

Rapport om fastlegetjenesten i Nord-Norge - status, utfordringer og anbefalte tiltak

Finn Henry Hansen
Helse Nord RHF

ALIS-konferanse, Bergen 30. august 2019

Bakgrunn for arbeidet

- Erkjennelse i Helse Nord RHF: Svikt i fastlegeordningen svekker også spesialisthelsetjenesten
- Bestilling av utredning fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)
 - Rapport levert mai 2018
 - Viktige funn i rapporten: høyere turnover/høyest i utkantkommunene, flere legeløse lister og større andel vikarer enn i resten av landet
- Oppfølgende vedtak i Regionalt samarbeidsutvalg og styret i Helse Nord RHF:
 - Etablering av arbeidsgruppe med mandat til å fremme forslag om konkrete, prioriterte tiltak som kan bidra til å styrke rekrutteringen til og stabiliseringen i fastlegestillingene i Nord-Norge.

Etablering av arbeidsgruppe

- Arbeidsgruppe etablert januar 2019:
 - Medlemmer: Helse Nord RHF (leder), KS-Nord-Norge, Fylkesmannen i Troms og Finnmark, Kommuneoverlege/fastlege fra Nordkapp og Fauske, NSDM, Universitetssykehuset Nord-Norge og ALIS-Nord.
 - Arbeidsform: 9 møter (hvorav 7 på skype), stor vekt på oppdatert dokumentasjon om status og utfordringer, nye kartlegginger/undersøkelser:
 - Mobilitetsanalyse av 90 fastleger som sluttet i perioden oktober 2017- mars 2019
 - Kartlegging av innholdet i kommunale legeavtaler
 - Spørreundersøkelse til samtlige ledere av legetjenesten i nordnorske kommuner
 - Gjennomgang av søknader og tildelinger i ALIS Nord-prosjektet
- Rapport ferdig: primo september 2019

Dokumentasjon 1: Mobilitet – hvor blir det av fastleger som slutter i Nord-Norge

- Av de 90 legene som sluttet fra oktober 2017 til mars 2019, er 70 fortsatt i jobb i norsk helsetjeneste
- 39 er fortsatt i Nord-Norge, 31 har flyttet ut av landsdelen
- Av de 39 som fortsatt er i Nord-Norge, er 23 (59%) LIS-lege i sykehus, mens bare 5 (13%) fortsatt er fastlege og 5 er i annen kommunal stilling.
- Av de 31 som forlot landsdelen, er hele 18 (58%) som fortsatt er fastlege
- De som sluttet i fastlegestillinger i Nord-Norge, flytter til mer folkerike og mer sentralt beliggende kommuner
- De som slutter er relativt unge, og de som flytter ut av landsdelen er betydelige yngre enn de som fortsatt er i Nord-Norge.

Dokumentasjon 2: Innholdet i kommunale fastlegeavtaler

- Fire avtaletyper i bruk: 1) Næringsavtale etter hovedmodell, 2) næringsavtale med kommunal subsidiering, 3) Fastlønnsavtale med bonus, 4) Rene fastlønnsavtaler
- I Nord-Norge er det bare 7 kommuner (men 38% av fastlegene) som har næringsavtale etter hovedmodell
 - Den mest voksende praksistype er fastlønn med bonus (andel av refusjoner og egenandeler)
- Flertallet av kommunene i Nord-Norge subsidierer følgelig sin fastlegetjeneste langt ut over det som følger av hovedmodellen (seks ganger mer enn øvrige Norge)
- Stor variasjon mht. innholdet i avtalene (lønn mv.) innen samme avtaletype og samme kommune
 - Gjenspeiler nok ulikheter både i markedsituasjon og forhandlingsstyrke
- Ønskelig med større åpenhet om avtalene, både blant leger og kommuner
 - Samtidig viktig med fleksibilitet ved inngåelse av avtaler

Dokumentasjon 3: Spørreundersøkelse til kommunene

- Andelen ledige fastlegehjemler øker nå også i folkerike og sentrale kommuner
- Det er også disse kommunene som uttrykker behov for flere fastlegehjemler/stillinger
 - samlet uttrykker nordnorske kommuner behov for 12 prosent flere stillinger/hjemler
- Kommunene er i varierende grad forberedt på sitt nye ansvar for spesialistutdanningen av egne leger, og relativt få kommuner har utarbeidet planer for legetjenesten
 - Det er få kommuner som samarbeidet med andre kommuner (Jf Senjalegen) om legetjenesten, og få som har planer om slikt samarbeide
- Flere kommunale helseledere uttrykker behov for bedre finansieringsordninger både for det pasientrettede legearbeidet og for utdanningen av allmennleger.
 - Mange helseledere fremhever også behovet for å gi fastlegene tilgang til nødvendig sykehustjeneste for å gjennomføre spesialistutdanningen

Dokumentasjon 3 forts. - spørreundersøkelsen

- Det er noe overraskende at relativt få helseledere vurderer LIS1-stillingene som viktige i rekrutteringsøyemed
 - Det kan tyde på at kommunene i liten grad har tatt inn over seg at det nye søknadsbaserte systemet til LIS1, forutsetter en mer aktiv deltagelse i rekrutteringsarbeidet
- Det er primært de folkerike og sentrale kommunene som sender søknader om utlyste midler og prosjekter
 - Samme mønster finner vi i søknadene om deltagelse i ALIS-Nord
- Halvparten av legekantorene har ansatt sykepleier
 - Det er primært legekantor i de små og perifere kommunene som har ansatt sykepleiere, mens det bare gjelder en håndfull av legekantorene i de folkerike og mer sentrale kommunene
 - Det følger av at finansieringsordningene i næringsmodellen – som er mest utbredt i byene – i liten grad stimulerer til ansettelse av annet helsepersonell ved legekantorene.

Geografiske fordelingshensyn viktig for Nord-Norge

- Reguleringen av legemarkedet opphørte i 2013
- Stor aldersbetinget avgang fra fastlegehjemlene i Sør-Norge kommende år
 - Mange ledige hjemler skaper «sug» i markedet - åpner for enda større tilflytting fra nord
- Unge leger i sentrale strøk ønsker også kortere lister
 - Dermed risiko for ytterligere ekspansjon i ledige hjemler i sentrale strøk
- Utfordringene for fastlegetjenesten er nasjonal og gjelder også sentrale strøk
 - Nasjonale generelle tiltak derfor nødvendige,
- Likevel viktig at generelle nasjonale tiltak utformes på måter og i et tempo som ikke forrykker balansen i legemarkedet, med de konsekvenser det vil kunne få for legetjenesten i Nord-Norge og andre utkantområder.

Anbefalte tiltak – 35 enkelttiltak på 8 tematiske områder

1. I regi av trepartssamarbeidet utarbeide en nasjonal opptrappingsplan (2021-2024) for fastlegetjenesten
2. Tiltak rettet mot utdanning og rekruttering av fastleger
3. Tiltak rettet mot finansieringsordninger, takster og legeavtaler
4. Tiltak som kan avlaste fastlegene

Anbefalte tiltak forts.

5. Tiltak rettet mot organisering og ledelse av legetjenesten i kommunen
6. Tiltak for å styrke samarbeidet mellom fastleger og helseforetak
7. Tiltak for å styrke hensynet til språk og kultur for samiske pasienter
8. Tiltak rettet mot utdanningskapasitet og desentraliserte utdanningsmodeller

Eksempler på konkrete enkelttiltak

- Øke antall LIS 1- stillinger, og sikre at kommunene deltar mer aktivt og likeverdig i rekrutteringen av disse stillingene
- Vurdere å gi allmennleger under utdanning (ALIS) tilbud om å velge mellom fastlønn og næringsmodell
- Opprette 60-70 nye ALIS-stillinger i Nord-Norge i tillegg til de 32 ALIS-stillinger som er etablert i regi av ALIS-Nord
- Etablere 30-40 øremerkede utdanningsstillinger for ALIS fordelt på HF i Nord-N
- Anbefale at ALIS-tjenesten i sykehus gjennomføres etter minst to års kommunal tjeneste
- Gjennom etableringstilskudd eller særskilte takster gjøre det enklere for unge leger å tre inn i fastlegepraksiser basert på næringsdrift

Eksempler på enkelttiltak forts:

- Legge til rette for finansieringsordninger som understøtter ulike praksismodeller tilpasset variasjoner mellom kommuner
- Vurdere å øke basistilskuddets relative andel av samlet finansiering
- Risikojustere basistilskuddet, slik at det gjenspeiler «tyngden» i pasientlisten
- Foreta kritiske vurderinger av oppgaveoverføringer fra sykehus til kommuner, og styrke samarbeid og felles oppgaveløsning mellom fastleger og sykehus
- Vurdere fellesorganisering av legetjenester mellom kommuner, eventuelt styrke samarbeidet mellom kommuner om utvalgte fastlegeoppgaver
- Styrke ledelsen av legetjenestene i kommunene
- Ta i bruk rammeverket «Recruit and Retain - Making it work» i arbeid med rekruttering og stabilisering av fastleger

Prioritering av tiltak

- Arbeidsgruppen har ikke foretatt noen innbyrdes prioritering av tiltakene
- Men er samtidig tydelig på at tiltak innrettet mot utdanning og rekruttering av unge leger til fastlegepraksiser bør ha førsteprioritet
 - Inkludert finansielle tiltak som senker terskelen for etablering av praksiser og støtteordninger som dekker kostnader i ALIS-perioden (kurs, konferanser, praksisfravær mv).
- Arbeidsgruppen har imidlertid vært tydelig mht. å plassere ansvar/medansvar for de enkelte tiltak