. Likevel er det slik at det er store forskjellar mellom ulike tenester i ulike kommunar. Fokus på slikt arbeid er ein funksjon av folk og kompetanse i stabsfunksjonar.

Forståing for fagutvikling og forskning

Kommunesektoren er svak på fagutvikling og forskning. HelseOmsorg21-prosessen både kartla situasjonen og foreslo tiltak. Det er ein svær asym-

metri i finansiering og aktivitet mellom statlege ansvarsområde og dei kommunale. Staten si forståing er at kommunane må komme på bana, og dei må betale alt sjølv. Mens staten bidrar med milliardar til eigne institusjonar.

Men det handlar ikkje berre om pengar. Kommunane har vist liten evne til å *forstå* korleis praksis, utdanning og forskning heng saman i helsetenester med sterke innslag av akademisk arbeidskraft, for eksempel legar og psykologar. Dette er eit betydeleg kulturproblem, som har gjort at kommunar har mista eller ikkje rekruttert mange kompetente personar. Det blir gjort betydelege framskritt på overordna nivå gjennom tiltak som Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF), men lokalt er det ofte ein lang veg å gå før forståing av poenget og lokale behov blir oppfylt.

Små einingar løyner risiko og manglande kvalitet

Ovanfor har eg omtalt korleis dei kommunale legetenestene ofte manglar systematisk innsamling av styringsdata og sjekking av kvalitetsvariablar. Dette blir ytterlegare utfordra når einingane er små: Alvorlege bristar opptrer sjeldan i enkeltkommunar, og blir vanskelege å oppdage eller blir tatt for tilfeldige hendingar. Spesialisthelsetenesta har store volum og omfattande kontrollsystem når det gjeld kvalitet. Å kompensere for dette i kommunal sektor er ei stor utfordring.

Litteratur

1. Bergseth JØF, Braut GS, Gjerstad B, et al. Kommunal akutt døgneining i eit historisk lys. *Michael* 2022; 19: 125-42.
2. Kogstad KT, Getz LO. Å se mennesket. Kan innsikt i psykoterapi bidra til bedre møter hos fastlegen? *Michael* 2022; 19: 143-59.
3. St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid* <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=1> (10.5.2022)
4. Slik blir helsereformen. Intervju med helseminister Bjarne Håkon Hansen. *Nettavisen* 19. juni 2009. <https://www.nettavisen.no/artikkel/slik-blir-helsereformen/s/12-95-2650917> (21.5.2022)
5. Mortensen SM, Myrli TR. *Status for øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene 2019*. SAMDATA kommune IS-2836. Oslo: Helsedirektoratet, 2019.
6. Riksrevisjonen. *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen*. Stortinget. Dokument 3:5 (2015-2016).
7. Norsk forening for allmenntmedisin. *Medisinskfaglig veileder for kommunale akutte døgnplasser (KAD)*. Oslo: Den norske legeforening, 2014.

8. Strand A-M S, Kvangarsnes M, Landstad BJ, et al. Hvilke legekvalifikasjoner er det behov for ved øyeblikkelig hjelp døgnopphold i den norske kommunehelsetjenesten? *Michael* 2019;16: 293–305.
9. NKLM. *Ti år i legevaktens tjeneste. Nklm 2005-2015*. Rapport nr. 6-2015. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2015.
10. Lappégard Ø. Hallingdal sjukestugu. Midt mellom kommune og sykehus. *Utposten* 2017; 46 (3): 14-6.
11. Hunskår S, Sandvik H. *Legevaktens historie. Frå barberkirurg til digital vaktlege*. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, 2018.
12. Hunskår S. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM). *Michael* 2022; 19: Supplement 29: 361–72.
13. NKLM. *... er hjelpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt*. Rapport nr. 1-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009.
14. Hunskår S, Blinkenberg J, Bondevik GT et al. *Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene. Oppdrag fra Akuttutvalget*. Rapport nr. 7-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2014.
15. Norges offentlige utredninger. *Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus*. NOU 2015: 17.
16. Hansen EH, Hunskår S red. *Legevaktarbeid. En innføringsbok for leger og sykepleiere*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2020.
17. Sandvik H, Hunskår S, Blinkenberg J. *Årsstatistikk fra legevakt 2020*. Rapport nr. 2-2021. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, 2021.
18. Ånstad H. Kommunehelsetjenesteloven – bakgrunnen for at loven ble som den ble. *Michael* 2013; 10: 123-36.
19. Hunskår S. Legeforeningen og akademisk allmenmedisin i Bergen. *Michael* 2022; 19: Supplement 29: 391–8.
20. Hunskår S red. *Akademisk allmenmedisin i Bergen 50 år: 1972-1922*. *Michael* 2022; 19: Supplement 29.
21. Hunskår S, Røttingen J-A. Utdfordringer for fagutvikling og forskning i allmenmedisin. *Tidsskr Nor Legeforen* 2004; 124: 2637-9.
22. Nilsen L. *KS vil ha økonomisk drahjelp, men ikke et lovpålagt forskningsansvar*. <https://www.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/fond-og-legater/allmenmedisinsk-forskningsfond/forskningsnytt/ks-vil-ha-okonomisk-drahjelp-men-ikke-et-lovpålagt-forskningsansvar/> (15.5.2022)
23. Strisland F, Eitzen I, Landmark AD. Gir e-helsetiltak bedre og tryggere tjenester? *Dagens Medisin* 6. mai 2022. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2022/05/06/gir-e-helsetiltak-bedre-og-tryggere-tjenester/> (9.5.2022)

24. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, et al. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalization, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract* 2022; 72: e84-e90. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>
25. Agenda Kaupang. *Kommunal legetjeneste – kan den ledes?* Rapport R9010. Stabekk: Agenda Kaupang, 2016.

Steinar Hunskaar
steinar.hunskar@uib.no
Institutt for global helse og samfunnsmedisin
Universitetet i Bergen
Postboks 7804
5020 Bergen

Steinar Hunskaar er dr.med. og spesialist i allmenntilleggsmedisin. Han er professor i allmenntilleggsmedisin ved Universitetet i Bergen og forskar ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) ved NORCE Norwegian Research Centre.