

## Innhold

<u>Rapport fra Fagutvalg for Fastlegetjenesten</u> .....	<u>2</u>
<u>Innledning</u> .....	<u>2</u>
<u>Generelt om ansvar</u> .....	<u>2</u>
<u>Rapporten gir anbefalinger som er organisert i tre hovednivåer:</u> .....	<u>2</u>
<u>1) Enkel Informasjonsutveksling uten tilbakemelding</u> .....	<u>3</u>
<u>Anbefalinger</u> .....	<u>4</u>
<u>2) Informasjonsutveksling med mulighet for tilbakemelding</u> .....	<u>4</u>
<u>Anbefalinger</u> .....	<u>5</u>
<u>3) Informasjonsutveksling med høy grad av dialog:</u> .....	<u>6</u>
<u>Anbefalinger:</u> .....	<u>6</u>
<u>Forutsetninger og prinsipielle endringer</u> .....	<u>6</u>
<u>Struktur og ansvar i kommunal ledelse av fastlegeordningen</u> .....	<u>7</u>
<u>Økonomisk Kompensasjon og tilrettelegging for deltagelse</u> .....	<u>7</u>
<u>Konferering som metode for kvalitet og samhandling</u> .....	<u>8</u>
<u>Oppsummering og veien videre</u> .....	<u>9</u>

# Rapport fra Fagutvalg for Fastlegetjenesten.

## Innledning

I denne rapporten presenteres fagutvalgets anbefalinger knyttet til hovedoppgaven i utvalgets mandat:

«Foreslå tiltak for å sikre at anbefalinger om samarbeid blir kjent, implementert og praktisert, herunder vurdere hvordan man kan benytte etablerte samarbeidsarenaer, og ved behov foreslå nye arenaer, for kompetanseheving og kvalitetssikring.»

I saksgrunnlaget for sak 19/24 i SSU hvor mandatet til fagutvalget ble vedtatt, står det som en presisering at:

«Sekretariatet har konkrete forslag om at fagutvalget skal prioritere kvalitet, faglig begrunnelse for henvisninger knyttet til «hjerte» og «gastro» med mål om å redusere uønsket variasjon og riktigere «forbruk» av helsetjenester.»

Fagområdet gastromedisin er i høst prioritert gjennom informasjonsarbeid på flere nivåer, og hjertemedisin er prioritert i høstens samhandlingsmøte. Dette er nyttige kanaler for å oppnå kvalitetsforbedring, men som vi belyser i våre beskrivelser har slike tiltak begrenset evne til å endre praksis. Vi foreslår derfor å etablere nye arenaer for samhandling.

Lykkes vi med å etablere dette, tror vi det vil kunne bidra til kontinuerlig kvalitetsforbedring, reduksjon av uønsket variasjon i praksis, og da en riktigere bruk av helsetjenester. Det vil være arenaer som kan benyttes til å sette fokus f.eks. på aktuelle temaer i helsefellesskapet som palliasjon, kardiologi, henvisninger, innleggelses, kommunal svangerskapsomsorg, vitality etc.

Den kanskje viktigste arenaen for kompetanseheving er gjennom kollegastøtte og de daglige faglige fellesskapene på de enkelte legekantorene. Det gjenspeiles i våre forslag om å anbefale at kommunen stimulerer til å sikre deltakelse fra alle legekantorene på enkelte tiltak. Klarer vi å sikre slik delaktighet tror vi det vil bidra til at man lettere kan skape en felles forståelse og samhold for å styrke ideen bak Helsefellesskapet og vår felles helsetjeneste. Skal nye arenaer for samhandling få økt gjennomslagskraft er det en forutsetning at stimuleringsiltak og ledelse etableres slik at tilstrekkelig oppslutning oppnås.

I vårt arbeid med disse anbefalingene har vi sett hvor omfattende informasjonsflyten og kompetansehevingen allerede er i fastlegetjenesten. Det er derfor avgjørende at tiltak som foreslås ikke oppfattes som en tilleggsbelastning for fastleger, men som et virkemiddel fastlegene selv også opplever positivt og lett tilgjengelig. Det er en grunnleggende forutsetning både i utformingen av våre anbefalinger om styrket kommunal ledelse av fastlegetjenesten, og i forslag om økonomisk kompensasjon for enkelte konkrete arrangementer.

## Generelt om ansvar

Fastleger har ifølge fastlegeforskriften en selvstendig plikt til å "drive sin virksomhet i tråd med krav fastsatt i lov- og forskrift, oppdatert kunnskap og nasjonale faglige retningslinjer" (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, § 16). Samtidig har kommunen ansvaret for å sikre at innbyggerne får et forsvarlig tilbud av allmennlegetjenester, og at kvalitets- og funksjonskravene i fastlegeordningen overholdes. Kommunen skal også sørge for systematisk kvalitetsforbedring og tilrettelegging for samarbeid mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten (§ 7 og 8). I tillegg har sykehuset en veiledningsplikt overfor kommunene og fastlegene, mens fastlegene kan bidra til å utvikle bedre og mer hensiktsmessige tjenestetilbud på sykehuset.

Våre foreslåtte tiltak involverer fastlegene, kommunene, og sykehuset. Flere av tiltakene krever oppfølging av de enkelte aktørene selv og kan derfor ikke vedtas direkte av helsefellesskapet. Vi mener likevel at det vil være en styrke å signalisere klare forventninger og ønsker. Enkelte tiltak bør forankres i helsefellesskapet og vedtas i fellesskap.

## Rapporten gir anbefalinger som er organisert i tre hovednivåer:

1. **Enkelinformasjonsutveksling uten tilbakemelding:** Dette nivået omfatter tiltak som krever minimal interaksjon mellom aktørene. Informasjonen formidles, men det forventes ingen tilbakemelding.
2. **Informasjonsutveksling med mulighet for tilbakemelding:** Her legges det til rette for at mottaker av informasjon kan gi tilbakemelding. Dette bidrar til en mer interaktiv prosess, hvor informasjon flyter i begge retninger, noe som kan styrke samarbeidet.
3. **Informasjonsutveksling med høy grad av dialog:** Dette nivået gjelder tiltak som krever en særlig høy grad av dialog og involvering fra alle parter. Dette er også klart mer ressurskrevende tiltak, som i praksis er vanskelig å benytte i stor utstrekning, men som når de benyttes forventes å gi høyere grad av felles forståelse og etterlevelse.

## 1) Enkel Informasjonsutveksling uten tilbakemelding

Dette er den vanligste formen for informasjonsflyt og er ofte tilstrekkelig. Den kan brukes alene eller som støtte til andre metoder for å sikre at tiltak blir kjent. Typisk brukes skriftlig informasjon, som nyhetsbrev eller informasjonsskriv, samt skriftlige tilbakemeldinger fra sykehuset i form av epikriser og dialogmeldinger. Det er i dag en betydelig informasjonsmengde til fastleger med slike metoder.

### *Eksempler på informasjonskanaler:*

- **Nyhetsbrev:** Sendt fra samhandlingslegene, kommuneoverlegen eller andre kommunale ledere for fastlegetjenesten. I tillegg sendes nasjonale føringer til fastleger, enten direkte eller via sykehus/kommune. Sykehuset distribuerer informasjon til fastleger gjennom informasjonskanalen *Praksisnytt*, i samarbeid med informasjonsavdelingen og samhandlingslegene. Kommunene har organisert sin informasjonsutsending på ulike måter.
- **Sykehusets og kommunale hjemmesider/Kompetansebroen:** Disse plattformene har en etablert struktur, men er per i dag lite tilpasset fastlegenes behov og brukes derfor sjeldent. De fungerer primært som oppslagsverk for samhandlingsinformasjon. Per i dag er det ingen god katalogisering eller søkbart arkiv for informasjon som f.eks. sendes ut i nyhetsbrevene.
- **Epikriser og dialogmeldinger:** Disse formene for skriftlig tilbakemelding er allerede etablert praksis, men bruken som metode for kvalitetsforbedring varierer. Måltrettet informasjon kan også sendes spesifikke grupper av henvisere.

Et godt eksempel på effektiv bruk av disse metodene er informasjonsarbeidet rundt henvisninger til gastroskopi. Her ble informasjon bearbeidet av fagmiljøer og samhandlingsleger, distribuert via *Praksisnytt*, oppdatert på sykehusets hjemmesider, og sendt som eget informasjonsskriv til henviser. Et standard informasjonsbrev sendes også der henvisninger ikke er i tråd med faglige retningslinjer.

### Anbefalinger

- **Sikre mottak av Nyhetsbrev:** Fagutvalget vurderer informasjonsutvekslingen fra sykehuset som velfungerende, men påpeker sårbarheten ved at det ikke er sikret at alle fastleger mottar nyhetsbrev. Vi anbefaler at kommunene og sykehuset etablerer rutiner for å sikre at nye fastleger/ALIS/LIS samtykker og blir registrerte mottakere av denne informasjonen.  
Dette er konkret beskrevet i våre anbefalinger under avsnittet «Struktur og ansvar i kommunal ledelse av fastlegeordningen».
- **Koordinering av informasjon i kommunene:** Informasjonsarbeidet rettet mot fastlegene varierer i organisering fra kommune til kommune, og fastlegene mottar ofte informasjon fra flere kommunale aktører. Vi anbefaler at informasjonen samles og sendes fra en enkelt kilde, gjerne som et samlet nyhetsbrev, for å øke nytteverdien og styrke lederskapet. Kommunene bør utpeke en ansvarlig person for all kommunal informasjon til fastlegene.

- **Hjemmeside/Kompetansebroen:** Vi anbefaler at det skapes en database av alle nyheter som sendes ut av sykehus og kommune i nyhetsbrev, slik at man kan søke opp i etterkant. Dette i form av en nettside, gjerne igjennom en eksisterende aktør. Vi anbefaler at nyhetsbrevene samkjører med og baseres på informasjonen i databasen. Vi anbefaler at man finner en bedre løsning for hvordan informasjon som sendes ut via nyhetsbrev blir arkivert eller kategorisert, slik at informasjonen er mer tilgjengelig og nyttig også i ettertid. Dette for å skape en søkbar database over tidligere utsendt informasjon. Sentrale aktører her vil være sykehusets informasjonsavdeling, Kompetansebroen og evt. ansvarlige for kommunale hjemmesider eller nyhetsbrev.

## 2) Informasjonsutveksling med mulighet for tilbakemelding

Denne formen for informasjonsutveksling er viktig i situasjoner hvor informasjonen er mer kompleks. Økt interaksjon og mulighet for tilbakemelding sikrer ofte bedre eierskap og etterlevelse gjennom økt deltakelse fra partene. Denne metoden er mer tid- og ressurskrevende, og kan derfor ikke brukes like hyppig som enklere informasjonsmetoder som nyhetsbrev eller nettsider.

### Aktuelle arenaer

- **Allmennlegeutvalget og Samarbeidsutvalget:** Disse utvalgene er allerede etablert i alle kommuner, men med stor variasjon i oppmøte, hyppighet og funksjon. Deltakelse er forankret gjennom ASA 4310. Selv om disse foraene primært er for fastlegene selv, er det naturlig å vurdere om de i økt grad også kan benyttes til informasjonsarbeid. Samhandlingsleger kan også formidle informasjon til disse møtene, enten ved å kommunisere med ALU-leder, eller igjennom deltakelse og presentasjon.
- **Samhandlingsmøter:** Disse halvårlige møtene arrangeres av sykehusets samhandlingsleger og gir poeng for etterutdanning. Møtene er egnet for konkrete oppdateringer som ikke krever hyppig repetisjon. Imidlertid viser erfaringen at frivillig deltakelse på ettermiddags- og kveldstid kun treffer en begrenset gruppe fastleger. Overføring via Teams de siste årene har gjort møtene mer tilgjengelige, men med mindre fysisk oppmøte. Møtene er svært verdifulle for de som deltar.
- **Digitale møter/webinarer:** Dette er ikke etablert praksis i dag, men alle fastleger har tilgang til digitale møter, også i kontortid. Eksempelvis kan korte «lunsmøter» arrangeres for å diskutere temaer knyttet til sykehusklinikker eller kommunale tjenester. Det kan oppfordres til felles visning på legekantorene for å stimulere til faglig diskusjon. Samhandlingslegene kan i samarbeid med klinikkleidelse stå for det faglige programmet. Kommunen bør oppmuntre til deltakelse og sikre at møtene promoterer godt.
- **Smågruppeundervisning:** Spesialister i allmenntid medisin har obligatorisk deltakelse i smågrupper for å opprettholde rett til tilleggskost, og fastleger i spesialisering har obligatoriske veiledningsgrupper. Samhandlingslegene har tilrettelagt enkelte temaer spesielt rettet mot bruk i smågrupper. Temaer som tas opp i slike fora hvor fastleger diskuterer seg imellom vil kunne gi et godt faglig utbytte.
- **Lokale emnekurs med interaktive metoder:** Alle fastleger trenger regelmessig emnekurs som en del av sin spesialisering eller etterutdanning. Disse kursene er anerkjent, men er ressurskrevende å organisere og krever minst 15 timers faglig innhold. De gir imidlertid en god arena for å skape felles forståelse og bevissthet om helsetjenesten. Et lokalt emnekurs med fokus på samhandling, som for eksempel en «Samhandlingskonferanse for fastleger i Vestfold», kan bli en sterk merkevare for helsefellesskapet.
- **Dialogmeldinger:** Dialogmeldinger er elektronisk kommunikasjon mellom fastlege/spesialist i kommunen og spesialist på sykehus om konkret pasient. Målrettede kommentarer og spørsmål f.eks. om supplerende opplysninger ved uklare henvisninger har stor læringsverdi. Slik tilbakemelding er mest effektiv når den gis kort tid etter at henvisningen er sendt, i stedet for som en del av epikrisen måneder senere. Dialogmelding tilknyttet direkte pasientbehandling har også stort nytte- og

læringspotensiale. Det er i dag en begrensning for bruk av dialogmeldinger på 12 måneder siden sist kontakt med helseforetaket.

## Anbefalinger

- **Digital Møteserie, kortfattet og i arbeidstid:** Det anbefales å forsøke digitale møter i lunsjperioden med regelmessig intervall (2 måneder) hvor temaer knyttet til sykehusklinikker eller kommunale tjenester tas opp. Det bør tilrettelegges for toveis dialog, hvor fastleger kan gi innspill. Kommunene bør forvente at alle legekantor deltar med minst én representant, og deltakelse bør kompenseres. Dette blir nærmere beskrevet senere.
- **Kliniske emnekurs («Samhandlingskonferansen for fastleger i Vestfold»):** Det anbefales å arrangere et klinisk emnekurs hvert annet år med samhandlingsrelaterte temaer. Sentrale aktører i gjennomføring vil kunne være legeforeningens kurskomite i Vestfold, samhandlingslegene, sykehusets klinikker og kommunale representanter. Kommunene bør forvente deltakelse fra minst én fastlege fra hvert fastlegekontor, og det bør gis kompensasjon for deltakelse. I tillegg er det naturlig at fastleger i spesialisering også oppfordres til deltakelse. Får vi etablert et slikt emnekurs tror vi det vil etablere seg som en sterk arena for å vektlegge temaer som fortløpende er i fokus i helsefellesskapet. Det at vi er ett sykehus og 6 kommuner gir oss en unik anledning til å samle “alle” fastlegekontor og sykehuset i vårt HF til en felles arena på regelmessig basis.
- **Bruk av målrettede dialogmeldinger:** Det anbefales at sykehuset etablerer rutiner for økt og målrettet bruk av dialogmeldinger for å innhente supplerende opplysninger ved uklare eller mangelfulle henvisninger. Praksis på dette varierer i dag i stor grad mellom de ulike avdelinger og leger. Det er et betydelig potensial for bedre dialog og læring ved hensiktsmessig økt bruk av dette effektive virkemiddelet. Dette vurderes å ha langt bedre effekt enn generelle anbefalinger og påminnelser sendt til alle henviser. Vi anbefaler at Sykehuset etablerer konkrete retningslinjer for alle sykehusleger om bruk av målrettet tilbakemelding igjennom dialogmelding. Vi mener dette vil være det enkelttiltaket som vil bidra mest effektivt til riktigere henvisningspraksis.
- **Økt tilgang til dialogmeldinger:** Begrensningen om at dialogmeldinger kun kan benyttes på pasienter som har hatt aktiv behandling på sykehuset siste 12 måneder anbefales opphevet. Dette er etter det vi får rapportert, gjennomført med positiv erfaring på andre sykehus. Vi tror det vil styrke samarbeidet og gi en kompetanseheving i pasientbehandlingen dersom denne begrensningen oppheves. Alle klinikker, også laboratorieklinikker gjøres tilgjengelige i dette mediet i den grad de så langt ikke er det allerede.
- **Strukturert avisning på henvisning:** I de tilfeller dialogmelding til sykehuset ikke er hensiktsmessig, anbefaler vi at Sykehuset utarbeider kriterier for avslagsteksten som sikrer læringsutbytte til henviser.

### 3) Informasjonsutveksling med høy grad av dialog:

Informasjonskanaler med behov for høy grad av dialog krever betydelige ressurser. En metode for slik informasjonsutveksling er hospitering.

- **Hospitering/Undervisning på Sykehuset:** Denne tilnærmingen innebærer at fastleger tilbringer en dag på sykehuset med et spesifikt undervisningsopplegg og faglige mål. Hospitering gir godkjente timer for etterutdanningen og kan være nyttig dersom det identifiseres fagområder med stort behov for kompetanseheving.

For eksempel, ved høy henvisningsrate på problemstillinger med usikker indikasjon kan målrettet hospitering brukes til diskusjon og refleksjon over egen praksis. Denne tilnærmingen krever imidlertid betydelige ressurser og kan være utfordrende med hensyn til å sikre deltakelse, da det kan involvere få leger om gangen.

#### Anbefalinger:

- Hospitering er et etablert tilbud som i dag benyttes på fastlegers initiativ. Vi har beskrevet hospitering som mer systematisk metode. Hospitering med opplæring i Botoxbehandling ved migrene er et godt eksempel på hvordan slik hospitering også kan benyttes fra sykehuset for kompetanseheving i konkrete behandlinger for utvalgte fastleger. Dette kan være nyttige «verktøy», men med stort ressursbehov og anbefales brukt i konkrete problemstillinger, men ikke brukt systematisk.



## Forutsetninger og prinsipielle endringer

Flere av våre anbefalinger forutsetter prinsipielle endringer som er nødvendige for å sikre effektiv implementering og etterlevelse. Endringer knyttes til kommunal ledelse av fastlegeordningen og økonomisk kompensasjon.

## Struktur og ansvar i kommunal ledelse av fastlegeordningen

For å sikre at anbefalte tiltak blir effektivt gjennomført, anbefaler vi en tydeligere og likere struktur for kommunal ledelse av fastlegeordningen. Mange kommuner har allerede på plass det som beskrives, men det mangler systematikk og en oversikt som sikrer informasjonsutveksling og dialog. Kommunene er ulike og dette vil fortsatt organiseres ulikt i de ulike kommunene, men de grunnleggende funksjonene og dialogen rundt dette bør på plass i alle kommuner.

Vi ser behov for at kommunene må ha klart definerte personer som har ansvar for å opprettholde oversikt over fastleger, inkludert vikarer og LIS/ALIS, og at disse personene er kontaktpersoner for sykehuset.

Den enkelte lege må selv gi sitt samtykke til registrering for mottak av informasjon fra sykehus og samarbeidspartnere, men kommunen bør ha en aktiv rolle i å sikre at alle legene i kommunen får informasjon de trenger for å bli registrerte mottakere. Dette bør det etableres bedre rutiner for enn det som er i dag.

I tillegg peker vi på at kommunens leder for fastlegeordningen i større grad bør signalisere en forventning om deltakelse på enkelte arrangementer i regi av Helsefellesskapet og som har som hensikt å styrke samhandling og kvalitet. Vi tror det er avgjørende at «alle» fastlegekontor representeres på enkelte tiltak, for å stimulere til faglig god dialog på de enkelte legekantorene. Dette må bygge på dialog og tillit, der tiltakene både er faglig funderte og nyttig for fastlegen, samtidig som de kompenseres økonomisk.

## Anbefalinger

Flere av tiltakene vi anbefaler bygger på at kommunene har klart definerte personer med ansvar for:

- **Oversikt over fastleger:** Ivaretar oversikt over alle fastleger, inkludert vikarer, LIS og ALIS, og at kommunene og sykehuset etablerer systemer som sikrer at nye fastleger samtykker seg som mottakere av informasjon. Dette til bruk for nyhetsbrev, invitasjoner og kontaktinformasjon til sykehuset og kommunen.
- **Definere forventet deltakelse og kontaktperson for tiltak:** Ved tiltak i regi av Helsefellesskapet bør det klart defineres hvilke forventninger som stilles til deltakelse fra alle legekantor. Kommunal leder for fastlegjetjenesten bør aktivt etterspørre deltakelse i henhold til kommunens ansvar for kompetanse, kvalitet og samarbeid i fastlegjetjenesten. Det er essensielt å opprettholde en god dialog for å sikre at slik praksis oppleves positivt for fastlegene og ikke som en tilplikting.
- **Formidling av bearbeidet informasjon:** Motta og sende ut bearbeidet informasjon til fastleger.

## Økonomisk kompensasjon og tilrettelegging for deltagelse

Endring i alle fastlegeavtaler har vært løftet. Dette vil innebære at kommuner gis rett til å tilplikte fastlegen deltagelse på noen definerte samhandlingsarenaer. En slik praksis med tilplikting vil være et dårlig utgangspunkt for samarbeid, er et omfattende arbeid, og vil være avhengig at den enkelte fastlege godtar en slik avtale. Vi vurderer det alternativet verken som ønskelig eller realistisk.

Fastlegers deltagelse på aktiviteter som finner sted på kveldstid eller i helg er lavere enn om aktiviteten legges til ordinær arbeidstid. For å sikre høyere deltagelse og engasjement, bør møter og tiltak derfor i økende grad legges i dette tidsrommet.

Vi anbefaler at kommuner etablere en felles praksis for å kompensere næringsdrivende fastleger for fravær fra praksis ved deltagelse på klart definerte aktiviteter. Den satsen som fastleger generelt avlønnes etter, takst 14/14d i normaltariff brukes allerede i flere sammenhenger og kan være et naturlig valg. Ved heldags arrangementer kan man alternativt benytte allmennlegeforeningens satser for praksiskompensasjon. Dette bør forankres i Helsefelleskapet for å sikre en enhetlig praksis. Ved vurdering av slik kompensasjon presiseres at dette ikke alene er lønn, men også kompensasjon for fortløpende praksisutgifter ved fravær. Satsene som her nevnes er lavere enn satsene for økonomisk kompensasjon til fastleger i «veilederen for fastlegers deltagelse i helsefelleskap» som er forankret hos KS og legeforeningen.

Fastlønnede fastleger må sikres overtidsbetaling eller ha avtale om avspasering ved arrangementer utenom ordinær arbeidstid.

De konkrete tiltakene som etter våre anbefalinger vil falle inn under slik økonomisk kompensasjon er de halvårlige samhandlingsmøtene, 15 timers emnekurs hvert annet år, og digital møteserie med anslagsvis 45 minutter 4 ganger i halvåret. Av disse er kun samhandlingsmøtet utenom ordinær arbeidstid.

## Oppsummering og veien videre

Vi har foreslått konkrete tiltak som vi mener bør forankres i Helsefellesskapet:

- En felles praksis i ledelsen av fastlegene for bedre å sikre informasjonsflyt og deltakelse på aktuelle samhandlingstiltak.
- Økonomisk kompensasjon ved deltakelse på klart definerte kompetansehevende tiltak gjennom Helsefellesskapet.
- Ny samhandlingsarena med et todagers emnekurs («Samhandlingskonferansen for fastleger i Vestfold») hvert annet år.
- En digital møteserie med regelmessige møter for fastleger.

Disse tiltakene vil sammen med allerede etablert praksis gi et godt rammeverk for generell kompetanseheving, god informasjonsflyt og bedret samhandling i fastlegetjenesten og gjennom det bidra til riktigere bruk av helsetjenester. Det vil være gode arenaer for konkret arbeid med f.eks. bedre henvisningspraksis. I tillegg har vi anbefalt at sykehuset etablerer rutiner for økt og målrettet bruk av dialogmeldinger for å innhente supplerende opplysninger ved uklare eller mangelfulle henvisninger, og vi påpeker at det vil være det mest målrettede tiltaket for å bidra til riktigere henvisningspraksis. Vi har også foreslått å oppheve begrensingen om at dialogmelding kun kan brukes innen 12 måneder fra sist kontakt med helseforetaket.

Selv om noen av punktene kun omfatter kommuners ansvar må alle punktene ses i en sammenheng. Det vil f.eks. ikke være aktuelt å innføre et emnekurs eller en digital møteserie dersom man ikke samtidig går inn for økonomisk kompensasjon og en faglig kommunal ledelse som vi vurderer er forutsetninger for å sikre den effekten man ønsker ved slike tiltak.

Vi har foreslått konkrete tiltak som vi mener vil forbedre informasjonsflyt og kompetanseheving i fastlegetjenesten. Noen tiltak må følges opp av kommunene selv og noen av sykehuset. Men vi anbefaler at Helsefellesskapet forankrer en felles praksis for deler av ledelsen av fastlegene for bedre å sikre informasjonsflyt, deltakelse, økonomisk kompensasjon ved deltakelse på klart definerte kompetansehevende tiltak, og at man forankrer et emnekurs («Samhandlingskonferansen for fastleger i Vestfold») hvert annet år i Helsefellesskapet. Det vil innebære i fellesskap å ta et økonomisk ansvar for dette arrangementet.

Noen av våre forslag, som digital møteserie og emnekurs, innebærer også økt arbeid for samhandlingslegene og sykehusets klinikker. Hvis helsefellesskapet beslutter å gjennomføre disse tiltakene må det vurderes om det er tilstrekkelige ressurser til å ivareta disse oppgavene. Resten av forslagene bygger i stor grad på allerede eksisterende ressurser og avtaler (Praksisnytt, Kompetansebroen, ALU og SU) og vil være ressursparende å benytte.

Flere av tiltakene innebærer en økonomisk utgift for kommunene, mens ressursene i forberedelse og gjennomføring av tiltakene i stor grad benytter sykehusets faglige ressurser, inkludert samhandlingslegene som i helhet lønnes av sykehuset. Gevinsten mener vi vil være både for sykehuset, som ofte vil være premissleverandør for faglig fokus, og for kommunene som vil styrke sin fastlegetjeneste. Pasientbehandlingen og tilbudet til kommunens befolkning, samt den enkelte fastlege vil komme styrket ut av dette.

Vi håper derfor helsefellesskapet ser nytten av disse tiltakene og at vi i fellesskap klarer å konkretisere dette til etablert praksis.