

Ledelse i allmennmedisin

Artikkelen handler om legekantoret som bedrift, legekantoret i kommunen, hvordan ledelse i allmennmedisin har utviklet seg frem til i dag, og hva som er viktig i fremtiden.

■ KARIN FRYDENBERG

KJELL MAARTMANN-MOE ■



- Fastlege Skreia Legesenter
- Spesialist i allmennmedisin
- Tidligere medlem i Aplfs styre og Utpostenredaksjonen

- Seniorrådgiver, avdeling allmennhelse tjenester Helsedirektoratet
- Spesialist i allmennmedisin, dr. med.
- Leder Aplf 2002–2005



Ledelse påvirkes av strukturene den virker i. Allmennlegekontorene er små bedrifter med tre til fem leger, like mange medarbeidere og et omfattende samspill med helsetjenesten, NAV og samfunnet forøvrig. I fremtiden ser vi for oss flere større, tverrfaglige sentre der også ledelsesutfordringen vil endres. I et samfunnsperspektiv handler ledelse av allmennlegetjenesten om å lede 1700 små kunnskapsbedrifter (fastlegekontor) i 429 kommuner med kommunale allmennlegeoppgaver i sykehjem, helsestasjoner, skolehelsetjeneste og fengsel.

Historisk var 1984 et viktig år og et vendepunkt for ledelse i norsk allmenn- og samfunnsmedisin. Den nye kommunehelseloven reduserte fra da av distriktslegen fra å være helserådsordfører med makt og myndighet over kommunenes helsestell, til å bli rådgiver for kommunens helsestjef.

Leger hadde ikke lenger makt og ledelse bare i kraft av sin profesjonsutdanning. Allmennlegene og kommunelegene måtte heretter aktivt ta ledelse i egne bedrifter, helsetjenesten i kommunene, i utviklingen av fastlegeordningen og i lokale og nasjonale samarbeidsordninger for å få innflytelse.

Ledelse, team og mål

Ledere er i økende grad de siste 25 årene, blitt en del av et team der ledelse handler om å sette opp og følge mål for virksomheten. Målene må forankres hos dem som deltar i arbeidet for å nå målene, det være seg pasienter, medarbeidere i praksisen eller samarbeidspartnere i kommune og helseforetak. I allmennmedisinen skal ledelse bidra til å trygge faglig gode utrednings- og behandlingsløp for pasientene og få fastlegenes kompetanse- og servicebedrifter til å fungere optimalt når det gjelder denne kjerneoppgaven. Å legge til rette for faglig utvikling i alle ledd i legesenteret er derfor også et ledelsesansvar. Allmennmedisinsk ledelse handler også om å se fastlegekontorene og fastlegeordningen i en større sammenheng – i forhold til kommunehelsetjeneste, kommune, spesialisthelsetjeneste, NAV og andre samarbeidspartnere.

God ledelse handler om personlig engasjement, synlighet og offervilje når det trengs. Ledelse er et særskilt arbeidsfelt som krever bevissthet, ressurser, tid, kunnskap og ferdigheter. Ledelse handler om «å nå mål gjennom andre» (1).

Ledelse og pasient-lege-forholdet

Interaksjonen mellom pasient og lege kan sees i et ledelsesperspektiv der legen er pasientens rådgiver, mens pasienten er fri til å følge eller ikke følge rådene. Legens ideelle oppgave er å legge frem mulighetene for pasienten på en slik måte at pasienten kan ta valg som passer for den enkelte. I denne dynamikken kan legen oppnå å få til god behandling bare «ved å gjøre pasienten god». Men her eksisterer fortsatt store forskjeller i stil og ledelsesfilosofi, fra legen som veileder, til legen som beslutter hva pasienten skal gjøre. Når



ÅR	ETTER SENTRALITET ¹	I ALT	DRIFTSTILSKUDD	FASTLØNN	TURNUS	UTEN AVTALE
1988	Alle	2935 ²	1535 (52%)	1044 (36%)	223	133
	0	614	133	347	115	19
	1	248	121	94	29	4
	2	688	467	172	33	16
	3	1385	815	431	45	94
1994	Alle	3264	1826	1061	187	191
	0	633	147	380	101	6
	1	270	145	95	26	4
	2	778	514	194	28	43
	3	1582	1020	392	32	138
2001	Alle	4109	3010	646	341	112
	0	746	326	265	144	11
	1	323	213	66	43	1
	2	983	779	119	64	22
	3	2057	1692	196	91	78
2010	Alle	4748	3468 (73%)	693 (15%)	447	140
	0	609	266	212	126	4
	1	334	220	64	50	0
	2	814	649	74	74	17
	3	2991	2333	342	198	118

1 Sentralitet: 0=< 5000 innb., 1=5000-15 000 innb., 2=15 000-50 000 innb., 3=>50 000 innb. Definisjonen tar også opp i seg avstand fra større sentrum.

2 Tall fra 1988 og 1994 inneholder ikke årsverk fra institusjoner for eldre. Det var i 1988 ca 200 og i 1994 193.

TABELL 1. Legeårsverk i kommunen etter driftsform og sentralitet. KILDE: STATISTISK SENTRALBYRÅ

det gjelder ledelse, er det viktig å søke å finne et felles mål ved først å kartlegge hva som er pasientens mål. For den gode lederen er det viktig å gå skrittene sammen med den en skal lede, og ikke bestemme dem for ham eller henne.

Ledelse på fastlegekontoret handler også om at legene selv er ansvarlige for å utvikle og vedlikeholde sin allmennmedisinske kompetanse, først og fremst gjennom spesialiteten i allmennmedisin med resertifisering hvert femte år.

Legesenteret som bedrift

I 1988 var det 2935 legeårsverk i kommunehelsetjenesten. I 2010 var det 4748, men denne økningen har nesten utelukkende funnet sted i byer med over 50 000 innbyggere og nærområdene til disse (TABELL 1). Antall fastlønnede legeårsverk har i samme periode gått ned fra 1044 (36 prosent) til 693 (15 prosent).

For 25 år siden arbeidet allmennleger ofte i solo praksis. Nå er kun 10 prosent av fastlegene i solo praksis (2). Fastlegekontorene har fra én til 15 leger og gjennomsnittet er tre leger (FIGUR 1). Hver lege har i gjennomsnitt tilknyttet 0,8 medarbeider, men flere har deltidsstillinger. Derfor er gjennomsnittskontoret en arbeidsplass med tilsammen syv til åtte leger og medarbeidere.

Fastlegekontorene er små service- og kunnskapsbedrifter som krever trygg fagledelse, gode prosedyrer og internkontroll, gjennomarbeidede mål for arbeidet og strategi mot publikum, godt samarbeid innad og mot alle andre samarbeidspartnere. Målene for legesenteret må være tydelige for legene, ansatte og kommune – og ikke minst pasientene. Hvordan målene skal nås må avklares med tålmodighet slik at alle er med i prosessen og kan bruke sin positive motivasjon for å gjøre godt arbeid. Siden må strategien for å nå

målene være åpen og evalueres med jevne mellomrom. Eksempler på mål for god praksis er:

- regelmessige styre- og personalmøter
- god logistikk for mottak av akutt og kronisk syke pasienter
- faglig god behandling og oppfølging av pasientene
- tilfredsstillende utstyr for å oppnå dette
- godt nok verktøy for dokumentasjon
- gode IT-verktøy for samarbeid med andre deler av helsevesenet og samfunnet
- gode kvalitets- og internkontrollsystemer
- godt fungerende samarbeid i legegruppen og mellom leger og medarbeidere
- en tydelig faglig ledelse og bevisst utviklet teamarbeid

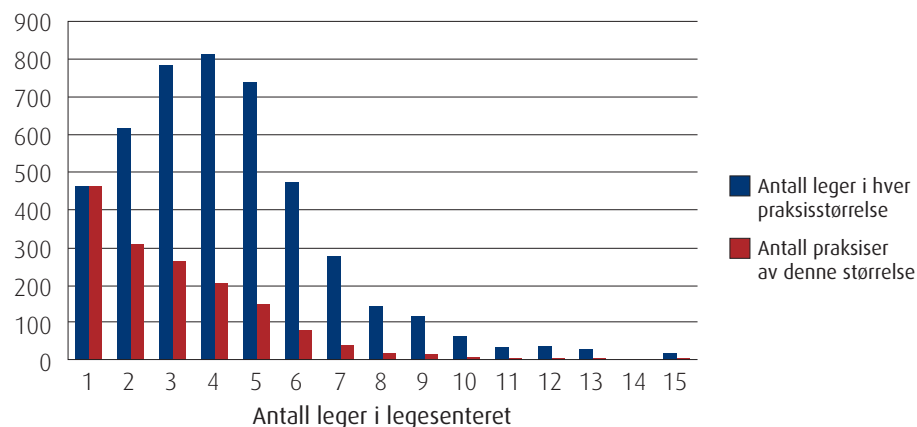
Privatpraktiserende fastleger har vanligvis arbeidsgiveransvar for medarbeiderne, men noen kommuner er arbeidsgivere og leier ut kontorer og medarbeidere til legene. Lederoppgavene er likevel stort sett de samme. Stedlig ledelse må ta ansvar for mål og prosess. Imidlertid vil kommunal ansettelse av medarbeiderne gi lederen på legesenteret noe mindre handlingsrom overfor dem, og kanskje gi ham/henne mindre status som sjef. På den annen side kan det gjøre forholdene mer likeverdig mellom medarbeidere og leger i en praksis og derigjennom styrke teamfølelsen.

Ledelse og drift arter seg forskjellig i solo praksis og fler-legesentre. I legesentre er det vanlig å dele ledelsesoppgavene mellom legene. Noen store legesentre har ansatt egen daglig leder som ikke nødvendigvis er lege.

Ledelsesoppgavene kan for eksempel være delt i

- arbeidsgiveransvar/personalansvar
- utvikling og vedlikehold av IT og data
- fagutvikling, fagmøter, internkontroll og personalutvikling
- forvaltning av økonomi og eiendom
- kvalitets- og internkontroll

FIGUR 1. Praksisstørrelse og legefördeling. KILDE: ANDERS TARALDSET, DEN NORSKE LEGEFØRENING 30.03.2012.



ÅR	I ALT	DIAGNOSE, BEHANDLING OG REHABILITERING	MILJØRETET HELSEVERN	HELSESTASJON/SKOLE	ANNET FOREBYGG	INSTITUSJON FOR ELDERE OG FUNKSJONSHEMMEDE	ADM OG ANNET
1994	3457	2760	-	210	-	193	294
2001	4109	3376	80	231	80	249	93
2010	4748	3899	66	206	84	404	89

TABELL 2. Legeårverk i kommunen etter virkeområde. KILDE: STATISTISK SENTRALBYRÅ

Legesentre er små arbeidsplasser med særskilte arbeidsmiljøutfordringer. Det er ofte stabilt personale som jobber tett sammen over mange år med krevende oppgaver på ulike plan. Dette kan medføre slitasje over tid. Samtidig kjenner man hverandres styrker og svakheter og kan ta hensyn til det. For å bygge et godt legekontor fordres det at ledelsen ser hvilke styrker de forskjellige legene og medarbeiderne har, bygger opp under disse og samtidig respekterer deres grenser. Det er en lederoppgave å legge til rette for arbeidsmiljøtiltak gjennom trening på vanskelige situasjoner, og gjennom å skape gode relasjoner i teamarbeidet og felles møtearenaer. Arbeidsmiljøet kan også slites av fravær, og det krever god planlegging og mulighet for fleksibel arbeidsdeling og logistikk.

Ledelse av legekontorets ansatte

Den som har personalansvar har et overordnet ansvar for – i samarbeid med de ansatte – å sørge for individuelle utviklingsmuligheter, personalmøter, medarbeidersamtaler, videreutdanning og internundervisning. Legekontorer er forpliktet etter arbeidsmiljøloven til å ha et system for helse, miljø og sikkerhet. Med fordel kan dette utvikles i samarbeid mellom leger og ansatte. Det finnes flere hjelpemidler i dette arbeidet, også elektronisk lagt til rette for legekontorer. Et eksempel er Trinnvis som er et elektronisk kartotek og kvalitetssikringsverktøy for internkontroll ved legekontor.

Ledelse av legesamarbeidet på fastlegekontoret

Internavtalen og legemøter er legenes viktigste redskap i ledelse av legene på legekontoret. Noen formaliserer legemøtene som styremøter. Å lede leger i allmennpraksis er en spesiell utfordring fordi de vanligvis er selvstendig næringsdrivende med høy selvbevissthet og ønske om faglig og organisatorisk autonomi. Lege/styremøtene bør drøfte grunnleggende ideer, prinsipper og visjoner som legekontoret skal styres etter og ta medarbeiderne med i prosessen og i overveielene som blir gjort. Slike diskusjoner kan også gjøres i samarbeid med andre legekontor og i allmennlegeutvalget. Diskusjonene bør ta høyde for faglige uenigheter og personlige motsetninger.

Legekontoret bør også ha en policy som gjør det mulig at legene kan være tillitsvalgte og som legger til rette for undervisning og veiledning av studenter, turnusleger, EØS-leger og leger under spesialisering i allmennmedisin.

Ledelse av fastlegene og fastlegeordningen i kommunen

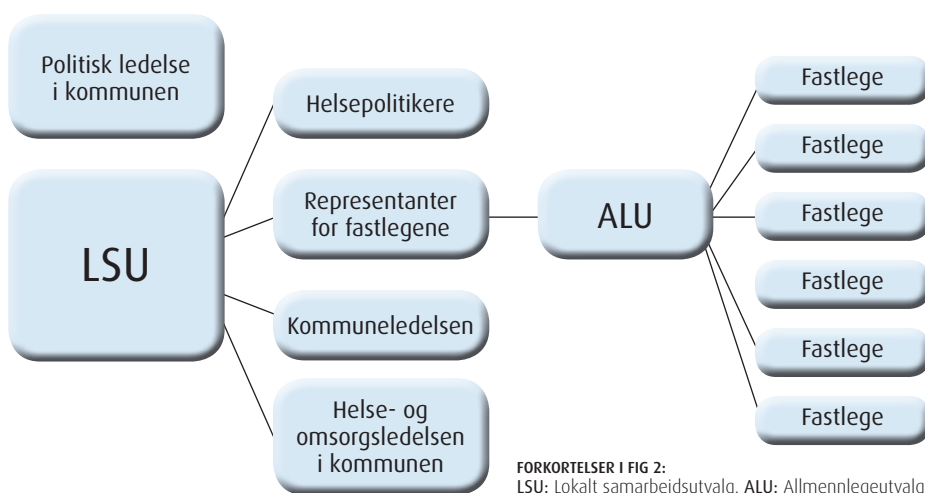
Helserådsordførerembetet ble avviklet med kommunehelseloven som trådte i kraft i 1984. Den nye helserådgiveren – kommunelegen/kommuneoverlegen – har en posisjon med mye ansvar og mindre myndighet og etter manges syn lavere anseelse enn tidligere. Det har tatt tid for den nye samfunnsmedisineren

i kommunen å finne sin plass som kommuneoverlege og medisinsk faglig rådgiver, ofte uten noen formell lederstilling. Medisinsk faglige rådgivere og ledere er sentrale i planleggingen og oppbyggingen av fastlegeordningen og kommunepsykiatrien, i det forebyggende arbeidet blant barn og unge og i økende grad i oppbyggingen av godt medisinske faglig tilbud på sykehjemmene. Legeårverkene i sykehjem har økt fra 193 i 1994 til 404 i 2010 (TABELL 2). Denne tendensen vil fortsette og behovene vil i de neste årene forsterkes av den demografiske utviklingen og samhandlingsreformens krav. Hittil har oftest pleie- og omsorgstjenesten ledet sykehjemmene, men i fremtidens og samhandlingsreformens sykehjem er en faglig styrking nødvendig for å ivareta sykere pasientgrupper og kommunenes plikt til å tilby døgnbasert øyeblikkelig hjelp til noen pasientgrupper. Derfor må sykehjemslegene og det medisinsk faglige perspektivet med i ledelsen.

Fastlegeordningen forskriftsfester at kommunen skal legge til rette for godt samarbeid. Her er allmennlegeutvalget (ALU) der alle fastlegene har møteplikt, og lokalt samarbeidsutvalg (LSU) viktige møtefora (FIGUR 2). I disse fora er det viktig at mål og strategier for legeledelse i kommunen og utvikling av fastlegeordningen i kommunen diskuteres og utformes. Samarbeidet innad i kommunen er vesentlig for helhetlig pasientbehandling og derfor bør det være et prioritert område for fastlegene. Selv om fastlegene ikke selv er ledere i kommunen, er de som leger med ansvar for en del av populasjonen og for sine praksiser, medansvarlige for å utvikle dette samarbeidet.

Kommuneoverlegen og virksomhetsleder har ansvar for utvikling av fastlegeordningen slik at den blir tilstrekkelig utbygd. En opptrappingsplan for flere fastleger er nødvendig. Styrking av veiledning og opplæring i praksis og etablering av utdanningshjemler/stillinger blir viktig for rekruttering av flere fastleger. Mange unge leger sier at de ønsker fastlønn i utdanningsstillingene. Fastlegene i kommunen må med i prosesser med klar strategi og mot felles mål for å videreutvikle fastlegeordningen. Her kan man bruke de samarbeidsarenaene fastlegeordningen gir.

FIGUR 2. Kommunalt samarbeid.



Eksternt samarbeid og praksiskonsulentordning

Tradisjonelt vil fastleger være sine egne ledere og ikke tvinges inn i aktiviteter som stjeler tid fra kurativ virksomhet og tilgjengelighet på kontoret. Derfor blir strukturert ledelse av samarbeidet med kommunehelsetjenesten, foretakshelsetjenesten og NAV – slik at det blir effektivt og fastlegene er med – en av kommuneoverlegens viktige lederoppgaver. Fastlegene må på sin side støtte opp om kommuneoverlegene.

Samhandlingsreformen avtalefester et samarbeid mellom kommunene og helseforetakene (3) (FIGUR 3), men det finnes ingen formelle ledere, samarbeidsorganer, avtaler eller arenaer mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten og helseforetakene. Praksiskonsulentordningen er foreløpig det mest konkrete bindeleddet vi har (4). Men praksiskonsulentene er ansatt i helseforetaket og er ikke fastlegenes representanter. Ordningen er dårlig forankret i kommunene.

Ledelse, forskning og kvalitetsforbedring

Det er et ledelsesansvar å legge til rette for forskning, kunnskapsformidling og undervisning. Kommunene burde ha like stort lovpålagt ansvar for dette som helseforetakene.

I 2002 tok Allmennelegeforeningens styre, sammen med de allmennelemisinske instituttene, initiativ for å gi allmennelemisinsk forskning vekstmuligheter. Fra 2007 kom det driftsmidler i statsbudsjettet til fire allmenne-

medisinske forskningsenheter og det ble i 2012 bevilget til sammen nesten 30 millioner til forskning og drift ved de allmennelemisinske forskningsenheter.

Den reviderte fastlegeforskrift sier ingen ting om rammebetingelser for forskning og undervisning i kommunene. Myndighetene etterspør mer forskning i allmennelemisin, men etterspørselen er så langt ikke fulgt opp med økte bevilgninger.

Utvikling av ledelseskompetanse

Samfunnsmedisinere og allmenneleger som skal lede, bør få bedre tilbud om lederutdanning på høyskole og universitetsnivå. Det må utvikles permisjonsmuligheter og romslige stipendordninger for næringsdrivende allmenneleger, slik at det blir økonomisk mulig å gjennomføre lederutdanning også for leger som ikke har en arbeidsgiver som dekker utgifter og betaler arbeidsinntekten under lederutdanningen.

Oppsummering

God ledelse gir en plattform for godt arbeidsmiljø, høy faglig standard og entusiasme. For å sikre effektiv og god faglig drift må fastlegepraksiser ledes målbevisst. Ledelse blir ikke alltid prioritert på legekontorene eller i primærhelsetjenesten for øvrig. Mange fastleger opplever at pasientbehandling, papirarbeid og møter tar så mye tid og krefter at de ikke prioriterer ledelse av virksomheten.

Ledelse må læres i teori og praksis. Det er viktig at AF fortsetter å tilby kurs i ledelse for

å øke interessen og kompetansen blant allmennelegen på området, men viktigst er det at samfunnsmedisinere og allmenneleger som skal lede allmennelegetjenesten i kommunene får formell lederutdanning på universitets- og høyskolenivå.

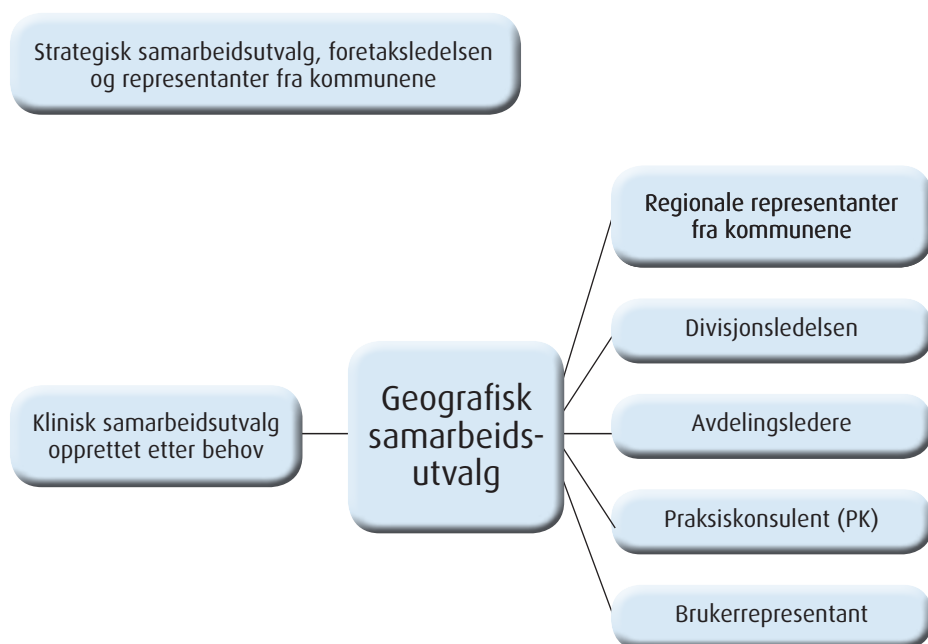
Fremtidens fastlegepraksiser vil få flere fastleger og flere faggrupper som kan samarbeide om pasientbehandlingen. Samhandlingsreformen handler blant annet om at mer av det som nå gjøres i spesialisthelsetjenesten skal foregå i kommunene. Det forutsetter økt kompetanse i kommunene og tettere samarbeid mellom fastlegene, kommunen og foretakene. Det er en ledelsesutfordring og fastlegene må være med i prosessene. Kommunene, spesialisthelsetjenesten og sentrale helsemyndigheter trenger fastlegenes faglige vurderinger av hvilke oppgaver som kan og bør overføres til kommunene. Godt samarbeid og gode samarbeidsstrukturer mellom nivåene blir avgjørende for fastlegeordningens og samhandlingsreformens fremtid.

Sentrale myndigheter ønsker at kommunene skal få bedre styring med fastlegene og stiller i den reviderte fastlegeforskriften av 29. august 2012 økte funksjons- og kvalitetskrav til fastlegene. Fastlegene må fortsatt være våkne å si fra om hvordan det er hensiktsmessig å lede og bli ledet.

REFERANSER

1. Professor Ole Berg. Institutt for helse og samfunn. Avdeling for helseøkonomi og helseledelse. Universitetet i Oslo
2. <https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/Yrkesaktive-leger-i-Norge/Legeforeningens-fastlegestatistikk---artikkel/Årstell>
3. Samhandlingsreformen – lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet, 2012. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling/om-samhandlingsreformen/samarbeidsavtaler-mellom-kommune-og-syke.html?id=650125>. 2012
4. Praksiskonsulentordningen – Håndbok for praksiskonsulenter og praksiskoordinatorer. Oslo: Allmennelegeforeningen, 2004 (<https://legeforeningen.no/yf/Allmennelegeforeningen/Fra-foreningen/Debattskrift-handboker-og-rapporter/pko-handboka/>)
5. Roksund Gisle, red. Fastlegen. Praktiske råd for etablering og drift av allmennelegekontorer (Allmennepraktikererien). Oslo: Universitetsforlaget, 2002.
6. Maartmann-Moe K. Fastlegene i ledelsen. Utposten 2009; nr. 3: 31–4.

FIGUR 3. Samarbeid kommune – helseforetak.



maatma@online.no

fydrein@gmail.com