

Fastlegetjenesten i Nord-Norge

Status, utfordringer og forslag til tiltak

13. Drøftelse av mulige forbedringstiltak

13.1 Viktig å tilrettelegge for alternative driftsmodeller

Prinsippene for fastlegeordningen ble i hovedsak utformet på grunnlag av hovedmodellen (privat næringsdrift), og denne modellen er fortsatt den dominerende tilpasningsform for det store flertall av fastleger i Norge. Situasjonen i Nord-Norge er imidlertid avvikende fra dette nasjonale mønsteret, noe som er godt dokumentert, både gjennom Ipsos-undersøkelsen i regi av KS, og vår ferske kommuneundersøkelse (se kap.10.5). Sistnevnte undersøkelse viser at bare 38 prosent av fastlegeavtalene i Nord-Norge ved siste årsskifte var næringsdrifts-avtaler etter hovedmodellen, og at slike avtaler bare finnes i sju kommuner (se kap. 11).

Videre er det 19 prosent av fastlegene som hadde kombinasjon av næringsdrift og kommunale leieavtaler (subsidiert av lokaler, utstyr og hjelpepersonell). I løpet av de siste årene er det imidlertid flere kommuner som har konvertert denne typen fastlegeavtaler til fastlønnsavtaler med bonus; denne varianten utgjør nå 28 prosent av fastlegeavtalene i Nord-Norge, mens 15 prosent av fastlegene i Nord-Norge har rene fastlønnsavtaler. Det antas at slike alternativer til hovedmodellen også er utbredt i andre utkantkommuner utenfor Nord-Norge.

Arbeidsgruppen konstaterer at det i dag mangler tilpassede nasjonale finansieringsordninger for å understøtte de ulike modeller for praksisorganisering som i dag er i bruk. Det anbefales at også alternativer til hovedmodellen inkluderes i framtidige finansieringsordninger, slik at de ivaretar hensyn, både til variasjoner mellom kommuner (mht. befolkningsstørrelse, sentralitet mv.) og til legenes praksispreferanser. Det innebærer at virkemidlene må differensieres og tilpasses ulike kommunaløkonomiske kontekster.

Arbeidsgruppen erkjenner nødvendigheten av å modernisere hovedmodellen på måter som kan gjøre det mer attraktivt for unge leger å etablere praksiser. Alternativet er å øke risikoen for ekspansjon av helprivate løsninger utenom det offentlige helsevesen, noe som vil føre til et todelt helsevesen. Samtidig er det viktig at moderniseringen av hovedmodellen gjøres på måter og i et tempo som ivaretar geografiske fordelingshensyn og ikke skaper økt ubalanse i legemarkedet.

Arbeidsgruppen vil i denne sammenheng ellers presisere at den ikke ser det som sin oppgave å ta standpunkt til lønnspolitiske problemstillinger knyttet til fastlegenes generelle lønnsnivå; det er et anliggende mellom partene. Vårt anliggende har vært å drøfte lønn og takster som ett av flere virkemidler for rekruttering, stabilisering og regional fordeling av fastleger.

13.2 Fordelingskonsekvenser av ubalanse i arbeidsmarkedet for fastleger

Det er dokumentert at det er relativt flere eldre fastleger i sentrale strøk og øvrige landsdeler enn det er i Nord-Norge. Som følge av aldersbetinget avgang (pensjonering) blir det derfor i kommende 5-10 årsperiode et betydelig antall ledige fastlegestillinger i sentrale strøk utenom Nord-Norge. Vi har i tillegg dokumentert at det er langt høyere gjennomtrekk (turnover) i fastlegestillinger i Nord-Norge enn i resten av landet, og at det fortsatt er en betydelig mobilitet av fastleger som flytter fra Nord-Norge til andre deler av landet. Samlet sett bidrar disse faktorene til å gjøre fastlegetjenesten i Nord-Norge enda mer markedsutsatt i årene framover, i den forstand at det åpner seg stadig bedre karrieremuligheter (=ledige stillinger/hjemler) utenfor landsdelen.

Det er derfor viktig at denne aldersbetingede økning av antall ledige hjemler i sentrale strøk «sørpå», ikke forsterkes ytterligere gjennom for rask ekspansjon i nye fastlegehjemler i disse geografiske områder. Risikoen for at dette vil kunne skje er betydelig, ettersom også fastleger i sentrale strøk – og særlig de yngre fastlegene – ønsker kortere listelengder.

Etter avreguleringen av legemarkedet i 2013, har myndighetene ingen direkte virkemidler for styring og fordeling av legestillinger mellom geografiske og funksjonelle områder. Det er derfor bare gjennom indirekte virkemidler det er mulig å påvirke denne fordelingen. Eksempler på slike indirekte virkemidler kan være endringer i utdanningskapasitet for leger, inkludert LIS-1 stillinger og andre utdanningsstillinger for fastleger, men også endringer i takster og andre finansieringsordninger som gjør det mer eller mindre attraktivt for kommunene å opprette nye fastlegehjemler/stillinger.

Blant de forslag som er spilt inn i kommuneundersøkelsen vår, er å øke basistilskuddet for hver enkelt listepasient. Hvis dette gjøres generelt, uten noen differensiering, vil det kunne utløse en generell vekstimpuls og legge til rette for ekspansjon av fastlegehjemler også i folkerike, sentrale strøk. En geografisk differensiering av dette tilskuddet kan tenkes å redusere den ubalansen i legemarkedet som vil kunne oppstå om de generelle stimulanser for ekspansjon i antall fastleger ble for sterke.

13.3 Finansieringsordninger og takster som virkemidler for å styrke fastlegetjenesten

Som allerede nevnt (kap. 4.3), leverer Helsedirektoratet en egen utredning om alternative finansieringsordninger for fastlegetjenesten. Det forventes at det i denne utredningen fra direktoratet vil bli gjort en grundig gjennomgang og konsekvensanalyse av ulike ordninger og prinsipper for finansiering. Arbeidsgruppen vurderer det derfor slik at dette er for komplekse og krevende problemstillinger til at de kan belyses på en kvalifisert og systematisk måte i vår rapport. I dette avsnittet

presenteres likevel noen resonnementer der det legges vekt på hensynet til total kostnader, geografiske fordelingsvirkninger og etableringsterskler for unge fastleger.

En generell heving av basistilskuddet for alle fastleger, antas å bli kostbar for samfunnet og vil dessuten kunne gi uheldige fordelingsvirkninger. En slik generell heving vil favorisere fastleger med lange lister, og dermed fastleger i sentrale strøk av landet; altså vil dette kunne virke sentraliserende. Arbeidsgruppen har derfor drøftet forslag om geografisk differensiering av basistilskuddet, der perifere kommuner med lavt folketall tilgodeses med høyere basistilskudd. En slik ordning er imidlertid allerede indirekte innbakt i dagens system gjennom utjamningstilskuddet som etter fastsatte kriterier tildeles kommuner med mindre enn 5000 innbyggere.¹⁹ For å kompensere for skalaulempene hos særlig små kommuner, kunne man videre tenke seg en ordning med ytterligere differensiering av utjamningstilskuddet innrettet mot kommuner med mindre enn 2000 innbyggere²⁰, gjerne avgrenset til kommuner med lang avstand til nabokommuner. Spørsmålet om hvorvidt faktiske kostnadsulempene for småkommunene tilsier en økning av utjamningstilskuddet, bør også drøftes. Det trengs videre en drøftelse av hvilke konsekvenser kommunesammenslåinger kan medføre; eksemplifisert ved at utjamningstilskuddet bortfaller, uten at næringsgrunnlaget for fastlegene nødvendigvis er forbedret.

For å forhindre en urimelig favorisering av fastleger med lange lister, kunne man også tenke seg å etablere et «knekkpunkt» for basistilskuddet, slik at dette tilskuddet er høyere per pasient for eksempelvis de første 6-800 pasientene, og lavere for det antall pasienter som overstiger denne grensen; det kunne også tenkes en ordning med flere knekkpunkt, slik at basistilskuddet gradvis avtrappes når listelengden øker. Dette vil ikke bare være til gunst for utkantkommuner med korte legelister, men også for unge leger som vil etablere en fastlegepraksis. Begrunnelsen for en slik differensiering vil være at marginalkostnaden for drift av en praksis er synkende jo flere pasienter man har på listen.

En oppgradering av basistilskuddets relative størrelse, på bekostning av den aktivitetsbaserte finansiering (Helfo-refusjoner og pasientenes egenandel), vil tilgodese både utkantkommuner med korte lister og unge fastleger under etablering. For unge leger som ønsker å etablere seg i byer, der kostnader til kjøp av praksiser (goodwill) og kostnader ved drift av en praksis er høye, ville en relativ styrking av basistilskuddet, være et positivt økonomisk insitamant. I dag utgjør basistilskuddet ca. 25 prosent av fastlegenes inntektsgrunnlag, mens den aktivitetsbaserte finansiering utgjør 75 prosent. Til sammenligning er det aktivitetsbaserte tilskuddet til sykehusene 50 prosent. Hensynet til produktivitet tilsier at privat organiserte fastlegepraksiser

¹⁹ Utjamningstilskuddet gis til kommuner med mindre enn 5000 innbyggere forutsatt at gjennomsnittlig listelengde er lavere enn 12 00 personer.

²⁰ Hele 42 prosent av kommunene i Nord-Norge har i 2019 mindre enn 2000 innbyggere.

fortsatt bør ha en betydelig aktivitetsbasert komponent. Det bør likevel være mulig å fortsatt ivareta hensynet til produktivitet, selv om basistilskuddet oppjusteres noe på bekostning av den aktivitetsbaserte finansieringen.

Det kan ellers konstateres at basistilskuddet for fastleger ikke er risikjustert; det er med andre ord ikke tatt hensyn til sammensetningen av fastlegenes pasientpopulasjon mht. alder, kjønn, morbiditet eller sosioøkonomisk status. Dette er en åpenbar svakhet ved dagens system som bør justeres; det finnes i dag rimelig gode systemer for risikjustering som kan tas i bruk.

Den generelle styrking av fastlegetjenesten som helsemyndighetene nå legger opp til, må finansieres, det være seg gjennom takster, særskilte tilskudd eller rammeoverføringer til kommunene; mest sannsynlig ved en kombinasjon av slike ordninger. Arbeidsgruppen vil påpeke det særlige behovet for at utdanningen av allmennleger (ALIS), inkludert kostnader til veiledning, finansieres på lik linje med utdanning av sykehusspesialister.

13.4 Behovet for flere fastleger og redusert listelengde

I den kommuneundersøkelsen vi har gjennomført, svarer et flertall (60 %) av kommuner at de har tilstrekkelig antall fastlegehjemler dersom alle hjemlene er besatt. Blant de mest perifere kommunene (sentralitetsnivå 5 og 6) er det hele 70 prosent som svarer bekreftende på dette spørsmålet. Derimot uttrykker samtlige 11 kommuner på sentralitetsnivå 3 og 4 at de har behov for flere fastlegehjemler/-stillinger. I disse kommunene innehar fastlegehjemlene mange pasienter, og kommunen kan ha økende utfordringer med å få søkere til disse. Samlet oppgir kommunene i Nord-Norge at de allerede i dag har behov for ca. 65 nye hjemler/stillinger. Dette tilsvarer en økning i antallet fastleger på ca. 12 prosent.

Analysen fra Menon Economics, som det tidligere er redegjort for, har estimert tilsvarende behov for landet som helhet til ca. 1000 nye fastlegehjemler i 2018. I samme analyse, rekvirert av Legeforeningen, er behovet for fastleger i 2040 estimert til å være 30-100 prosent høyere enn i dag; det høyeste anslaget innebærer en nær dobling. Det er ellers ikke uvanlig å legge til grunn at en fastlege som pensjonerer seg må erstattes av minst 1,5 fastleger for å utføre samme arbeid, bl.a. som følge av at yngre leger har andre preferanser mht. arbeidstid mv.

Tidsbruksundersøkelsen som i 2018 dokumenterte fastlegenes selvrapporterte arbeidstid til gjennomsnittlig 55,6 timer (inklusive legevakt), er også en indikasjon på at dagens listelengde ikke gjør det mulig å opprettholde en mer normal arbeidstid, og samtidig ivareta de samlede oppgaver fastlegen i dag forutsettes å ivareta. Dagens listelengde er heller ikke forenlig med å gjøre fastlegejobbene attraktive, verken for

stabile eller nyutdannede leger. Det er derfor behov for en til dels betydelig økning av antallet fastleger i årene framover.

Arbeidsgruppen anbefaler at det store behovet for å øke antallet fastleger gjennomføres med støtte i en prioritert nasjonal opptrappingsplan for fastleger, i første omgang for perioden 2020-2023. Gjennom en slik plan kunne man kanskje også redusert risikoen for at ekspansjonen skulle få uheldige geografiske fordelingsvirkninger. At en slik plan kan være krevende å realisere innen rammen av det kommunale selvstyret, bør ikke være til hinder for å initiere et slikt arbeid, for eksempel gjennom trepartssamarbeidet. Et planarbeid for perioden 2020-23, bør likevel ikke utsette nødvendige og hensiktsmessige tiltak som kan iverksettes på kortere sikt, eksempelvis på utdanningsiden.

13.5 Konkurransen om leger mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegetjenesten

I løpet av de siste 50-60 år har det hele tiden vært konkurranse om legene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Slik har det vært under ulike regimer for ansvar og organisering av disse tjenestene; i spesialisthelsetjenesten både før og etter sykehusloven (1970), før og etter helseforetaksloven (2002); i kommunehelsetjenesten både under det statlige distriktslegeordningen fram til 1984, i perioden fram til fastlegeordningen i 2001, og i perioden etter at fastlegeordningen trådte i kraft. I alle disse periodene, uavhengig av organisering og ansvar, har spesialisthelsetjenesten forsynt seg med flest leger.

I flere av disse periodene har det derfor – med varierende grad av suksess - vært innført ulike regulatoriske regimer for å sikre en bedre fordeling av leger, både geografisk og mellom ulike deler av helsetjenesten. Etter at den siste av disse ordninger ble avvirket i 2013, er det fortsatt store forskjeller mellom legetilveksten i de to systemene. Ifølge statistikkbanken i SSB, var det i femårsperioden 2013-2018 en vekst på 3250 årsverk i spesialisthelsetjenesten, mens det i fastlegetjenesten var en vekst på 437 årsverk, altså 7,4 ganger større vekst i spesialisthelsetjenesten. Ser vi på femårsperioden (2008-2013) før reguleringen opphørte, var veksten henholdsvis 2541 legeårsverk i spesialisthelsetjenesten og 347 årsverk i fastlegelegetjenesten, tilsvarende 7,3 ganger større vekst i spesialisthelsetjenesten. For hele 10-årsperioden 2008-2018 var også den relative veksten markant større i spesialisthelsetjenesten (52%) enn i fastlegetjenesten (20%).²¹

Det er tidligere argumentert for å øke antallet LIS1-stillinger, ettersom slik tjeneste er nødvendig for å gå inn i en utdanningsstilling (ALIS) for å bli spesialist i allmenntjenesten. Det er videre argumentert for å en vesentlig økning av antallet ALIS-stillinger for styrke nødvendig nyrekruttering til fastlegetjenesten. Hvis legeårsverkene

²¹ Hvis man ser på veksten i samtlige kommunale legestillinger (fastleger, rene administrative stillinger, sykehjemsleger mv.), kan den beregnes til nær 32 prosent for hele perioden 2008-2018.

i sykehus fortsetter å vokse som før, er det imidlertid en viss risiko for at fastlegetjenesten ikke får tilført det antall nye fastleger som det er behov for de nærmeste årene; det vises til den store aldersbetingede avgang og behovet for færre pasienter på legelistene.

Etter at reguleringen av legefordelingen opphørte, har nasjonale helsemyndigheter bare indirekte virkemidler til disposisjon for å bremse stillingsveksten i spesialisthelsetjenesten, for eksempel gjennom fastsettelse av årlig vekst i rammetilskottet til helseforetakene. Å gjeninnføre et statlig regime for legefordeling, sitter nok langt inne. I dagens system finnes det likevel et regime for å regulere ressursfordelingen mellom delsektorer, nemlig «Den gylne regel» som tilsier at veksten innen psykisk helse og rus skal være større enn innen somatikk. Med dette som referanse, foreslo en ledende helsejournalist²² nylig at det burde vurderes å innføre en «Gylden regel II» med tilsvarende ordning for allokering av leger mellom sykehus og allmennlegetjenesten.

Det er i kapittel 9 vist at en stor andel av de legene som har sluttet i fastlegestillinger i Nord-Norge den siste tiden, er gått over i LIS-stillinger ved sykehus, antagelig for å bli sykehusspesialist. Mange ledige, og arbeidsmessig mer attraktive LIS-stillinger i sykehus, er følgelig en vanlig exit ut av fastlegeyrket. Det er mot denne bakgrunn at arbeidsgruppen foreslår å begrense veksten i LIS-stillinger (for gjennomføring av del 2 og 3 av spesialistutdanningen) i helseforetakene inntil situasjonen i fastlegetjenesten er bedre konsolidert.

13.6 Målrettet tilrettelegging for systematisk rekruttering og stabilisering av fastleger i Nord-Norge

Resonnementene ovenfor viser hvor krevende det kan være å ivareta regionale fordelingshensyn i mangel av et nasjonalt regulatorisk regime. Selv om Nord-Norge – og eventuelt utkantkommuner i andre landsdeler – skulle få nasjonal drahjelp i form av indirekte virkemidler (finansiering, takster mv.), må vi i hovedsak stole på egne krefter mht. å rekruttere og stabilisere de fastleger det er behov for. Det er derfor av avgjørende betydning at det i nordnorske kommuner legges særlig godt til rette for fastlegenes utdanningsløp og at legene knyttes sammen i faglige nettverk på tvers av enheter og nivåer.

I denne sammenhengen vises til rammeverket Recruit & Retain - Making it work (*The Making it Work framework for Sustainable Rural Remote Workforce*)²³ (se vedlegg 9) som NSDM har utviklet sammen med et internasjonalt nettverk. Rammeverket beskriver ni strategiske gjøremål som kommuner kan benytte seg av for å sikre

²² Anne Hafstad, Dagens medisin, under konferanse om fastlegetjenesten 30. august 2019 i Bergen.

²³ <https://www.nsd.no/wp-content/uploads/2019/01/RR2-8page-Norway.pdf>

rekruttering og stabilisering av leger og andre arbeidstakere. God planlegging av tjenesten og tilrettelegging for faglig utvikling og utdanning er her viktige bestanddeler.

13.6.1 Turnustjenesten (LIS 1) som rekrutteringsinstans

Det er liten tvil om at turnustjenesten – siden den ble innført i 1954 – i betydelig grad har bidratt til å rekruttere allmennleger til kommunene. Inntil for få år siden, var det loddtrekning for den rekkefølge legene kunne velge turnustjeneste. Det hadde som konsekvens at mange unge leger kom til kommuner de aldri hadde tenkt seg til, men likevel ble værende i etter endt turnustjeneste. Sett i dette bakspeilet, er det noe overraskende at bare en tredel av kommunene i Nord-Norge vurderer nåværende LIS1-tjeneste som en sterk rekrutteringsmekanisme. Men kanskje kan det like gjerne være uttrykk for at bevisstheten om denne sammenhengen mellom LIS1-tjeneste og rekruttering er blitt svekket.

I 2013 ble turnusordningen avløst av en søknadsbasert ordning til LIS 1-stillinger. Siden LIS 1-tjenesten ved sykehus avtjenes før tjenesten i kommunene, sendes søknadene til sykehus som i sin tur er koplet mot enkeltkommuner eller grupper av kommuner for etterfølgende kommunetjeneste. På grunn av stort underskudd på slike stillinger, sender flertallet av nyutdannede leger svært mange søknader på slike stillinger. Dermed blir det ganske transaksjonskrevende for sykehus og kommuner å sortere og prioritere blant det høye antallet søkere; det høye volumet kan svekke fokuset mot de søkere som er mest interessante fra et mer langsiktig rekrutteringsperspektiv.

En konsekvens av at legene sender mange søknader på LIS1-stillinger, er at sykehusene/kommunene sitter hver for seg og vurderer de samme søkerne. I tillegg til å styrke kompetansen rundt håndtering av søknadene, kan det være behov for å utvikle bedre verktøy og rutiner rundt disse prosessene.

Den nye turnusordningen forutsetter at helseforetak og kommuner evner å samstyre ordningen. Abelsen og Gaski (2017) har vist at samstyringen mange steder er fraværende. Det kan være mye å hente ved at kommunene deltar mer aktivt både i utvelgelsesprosess, intervju og selve ansettelsen, og å holde kontakt med LIS1 både når de er i kommunen og når de er i sykehustjeneste.

Det gjelder generelt ved rekruttering, men kanskje særlig ved rekruttering av fastleger til perifere kommuner med lavt folketall, at det blir ekstra viktig å lete etter kandidater med personlige kjennetegn (bakgrunn, interesser mv) som matcher stedets særtrekk. Slike hensyn tilsier også at kommunene bør delta mer aktivt i rekrutteringen til LIS1-stillinger. Blant leger som har stått for den gode og stabile rekrutteringen til Nordkapp understrekes betydningen av at kandidatene som søkes rekruttert forventes å passe

inn i det miljøet de skal virke i. Det innebærer at man ikke ensidig søker etter «duksene», men etter personer som etter en allsidig vurdering forventes å passe inn.

Som følge av høy turnover - og stor eksport av leger ut av landsdelen - blant leger i Nord-Norge, er det behov for å utdanne og rekruttere flere leger i denne landsdelen. Siden LIS1-stillinger har vist seg å være så viktige for rekrutteringen, trenger vi derfor flere LIS-1-stillinger, både i sykehus og i kommunehelsetjenesten. Dette er krevende å få til, særlig i sykehusene, men tilretteleggende tiltak for å gjøre det mulig, bør prioriteres.

13.6.2 Behovet for en langsiktig og systematisk satsing på utdanning av nye fastleger

Erfaringen har vist at Nord-Norge for en stor del må utdanne sine egne leger; leger som er utdannet i Tromsø og leger som har tilknytning til landsdelen har større tilbøyelighet til å bli værende i Nord-Norge (Forsdahl et al 1988, Aaraas et al 2015, Aaraas 2016, Gaski et al 2017). Det gjelder også fastleger. Likevel må det legges aktivt til rette for rekruttering og spesialistutdanning av allmenntillegger; dette krever tiltak på flere nivåer, både nasjonalt, regionalt og lokalt i den enkelte kommune.

Flere tiltak er under utvikling. ALIS Nord er allerede etablert, i første omgang som et dedikert prosjekt med nasjonal finansiering; 30 kommuner er inkludert i dette prosjektet. Som det allerede er redegjort for, har sentrale helsemyndigheter dessuten foreslått å etablere ALIS-kontor i samtlige regioner; disse gis ansvar for å samordne spesialistutdanningen i allmenntillegger for samtlige fastleger under utdanning. Her bør det bygges videre på de erfaringer som allerede er gjort i ALIS Vest og de erfaringer som nå gjøres i ALIS Nord. Arbeidsgruppen vil generelt understreke behovet for etablering og finansiering av tilstrekkelig antall gruppeveiledere i allmenntillegger.

Gjennom ALIS-Nord prosjektet etableres 32 ALIS-stillinger i kommunene. For å ivareta det fremtidige behovet for fastleger i Nord-Norge, vil det være behov for etablering av ytterligere 60-70 ALIS-stillinger i løpet av de nærmeste årene (2020-2021).²⁴ De regionale organisatoriske strukturer som nå er under etablering gjennom regionale ALIS-kontorer, vil bidra til å styrke kommunene i arbeidet med å organisere og gjennomføre utdanningsløpet for fastlegene. Likevel er det kommunene som er gitt ansvaret for selve gjennomføringen. Det er derfor viktig at samtlige kommuner aktivt tar dette ansvaret og griper de muligheter som den nye organiseringen innbyr til. Dette kan skje i egenregi, i samarbeid med andre kommuner og med støtte fra de regionale ALIS-kontorer; for deler av utdanningen er det dessuten viktig å samarbeide med helseforetakene.

²⁴ Grovt estimert på grunnlag av årlig turnover av leger samt kommunenes oppgitte behov for flere fastlegehjelmere/stillinger.

I henhold til den nye forskriften har kommunene ansvar for å utarbeide individuelle utdanningsplaner for fastleger som er under spesialisering, eller som skal i gang med spesialisering i allmennmedisin. Vår spørreundersøkelse viser at bare 21 av kommunene i Nord-Norge hadde utarbeidet slike planer (mai 2019). I noen grad kan dette gjenspeile at ordningen er ny, men arbeidsgruppen vurderer det som viktig at kommunen i tiden framover viser initiativ og handlekraft mht. å håndtere det nye ansvaret for fastlegenes spesialistutdanning. Nordnorske kommuner bør heller ligge foran enn etter andre kommuner mht. aktiv tilrettelegging for rekruttering og utdanning.

13.6.3 Fastlegenes behov for tilgang til LIS-stillinger i sykehus

For å bli spesialist i allmennmedisin har det hittil vært krav om ett års sykehustjeneste; slik vil det fortsatt være for de allmennleger som startet sin spesialistutdanning før den nye forskriften trådte i kraft. I det nye systemet for spesialistutdanning er kravet til tjenestetid nedtonet til fordel for realisering av læringsmål. Det vil antagelig også være mulig å ivareta kravet til mer spesialiserte tjeneste i enheter utenfor sykehus, eksemplifisert med spesialiserte sykehjem, distriktsmedisinske sentre (DMSer) og andre intermediær-enheter, rehabiliteringsinstitusjoner mv. Fortsatt vil det likevel være behov for at fastlegene må gjennomføre en betydelig del av denne tjenesten i sykehus. Overføringen av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommuner øker i så måte også fastlegenes behov for sykehuspraksis. Det er derfor viktig å legge til rette for at fastleger under utdanningsløpet gis tilgang til relevant sykehustjeneste.

Konkurransen om tilgang til LIS-stillinger i sykehus er tiltagende, blant annet som følge av at en stor andel av disse stillingene er omgjort fra midlertidige til faste stillinger. Det har hatt som konsekvens at sykehusene prioriterer sine egne utdanningsbehov; dermed er det blitt vanskeligere for fastleger i utdanning å få tilgang til slike stillinger. Slik situasjonen er i dag, finnes det i Nord-Norge ikke øremerkede LIS-stillinger for allmennleger, slik AHUS allerede har gjort gjennom å etablere flere 6-måneders-hjemler dedikert til fastleger. Arbeidsgruppen ser det som ønskelig at lignende tiltak også blir iverksatt ved helseforetakene i Nord-Norge. Helseforetakene bør gjennom oppdragsdokument pålegges å etablere slike ordninger. Samtidig bør det utløse en statlig medfinansiering å påta seg en oppgave for utdanning av personell til kommunehelsetjenesten. Arbeidsgruppen anbefaler at helseforetakene i Helse Nord i løpet av 2020-21 etablerer 30-40 LIS-stillinger i sykehus øremerket for allmennlegenes spesialistutdanning.

Mange leger har forblitt i spesialisthelsetjenesten etter å ha avsluttet sykehusåret. Denne risikoen er større for fastleger under utdanning i Nord-Norge som følge av at lange avstander til sykehus gjør det vanskelig å dagpendle til sykehustjeneste. For å opprettholde kontakten med hjemkommunen, har det derfor vært foreslått at fastleger under utdanning kan gjennomføre sykehustjenesten i tremåneders-bolker. I

utgangspunktet er dette en god ide; spørsmålet er om sykehusene ser seg tjent med å tilsette LIS-leger for så kort tid, blant annet fordi det vil være mer krevende å la disse 3-månederslegene inngå i ordinære vaktturnuser. Arbeidsgruppen er derfor tilbøyelig til å anbefale 6-måneders tjeneste som hovedregel, men ser det ellers som ønskelig at alternative modeller for gjennomføring av slik tjeneste utprøves og evalueres.

Arbeidsgruppen vil anbefale at allmennlegenes sykehustjeneste gjennomføres på grunnlag av minst to års tjeneste i kommunal ALIS-stilling. Med en slik ballast vil allmennlegene gjøre mer nytte for seg og være mer anvendelige for flere typer tjeneste i sykehus. Det er viktig at sykehusene legger til rette for at allmennlegene får en mest mulig variert og relevant sykehustjeneste.

13.6.4 Rekruttering til og stabilitet i fastlegestillingene - to sider av samme sak

I de analysene som ble gjort i NSDM-rapporten fra mai 2018, og de oppdateringer som er gjort i kapittel 8, er det dokumentert at turnover av fastleger i nord-norske kommuner er vesentlige høyere enn i resten av landet. I kapittel 9 er det vist at de fastlegene som sluttet i nordnorske kommuner i perioden oktober 2017-mars 2019 og gikk over i annen stilling, hadde en gjennomsnittlig ansiennitet i stillingene på så vidt over 4 år; mange sluttet etter kortere tid.

Selv om betydningen av å sikre større stabilitet blant fastlegene flere ganger er omtalt, er det hittil i dette kapitlet viet større og mer eksplisitt oppmerksomhet mot tiltak som kan styrke rekruttering av fastleger. Gitt ovennevnte dokumentasjon, kan dette tilsynelatende fremstå som et noe paradoksalt fokus på rekruttering, når det største problemet er å sikre stabilitet; med lavere turnover i stillingene, reduseres behovet for rekruttering av nye fastleger.

Arbeidsgruppen vil her argumentere for at rekruttering til fastlegestillinger og det å få legene til å bli værende lenger i stillingene, som regel er to sider av samme sak. De tiltak som kan bidra til å gjøre fastlegetjenesten attraktiv for unge leger, er i hovedsak de samme som vil kunne få dem til å bli i stillingene. Det dreier seg om akseptabel arbeidstid, gode arbeidsvilkår, forutsigbar økonomi og faglig utvikling. Det faktum at mange slutter som fastleger relativt tidlig i sine yrkeskarrierer, indikerer at de finner arbeidsforholdene lite attraktive sammenlignet med sykehustjeneste. For å øke sannsynligheten for at fastlegene blir værende lenger i sine stillinger, er det derfor viktig at de første års erfaringer som fastlege ikke virker avskrekkende mht. å velge og forbli fastlege på lengre sikt. Tiltak som kan få unge fastleger til å fortsette som fastleger, bør følgelig ha høy prioritet.

Middelaldrende og eldre fastleger kan riktignok i noen henseender ha interesse av andre ordninger enn de yngre, eksemplifisert med finansieringsordninger og takster; de befinner seg i en annen livsfase, med konsolidert økonomi og med en erfaring som

tilsier at de ofte jobber mer effektivt og dermed har økonomisk fordel av aktivitetsbasert finansiering. På den annen side er også fastleger i denne livsfasen avhengig av at de får yngre kolleger som ønsker å forbli i fastlegestillingene over tid, slik at de slipper å hele tiden drive opplæring av ferske leger. I denne forstand har også middelaldrende og eldre fastleger en felles interesse i at vilkårene legges til rette for at yngre kolleger velger fastlegeyrket. Men også i denne aldergruppen antas mange å ønske færre pasienter på legelisten og en mer overkommelig hverdag.

Som allerede nevnt flere ganger, forutsetter den nye spesialistutdanningen for allmennleger en betydelig opptrapping av kapasiteten for veiledning og supervisjon. Det innebærer samtidig tilsvarende økte belastninger for erfarne fastleger. Det er derfor viktig at dette ikke øker den samlede arbeidsbelastning for disse legene, og at det etableres godtgjøringsordninger som stimulerer erfarne fastleger til å påta seg denne viktige oppgaven. Videre bør det legges til rette for at fastleger i denne livsfasen generelt gis mulighet for en viss tilpasning av arbeidsoppgavene til deres særlige kompetanse, erfaring og interesser.

13.7 Virkemidler innrettet mot unge leger som vil bli fastleger

Hovedutfordringen for fastlegeordningen i Nord-Norge, er å rekruttere og holde på de unge legene. Dette gjelder ikke bare utkantdistrikter, men i økende grad også i byene. Det dreier seg blant annet om økonomiske terskler for etablering, som i byene særlig knytter seg til prisen for å kjøpe praksiser og høye driftskostnader; men generelt dreier det seg også om lang arbeidstid, høy vaktbelastning og manglende faglig tilrettelegging. Derfor må de samlede sett av virkemidler bedre imøtekomme unge legers forventninger på disse punkter.

Det er allerede redegjort for slike tiltak på utdanningssiden (organisering av ALIS mv.) og mht. faglig tilrettelegging gjennom å styrke nettverk og samarbeid mellom kommuner og med helseforetakene.

I kommuner der næringsmodellen fortsatt skal legges til grunn for driften, kan det være nødvendig at også de økonomiske virkemidlene innrettes mot yngre leger, enten i form av etableringstilskudd, eller særskilte takster i etableringsfasen (de første 3-5 år). For å understøtte rekrutteringen til ALIS-næring, er det viktig at også disse legene gis økonomisk støtte til sine spesialiseringssløp. Det kan her nevnes at Harstad kommune har etablert et kommunalt utdanningsfond der det bevilges 200 000 kr. per ALIS over fire år. Gjennom dette fondet får disse legene dekt kr 5000 per dag for praksisfravær, det være seg fravær for kurs eller deltagelse i veiledningsgruppe. Slike virkemidler bør vurderes som del av en totalpakke for å rekruttere unge leger til fastlegetjenesten.

13.8 Behovet for en mer profesjonell ledelse og planlegging av legetjenesten i kommunene

Ved innføringen av fastlegeordningen i 2001, ble den overveiende del av allmennlegetjenesten organisert etter en hovedmodell basert på privat næringsdrift. Denne organisasjonsformen bidro antagelig til å svekke forankringen av legetjenesten i den kommunale toppledelsen, og dermed også kommunenes innsikt i og ledelseskompetanse vis a vis denne tjenesten. Om enn fra noe ulike innfallsvinkler, ble denne utfordring etter hvert erkjent i trepartssamarbeidet, og dokumentert gjennom utredninger fra både KS og Legeforeningen. I begge disse utredningene, fra henholdsvis 2016 og 2018, framheves behovet for å styrke og profesjonalisere kommunenes ledelse av legetjenesten. (Se vedlegg 3 og vedlegg 5).

I vår spørreundersøkelse til kommunale helseledere er det flere som tar opp denne problemstillingen. Noen påpeker behovet for å knytte kommuneoverlegen tettere opp mot rådmannens ledergruppe, mens andre betoner behovet for bedre samarbeid mellom leger og kommunens ledelse, og for en mer profesjonell planlegging og ledelse av legetjenesten. I samme undersøkelse dokumenteres at bare 20 prosent av kommunene i Nord-Norge har laget en plan for legetjenesten, men at en noe større andel har en slik plan under utarbeidelse.

Arbeidsgruppen vil anbefale at kommunene styrker sin planlegging og ledelse av legetjenesten gjennom målrettede tiltak av organisatorisk, ledelsesmessig og kompetansemessig art. Dette kan skje i egenregi eller i samarbeid med andre kommuner.

13.9 Behov for økt samarbeid mellom kommuner innbyrdes og mellom kommuner og helseforetak.

Hele 57 (66%) av kommunene i Nord-Norge er på sentralitetsnivå 6, og 42 prosent av kommunene har mindre enn 2000 innbyggere. Det sier seg selv at slike små enheter blir ekstra sårbare på kompetansesiden. Men unntak av legevakt, der over halvparten av kommunene deltar i samarbeid, er det begrenset samarbeid mellom kommuner om andre legetjenester, og det er få kommuner som oppgir å ha planer om å utvide denne type samarbeid.

Arbeidsgruppen ser behovet for at flere kommuner samarbeider innbyrdes om funksjoner som planlegging og utredning, samfunnsmedisin (kommuneoverlege), rekruttering og utdanning (ALIS), samt intermediært tilbud (KAD-senger, rehabilitering mv.). Slikt samarbeid kan også organiseres virtuelt, gjennom utstrakt bruk av videobaserte og andre e-helseløsninger. Regionrådene kan være egnede organer for å initiere slike løsninger i samarbeid med tilhørende kommuner.

56 prosent av kommunene uttrykker behov for å samarbeide med helseforetakene for å ivareta den delen av spesialistutdanningen som forutsetter sykehustjeneste (Jf. Kap.13.5.3). Dette er en viktig samarbeidsoppgave, men arbeidsgruppen vil her peke på at samarbeidet med helseforetakene bør favne langt bredere og inkludere felter som fagutvikling, hospitering, veiledning og rekruttering. Slikt samarbeid bør konkretiseres og forankres i OSO-ene gjennom forpliktende avtaler og planer. Gjennom slik bredding av samarbeidsflatene mellom enheter og nivåer, vil det kunne skapes faglige nettverk mellom fastleger, sykehusleger og annet helsepersonell og dermed gjøre også små fagmiljøer mer robuste.

Praksiskonsulentordningen, basert på fastleger tilsatt i deltidsstillinger i helseforetakene, er opprettet med særlig oppgave å ivareta og fasilitere samhandlingen mellom kommuner/ fastleger og sykehus. Sammenlignet med Helse Sør-Øst og Helse Vest, har denne ordningen i utgangspunktet vært svakt utbygd i Helse Nord, og i løpet av de senere årene er den ytterligere svekket, primært som følge av at det har vært vanskelig å rekruttere til disse stillingene. For å styrke rekrutteringen av praksiskonsulenter til helseforetakene, bør det vurderes å øke stillingsbrøken²⁵, sørge for konkurransedyktig lønnsnivå og å kople denne yrkesgruppen bedre mot klinikkledere.

13.10 Organisasjonsmodeller

Organisasjonsmodellene for fastlegetjenesten må tilpasses kommunenes størrelse (både mht. utstrekning og folketall), avstand til nabokommuner og topografi. Det er allerede tilløp til at kommuner fellesorganiserer fastlegetjenesten gjennom samarbeid med nabokommuner, som for eksempel i Senjalegen. Der avstander gjør det praktisk mulig, bør flere kommuner vurdere slike løsninger.

Der innbyrdes avstander til andre kommuner er store, trengs imidlertid andre løsninger. Våre analyser av flyttemønster hos fastleger som har sluttet i nordnorske kommuner, viser at nesten alle flytter til større og mer sentralt beliggende kommuner, med den konsekvens at stabiliteten er langt dårligere i småkommunene.

For noen få kommuner har svaret på rekrutterings- og stabiliseringsutfordringen vært å etablere såkalt Nordsjø-turnus med faste leger i tidsavgrensede økter. Flere kommuner har ordninger med kombinasjoner av basisbemanning gjennom stedlige leger og leger i Nordsjø-turnus. Legene i Nordsjø-turnus bidrar blant annet til å redusere vaktbelastningen på de stedlige legene.

Det er ofte henvist til Nordkapp-modellen som en svært vellykket måte å organisere legetjenesten på. Med utgangspunkt i store utfordringer i legetjenesten i begynnelsen

²⁵ Flere av praksiskonsulentene har i dag stillingsbrøker på bare 10 prosent, anslagsvis 3,5 time per uke. Det er for lite til å gjøre stillingene attraktive, og det er for lite til å gi noen vesentlig effekt.

av 1980-årene, er det i Nordkapp kommune i løpet av de siste 30 årene etablert en av de mest stabile og vellykkede allmennlegetjenestene i Nord-Norge. Dette er gjort gjennom innovativt entreprenørskap i kommuneoverlegens regi, og i nært samarbeid og forståelse med kommunens administrative og politiske ledelse. 6 stabile fastleger betjener nå en befolkning på 3200 innbyggere, gjennom en solidarisk og felles inntjening basert på både fastlønn og næringsinntekt²⁶, felles legeliste og håndtering av legevakt og permisjoner uten bruk av eksterne vikarer. Fastlegene i Nordkapp har dessuten drevet en betydelig fagutvikling i egen regi, driftet en avansert sykestue og ivaretatt en rekke oppgaver som vanligvis utføres i spesialisthelsetjenesten. Arbeidsgruppen vil anbefale kommuner i størrelsesorden 3000-5000 innbyggere å se nærmere på denne modellen for organisering av fastlegetjenester.

13.11 Stor variasjon mellom kommuner mht. innhold i fastlegeavtalene

I kapittel 11 er det dokumentert store variasjoner i de avtalene som er inngått mellom nordnorske kommuner og fastlegene. Det dreier seg om variasjoner mellom kommuner mht. driftsmodell, men også betydelige variasjoner i ordninger innen samme driftsmodell. Forskjellene gjelder lønnsnivå og permisjonsordninger, ulik grad av subsidiering av lokaler, utstyr og personell mv. At det foreligger slike variasjoner, er ikke overraskende, ettersom kommunene til dels er innbyrdes ganske forskjellige. Den dokumenterte variasjonen kan være uttrykk for ulikheter i de enkelte kommuners markedssituasjon og forhandlingsstyrke, men kan også være en konsekvens av at kommunene håndterer avtalene hver for seg, og med begrenset innbyrdes eller kollektiv læring. Avtaleinngåelser dreier seg også om lederskap, organisering, kunnskap og kompetanse. Også i denne sammenheng kan det vises til Nordkappmodellen der legene er organisert med høy grad av forpliktelse til å ivareta tjenesten sammen.

Akkurat som tilfellet er for klinisk variasjon, kan man reise spørsmålet om berettiget og uberettiget – eventuelt rimelig versus urimelig - variasjon også når det gjelder fastlegeavtaler. Kommunene må selvfølgelig ha mulighet til å inngå fleksible og konteksttilpassede avtaler, men vil samtidig kunne ha stort utbytte av å ha større kunnskap om andre kommuners erfaringer og avtaler. Arbeidsgruppen vil derfor anbefale at kommunene i større grad deler informasjon og lærer av hverandres erfaringer i arbeidet med å utforme og fornye fastlegeavtalene. For å legge til rette for denne læringen, bør nasjonale helsemyndigheter se det som sin oppgave å oppdatere informasjon om de ulike avtaletypene, blant annet gjennom publisering av offentlig statistikk om fastlegeordningen.

²⁶ Fastlegenes del av næringsinntekten fordeles legene imellom uavhengig av hvem som har stått for inntjeningen, slik at leger som gjør annet arbeid enn konsultasjoner ikke kommer dårlig ut økonomisk. Leger som ikke er spesialister i allmenntjenestemedisin får 2/3 av spesialistenes næringsinntekt.

13.12 Gjennomgang og avklaring av arbeidsdelingen mellom sykehus og fastleger

I vedlegg 4 til denne rapporten har vi i sin helhet tatt med anbefalingen om samarbeid mellom fastleger og sykehus som er utarbeidet av Norsk forening for allmennmedisin (NFA). Dette dokumentet inneholder relativt konkrete og detaljerte anbefalinger om hvordan fastleger og sykehusleger skal samarbeide og utføre sine oppgaver på en gjensidig forpliktende og forutsigbar måte. Dokumentet har vært drøftet i Helse Nord's samhandlingsutvalg som generelt har vurdert anbefalingene som et godt utgangspunkt for videre håndtering og behandling i våre ulike samhandlingsorganer, fastlegeråd, overordnet samarbeidsorgan (OSO) mv.

I de samarbeidsorganer som er etablert mellom kommuner/fastleger og Helse Nord RHF, er det i de senere år kommet stadig flere kritiske merknader til sykehuslegenes bruk av fastleger som sekretærer for kommunikasjon og henvisninger mellom spesialiteter og avdelinger innen sykehus. Disse kritiske merknadene dreier seg videre om at fastleger forventes å skrive ut sykemeldinger og attester i tilknytning til polikliniske besøk og skrive ut resepter f.eks. ved medikamentendring i forkant av kirurgisk inngrep. Mange legekontor opplever videre at pasienter tar kontakt for å få bestilt tilrettelagt transport ved planlagt undersøkelse eller behandling ordinert av lege i spesialisthelsetjenesten.

Den siste tiden har det i et av fastlegerådene vært behandlet flere saker knyttet til at oppgaver overføres fra sykehus til fastlege, uten at dette er drøftet og avtalt på forhånd. Eksempler på dette er visse typer hudbehandling og Botox-injeksjoner. Innspillene om forbedringer, adressert til helseforetakene, som fremkommer i vår kommuneundersøkelse, bekrefter denne kritikken samt tendensen til oppgaveoverføring.

I UNN-området er det nedsatt et klinisk samarbeidsutvalg bestående av fastleger og sykehusleger som på oppdrag fra OSO tilpasser NFAs anbefalinger til eget foretaksområde. Forslag til normgivende rutiner vedrørende oppgave- og ansvarsfordeling vil, før behandling i OSO, sendes på høring til alle fastleger, kommuneoverleger og sykehusleger i UNN-området for å sikre forankring. Fastlegerådet er foreslått som behandlingsorgan ved tvister og uenighet, og som rådgivende organ og drøftingsarena i forbindelse med ønsker om oppgaveoverføring.

Arbeidsgruppen ser det som viktig at retningslinjer for arbeidsdeling og samarbeid er likeverdig forankret på begge nivåer. Vi anbefaler at foreliggende dokument fra Norsk forening for allmennmedisin bearbeides og tilpasses lokale forhold i samarbeid mellom partene, tilsvarende prosessen som er startet i UNN-området.

13.13 Tverrfaglige team og annet helsepersonell som kan avlaste fastlegene.

I internasjonalt perspektiv er fastlegedekningen i Norge, målt per capita, rimelig god med referanse til nasjoner vi ellers sammenligner oss med; eksempelvis har allmennlegene i både Nederland og England omtrent dobbelt så mange pasienter på sine lister. Norges geografi, med store innbyrdes avstander og mange små kommuner, innebærer at vi trenger relativt flere fastleger enn folkerike nasjoner med større folketetthet og kortere innbyrdes avstander.

Når fastlegene i Norge opplever arbeidssituasjonen som stadig mer krevende, kan det ha sammenheng med at de håndterer en større oppgaveportefølje. Det kan videre dreie seg om arbeidsdelingen med spesialisthelsetjenesten, men også om arbeidsdeling mellom personellkategorier. Anders Grimsmo har vist til at fastlegekontorene i Norge i mindre grad ansetter annet helsepersonell enn andre nasjoner. I en sammenlignende studie med flere andre land, var det i Norge 2,1 yrkesgrupper ansatt ved legekontorene, mens det i de øvrige land var en variasjonsbredde mellom 4 og 7 yrkesgrupper²⁷. Dette kan indikere at annet støttepersonell i disse landene utfører oppgaver som fastlegen gjør hos oss.

I vår kommuneundersøkelse er det spurt om annet helsepersonell ved legekontorene i Nord-Norge. Nesten alle legekontorene har helsekretærer og halvparten har ansatt sykepleiere, mens svært få har jordmor, bioingeniører eller annet personell (psykologer, fysioterapeuter mv). Ved legekontorene i Tromsø og Bodø (sentralitetsnivå 3) er det knapt ansatt annet personell enn helsesekretærer, mens det er mer utbredt med slikt personell i små, perifere kommuner. Antagelig følger dette av at hovedmodellen for praksisorganisering (næringsdrift) i liten grad oppmuntrer til å ansette annet personell; det koster for mye, slik normaltariffen er utformet i dag. Der kommunene dekker hele eller deler av kostnaden ved å ansette annet personell ved legekontorene, er følgelig slike løsninger mer utbredte.

Tverrfaglige team blir stadig mer vanlig innen helsetjenesten, særlig vis a vis storforbrukere, kronisk syke pasienter og pasienter med flere sykdommer. Primærhelsemeldingen (Meld. St. 26 (2014-2015)) slo fast at sykdomsutviklingen i befolkningen stiller økte krav til både kapasitet og kompetanse i primærhelsetjenester. Det er behov for personell med mer kompetanse, delvis også med annen kompetanse enn i dag, og for mer samarbeid. Meldingen konkluderte med at det er behov for en mer teambasert tjeneste og en tverrfaglig tilnærming for å skape helhet og kontinuitet og varslet at det ville bli etablert primærhelseteam ved å utvide fastlegekontor med andre personellgrupper og oppfølgingsteam i kommunehelsetjenesten.

²⁷ Final Report Summary – QUALICOPC (Quality and costs of primary care in Europe) European Commission 2015.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, utprøver nå Helsedirektoratet både primærhelseteam og oppfølgingsteam. Primærhelseteam prøves nå ut i ni kommuner og 13 legekantor, mens oppfølgingsteam prøves ut i seks kommuner, hvorav to i Nord-Norge. Primærhelseteam innebærer tilførsel av sykepleierressurser til fastlegekontor og utprøving av to ulike modeller for å finansiere sykepleiernes arbeid. Formålet med begge typer team er primært å forbedre kontinuiteten og kvaliteten på tjenestene og nå brukere med store behov og svak etterspørselsevne; i hvilken grad teamene også avlaster fastlegene, vet vi foreløpig lite om.

Det vil være ønskelig med gode analyser og utredninger for å kunne avklare hvilke fastlegeoppgaver som kunne løses av annet personell i en norsk kontekst. Når en slik avklaring om mulig jobbglidning er gjort, følger så spørsmålet om i hvilken grad andre personellkategorier er tilgjengelige i markedet. Når det gjelder sykepleiere, en yrkesgruppe som er aktuell for å avlaste legene, vet vi at det allerede er stor knapphet på sykepleiere, både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Det er viktig at finansieringsordninger understøtter en rasjonell arbeidsdeling mellom personellgrupper, og teamorganisert samarbeid der det øker kvaliteten på helsetjenestene og gir helseeffekt for pasienter. Slike ordninger er etablert i andre land, eksempelvis i Nederland der takstene er profesjonsnøytrale; det innebærer at samme prosedyre eller aktivitet betales likt uavhengig av hvilken profesjon som utfører den.

Arbeidsgruppen ser behovet for at det etableres finansieringsordninger (driftstilskudd, takster mv.) som inkluderer flere grupper av helsepersonell, der dette på en faglig forsvarlig måte bidrar til mer optimal bruk av arbeidskraft. Dette vil kunne bidra til bedre finansiering av prosedyrer og oppgaver som utføres av personell som allerede finnes ved mange legekantor i Nord-Norge. Det kan gjøres ved at annet hjelpersonell får samme takster som om legene gjorde disse oppgavene, eller ved innføring av tidstakster for slikt personell når de utfører særlig tidkrevende prosedyrer og oppgaver (spirometeri, oppfølging av diabetespasienter, sårstell, infusjoner mv.). Etablering av slike finansieringsordninger vil dessuten være et insitament for flere kommuner til å ansette slikt personell. De større kommunene, der hovedmodellen (næringsdrift) for praksisorganisering er dominerende, vil trenge bedre finansieringsordninger for å kunne tilsette annet helsepersonell som kan understøtte og avlaste fastlegene. Disse kommunene, bør også i egen regi vurdere i større grad å medfinansiere kostnader²⁸ for annet helsepersonell som kan understøtte og avlaste fastlegene.

²⁸ I denne sammenheng viser vi til at flertallet av kommuner i Nord-Norge – og særlig mindre og mellomstore kommuner. - subsidierer fastlegjetjenesten utover det som følger av næringsmodellen.

Resultatene fra evalueringen av det pågående forsøket med primærhelseteam vil gi verdifull informasjon om hvordan teamarbeid og arbeidsdeling mellom ulike yrkesgrupper kan innpasses i en allmennt medisinsk kontekst.

13.14 Betydningen av enkle og tilgjengelige digitale løsninger for fastlegenes kommunikasjon og informasjonsutveksling med pasienter og fagmiljøer i Nord-Norge

Den nordnorske geografien er som skapt for telemedisin og e-helse, med dagens terminologi for digital kommunikasjon mellom enheter og nivåer. For fastleger og pasienter i distrikter med stor avstand til sykehus, er det av stor betydning å ha tilgang til slike digitale hjelpemidler. Helse Nord RHF var tidlig ute med å ta i bruk Nordnorsk Helsenett, kople opp fastlegene og implementere digitale løsninger for henvisning og epikrise. Senere er det gjennom meldingsløftet – i nord for en stor del implementert gjennom FUNNKe-prosjektet i regi av Helse Nord/Nasjonalt senter for telemedisin- utviklet pleie- og omsorgsmeldinger mellom sykehus og kommuner. Likevel er potensialet for ytterligere forbedringer stort.

Digitale dialogmeldinger mellom fastleger og sykehus har stått på dagsorden i snart 15 år, men er fremdeles ikke implementert i Nord-Norge. Når dette trekker ut i tid, er det bl.a. fordi det vurderes som nødvendig å videreutvikle den løsningen som er pilotert av Helse Vest. Når dialogmeldingene er på plass – inkludert dialogmeldinger med pasientene - forventes disse å effektivisere og kvalitativt forbedre dialogen om og med pasienten. Planen er at dette skal være fullt implementert i løpet av 2020-2021.

Det er startet opp en rekke prosjekter om medisinsk avstandsoppfølging i alle foretaksområder. Helseforetakene er godt i gang med å videreutvikle og harmonisere sine digitale plattformer, men også dette tar lengre tid enn opprinnelig planlagt. Utfordringen for kommunehelsetjenesten er imidlertid langt større, som følge av små og innbyrdes lite koordinerte enheter. Det er derfor et stort behov for sterkere, samordnende grep.

Helse Nord's arbeid med elektronisk samhandling – inkludert tiltak overfor kommuner og allmennleger - har for en stor del vært finansiert gjennom midler fra nasjonale tiltaksplaner. Fra og med 2012 overtok Norsk Helsenett tilskudsforvaltningen for kommunene, mens allmennlegenes IKT-løsninger ble organisert gjennom «EPJ-løftet». Det tas nå sterkere nasjonale styringsgrep, med forankring i Nasjonal e-Helsestrategi, og fra 2020 vil staten etablere en ny finansieringsmodell i form av tvungen samfinansiering av viktige nasjonale tjenester både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Det arbeides nå med en ny kommunal løsning i regi av «En innbygger – en journal». Helse Nord RHF har i langsiktig investeringsplan prioritert betydelige midler for realisering av e-Helsestrategien. Det gjengår å se om kommunal sektor i Nord-Norge evner å finansiere tilsvarende aktiviteter i egen regi.

Det bør være en høyt prioritert oppgave å gi fastlegene i Nord-Norge tilgang til enkelt tilgjengelige digitale løsninger for beslutningsstøtte, booking, kontakt og kommunikasjon både med pasienter og med fagmiljøer på ulike nivåer. Det er av avgjørende betydning at viktig og tidskritisk journalinformasjon gjøres tilgjengelig på tvers av enheter og nivåer. Gode og tilgjengelige digitale løsninger for fastleger er viktige verktøy for å ivareta hensynet til kvalitet, trygghet og pasientsikkerhet, og for å kople fastlegene til større faglige nettverk.

Det er dessverre flere eksempler på at digitale løsninger medfører mer plunder og heft for leger og annet helsepersonell. Derfor er det viktig at den digitale verktøykassen tas i bruk når løsningene er modne nok til å forbedre logistikken, effektiviteten og kvaliteten i arbeidet.

13.15 Betydningen av desentraliserte utdanningsmodeller for rekruttering av fastleger

Det medisinske fakultet ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet, ble i sin tid etablert for å styrke rekrutteringen av leger i Nord-Norge. Som del av rekrutterings-strategien, er 60 prosent av studieplassene i medisin reservert til studenter med vesentlig geografisk tilknytning til Nord-Norge. Også i gjennomføringen av studiet vektlegges eksponering for distriktene, inkludert tjeneste i allmennlege-tjenesten. I løpet av de siste 10 år har det videre skjedd en desentralisering av medisinerutdanningen, ved å la en del av studentene gjennomføre 5. og 6. året av studiet i Bodø og Finnmark (Hammerfest, Alta og Karasjok).

Det er ønskelig at denne ordningen etter hvert også utvides til å inkludere Helgeland, et geografisk område som også har betydelige rekrutteringsutfordringer. Generelt bør det også vurderes å styrke kontakten mellom medisinerutdanningen og landsdelens kommuner og helseforetak, med sikte på å forberede og eksponere studentene for relevante distriktsmedisinske problemstillinger.

13.16 Kommunenes ansvar for å ivareta hensynet til språk og kultur for samiske pasienter

I vårt mandat heter det at «arbeidsgruppen skal sørge for at det samiske perspektivet innarbeides, slik at hensynet til språk og kulturforståelse ivaretas vis a vis samiske pasienter». For å besvare dette punktet i mandatet, gjorde arbeidsgruppen en henvendelse til i alt 18 kommuner, både kommuner i tradisjonelt samiske kjerneområder og flere bykommuner der det antas å bo et betydelig antall personer med samisk bakgrunn. Det er mottatt skriftlige svar fra 13 kommuner, mens det er gitt muntlige svar over telefon fra flere kommuner, særlig bykommuner.

Svarmønstrene er relativt tydelige; i de samiske kjerneområdene har de fleste kommunene ivaretatt hensynet til samisk kultur, men også her er det unntak. Det er bare Karasjok og Kautokeino kommune som oppgir at de har samisktalende leger. Når det gjelder byene, er det knapt noen som kan sies å ha organisert og tilrettelagt sine fastlegetilbud slik at hensynet til språk og kulturforståelse ivaretas overfor samiske pasienter. Dette gjelder også Tromsø som må antas å være en av kommunene i Nord-Norge med flest samiske innbyggere. Heller ikke byene i Finnmark har noen tilrettelagt tjeneste for samiske pasienter. Noen bykommuner svarer at de ikke har vurdert det som et behov å etablere slike tjenester, og andre sier at de ved (sjeldne) behov anvender tolketjeneste.

Det konstateres at det fremdeles gjenstår betydelige utfordringer mht. å ivareta hensynet til samiske pasienter i noen av de samiske kjerneområdene. Det kan nok delvis skyldes problemer med å rekruttere fastleger med kjennskap til samisk språk og kultur. Når det gjelder byene, er det arbeidsgruppens vurdering at det er behov for grundigere undersøkelser om både status og behov for tilpassede tjenester som ivaretar samiske pasienter. Arbeidsgruppen anbefaler at en slik systematisk kartlegging gjennomføres i regi av en uavhengig forskningsinstitusjon, på bestilling fra nasjonale helsemyndigheter. Når kartleggingen er gjennomført, bør det iverksettes nødvendige tiltak i de kommuner der det er dokumentert behov, men uten at det foreligger tilrettelagte tjenester for samiske pasienter.