



DEN NORSKE
LEGEFORENING



Allmennlegeforeningen
DEN NORSKE LEGEFORENING



Norsk forening for
allmennmedisin
DEN NORSKE LEGEFORENING

Utviklingsplan for fastlegeordningen

2015 - 2020

Innholdsfortegnelse

1.	Samfunnet behov og mål	5
2.	Tilgjengelighet for befolkningen og kapasitet	7
3.	Kvalitet og pasientsikkerhet	9
4.	Legekontorer i 2018	11
5.	Rekruttering og utvikling	13
6.	Legevakt	14
7.	Økt satsing på IKT	15
8.	Allmennt medisinsk forskning	16
9.	Finansieringssystem	17
10.	Prosess	19

1

Samfunnets behov og mål

Flere og bedre tjenester til pasienter som trenger det

God kvalitet og likeverdig tilbud uavhengig av bosted

Kapasitet tilpasset nye behov som følge av samhandlingsreformen

Befolkningen har rett til en fastlege som er tilgjengelig for nødvendig behandling og oppfølging. Fastlegeordningen ble innført i 2001 og evaluert av Norges forskningsråd i 2001-2006¹. Ordningen ble omtalt som vellykket med god måloppnåelse, men behovet for videreutvikling av ordningen ble påpekt. Dette dokumentet begrenser seg til å omtale tiltak for å bedre kommunens legevakt og fastlegetilbud. Kommunen har i tillegg flere andre viktige legetilbud, for eksempel i sykehjem og helsestasjon, som ikke omtales.

Et viktig mål for primærhelsetjenesten er forutsigbar og likeverdig kvalitet i hele landet. Økt kapasitet i fastlegeordningen er nødvendig for å bedre pasientenes tilgang til sin egen fastlege og mulighet for å bytte fastlege. Fastlegens kjerneoppgave er behandling av pasienter på egen liste og koordinere helsetilbudet til disse pasientene.

Befolkningen bør ha god tilgjengelighet til konsultasjon, sykebesøk, samtaler på telefon og elektronisk ved oversendelse av epikriser og annen dokumentasjon. Kapasiteten bør brukes riktig og det må skapes rom for de gruppene som har behov for helsehjelp, men som i for liten grad oppsøker fastlegen. Det er definert noen nye behov i primærhelsetjenesten, blant annet ved at flere oppgaver er flyttet fra sykehus til kommunene.

Større legesentra med flere yrkesgrupper vil bidra til at pasienter kan få løst flere helseproblemer samme sted. Når pasienten får all nødvendig hjelp på fastlegekontoret blir samarbeidet om pasienten bedre. Det vil redusere behovet for henvisning til sykehus. Økonomiske virkemidler må understøtte denne utviklingen.

En fastlegepraksis med høy tverrfaglig kompetanse, vil både kunne dekke et behov for kontinuitet og gi pasienter med sammensatte og kroniske lidelser bedre hjelp. Det vil også legge et godt grunnlag for arbeid med kvalitet. Piloter der dette prøves ut vil gi kunnskap om effekten av slik organisering. Det er viktig at denne utviklingen skjer med et tydelig pasientperspektiv der tjenestene bygges rundt pasienten.

Samhandlingsreformen innebærer at mer av helsetjenestene skal leveres i kommunene ved tidligere utskrivninger fra sykehuset og ved færre henvisninger og innleggelses. Foreløpig tyder mye på at de økonomiske virkemidlene i samhandlingsreformen virker slik, men uten nødvendige investering i legetjenester i kommunen. Nøkkeltallene for helsetjenesten viser at veksten stort sett har kommet i pleie- og omsorgssektoren, ikke i legetjenesten². Under behandlingen av reformen i Stortinget ble det forutsatt en betydelig styrking av antallet leger i kommunene slik at det medisinske tilbudet til befolkningen ikke svekkes³. Dette er ikke realisert. Fastlegene har fått flere oppgaver og «sykere pasienter».

¹ www.forskningsradet.no

² Nøkkeltall for helsetjenesten, Helsedirektoratet

³ 2500 leger, jf St.meld nr 47 (2008-2009)

Eksempel 1: Palliativ omsorg (4)

I dag dør ca 80 prosent i sykehus eller annen institusjon. 15 prosent dør hjemme. Undersøkelser viser at flere ønsker å dø hjemme om det legges til rette for det. I kommunal pleie- og omsorgstjeneste og i sykehusenes kreftavdelinger jobbes det med dette gjennom organisering av palliative team. Teamene ønsker mer innsats fra fastlegene enn det finnes kapasitet til i dag. I livets slutfase kan det være behov for kontakt med fastlegen daglig både på telefon og sykebesøk.

Fastlegene og kommunen kan utvikle fastlegeordningen ved aktiv bruk av Lokalt Samarbeidsutvalg (LSU), i tillegg til at fastlegene sørger for systematisk kvalitetsarbeid i egen praksis. Fastlegene og kommunen kan også utvikle samarbeidet med sykehusene i større grad enn i dag. Den medisinsk-faglige ledelsen i kommunene må bli bedre. Fastlegene kan utvikle tverrfaglige sentre der dette er hensiktsmessig, med egen struktur og ledelse ved senteret, men det forutsetter en økonomisk handlefrihet til utvikling av praksisen.

2

Tilgjengelighet for befolkningen og kapasitet

Befolkningen må kunne velge fastlege og bytte fastlege

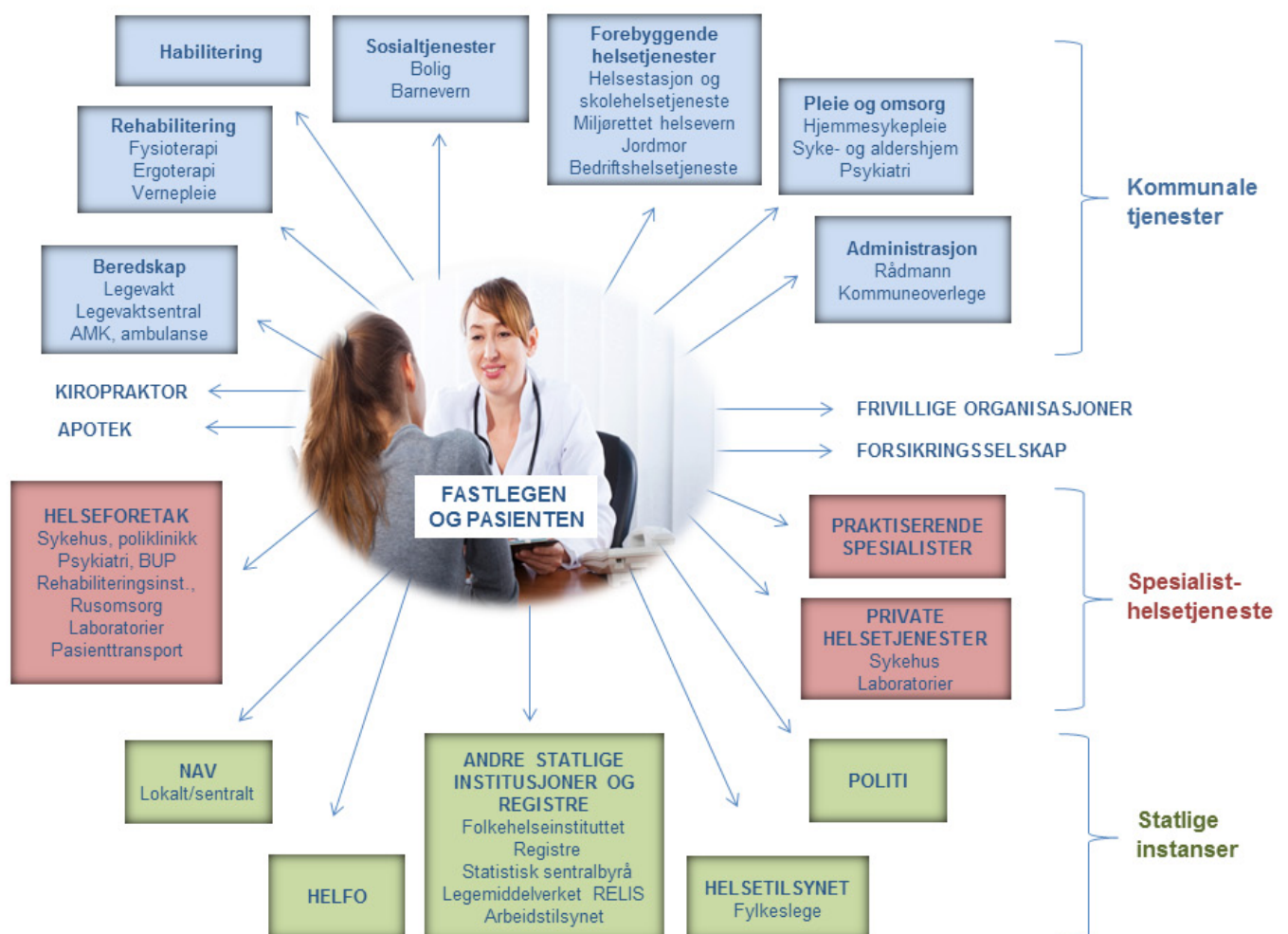
Fastlegen skal være tilgjengelig for listepasienter

Det må være bevissthet om fastlegens kjerneoppgaver og dialog om nye oppgaver

Fastlegeordningen er basert på at befolkningen skal kunne velge fastlege og bytte fastlege. Det forutsetter et tilstrekkelig antall fastleger med ledighet på liste. Fastlegene skal primært være tilgjengelig for listepasientene, men også for andre samarbeidspartnere.

Kjerneoppgaven til fastlegen er å gi tilbud til egne listepasienter, men fastlegen samarbeider med mange:

Fastlegen samarbeider om pasienten med:



De senere årene har det vært en økt "byråkratisering" som har medført at fastlegene har fått andre oppgaver enn pasientbehandling. Disse oppgavene pålegges, ofte uten tilstrekkelige konsekvensanalyser og dialog. For å unngå å legge beslag på behandlingsskapasitet og svekke tilgjengeligheten til fastlegene, må slike forhold utredes før det ilegges pålegg⁴. I fastlegeforskriften er det fastsatt at fastlegene skal være mer tilgjengelig på kontoret med kortere ventetid på telefon og til konsultasjon. Det er samtidig pålagt at legen skal gjennomføre flere oppgaver utenfor legepraksisen, som hjemmebesøk, møter med andre instanser mm.

Fastlegene er i tillegg til kjerneoppgaver pålagt en rekke dokumentasjons- og rapporteringskrav og andre oppgaver gjennom lovgivningen. Nye oppgaver bør utvikles gjennom dialog og samarbeid og ikke pålegg for å unngå vilkårlighet og reduksjon i tjenestetilbudet. Det bør også gjøres en gjennomgang av eksisterende pålegg for å se om noen arbeidsoppgaver kan fjernes.

Legeforeningen ønsker at primærhelsetjenesten skal ta et mer helhetlig og tverrfaglig ansvar for helse-tjenestene til pasienter med kronisk sykdom enn før, pasienter som med samhandlingsreformen skal gis tilbud i kommunene og ikke i sykehus og samtidig gi et faglig godt og tilgjengelig tilbud til pasienter med behov for primærhelsetjenester for forbigående tilstander⁵. Det forutsetter en økning av kapasitet.

Flere oppgaver, forventet befolkningsvekst sammenholdt med at flere fastleger når pensjonsalder de nærmeste årene, tilsier målrettet økning av kapasitet og rekruttering av fastleger. Legeforeningen mener det vil være behov for opp mot 500 nye fastleger hvert år i en femårsperiode. Skal allmenntilleggsarbeid kjennetegnes ved kvalitet, tilgjengelighet og trygghet må den totale arbeidsmengden fordeles på flere leger.

⁵ Nye oppgaver er blitt pålagt fastlegen, blant annet gjennom samhandlingsreformen, innen sykmeldingsarbeidet og i fastlegeforskriften, uten at det er fulgt opp med tilførsel av ressurser; verken menneskelige, økonomiske eller datatekniske.

⁶ En stor andel av pasientene i fastlegepraksis kommer med infeksjoner, småskader og andre forbigående tilstander. Disse pasientene må ivaretas uten venting og blir prioritert på legekontoret.

3

Kvalitet og pasientsikkerhet

Fastlegeordningen skal være forutsigbar og likeverdig i hele landet

Kommunene må ha medisinskfaglig ledelse

Legekantorene må ha ledelse

Samarbeid om Senter for kvalitet i legekantor (SKIL) mellom staten, kommunene og Legeforeningen må etableres

Obligatorisk spesialistutdanning med høy kvalitet må innføres

Kommunene trenger tydelig medisinsk faglig ledelse med tilstrekkelig tid til å ivareta sitt ansvar for kvaliteten i allmennlegetjenesten. Legekantoret må ha ledelse for å ivareta kvalitetsarbeid, arbeidsgiveransvar, systemutvikling og kontakt med kommunen. Lokalt samarbeidsutvalg (LSU) er en viktig kommunal arena for å diskutere og utvikle lokalt kvalitetsarbeid.

Fastlegene trenger beslutningsstøtteverktøy som bygges inn i elektronisk journal for å underbygge portnerrollen og riktige prioriteringer. Dette bidrar til at pasienter får riktig tilbud til riktig tid, og på riktig nivå.

Fastlegene og medarbeiderne trenger å oppdatere sin faglige kompetanse kontinuerlig. Det må derfor bli et obligatorisk krav at alle fastleger er spesialister i allmennmedisin eller i spesialisering (7). Nesten halvparten av dagens nyutdannede leger er utdannet ved institusjoner utenfor Norge; en stor andel med minimal undervisning og praksis i allmennmedisin. Det øker behovet for styrket spesialistutdanning i allmennmedisin. Resertifiseringsordningen hvert femte år bidrar til økt kompetanse gjennom faglig oppdatering og drøftinger med kolleger i etterutdanningsgrupper. I tillegg kan systematisk kvalitetsarbeid lokalt på legekantoret bli en del av spesialistkravene i allmennmedisin.

Legeforeningen har etablert Senter for kvalitet i legekantor (SKIL), med formål å samle, utvikle og evaluere metodikk for lokalt kvalitetsarbeid. Senteret skal hjelpe til i oppstart av lokalt kvalitetsarbeid gjennom formidling av verktøy, metoder og veiledning. SKIL har som mål å utvikle målrettede og gode systemer for å registrere, rapportere og lære av egne kvalitetsdata. «Benchmarking» bør være grunnlag for vurdering av eget kvalitetsnivå. Disse systemene må utvikles i nært samarbeid med fagmiljøet. Benchmarking kan skje ved at enkeltleger sammenlikner data fra egen praksis med data fra andre leger på samme legekantor, eller med data fra flere leger. Det kan samtidig utvikles metoder for innsamling og vurdering av ulike styringsdata, for eksempel tilgjengelighet, brukertilfredshet og annet.

Det finnes i dag en rekke registre med data fra primærhelsetjenesten, men disse registrene sier lite om innholdet og kvaliteten i tjenestene. Ved systematisk innsamling av utvalgte data fra fastlegenes journal-systemer og bearbeiding av disse i kvalitetsrapporter, vil man kunne få et verktøy for kvalitetsarbeid på kantoret. Samtidig vil man kunne generere rapporter til myndighetene på aggregert nivå dersom pasientens personvern ivaretas.

Eksempel 2:

Datafangst er et program som samler data fra alle danske allmennlegekontor til et kvalitetsregister DAMD (www.dak-e.dk)

Datafangst

- samler inn alle diagnosekoder, resepter, takster, laboratorieverdier, henvisninger og epikriser.
- Opplysningene bearbeides til kvalitetsrapporter om de store sykdomsgruppene (diabetes, KOLS etc.)
- Kvalitetsrapporter gir allmennlegen samleoversikt og informasjon om hver enkelt av pasientene i den aktuelle sykdomsgruppen, og støtte for tiltak som kan forbedre tilbudet til den enkelte pasient
- Rapportene kan brukes i etterutdanningsgrupper og læringsnettverk, eller til eget studium
- Rapportene er online og alltid tilgjengelige
- Det er kun legen som har adgang til å se egen rapport
- Kommunene og regionene kan se aggregerte data fra minimum fire legesentre

4

Legekontorer i 2018

Ulike former for tverrfaglige legekantor bør testes ut med piloter

Nasjonal kvalitetsstandard for legekantoret må utvikles og implementeres

Avtaleverket bør legge til rette for faglig ledelse på legekantor

Fastlegekantorene skal levere kvalitetssikrede, medisinskfaglige gode, koordinerte og kontinuerlige helsetjenester for befolkningen. Fastlegene har et medisinsk koordineringsansvar for sine pasienter. Dette ansvaret er tydeliggjort i revidert forskrift for fastlegeordningen. Spesielt i store kommuner kreves det at kommunene organiserer de øvrige tjenestene slik at dette ansvaret kan ivaretas. Fordi innbyggere velger fastlege på tvers av de etablerte geografiske ansvarsområdene som styrer de øvrige delene av kommunehelsetjenesten, må det utvikles gode personlige kontakter mellom faggrupper for å kompensere for dette. Det bør prøves ut ordninger der de øvrige kommunehelsetjenestene i større grad enn i dag er organisert rundt fastlegekantoret.

Legeforeningen mener at det bør lages piloter med modeller for store tverrfaglige legekantor. Det er stor variasjon mellom legekantor når det gjelder intern organisering og samarbeid. Utviklingen har gått fra solopraksiser til gruppepraksiser. Når legekantorene blir større er det et økende behov for ledelse. Det er i liten grad laget strukturer i fastlegeordningen som ivaretar dette. I mange tilfeller er faglig ledelse for utydelig. En følge kan bli at utviklingen av felles rutiner for faglige og servicemessige oppgaver får for liten oppmerksomhet. Kommunen har ansvar for å legge til rette for og støtte kvalitetsarbeid i fastlegeordningen. Der ledelse av legekantorene mangler, kan det være vanskelig for kommunene å ivareta dette ansvaret. Avtaleverket for fastlegeordningen kan tilpasses på en bedre måte for å stimulere til ledelse av tverrfaglige legekantor. En mulighet er å inngå avtale om dette mellom legekantor og kommune.

For økt tilgjengelighet og koordinering, kan flere praksiser samles i større enheter. Det vil gi mer helhetlig, tverrfaglig ansvar for helsetjenestene til pasienter med kronisk sykdom, samt gi et faglig godt og tilrettelagt tilbud til andre pasientgrupper med behov for primærhelsetjenester. En fastlegepraksis som inkluderer flere helseprofesjoner, vil kunne fylle behovet for kontinuitet og kvalitet i primærhelsetjenesten.

Norges geografi og bosettingsmønster krever at legekantorene i distriktene leverer flere tjenester enn legekantor i byene, blant annet akuttmedisinske tjenester på dagtid. Det bør utvikles en liste med prosedyrer det er forventet at fastlegekantoret skal kunne utføre, og det må utvikles en felles kvalitetsstandard for tjenestene. Legekantorene må settes i stand til å investere i nødvendig utstyr for å utføre prosedyrene. Kommunene har ansvar for kvalitetssikrede akuttmedisinske tjenester. Det er nødvendig med en betydelig opprusting av utstyr, lokaler og bemanning.

Helsesekretærenes faglige posisjon må styrkes gjennom kontinuerlig faglig oppdatering. Helsesekretærene er i dag, og vil fortsatt være, en svært viktig medarbeider på fastlegekantoret. SKIL tar sikte på å støtte læringsnettverk hvor både leger og helsesekretærer/andre medarbeidere deltar. Det er behov for et økt antall legesekretærer for å oppfylle de nye tilgjengelighetskravene i fastlegeforskriften.

Sykepleiere ansatt i fastlegens praksis vil tilføre økt faglig styrke og kompetanse, både i førstekontakt med pasientene på telefon eller i skranke før legekonsultasjon. Det bør også gjøres forsøk med egne konsultasjoner spesielt rettet mot enkelte pasientgrupper der sykepleieren kan ha spesialkompetanse, for eksempel fagområdene psykiatri, diabetes, lunger og sår.

Jordmor integrert i fastlegens praksis vil gi den gravide en helhetlig svangerskapsomsorg og vil være med å danne grunnlag for et godt faglig samarbeid med den gravide i sentrum.

Helsesøster kan med fordel samarbeide tettere med fastlegen både når det gjelder helsekontroller av barn, men også forebyggende aktiviteter.

Psykolog integrert i fastlegens praksis vil gi mulighet for større kontinuitet og tettere faglig samarbeid rundt utredning og behandling av fastlegens pasienter med psykiske lidelser.

I tverrfaglig behandling kan det være ønskelig med sosionomkompetanse.

Det bør også utvikles sentre med samlokalisering med andre helsetjenester som for eksempel fysioterapeuter/ergoterapeuter og avtalespesialister. Det må gjøres nødvendige endringer i regelverk og finansieringsordninger (blant annet normaltariffen) for å legge til rette for mer bruk av annet helsepersonell enn leger og legesekretærer i og tilknyttet fastlegekontorene. Samlokalisering kan gjennomføres på ulike måter. Det kan for eksempel være ansettelsesforhold hos legen, men andre modeller kan også dekke behovet. Uavhengig av eventuelle samlokaliseringer bør det arbeides for gode kommunikasjonsløsninger som tilrettelegger for økt samarbeid.

5

Rekruttering og utvikling

Flere utdanningsstillinger/hjemler

Styrking av tilskuddsordning for nyopprettede hjemler

Det bør utarbeides oversikt over rekrutteringsbehov de nærmeste årene. Behovet for bedret kapasitet i fastlegeordningen krever økt rekruttering til allmennlegeyrket (8, 9, 10, 11, 12). Legeforeningen mener det kan gjennomføres nasjonalt med ulike virkemidler, og ønsker å medvirke til dette.

Flere timer innen allmennmedisin under studiet (undervisning, faglærere og tid utplassert i praksis) vil øke sannsynligheten for at medisinstudenter senere ønsker å jobbe som allmennlege.

Det bør innføres utdanningsstillinger/hjemler i kommunene og tilrettelegges for avtaler mellom kommuner og fastleger om veiledning og oppfølging av nye leger (13, 14). Erfarne fastlegers kompetanse er nødvendig i veiledning av utdanningskandidater. Behovet for veiledere øker når mange nye skal rekrutteres til faget. I dag utdannes nesten halvparten av norske leger i utlandet. Mange av disse har lite praktisk opplæring når de får autorisasjon. Dette vil skape et økt behov for veiledning og opplæring i allmennpraksis.

En ordning med utdanningsstillinger i allmennpraksis kan kombineres med strukturert veiledning. Det vil styrke tryggheten for unge leger som ønsker å konsentrere seg om faglig praksis og veiledning først, før det tas ansvar for etablering av egen praksis. Ulike modeller har vært diskutert i ulike sammenhenger, f. eks. ansettelse i fordypningsstillinger som kombinerer allmennpraksis og forskning. Det er behov for prosess for å komme frem til en god modell som både ivaretar hensyn til rekruttering, tilstrekkelig kontinuitet og pasientens behov for tjenester. Leger som har avsluttet spesialistutdanningen må få anledning til å konvertere til næringsdrift.

Tilskuddsordninger for etablering av nye hjemler uten etablert pasientliste (såkalte null-lister) bør styrkes og innføres som en varig ordning. Tilskuddsordningen bør målrettes bedre for å sikre rekruttering til de kommunene som trenger det mest.

Tiltak som kan få flere fastleger til å arbeide utover 67/70 år bør vurderes. Kontinuitet i lege-pasientforholdet er en viktig del av kvaliteten på tjenesten. Det må vurderes en mer fleksibel delelisteordning fra 55 til 70 år. Fastleger over 60 som ønsker det, kan tilbys redusert pasientliste og overgang til fastlønnnet legestilling i kommunehelsetjenesten i hel eller redusert stilling. Mange såkalte rekrutteringsvake kommuner har allerede gjort tiltak for å sikre stabilitet. Disse tiltakene må settes i system for hele landet.

6

Legevakt

Legevakt er allmennlegearbeid

Beredskap på legevakt må styrkes

Det må stilles nasjonale krav til kvalitet på legevakt

Det må investeres i utstyr, hjelpepersonell og IKT

Det er bred enighet om at dagens legevaktorganisering trenger et betydelig løft. Dette er godt beskrevet av Norsk kompetansesenter for legevaktsmedisin (15).

Legevakten dekker befolkningens behov for legetjenester de fleste av ukens timer. Det er for stor variasjon i kvalitet, og det stilles i dag ikke overordnede krav til innhold og systemer. Tydelig medisinsk faglig ledelse er nødvendig for å heve kvaliteten på legevaktene.

Legevakten er i loven definert som en nødetat for akuttmedisinsk hjelp, mens befolkningen også ser på legevakt som et viktig sikkerhetsnett som man oppsøker med plagsomme, men ufarlige tilstander. God tilgjengelighet i fastlegeordningen gir mindre bruk av legevakttjenesten for ufarlige tilstander.

Legevakten må ha gode rutiner for prioritering, slik at ikke stor pågang hindrer håndtering av tilstander som haster. Forsvarlig bemanning må sikre at legevaktene er i stand til å hjelpe personer som er alvorlig og/eller kritisk skadet. De fleste legevakter er i dag ikke dimensjonert til å ivareta beredskap, samtidig som man håndterer pasienter som har behov for enkel legehjelp.

Legevakt skal ha en grunnbemanning av allmennleger. I dagens lovgivning er legevaktarbeid pålagt fastlegene. Dette er et uheldig utgangspunkt for en viktig arbeidsoppgave, som kan medføre at kommunene i liten grad engasjeres i å modernisere legevakten. Utgangspunktet bør heller være at det inngås avtaler om oppgaver for kommunene i tillegg til fastlegepraksis, gjennom utlysning, søknad og avtaler. Det bør utvikles flere modeller for organisering og finansiering, for å ivareta stabilitet, kompetanse og beredskap.

7

Økt satsing på IKT

IKT satsingen må være nasjonal

Elektronisk kommunikasjon mellom pasienter og tjenesteutøvere må videreutvikles

Normen bør tilpasses små virksomheter

IKT og tekniske løsninger i helsetjenesten er en kritisk suksessfaktor. Praksishverdagen for en fastlege blir stadig mer kompleks. For å levere faglig høy og stabil kvalitet på tjenestene trenger man bedre elektronisk pasientjournal (EPJ) som også kommuniserer med resten av helsetjenesten. Slik det er i dag går den manglende kommunikasjonen utover pasientsikkerheten.

IKT i helsetjenesten trenger statlig finansiering. I dag finansierer ulike deler av helsetjenesten sine egne fagsystemer. Når andre aktører, f.eks sentrale myndigheter, ønsker tilpasninger av fastlegenes EPJ-system, blir ikke endringene fullfinansiert av bestiller, og sluttbrukeren betaler for endringene. En slik finansiering hindrer en overordnet plan for utviklingen og hindrer nødvendig utvikling.

Løsningene må gi effektiviseringsgevinster for alle parter, og utvikling må skje i nært samarbeid med brukerne. Det må etableres et brukerforum for EPJ-utvikling som gir bestillinger og prioriteringer til programleverandørene.

Adresseregister der alle kan kommunisere med alle i helsevesenet, ikke bare kjente samarbeidspartnere, må implementeres. Det må etableres og finansieres systemer som gir sikker elektronisk kommunikasjon mellom samarbeidspartene i helsetjenesten. Dette gjelder både mellom første- og andrelinjetjenesten, mellom fastleger og mellom fastlege og øvrig kommunehelsetjeneste (helsestasjon, pleie og omsorg osv).

Det må etableres system for elektronisk kommunikasjon mellom pasient og lege som er sikker og god. All elektronisk kommunikasjon, timebestilling, reseptbestilling o.l. skal foregå over samme internettportal og over samme SMS-system slik at pasientene slipper å lære seg nye systemer når de skifter lege.

Sikkerheten i IT-systemer på legekontorer er nå tillagt den enkelte virksomhet etter "Normen". Normen er et 42 sider sterkt teknisk preget dokument med referanser til ikke mindre enn 19 lover og forskrifter. Den samme normen gjelder for store sykehus med egne IT-avdelinger og for små legekontor. Normen pålegger den enkelte lege et sikkerhetsregime som er så omfattende og teknisk vanskelig tilgjengelig at det er stor risiko for at legekontorer ikke vil klare å oppfylle den. IT-sikkerheten på legekantorene må derfor ivaretas på et mer overordnet nivå, for eksempel bør leverandøren i større grad enn i dag lage standardiserte og automatiserte løsninger som sikrer at sluttbrukeren følger normen.

8

Allmenntedisinsk forskning

Forskningsaktiviteten i allmenntedisin må økes

Det må tilrettelegges for mer allmenntedisinsk forskning. Dette krever både tid, finansiering og praktisk tilrettelegging. I motsetning til den mangfoldige aktiviteten og det høye antall konsultasjoner i fastlegeordningen pr år, er det lite allmenntedisinsk forskning. Kun 2% av alle fastleger har en ph.d.

Det meste av kunnskapsgrunnlaget for allmenntedisinsk håndtering, risikovurdering og behandling, er hentet fra studier gjort på pasienter i sykehussektoren. Dette kan ikke anvendes direkte overfor gjennomsnittsbefolkningen. Det er et stort behov for forskning i allmenntedisin slik at det skapes et bedre grunnlag for valg av behandlingstiltak som virker i den mangfoldige befolkningen allmenntegen møter.

Allmenntedisinsk forskning og rekruttering til denne må styrkes på flere områder. De allmenntedisinske institutter/seksjoner/avdelinger, allmenntedisinske forskningsenheter og Allmenntedisinsk forskningsfond må videreutvikles på en balansert måte. Et absolutt minstekrav er at basisbevilgningen til de allmenntedisinske forskningsenhetene kommer opp på det nivået som var satt som måltall ved etableringen i 2006.

For å gjennomføre klinisk forskning i allmenntedisin, trengs etablering av forskningsnettverk som gjør det mulig å rekruttere medarbeidere og pasienter og som kan støtte håndtering av forskningsdata. Det er lagt fram et forslag fra en arbeidsgruppe til Helsedirektoratet/Helse- og omsorgsdepartementet i 2013.

Folketrygdfinansieringen må bevares og videreutvikles

Legeforeningen mener at næringsdrift som hovedordning og folketrygdfinansiering bidrar til god utnyttelse av helseressursene. Dette har ført til korte ventetider og effektivisering av tjenesten.

Folketrygdfinansiering bidrar til effektiv bruk av helseressurser som kanaliseres rett til legehjelp med svært lite byråkrati. Den bidrar også til at fastlegetilbudet blir mer likeverdig i hele landet fordi det ikke er avhengig av kommuneøkonomi.

Fast pris for pasienter bidrar til et forutsigbart system for befolkningen.

Bundet pris kan gi utfordringer for fastlegekontorene ved økte kostnader i praksis, som økte pensjonskostnader for ansatte. Mye av inntektene i fastlegepraksisen går til å dekke lønn til ansatte, husleie og andre driftskostnader. Inntekts- og kostnadsundersøkelsen fra 2009 viser en gjennomsnittlig omsetning per lege på 1,9 millioner kroner. Inntektene består av egenandeler fra pasientene og tilskudd og refusjoner fra staten. Hvis man tar utgangspunkt i at omsetningen i hver enkelt leges praksis skal være tilnærmet uendret (kun indeksregulert), vil en netto økning på 1500 fastleger gi en økt kostnad på 2,9 milliarder (2009 kroner) årlig. Utgiftene blir fordelt på pasientene (egenandeler) og myndighetene. Økningen vil komme gradvis over de årene utviklingsplanen pågår. Totalt 30% av økningen vil gå via kommunene som utbetaler tilskuddet til fastlegene.

Det bør også vurderes å øke kommunal innsats for opprettelse av nye tverrfaglige legesentre. Dette kan skje gjennom å endre de økonomiske incentivene i samhandlingsreformen.

Normtallet som legges til grunn for finansieringen for antall listepasienter i en full kurativ fastlegepraksis er 1 500 pasienter (300 pasienter per praksisdag i uken). Dette ble fastsatt for mer enn 15 år siden og må nå justeres med økte oppgaver. Gjennomsnittlig listelengde er i dag 1150 pasienter. Hvis det skal leveres flere tjenester og bedre tilgjengelighet, må antallet pasienter per lege reduseres ytterligere. Helsedirektoratet anbefalte allerede i 2008 å redusere normtallet. En reduksjon av normert listelengde må følges av en endring av tilskuddsøkonomien slik at incentivet for lange lister reduseres, mens inntekten per arbeidstime for den enkelte lege ikke reduseres. Målet er ikke at hver lege skal øke sitt tilskudd, men at det skal bli rom for flere leger i ordningen. Det bør gjøres forsøk med endring av tilskuddsordningen, slik at noe av tilskuddet gjøres uavhengig av listelengde. Det bør fortsatt være slik at tilskuddet utgjør ca 30% av totaløkonomien.

Stimuleringstiltak for rekruttering og stabilisering kommer i tillegg slik at legehjemler i kommunehelsetjenesten blir mer attraktive.

Det må i tillegg beregnes kostnader til kvalitetsarbeid. Kurs/etterutdanning for legene og medarbeidere, bedre interne kvalitetssystemer, men også en betydelig satsing på allmenmedisinsk forskning må finansieres. Kvalitetsarbeidet organiseres best gjennom en etablering av SKIL. Drift av SKIL vil anslagsvis koste 8 millioner i oppstartsåret, med økende driftskostnader avhengig av hvilke oppgaver som legges til senteret. Nødvendig IKT-utvikling må finansieres.

Også legevakt trenger et betydelig løft. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin har laget en plan for dette som er kostnadsberegnet til en økning i kostnadene på ca 1 milliard 2008-kroner.

Større legesentra med flere ansatte vil bli dyrere å bygge og drifte enn dagens legekantor. Det vil bli behov for finansieringsløsninger for å få til dette.

Forbedring av kapasitet, kvalitet og kompetanse i primærhelsetjenesten vil kreve en vesentlig større investering i primærhelsetjenesten enn i dag. Legeforeningen ønsker å være den viktigste premissleverandøren for utviklingen av fastlegeordningen, og Utviklingsplanen skal være det sentrale utgangspunkt i dette arbeidet. Det må sikres at beslutningsgrunnlaget er best mulig og at planen har tverrpolitisk støtte. For å oppnå de mål som fremkommer i planen, må det gjøres en videre kartlegging av behov. Dette bør danne grunnlag for et utredningsarbeid i samarbeid med myndighetene eventuelt i form av en offentlig utredning. Det er viktig at utredningen skjer i samarbeid med fagmiljøene. Det må blant annet beskrive hvilke oppgaver legene i kommunehelsetjenesten skal utføre, hvor mange nye fastleger Norge trenger, hvor i landet de trengs, hvordan de kan rekrutteres og hva dette vil koste.

Referanser:

- 1) Evaluering av fastlegereformen 2001-2005: Forskningsrådet
- 2) Nøkkeltall for helsetjenesten. Helsedirektoratet, 2014
- 3) Stortingsmelding 47 - Samhandlingsreformen (2009)
- 4) Rosland J H, v Hofacker S Paulsen : Den døende pasient, Tidsskr Nor Legeforening 2006; 126:467 - 70
- 5) Fotnote uten referanse
- 6) Fotnote uten referanse
- 7) Policydokument; Spesialistutdanningen av leger. Oslo: Den norske legeforening, 2009
- 8) Tillit - trygghet - tilgjengelighet. Styrking av allmenntillegisin og fastlegeordning frem mot år 2020. Oslo: Den norske legeforening, 2009
- 9) Utviklingsstrategi for legetjenestene i kommunene. IS-1652. Oslo: Helsedirektoratet, 2009
- 10) Jacobsen E: Stadig flere leger i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 2547
- 11) Wesnes S, Aasland O, Baerheim A: Career choice and place of graduation among physicians in Norway. Scand J Prim Health Care 2012; 30: 35 - 40
- 12) Wesnes S L, Kristoffersen E S og Burman R A: Fastlegeordningen trenger flere leger. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 674-6
- 13) Thorsen O, Steinert S: Utdanningsstillinger i allmenntillegisin - en nødvendig videreutvikling av fastlegeordningen. Utarbeidet etter forespørsel fra avdeling for personell og utdanning, Oslo: Helsedirektoratet, 2008
- 14) Brekke, M., m.fl: Utdanningsstillinger vil øke rekrutteringen til allmenntillegisin. Tidsskr Nor lægeforen 2000; 120: 2322
- 15) ... er hjelpta nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt 2009010



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**



Allmennlegeforeningen

DEN NORSKE LEGEFORENING



**Norsk forening for
allmenntmedisin**

DEN NORSKE LEGEFORENING