



ikke gjennomføres som planlagt på søknadstidspunktet.

Hensynet til familiesituasjon og eventuell partners jobbmuligheter er viktige momenter for turnuslegene, spesielt når siste del av turnustjenesten i kommunene skal gjennomføres. Turnustjenesten kan være et springbrett for videre jobbmuligheter etter turnustiden og dette må vurderes i kommunenes markedsføring av seg selv for å få gode søkere som også kan tenkes å etablere seg i kommunene på lengre sikt.

God kollegial og faglig oppfølging (god kvalitet på veiledningen, godt arbeidsmiljø) er viktige trivselsfaktorer og bidrar til både rekruttering og stabilisering av turnuslegene utover turnustiden.

Tanker om veien videre

Det synes å være et stort volum av turnusleger som av ulike grunner får avbrudd på sin 18 måneders turnustjeneste. Overgangen mellom sykehusturnus og kommune-turnus synes å være spesielt sårbar for slike avbrudd. Dette kan i sin tur føre til at mange ledige kommuneplasser blir lagt ut på helsedirektoratets søknadsportal, som skaper en markedsituasjon som truer koblingen mellom sykehusturnus og kommune-turnus.

Ansettelse og administrering av søknadsbasert, koblet turnustjeneste, er komplisert og uforutsigbar. Personellet som skal administrere ordningen må derfor kjenne regelverket godt og få erfaring med mange av de vanlige scenariene som kan oppstå. Kommunene må både samarbeide og delegerer myndighet til de personene som skal administrere ordningen.

Turnuslegene representerer uten sammenligning den aller viktigste kilden for å kunne rekruttere stabile leger av god kvalitet, spesielt for rekrutteringssvake kommuner og regioner. Disse kommunene bør derfor være spesielt aktive i å legge til rette for å få gode søkere, både i annonseutforming og i oppfølgingen av den enkelte kandidat mens vedkommende enda er i sykehusturnus. Dette krever at det utpekes dedikerte personer til dette og at deres ansvar og myndighet er avklart.

BJØRN ØYGARD
fmfiboy@fylkesmannen.no

FFF – Farlig Felle i Fastlegeordningen

Advarsel til kolleger

Fra tid til annen hører vi om legekantor som havner i konflikt. Enten må noen slutte, eller så splittes miljøet. Ofte er det tidligere velfungerende legekantor, startet opp i entusiasme og dugnadsånd, som rammes. Vi andre rister på hodet, blir triste og undrer oss over hvordan dette kan skje. «Det kan i alle fall ikke skje hos oss» tenker mange.

Nå har det skjedd meg. Jeg var helt uforberedt. Jeg er kommet meg gjennom to til tre av de vanskeligste årene i mitt liv, mange erfaringer rikere (som jeg helst skulle vært foruten). Hensikten med dette innlegget er å advare fastlegekolleger om den fellen jeg havnet i, og appellere kraftig til Legeforeningen om å tette slike hull i regelverket omkring fastlegeordningen.

Vi hadde et veldrevet og trivelig legekantor med tre kolleger som drev uavhengig av kommunen bortsett fra fastlegeavtalene. To drev fulltid, og jeg drev halvtid i kombinasjon med andre stillinger. Stabiliteten var rimelig bra, slitasje var knyttet til hyppige vakter. Listelengder ca 1500 + 1300 + 800 da jeg overdro praksisen høsten 2014. Ved sykefravær og annet fravær vikarierte vi vanligvis for hverandre, dersom vi ikke valgte ekstern vikar. Vi hadde gode rutiner, og en omfattende internkontrollavtale som supplerte selskapsavtalen. Jeg trodde jeg kunne regelverket på fingrene.

Det andre legekantoret i kommunen hadde to leger og turnuskandidat, og drev praksis med kommunal støtte. Legedekningen var ikke høy. Legene dekket praksis, inkludert vakter, helsestasjon, skolehelsetjeneste m.m. For noen år siden ble det opprettet en kombinert kommunelege- og sykehjemsstilling, og vaktene ble flyttet til interkommunal legevakt i nabokommunen. Ting ble derfor stadig bedre, og vaktene sjeldnere i et større flerkommunalt legevaktmiljø med hjelpepersonell.

Jeg havnet i konflikt med både kommunen og mine kolleger. Konflikten handlet delvis om mitt fravær fra praksis

(andre stillinger, perioder med sykdom), og delvis om lokalisering av praksis (kommune og kolleger ønsket samlokalisering med det andre legekantoret, og dermed nedlegging av vårt kontor). Jeg ønsket ikke å utvide min praksis til 100 prosent og dermed si opp mine andre jobber, og heller ikke samlokalisering.

Situasjonen ble uholdbar, og i prosessen som fulgte ble jeg fullt sykmeldt. Dette var i en tid da fastlegeordningen var under press, i kjølvannet av Fastlegeaksjonen. Det var, tross utallige tiltak fra min side, ikke mulig å skaffe vikar. Jeg engasjerte og betalte til og med skandinaviske legererekrutteringsfirma uten resultat. Til slutt ga jeg opp, og overlot etter press ansvaret til kommunen (som etter regelverket også har dette ansvaret). Vikar ble til sist skaffet, han svarte opprinnelig på en av mine annonser i ettertid, men skrev arbeidsavtale med kommunen og ble plassert på mitt kontor uten min medvirkning.

I dette forløpet slo bomben inn i mitt liv. Mine kolleger ønsket ikke å videreføre sedvanlig avtale om kollegial vikarordning ved sykdom ut over åtte uker, slik vi hadde hatt tidligere. Det står dem fritt etter regelverket. Kommunen stoppet samtidig basistilskuddet i tråd med Rammeavtalen (se FAKTA basert på Rammeavtalen på side 40 nederst), da jeg ikke klarte å skaffe vikar. Min situasjon var følgende: Jeg hadde sykepenger. Jeg mistet basistilskuddet på ca 20 000 kr månedlig, samtidig som jeg var forpliktet av internavtalen til å betale min andel av praksisutgiftene på ca 32 000 månedlig. Jeg måtte altså betale ca 32 000 hver måned. Tidligere, da jeg hadde inntekt var mine utgifter ca 12 000 hver måned.

Selv om jeg trodde jeg kunne regelverket på fingrene, var jeg helt uforberedt på at dette var mulig og i tråd med det regelverket Legeforeningen og KS har fremforhandlet.

Løsningen på en slik situasjon er forutsigbar: jeg måtte si opp hjemmelen for å begrense tapet til maksimalt seks måneder for ikke å gå konkurs.

Situasjonen gikk fra vondt til verre. Tilsetting i hjemmelen trakk av forskjellige grunner i langdrag. Tiltredende lege som takket ja til hjemmelen og jeg sto langt fra hverandre, med ca 600 000 i prisforskjell på hjemmelen. Det endte med nemd. Jeg har likevel mye positivt å si om nemdsbehandlingen.

Jeg er glad for å ha lagt denne livsfasen bak meg. Jeg bor fortsatt i det lokalsamfunnet der dette skjedde, og der jeg hadde planlagt en gradvis nedtrapping til pensjonistlivet med deleliste. Jeg er stolt av det legekantoret jeg har vært med på å bygge opp, og glad for at det ikke er nedlagt. Kanskje blir dette til en positiv endring i mitt liv – nye oppgaver jeg jobber med nå er både inspirerende og spennende.

MEN:

• **ADVARSEL TIL KOLLEGER:** Planlegg avtalene ved legekantoret slik at dere ikke kan havne i samme situasjon som jeg gjorde! Sett dere nøye inn i regelverket. Lag gode avtaler når stemningen er god, slik at dere har dem på plass når livet blir vanskeligere (omtrent slik en god samboeravtale eller ektepakt bør lages, mens skilsmissemisjonen fortsatt bare er et eventuelt fjernt mareritt).

• **TIL LEGEFORENINGEN:** Dette hullet i regelverket må tettes, slik at ikke kolleger kan skyves ut i tråd med regelverket når konflikter oppstår (Kommunen kan trekke basistilskuddet etter 16 dager, kollegene kan velge å ikke inngå vikaravtale ved fravær utover åtte uker. Dette gjelder selv om det ikke er mulig å skaffe vikar). Slik fratas legene et reelt oppsigelsesvern, og pasientsikkerheten settes også i fare. For hvem har da ansvaret for at fraværende leges listepasienter får nødvendige konsultasjoner? Og ikke minst: Hvem følger opp innkommende epikriser, henvendelser, kontrollopplegg og viktige beskjeder som kommer inn i fraværende leges (elektroniske) postboks?

FORFATTER: ANONYM

FAKTA – jf. ASA 4310:

Rammeavtale fastlegeordningen KS/Dnlf

- I fastlegeavtalen er de fleste legene private næringsdrivende med fastlegeavtale med kommunen. Legen får sine inntekter fra basistilskudd fra kommunen (avhengig av antall pasienter på listen), refusjon fra Helfo og mellomlegg fra pasientene. Hvis legen blir syk kan kommunen trekke basistilskuddet etter 16 dager. Unntak: dersom legen selv skaffer vikar eller er dekket av kollegiale fraværsordninger. Legen dekker selv sine utgifter til husleie, ansatt hjelpepersonell, utstyr mm.
- Når en fastlege slutter i praksis tildeles fastlegehjemmelen til en ny lege av kommunen etter forutgående utlysning. Når tiltredende lege har takket ja, må fratredende og tiltredende lege bli enige om et vederlag for opparbeidet praksis med pasientgrunnlag (praksispris). Dersom det ikke oppnås enighet går saken til nasjonal nemd for avgjørelse (voldgift).

Pasientjou

■ ARILD FAXVAAG • Professor i helseinformatikk, daglig leder av Norsk senter for elektronisk pasientjournal

I flere utgaver har *Utposten* satt søkelyset på begrensninger og muligheter i pasientjournalssystemer og hva som kan gjøres for å videreutvikle systemene. Hva elektronisk pasientjournal er og kan bli er også et viktig emne for forskning. I denne artikkelen oppsummeres noen av innsiktene vi har oppnådd etter 15 års forskning på informasjons- og kommunikasjonsteknologi i helsetjenesten.

Helseinformatikk handler om utvikling av metoder og teori for å lage, forstå og forbedre de IT-systemene som brukes i helsetjenesten. Ved de fleste universiteter trekker helseinformatikk til seg seg forskere fra mange forskjellige fagdisipliner. Ved NTNUs Norsk senter for elektronisk pasientjournal (NSEP) gjenspeiler dette seg i at både allmennleger, samfunnsmedisinere, sykehusleger, farmasøyter, helsevitere, sykepleiere, organisasjonspsykologer, lingvister, sosiologer, dataingeniører, produksjonsingeniører og industrielle økonomer har drevet og driver forskning ved senteret. Et slikt tverrfaglig forskningsmiljø vil nødvendigvis se på helse-IKT fra flere perspektiv, men også gradvis bygge en felles forståelse. I denne artikkelen oppsummerer jeg noen av de innsiktene vi sitter igjen med.

Pasientjournalen er et verktøy for helsepersonell

Et verktøy er en teknisk innretning som først og fremst har den funksjon at det skal hjelpe brukeren å gjøre jobben. Det ideelle verktøyet er enkelt å lære seg å bruke og lett å ta i bruk på nytt når man har vært borte fra det i en periode. Et annet viktig aspekt ved bruken av et verktøy er at brukeren skal kunne konsentrere seg fullt og helt mot den oppgaven som skal gjennomføres. Verktøyet skal med andre ord ikke stjele brukerens oppmerksomhet. Forskning på bruk av elektronisk pasientjournal (EPJ) som verktøy hører inn under fagområdet menneske-maskin-interaksjon (Human-computer interaction) (1). Fagfolkene kalles interaksjonsdesignere. Apple, firmaet som utvikler iPhone og iPad, har mange interaksjonsdesignere. Firmaene som leverer e-Helse-systemer i Norge har nesten ingen, og de har heller ikke ansatt noen av dem som har fått sin utdanning hos oss. Vår forskning på helse-

IT-utviklingsprosesser har vist at interaksjonsdesign og brukbarhetstesting fortsatt blir prioritert ned og vekk (2). Analyser av klinikerens bruk av pasientjournal viser at dagens systemer ikke har god nok brukskvalitet. Alt for ofte tvinges brukerne til å ta omveier i systemet, og bare på denne måten blir jobben gjort. Siden det er gått mange år siden den grunnleggende kunnskapen innen menneske-maskin-interaksjon ble utviklet er jeg fristet til å konkludere med at dagens utviklingspraksis ikke er kunnskapsbasert.

Pasientjournalen er også et verktøy for mange andre

Utvikling av pasientjournalssystem for sykehus er påvirket av langt flere forhold enn behovet for å tilby klinikere egnede arbeidsverktøy. Helsetjenester har alltid hatt sin kerne i møtene mellom kliniker og pasient. Å yte helsehjelp i slike møter er klinikerens fremste oppgave. I denne sammenhengen er sykehusets oppgave å legge til rette for at slike møter skal finne sted. En rekke forhold gjør imidlertid at slik tilrettelegging blir mer og mer kompleks. Stikkord her er den raske kunnskaps- og teknologiutviklingen, oppbygging av nødvendig kompetanse, dimensjonering av kapasitet samt prioritering av knappe medisinsk-tekniske ressurser. For å imøtekomme dette har sykehus begynt å se på pasientjournalssystemet som en brikke i et «helsetjenesteproduksjonssystem», og dermed også som et verktøy for de som har som oppgave å kapasitetsberegne, programmere, monitorere og kvalitetskontrollere helsetjenester. Etablering av standardiserte pasientforløp, digitale retningslinjer, strukturert dokumentasjon og elektronisk arbeidsflyt må ses i sammenheng med dette.

Også på helsepolitisk nivå er situasjonen preget av ønsket om å bruke et IT-