

Fastlegetjenesten i Nord-Norge

Status, utfordringer og forslag til tiltak

14. Forslag til konkrete tiltak

På grunnlag av de drøftelser som er gjort i kapittel 13, presenteres her en rekke konkrete forslag om tiltak, adressert til flere aktører på ulike nivåer. Ideelt sett, hadde det vært ønskelig å presentere tiltakene sekvensielt ved å samle tiltakene adressert til hver enkelt aktør. Når dette likevel ikke gjøres, er det fordi mange av tiltakene forutsetter samarbeid mellom flere aktører. Vi finner det derfor mest hensiktsmessig å ordne tiltakene i åtte tematiske hovedgrupper som innholdsmessig henger sammen; samlet fremmes det forslag om 34 enkelttiltak. For hvert enkelt tiltak markeres derfor i parentes de aktører som tillegges et ansvar og forutsettes å samarbeide.

14.1 Overordnet nasjonalt ansvar: Forslag om opptrappingsplan for fastlegetjenesten

I tilknytning til Helse- og omsorgsdepartementets framleggelse av den bebudede handlingsplan for allmennlegetjenesten våren 2020, foreslår arbeidsgruppen at det gjennom trepartssamarbeidet utarbeides *en fireårig nasjonal opptrappingsplan (2020-2023) for fastlegetjenesten*. Det anbefales at en slik plan gjennomføres med en innretting, progresjon (tempo) og på måter som samtidig ivaretar geografiske fordelingshensyn. En slik plan må likevel ikke bli utsettende for enkelttiltak som ligger til rette for iverksetting på kortere sikt. Flere av de tiltak som listes i det følgende, kan også tenkes å inngå i opptrappingsplanen. (*Ansvar*: Helse- og omsorgsdepartementet, KS, kommuner, Legeforeningen).

14.2 Tiltak rettet mot utdanning og rekruttering

14.2.1. Av hensyn til flyt og progresjon i rekrutteringsarbeidet, øke antall LIS-1 stillinger i Nord-Norge så raskt som mulig, og med en akseptabel medfinansiering, som insitament for kommunene og helseforetakene. (*Ansvar*: Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Fylkesmannen, helseforetak, kommuner).

14.2.2. Sikre at kommunene i samarbeid og samstyring med helseforetakene deltar mer aktivt og på en likeverdig måte i rekrutterings- og ansettelsesprosessene for LIS 1-stillingene i Nord-Norge, og sørge for at utdanningselementet i disse stillingene ivaretas på en god måte. (*Ansvar*: Kommuner, helseforetak).

14.2.3. Utvikle gode utdanningsløp for allmennleger i kommunene, med særlig vekt på å styrke veiledningsfunksjonen, herunder sørge for adekvat godtgjøring av veiledning og daglig supervisjon. (*Ansvar*: Regionale ALIS-kontor, kommuner, helseforetak, Legeforeningen).

14.2.4. Vurdere å gi allmennleger under utdanning (ALIS) tilbud om å velge mellom fastlønn og næringsmodell som avlønningsform i utdanningsperioden. (Ansvaret: Kommuner, regionale ALIS-kontor).

14.2.5. Opprette ytterligere 60-70 nye kommunale ALIS-stillinger – i tillegg til de 32 ALIS-stillingene som er etablert i regi av ALIS-Nord – i løpet av 2020-2021. (Helse- og omsorgsdepartementet, kommuner).

14.2.6. Sørge for at det i Nord-Norge utdannes og etableres tilstrekkelig antall og geografisk godt fordelte gruppeveiledere i allmenntidisin. (Ansvaret: Legeforeningen, Helsedirektoratet, kommuner, regionale ALIS-kontor).

14.2.7. Etablere 30-40 øremerkede utdanningsstillinger for ALIS i spesialisthelse-tjenesten fordelt på alle helseforetak i Nord-Norge i løpet av 2020-2021. (Ansvaret: Helse- og omsorgsdepartementet, helseforetak).

14.2.8. Det anbefales at ALIS-tjenesten i sykehus gjennomføres i etterkant av minst 2 års kommunal ALIS-tjeneste, og at helseforetakene legger til rette for en tilpasset og relevant sykehustjeneste. (Ansvaret: Helse- og omsorgsdepartementet, helseforetak).

14.2.9. Begrense veksten i LIS-stillinger (for gjennomføring av del 2 og 3 av spesialistutdanningen) i helseforetakene inntil situasjonen i fastlegetjenesten er bedre konsolidert. (Ansvaret: Helse- og omsorgsdepartementet, helseforetak).

14.3 Tiltak innrettet mot finansieringsordninger, takster og legeavtaler

14.3.1. Legge til rette for at finansieringsordningene understøtter ulike praksismodeller, tilpasset både variasjoner mellom kommuner (folketall, sentralitet, geografiske avstander mv.) og legenes praksispreferanser. Det kan gjøres gjennom målrettede finansierings- og tilskuddordninger, ved differensiering av basistilskuddet, for eksempel ved å etablere «knekkpunkt» for basistilskuddet, relatert til listelengde. (Ansvaret: Helse- og omsorgsdepartementet, KS, kommuner, Legeforeningen).

14.3.2. Vurdere å øke basistilskuddets relative andel av den samlede finansiering. (Ansvaret: Helse- og omsorgsdepartementet, Legeforeningen, KS).

14.3.3. Risikojustere basistilskuddet til fastlegene på grunnlag av kjønns- og aldersfordeling, morbiditet mv. knyttet til den enkelte fastleges listepopulasjon. (Ansvaret: Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, KS, Legeforeningen).

14.3.4. Gjennom etableringstilskudd eller særskilte takster gjøre det enklere for unge leger å tre inn i fastlegepraksis basert på næringsdrift. (Ansvaret: Helse- og omsorgsdepartementet, KS, kommuner, Legeforeningen).

14.3.5. Sørge for at kommunene gis et bedre kunnskaps- og beslutningsgrunnlag for inngåelse, utvikling og fornyelse av fastlegeavtaler gjennom mer transparent dokumentasjon. Det kan bl.a. skje ved at både helsemyndigheter og KS tar ansvar for å etablere en bedre offentlig statistikk om fastlegeordningen generelt og ulike typer fastlegeavtaler spesielt. *(Ansvar: Helse- og omsorgsdepartementet, KS, Legeforeningen)*

14.3.6. Ta i bruk den erfaring som foreligger fra kommuner som anvender ulike avtaletyper og som organiserer fastlegetjenesten ulikt, med sikte på gjensidig læring og for at beslutninger om avtaler kan skje på et mer informert grunnlag. *(Ansvar: KS, kommuner).*

14.4 Tiltak som kan avlaste fastlegene

14.4.1. Foreta kritiske vurderinger av oppgaveroverføringer fra sykehus til kommuner og fastleger, og styrke felles oppgaveløsning og samarbeid der det er til pasientens beste. *(Ansvar: Helseforetak, kommuner, Legeforeningen).*

14.4.2. Sørge for at fastlegene ikke belastes med administrative oppgaver knyttet til internhenvisninger mellom enheter i sykehus eller resepter og sykemeldinger for polikliniske pasienter. *(Ansvar: Helseforetak).*

14.4.3. Legge til rette for at arbeidsoppgaver og prosedyrer som utføres av hjelpepersonell ved fastlegekontorene, finansieres gjennom Helfo-systemet ved bruk av de samme takster som gjelder for legene, eventuelt ved etablering av tidstakster for tidkrevende prosedyrer og oppgaver. *(Ansvar: Helse- og omsorgsdepartementet, KS, Legeforeningen).*

14.4.4. Når pågående evalueringer av tverrfaglige team er gjennomført, vurderes å iverksette finansieringsordninger som understøtter tverrfaglig samarbeid på områder der resultatene er positive for kvalitet og/eller ressursutnyttelse. *(Ansvar: Helse- og omsorgsdepartementet, KS, Legeforeningen).*

14.4.5. Legge til rette for å gi fastlegene bedre og mer tilgjengelige digitale løsninger for beslutningsstøtte, og kommunikasjon med pasienter og fagmiljøer i ulike deler av helsetjenesten. *(Ansvar: Helse- og omsorgsdepartementet, Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet, kommuner, helseforetak).*

14.5 Tiltak rettet mot organisering og ledelse av legetjenesten i kommunen

14.5.1. Vurdere fellesorganisering av legetjenester i samarbeid med andre kommuner, eventuelt etablere samarbeid med andre kommuner om utvalgte legeoppgaver *(Ansvar: Kommuner, regionråd).*

14.5.2. Ta i bruk rammeverket «Recruit and Retain – Making it work» (vedlegg 9) som kunnskapsgrunnlag for rekruttering og stabilisering av fastleger I Nord-Norge. (*Ansvar:* Kommuner).

14.5.3. Kommunene, særlig de små kommunene, må være mer aktive mht. å søke på ulike tilskuddordninger i regi av departementer, direktorater og fylkesmannen. Der det ligger til rette for det, er det ønskelig at slike søknader utformes og sendes i samarbeid med andre kommuner. (*Ansvar:* Kommuner).

14.5.4. Styrke planleggings- og utredningskompetansen rettet mot helse- og omsorgstjenester og legetjenester, og prioritere arbeidet med å utarbeide en plan for legetjenesten, enten i egen regi eller i samarbeid med andre kommuner. (*Ansvar:* Kommuner, regionråd).

14.5.5. Styrke helselederkompetansen i kommunene, og sørge for at helseledelsen er tett koplet mot toppledelsen i kommunen. (*Ansvar:* KS, kommuner, universiteter).

14.5.6. Utvikle ledelsen av det enkelte fastlegekontor. (*Ansvar:* Legeforeningen, Helsedirektoratet).

14.6 Tiltak rettet mot å styrke samarbeidet mellom fastleger og helseforetak

14.6.1. Styrke samarbeidet mellom kommuner og helseforetak på områder som rekruttering, fagutvikling, planlegging, IKT mv. (*Ansvar:* Helseforetak, kommuner, Overordnede samarbeidsorgan (OSOer)).

14.6.2. Med utgangspunkt i Norsk forening for allmennmedisins anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus, implementere lokalt tilpassede retningslinjer for slikt samarbeid gjennom gode forankringsprosesser blant leger på begge nivåer. (*Ansvar:* Helseforetak og kommuner, med støtte av fastlegerådene).

14.6.3. Styrke praksiskonsulentordningen i helseforetakene, gjennom opprettelse av flere (deltids-) stillinger, bedre tilrettelegging og mer aktiv rekruttering blant landsdelens fastleger. (*Ansvar:* Helseforetak).

14.6.4. Styrke samarbeidet mellom fastleger og sykehus gjennom aktiv bruk av fastlegerådene og andre kliniske samarbeidsutvalg (KSUer) som etableres i regi av OSOene. (*Ansvar:* Helseforetak, kommuner).

14.7 Tiltak for bedre ivaretagelse av hensynet til språk og kultur i fastlegetjenesten vis a vis samiske pasienter

14.7.1. Det anbefales å gjennomføre en systematisk kartlegging av status for fastlegenes ivaretagelse av samiske pasienter i kommuner der det antas å bo samer med slike behov. (*Ansvar:* Kunnskapsdepartementet, Fylkesmannen, universiteter, Samisk helseforskning).

14.7.2. Når kartleggingen er gjennomført, bør det iverksettes nødvendige tiltak i kommuner der det foreligger behov for – men ikke er etablert – fastlegetjenester som er språklig kulturelt tilpasset samiske pasienters behov. (*Ansvar:* Kommuner, Fylkesmannen).

14.8 Tiltak rettet mot utdanningskapasitet og desentraliserte utdanningsmodeller

14.8.1. Tilrettelegge for økt utdanningskapasitet av leger ved UIT- Norges arktiske universitet, og av sykepleiere ved UiT og Nord Universitet, herunder etablere en desentralisert utdanningsmodell for medisinstudiet for Helgeland. (*Ansvar:* Kunnskapsdepartementet, universiteter, helseforetak, kommuner).

14.8.2. Legge enda bedre til rette for desentrale utdanningsmodeller, og for at studentene under utdanningen blir enda mer eksponert for arbeid i kommunehelsetjenesten. (*Ansvar:* Kunnskapsdepartementet, universiteter, helseforetak, kommuner).

14.9 Innbyrdes prioritering av tiltak

Arbeidsgruppen har ikke foretatt noen systematisk innbyrdes prioritering av de tiltakene som er foreslått. Det er likevel enighet i arbeidsgruppen om at tiltak rettet mot rekruttering og utdanning av unge leger til fastlegetjenesten bør ha høy prioritet; i slike tiltak inngår også finansieringsordninger og takster som senker terskelen for unge leger som ønsker å gå inn i en legepraksis.

Generelt er det et langsiktig arbeid å konsolidere og videreutvikle fastlegetjenesten. Tiltakene må derfor gradvis fases inn i aktivt samspill mellom nasjonale myndigheter, kommuner og andre parter (KS, Legeforeningen mv.). For å sikre den langsiktige gjennomføringen av nødvendige tiltak, vil en nasjonal opptrappingsplan for fastlegetjenesten – i regi av trepartssamarbeidet – kunne være et viktig virkemiddel.