

Kvittering på innsendt høringsvar på Høring - Rapporten "Gjennomgang av allmennlegetjenesten"

Høringens saksnummer: 23/2603

Høring: Høring - Rapporten "Gjennomgang av allmennlegetjenesten"

Levert: 23.09.2023 21:10

Svartype:

Jeg svarte som: Forsknings- og undervisningsinstitusjon

Avsender: Nasjonalt senter for distriktsmedisin

Kontaktperson: Anette Fosse

Kontakt e-post: anette.fosse@uit.no

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) har lest Ekspertutvalgets rapport om Gjennomgang av allmennlegetjenesten med stor interesse. Vi vil i vårt høringsvar ha hovedfokus på legetjenester i distrikt, men vil også kommentere forhold i byene og faglig innhold i fastlege-/allmennlegeoppdraget fordi det har betydning for hvordan legetjenestene i distrikt utvikles.

Det er en omfattende rapport som hovedsakelig handler om utfordringene i fastlegeordningen og legevakt. De andre allmennlegetjenestene (sykehjem, helsestasjon osv) er kun omtalt summarisk i lys av fastlegetjenesten. I distriktskommuner dekkes fastlegetjenesten, legevakt, sykehjem, helsestasjon i stor grad av de samme legene, noe som har betydning for listelengde, arbeidsbelastning, kompetansebredde, planlegging og finansiering.

Fastlegeordningen ble etablert med næringsdrift som hovedmodell.

Fastlegeforskriften og avtaler (ASA og SFS) som regulerer FLO tar også utgangspunkt i dette. I realiteten er FLO organisert og driftet på mange ulike måter; privat næringsdrift, kommunale fastlegekontor med fastlønnete leger, private og kommunale legekantor med 8.2 avtaler, kommunale kontor med nordsjøturnus osv. I mange mindre kommuner er systemansvar og kvalitetsarbeid som i fastlegeforskriften er tillagt den enkelte fastlege i praksis ivaretatt av kommunen. Det er stort behov for å tilpasse og revidere forskrifter og avtaler til realitetene, den store variasjonen i FLO og behovet for tverrfaglighet. I den prosessen er det svært viktig at man ivaretar kjernen i FLO: fastlegens personlige ansvar for pasientlisten som sikrer kvalitet og kontinuitet.

Ekspertutvalget foreslår en rekke økonomiske virkemidler for å styrke allmennlegetjenesten og for å påvirke retningen. Økonomiske incentiver fungerer og påvirker legetjenesten uavhengig av organisering (kommunale legekantor, private næringsdrift eller fastlegeselskap). Kunnskapen om effekter og bivirkninger av ulike virkemidler er mangelfull, og det bør derfor gjennomføre pilotprosjekter for å vurdere fordeler og ulemper.

Leger og annet helsepersonell er fagfolk som motiveres av å kunne gi pasientene god helsehjelp basert på faglighet og profesjonsetikk. Vi savner et sterkere fokus på insitamenter og rammevilkår som bygger opp under disse elementene, for eksempel

utvikling av fornuftige kvalitetsindikatorer, styrking av Senter for kvalitet i legekontor (SKIL) og systemer som stimulerer til lokalt kvalitetsarbeid.

Utdanningen til å bli spesialist i allmenntilleggsmedisin er et langt løp som består av grunnutdanning, LIS1, og ALIS. Utdanningen må ses i sammenheng og helhetlig. Det er uheldig å bruke endringer utdanningssystemet for å løse bemanningsutfordringer. Man bør ikke redusere kvalitetskrav i utdanning og tjenester for å løse fastlegekrisen.

Organisering

NSDM mener at en grunnpremiss i organiseringen av fastlegeordningen må være å sikre alle en fastlege og kontinuitet i lege-pasientforholdet. Samtidig er det nødvendig å legge til rette for tverrfaglig samarbeid både innenfor og utenfor fastlegekontorets vegger. Det er viktig å understreke at det skjer mye godt samarbeid i dag, dels på tross av organisering og finansiering. Tilrettelegging for utdanning, kvalitetsarbeid og forskning er også områder som er mangelfullt utviklet i dagens ordning. Det er avgjørende for både rekruttering og stabilisering at legekontor organiseres og finansieres slik at det er naturlig å ta imot medisinstudenter, LIS1, ALIS og å drive etterutdanning og kontinuerlig faglig oppdatering, samt fagutvikling og gjerne forskning.

NSDM støtter at avtaleverket knyttet til dagens ordning for gruppepraksis gjennomgås med tanke på hvilke elementer som kan inngå i en gruppepraksisavtale, slik som beskrevet av ekspertutvalget.

Mange distriktskommuner driver i dagens ordning legekontor der legene har fast lønn med eller uten tilleggsgodtgjørelser eller har en 8.2-avtale. En rydding og formalisering i avtaleverket som setter disse avtalevariantene i bedre system vil være en fordel. I praksis har kommunene ansvar for at listeinnbyggerne får fastlegetjenester, og veien er dermed kort til at det formelle listeansvaret kan ligge hos kommunen i disse situasjonene. Vi vil likevel understreke at en eventuell endring i regel- og avtaleverk ikke må svekke legens personlige ansvar for sine listepasienter.

Nordsjøturnus/rotasjonsordninger er en måte å organisere og bemanne legetjenestene i kommunene på som brer om seg. I den grad rotasjonslegene skal ivareta et listeansvar i fellesskap (for eksempel 3 leger deler en liste i 2:4-rotasjon) må det være mulig for hver enkelt pasient å definere/vite hvilken av rotasjonslegene som er den faste legen for den enkelte pasienten.

Når det gjelder overføring av formelt ansvar for listen til et fastlegeselskap mener vi at dette bør utredes videre, men at en slik organisering ikke må fjerne det personlige, forpliktende ansvaret fastlegen har for sine listepasienter. Dersom det åpnes for at kommunen skal kunne inngå avtale med et fastlegeselskap, mener vi at det er avgjørende at dette eies og drives av legene som selv jobber i legekontoret for å sikre den personlige tilknytningen og forankringen. En åpning for å outsource ansvaret for fastlegetjenester til stiftelser eller ideelle organisasjoner vil sannsynligvis kreve at kommunen legger tjenesten ut på anbud, og veien til kommersialisering blir kort. Vi mener at dette ikke er en ønskelig vei å gå for norsk helsetjeneste.

NSDM er bekymret for veksten i helprivate helsetjenester som bidrar til dårligere rekruttering i den offentlige helsetjenesten generelt og i distriktene spesielt, samt fare for overdiagnostikk og overbehandling og en ikke bærekraftig bruk av helsepersonell og ressurser. Vi støtter forslaget om at det bør innføres krav til helprivate allmennlegetjenester om rapportering om virksomheten og aktiviteten til

nasjonale registre.

Finansiering

FLO finansieres av en kombinasjon av basistilskudd og aktivitetsbasert kompensasjon. I høringsdokumentet problematiseres dette og det antydes at høy grad av aktivitetsbasert inntjening hemmer innovasjon og systematisk kvalitetsarbeid. En økning av basistilskuddet skal føre til økt innovasjon og prioritering av innbyggere med størst behov. Ekspertutvalget sier implisitt at fastlegers økonomiske insentiver overstyrer faglige og etiske ambisjoner. Slik vi leser rapporten legges det nesten bare vekt på effekt av økonomiske ordninger. Faglige insentiver er i liten grad tillagt vekt. Legers ønske om å yte gode tjenester, være dyktige fagfolk og arbeide etter profesjonsetiske normer blir i liten grad omtalt. Rammebetingelser som legger til rette for disse aspektene må få langt større fokus. Pandemien viste for eksempel betydelig grad av omstillingsevne og innovasjon i fastlegetjenesten når rammebetingelsene støttet opp om dette.

Det er ikke gitt at endringer i finansiering, for eksempel økning av basistilskuddet, alene fører til økt kvalitet og innovasjonsevne.

Endringer i finansiering og organisering får ulike konsekvenser for ulike kommuner avhengig av rammevilkår, organisering og de ulike avtalene med fastlegene. Eventuelle endringer i finansiering og organisering bør utredes, og utforskes i pilotprosjekter med følgeforskning før de gjennomføres nasjonalt.

Tverrfaglighet

NSDM støtter utvikling av gode rammebetingelser for tverrfaglighet. PHT-forsøket har gitt verdifulle erfaringer. Økt tverrfaglighet og samarbeid må ikke svekke kontinuiteten i lege-pasientforholdet.

Vi støtter i utgangspunktet ekspertutvalgets forslag under temaet tverrfaglighet, men mener at profesjonsnøytrale takster ikke bør begrenses til kommunale selskaper og fastlegeselskaper.

Økonomiske virkemidler er sterke insentiver som kan få store konsekvenser for utviklingen i allmennlegetjenesten. Det er viktig å være klar over at også kommunale legekontor påvirkes av økonomiske insentiver og innføring av profesjonsnøytrale takster kan for eksempel føre til at kommunen samler funksjoner som i dag ivaretas av pleie og omsorgsektoren (kreftsykepleier, hukommelsesteam, psykiatriske sykepleiere) til legetjenesten. Dette kan være hensiktsmessig og fremme økt tverrfaglighet på legekontor, men det kan også få uheldige konsekvenser for samarbeidet med andre tjenester i kommunen (som for eksempel omsorgstjeneste, sykehjem osv). Rammebetingelsene må støtte opp under tverrfaglig arbeid både i og utenfor legekantoret.

Det er nødvendig at alle endringer evalueres systematisk.

Fastlegens arbeid med attester

NSDM støtter ekspertutvalgets forslag om fastlegers arbeid med attester.

Legevakt

Legevakt er en grunnleggende del av den akuttmedisinske kjeden, og god kvalitet og tilgjengelighet i legevaktstjenesten er viktig for befolkningen og for å sikre riktig bruk av ressurser i helsevesenet. NSDM mener at legevaksarbeid er en naturlig del av allmennlegetjenesten, og at fastlegers kompetanse og kunnskap er avgjørende for å sikre befolkningen gode akuttmedisinske tjenester. Det betyr at systemer og rammevilkår for legevaktstjenesten må legge til rette for at kompetente fastleger

deltar i legevakt.

I dag opplever mange fastleger at legevaksarbeid er pålagt overtid, som kommer i tillegg til ansvaret for fastlegeliste og andre allmennt medisinske oppgaver. For å sikre fastlegers deltakelse i legevakt er det nødvendig å inkludere legevaksarbeid i normalarbeidstiden til fastlegen og begrense muligheten for å pålegge fastleger legevaksarbeid i tillegg til normalarbeidstid. Fastlønn bør være hovedmodellen for avlønning for legevakt. Legene bør sikres trygge arbeidsvilkår og bør ikke jobbe alene på vakt. Kravet om bakvakt for uerfarne leger bør opprettholdes, men vi støtter forslaget om at kravet om bakvakt kan bortfalle ved gjennomført LIS1 eller tilsvarende, forutsatt at LIS1-tjenesten har krav om praktisk legevaktarbeid.

Ordninger med nordsjøturnus/rotasjonslege i legevakt kan være gode løsninger for å avlaste fastleger i distrikt og dermed bidra til å sikre stabilitet og kontinuitet. Det bør utvikles modeller og avtalemaler for dette slik at ikke hver kommune må finne opp sin egen ordning.

Det er naturlig at større interkommunale legevakter ansetter egne dedikerte legevaksleger i tillegg til fastleger. Det er allerede mulig for andre leger å delta i legevaksarbeid og man bør ikke redusere kompetansekravene for leger som deltar i legevakt. Legevaksarbeid innebærer vurdering av uselekterte pasienter med stor variasjon av sykdom og helseplager. Dette er krevende og komplekst arbeid. NSDM støtter ikke forslaget om å legge nattlegevakt til helseforetakene der man i stor grad har uerfarne leger (LIS1) i forvakt, og der LIS2 og overleger i liten grad er trent i å vurdere og behandle en uselekterte pasientgruppe. Dette kan spesielt ramme pasienter med psykiatri- og rusproblemer. En nattlegevaktordning der pasienter lærer at de kan møte opp i mottakelsen på sykehuset vil være lite ønskelig, og bryter med førstelinjetjenestens portvokterrolle.

I mange små kommuner der legevaksamarbeid ikke er mulig må det kunne avtales særordninger som sikrer befolkningen adekvat tilgang til legevaktstjenester som oppleves trygge. Økt formalisert samarbeid med lokal ambulansetjeneste og kommunale tjenester kan være et viktig verktøy for å bedre legevaktstjenesten i distriktskommuner. Kostnadene for legevakt for distriktskommuner er vesentlig større enn for større kommuner, og finansieringsordninger må legges til rette for gode løsninger. NSDM støtter den foreslåtte justeringen av kostnadsnøkkelen for primærhelsetjenesten som har til hensikt å få en finansiering som bedre tar hensyn til smådriftsulempene.

Tilrettelegging for bruk av video til triagering på legevakt kan være et godt supplement, og bør finnes i alle legevakter og legevaktssentraler. Kunnskapen om hva som er god bruk av videokonsultasjoner på legevakt er foreløpig mangelfull. Det pågår forskning på dette i NKLM/Norce. Inntil mer kunnskap foreligger bør ikke videoutstyr brukes som begrunnelse for å sentralisere legevaktstjenester.

NSDM støtter ikke forslaget om sentralisering av legevaktssentraler. Lokalkunnskap er et viktig element i vurdering og koordinering, særlig i områder med spredt bosetting der oversikt over lokale, fleksible ressurser er nødvendig, både ved hasteoppdrag og ved vanlige legevaktoppdrag.

Kompetanse

NSDM støtter forslaget om at det bør stilles krav om veiledet praksis (LIS1) etter grunnutdanningen for å praktisere selvstendig i alle deler av helsetjenesten. Dagens situasjon med uerfarne LIS1-ventere i "grå stillinger" er uheldig for både legene og pasientene.

NSDM er uenig i forslaget om at kravet om spesialisering i allmennmedisin bør begrenses til fastleger og leger i faste stillinger. Det vil åpne for "evige vikarer" uten utdanning i faget allmennmedisin, og vil hule ut den viktige kvaliteten det er at man må være spesialist i allmennmedisin eller i organisert utdanningsløp.

NSDM støtter forslaget om at søkere som trekker seg fra kommunedelen av en koblet LIS1-stilling, ikke bør kunne ta en LIS1-stilling i en ny kommune før ved neste ordinære utlysning.

NSDM støtter forslaget om at sykehus og kommuner i fellesskap gis ansvar for å vurdere behovet for og opprettelsen av knyttede LIS1-stillinger til videre spesialiseringsløp i allmennmedisin.

NSDM er enig i at det bør opprettes utdanningsstillinger der ALIS er ansatt og jobber på andre legers lister (jfr Danmark), og at veiledning bør sidestilles med andre allmennlegeoppgaver. Det er også fornuftig at det legges til rette for at kommunene kan ivareta sitt ansvar som utdanningsvirksomhet på tvers av kommunegrenser.

NSDM er uenig i forslaget om at dagens krav til etterutdanningsaktiviteter skal avvikles. Ordningen med formalisert resertifisering hvert 5.år er en viktig kvalitetssikring av allmennlegetjenesten over tid.

NSDM er uenig i forslaget om å oppheve rekkefølgekravet. Det trengs nok LIS1-plasser til å dekke behovet for spesialistutdanning i Norge. Rekkefølgekravet må opprettholdes. Det er både faglige og organisatoriske grunner til dette:

- Utdanning av leger er bygget opp på en måte som skal sikre at nødvendige ferdigheter og kompetanser er på plass før neste trinn. Arbeid som lege i primærhelsetjenesten krever stor grad av selvstendighet og gode kliniske ferdigheter. Sykehusdelen av LIS1 gir mengdetrening i pasientvurderinger, akuttmedisin og systeminnsikt i et tett tverrfaglig miljø. LIS1-tjenesten i primærhelsetjenesten baserer seg på at legen har denne bakgrunnen. Dersom det åpnes for å endre rekkefølgen vil det få store konsekvenser for veiledningsbehov og oppfølging. Dette er spesielt sårbart i distriktskommuner der det er av størst betydning at LIS1 har nødvendig erfaring for å kunne fylle oppgavene langt fra sykehus
- Dagens system med ansettelse i sykehus, deretter i kommune gir (stort sett) forutsigbarhet for alle parter. Kommunene må selvsagt i større grad involveres i ansettelsesprosessene for å sikre at kandidater med interesse for primærhelsetjenesten blir tilstrekkelig prioritert (dette er etablert i noen helsefellesskap allerede). Dersom det åpnes for to løp for LIS1 – den vanlige veien og en vei via løst/midlertidig opprettede LIS1-stillinger i kommuner og/eller sykehus med eller uten samarbeid mellom enhetene, blir det uoversiktlig og tilfeldig. Disse stillingene må derfor kanaliseres inn i det ordinære LIS1-systemet slik at de blir en del av totalpakken. Dersom et legekontor eller et sykehus har mulighet til å opprette en LIS1-stilling må denne inn i det ordinære systemet. Det blir ikke flere stillinger av å lage to løp som delvis blir i konkurranse med hverandre. En slik ordning vil dessuten ramme distriktene dersom uerfarne LIS1 trenger betydelig mer oppfølging, noe som gir større belastning på legetjenesten.
- Det er svært uheldig at man har satt seg i en situasjon der kommuner og sykehus fyller vikariater med LIS1-ventere, ofte uten tilstrekkelig veiledning og oppfølging. Dette beskrives godt i rapporten. Selvsagt må det stilles krav om at slike stillinger får veiledning og supervisjon (det samme bør gjelde i helprivate helsetjenester). Men å åpne for at disse blir en alternativ vei i LIS1 er uhensiktsmessig og vil skape rot og

usikkerhet.

Digitalisering, innovasjon, forskning og ledelse

Digitalisering, kunstig intelligens og andre teknologiske nyvinninger vil få stor betydning for helsetjenesten. Det er nødvendig med gode, praksisnære innovasjons- og forskningsprosjekter som er godt forankret i allmennmedisinsk hverdag for å finne hvilke løsninger som er nyttige, og hvilke som ikke bør tas i bruk. Det er også viktig at slike prosjekter tar høyde for at det kan være nødvendig med ulike løsninger i by og distrikt.

Primærhelsetjenesten er grunnmuren i helsetjenesten. Likevel brukes det bare en brøkdel av forskningsmidler her sammenlignet med sykehusene. Dette er ikke bærekraftig. Allmennleger og annet helsepersonell i førstelinjetjenesten må få rammevilkår for innovasjon og forskning på lik linje med sine kolleger i spesialisthelsetjenesten.

Det er gode muligheter for å tilrettelegge for forskning i distriktskommuner hvor man trenger å oppbemanne for å sikre akseptabel vaktbelastning og arbeidsbelastning. Dette bør utnyttes til å skape interessante og relevante innovasjons- og forskningsprosjekter. Mulighet til å drive fagutvikling, forskning og undervisning er vist å være stabiliserende og rekrutterende, jfr Rammeverket Recruit and Retain.

Helsetjenesten og kanskje spesielt allmennlegetjenesten er komplekse organisasjoner med høyt kvalifiserte ansatte. God strategisk og administrativ ledelse er en forutsetning for å utvikle gode tjenester og skape arbeidsplasser som er attraktive. Kunnskapen om legetjenesten er ofte svak i kommunenes strategiske toppledelse og det bør vurderes å utvikle opplærings/informasjonspakker som kan bidra til å øke bevisstheten og kunnskapen om helse-tjenesten generelt og legetjenesten spesielt. Det er særlig viktig at kommuneledelsen i distriktskommuner får innsikt i utfordringer og muligheter for legetjenesten. Det tilbys i dag gode videreutdanninger for ledere i helse- og omsorgstjenesten, men disse har lite fokus på allmennlegetjenesten. Det er altfor få leger som velger å satse på lederstillinger i helse og omsorgssektoren og det bør i større grad legges til rette for at leger skal velge ledelse som karrierevei. Faglig ledelseskompetanse er også viktig for allmennleger som deltar i teamarbeid. Faglig ledelse må derfor inn i både grunnutdanningen og spesialistutdanningen for leger.

Alle svar må gjennom en manuell godkjenning før de blir synlige på www.regjeringen.no.