

AFs og NFAs innspill til Legeforeningens erfaringsrapport om covid-19

1 Innledning/bakgrunn

Fra starten av pandemien har hovedmålsettingen for alle tiltak vært å begrense smitte i befolkningen for å redusere sykkelighet og død. Det ble svært tidlig vist til hvor viktig det er at vi alle bidrar slik at kapasiteten på sykehus for å behandle covid-19-pasienter OG andre pasienter blir ivaretatt. Dette har vi i svært stor grad så langt lyktes med i Norge. Hovedårsaken til dette er en sterk og velfungerende primærhelsetjeneste som har tatt sitt ansvar. Vi mener at en forutsetning for å lykkes i håndteringen av denne pandemien, og fremtidige pandemier, er at vi har en godt utbygd nasjonal primærhelsetjeneste med allmennleger og samfunnsmedisinere.

Pr 15. januar 2021 har vi i Norge testet 3 144 722 personer hvorav 57 734 har fått påvist covid-19. I hele perioden fra mars-20 til nå har 2312 pasienter vært innlagt med covid-19 i norske sykehus og av disse har 446 pasienter blitt behandlet på intensivavdeling. Kapasiteten på norske sykehus har ikke vært truet eller overskredet. Av de 512 dødsfall som er registrert har over halvparten ikke vært innlagt på sykehus, men blitt behandlet og ivaretatt i kommunene.

Helsedirektoratet beskriver at de under hele pandemien har forholdt seg til tre rangerte hovedtiltak i sin "verktøykasse".

- Tiltak 1 er befolkningens egeninnsats med å være hjemme når de er syke, vaske hender, holde avstand og teste seg ved symptomer.
- Tiltak 2 er TISK-strategien (testing – isolasjon – smittesporing – karantene).
- Tiltak 3 er alle andre tiltak myndighetene kan sette inn.

TISK-strategien krever en betydelig innsats fra primærhelsetjenesten. Enhver endring i smittesituasjon vil først medføre økt belastning i primærhelsetjenesten. Vi mener at erkjennelsen av hvor tiltak må settes inn først og hvem som trenger mest ressurser, ikke har fulgt logikken i tiltaksrekkefølgen. Ved fremtidige lignende hendelser må primærhelsetjenestens behov identifiseres og styrkes først. Ved alle kriser oppstår et enormt informasjonsbehov.

Vi savner en myndighet som tar overordnet ansvar for allmennlegetjenesten og jobber mer proaktivt. Vi har hatt svært godt samarbeid og det har kommet mye god veiledning fra FHI, ulike avdelinger i Helsedirektoratet, E-helsedirektoratet, NAV og andre etater, men alle har kun ansvar for små fragmenter av det som er en helhetlig tjeneste. Det medfører at det tar lang tid med avklaringer, ingen tar det overordnede ansvaret for å finne raske, best mulig løsninger, og det er ingen som ivaretar primærhelsetjenestens interesser for eksempel ved fordeling av smittevernustyr.

2 Beredskap

2.1 Mangelfulle planer og oppfølging fra tidligere kriser

2.1.1 Kommunikasjonskanaler

Ved krisehåndteringer må det foreligge en kommunikasjonsplan. Informasjonsbehovet er stort, og informasjonen må være tilpasset brukeren. Det kan ikke etableres system som krever at den som har

behov for informasjonen selv aktivt oppsøker nettsider eller lignende. Informasjonen må gå direkte til den som har behov for den, skriftlig og muntlig.

Muligheten for statlige organer til å kommunisere direkte ut til fastlegene var ikke noe bedre enn den var under svineinfluensapandemien i 2009. Allmennlegeforeningene (Allmennlegeforeningen og Norsk forening for allmennmedisin) tok derfor tidlig opp behovet for en rask kommunikasjonskanal ut til alle landets fastleger da vi opplevde at ordningen hvor informasjon først sendes til statsforvalteren (tidligere fylkesmannen), som så videresender til kommunene, som via kommuneoverlegen så sender til fastlegene, går for langsomt. I enkelte tilfeller stopper informasjonen før den når fastlegene. Helfo sitter med register over epostadresser til alle som leverer elektronisk oppgjør og dette burde kunne brukes også til annen viktig informasjon. Det er samtidig en rekke organer som ønsker å nå ut til fastlegene med informasjon og det er behov for at noen samordner slik at ikke legene overleses med informasjon. Det er behov for et statlig organ som kunne koordinert informasjonene fra HOD, Hdir, FHI, Helfo, NAV, SLV, mm. ut til fastlegene. Da gjerne i form av nyhetsbrev og en nettside hvor relevant informasjon for de ulike helseaktørene var samlet og fortløpende oppdatert. Dette organet burde også samtidig tatt imot informasjon fra allmennlegene slik at dette kunne benyttes til nødvendige avklaringer og anbefalinger, og tydeliggjort primærhelsetjenestens behov.

2.2 Sykehus

2.3 Primærhelsetjenesten

Legeforeningen tok tidlig opp med KS behovet for avklaringer og planlegging av helsetjenesten i kommunene ved en mulig pandemi, men opplevde at KS viste til kommunenes ansvar og at de hadde beredskapsplaner som tok høyde for en slik situasjon og så ikke behovet for noe samarbeid om covid-19 håndteringen tidlig i pandemien.

Det viste seg senere at beredskapsplanene ikke hadde tatt høyde for et slik scenario vi fikk, og det ble tidlig klart for oss at en burde omstrukturere pasientflyten i primærhelsetjenesten for å unngå smitterisiko og utnytte utstyr og personell mest mulig effektivt. Mer om dette i 4.2.

3 Smittevernutstyr og testkapasitet

3.1 Manglende lagre, anskaffelse og avhengighet av internasjonale strukturer

Ble tidlig klart at det manglet smittevernutstyr.

3.2 Fordeling og distribusjon

Det ble innledningsvis satset mest på sykehusene som skulle få 80% av tilgjengelig utstyr, mens kun 20% skulle gå til kommunene. De aller fleste av koronapasienten ble tatt hånd om av primærhelsetjenesten og kun 5% har havnet på sykehus. Behovet for smittevernutstyr er ikke noe mindre i kommunene enn på sykehus. I starten av pandemien var det kritisk mangel på smittevernutstyr i primærhelsetjenesten, og myndighetene burde forutsett at der hvor man skal behandle flest pasienter er behovet størst.

Fastlegene opplevde ulik behandling i kommunene. Noen kommuner sørget for at også fastlegene fikk dekket og levert smittevernutstyr, mens andre kommuner overlot fastlegene helt til seg selv. Mens andre næringsdrivende som tannleger og frisør kan øke prisene eller legge på et koronatillegg for å dekke økte kostnader har fastlegen ikke denne muligheten, da de har en helt bundet økonomi hvor deres priser er definert av normaltariffen.

Helsedirektoratet kom etter hvert med tydelig beskjed om at det er kommunenes ansvar også å sørge for og å dekke smittevernutstyr til fastlegene, men det har tatt lang tid å få alle kommunene til å ta ansvar for smittevernutstyr til fastlegekontorene selv om regjeringen har gitt lovnader om at alle kommunens merkostnader til smittevern og TISK strategien vil bli kompensert.

4 Behandling og rehabilitering

4.1 Sykehus

4.2 Primærhelsetjenesten

Det ble fort klart at en måtte unngå å få pasienter med mulig smitte inn på fastlegekontorene. Alle pasienter måtte derfor avklares på forhånd. Pasienter med mulig smitte måtte rutes til egne leger som hadde fullt smittevernutstyr og kunne håndtere mulig smitte.

Vi manglet totalt faglige anbefalinger og råd for håndtering av smittede pasienter i starten av pandemihåndteringen, dette var arbeid som burde vært igangsatt umiddelbart med høy prioritet fra myndighetene. Senter for kvalitet i legekantor, SKIL, laget ganske raskt et elektronisk beslutningsstøtteverktøy som har vært til god støtte for riktig pasienthåndtering.

Se omtale her:

<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/03/31/elektronisk-beslutningsstotte-til-fastleger-blir-godt-mottatt/>

Vi trenger også for god fremtidig pandemihåndtering et nasjonalt senter for kvalitet i allmennmedisin med kapasitet til raskt å utvikle gode løsninger for allmennmedisin.

Mye av de faglige råd og anbefalinger som har blitt utarbeidet under denne pandemien må kunne gjenbrukes som maler ved fremtidige lignende hendelser. Det må være noen som har ansvar for at dette arbeidet igangsettes raskt også for primærhelsetjenesten. I helseforetakene har de selv tatt noe av dette ansvaret og de er organisert på en slik måte at dette er naturlig og mulig. Internasjonale anbefalinger og organisatoriske grep kan i mye større grad raskt overføres til faglige retningslinjer for sykehus. Den norske primærhelsetjenesten har vært førende for allmennmedisinsk utvikling og vi kan ikke forvente at vi får lignende internasjonal hjelp. Vi burde derimot ha overført noe av vår kunnskap og våre erfaringer til bruk i andre land. Et internasjonalt system for bedre kunnskapsoverføring bør etableres.

I norsk allmennmedisin bruker vi kodeverket ICPC-2. På sykehus bruker de det internasjonale kodeverket ICD-10. ICD-10 fikk raskt egne koder for covid-19 internasjonalt, dette ble automatisk integrert til spesialisthelsetjenesten. I allmennmedisin hadde vi ikke noe klart kodeverk eller klar kodeveiledning. Ikke før medio mai –20 var dette endelig klart. Det skapte også en del forvirring og sikkert fortsatt feilbruk av koder at dette ikke var på plass svært tidlig. Det må sikres raskt oppstart av dette arbeidet ved fremtidige hendelser, det er viktig for bl.a forskningsmulighetene i allmennmedisin.

4.2.1 Overgang til andre konsultasjonsformer

Etter nedstengningen 12. mars tok det kun få dager før de fleste fastleger hadde etablert e-konsultasjonsløsninger og videokonsultasjoner. En del pasienter hadde utfordringer med video og sidestilling av telefon og video ble derfor viktig for å sikre alle mulighet til å gjennomføre konsultasjoner og ble tatt godt imot. Muligheten for telefonkonsultasjon på lik linje med video bør derfor videreføres også etter pandemien. Oversikt over utvikling i konsultasjonsbruken kan finnes på

[allmennlegedata](#). Se også [artikkel i dagens medisin](#) om hvordan fastlegene rigget seg. Lenke til studien som omtales: <https://fmch.bmj.com/content/8/4/e000512.long>

4.2.2 Organisering av legekantorene

Allmennlegeföreningene utarbeidet også en [veileder for organisering av legekantorene](#) for å redusere smittefare og opprettholde mest mulig normal drift.

Det manglet konkrete råd om smitteverntiltak på fastlegekontor i FHI sine veiledere og det tok lang tid før vi gehør for innspill om behovet for egne råd til fastlegekontor. Dette var viktig for å ivareta kapasitet og for å på en smittevernforvarlig måte kunne ivareta andre pasienter.

4.2.3 Luftveis-/smitteklirikker

Som nevnt i innledningen til dette avsnittet ble det tidlig klart for allmennlegeföreningene at pandemien og smitterisikoen gjorde at det var behov for en annen organisering av pasientflyten. Fastlegekontorene måtte kunne opprettholde sitt ordinære tilbud med diagnostikk, behandling og oppfølging samtidig som en måtte unngå smitte og sikre at pasienter med mulig smitte fikk god behandling i trygge omgivelser. Vi informerte derfor gjennom vårt nyhetsbrev om at det burde opprettes luftveisklinikker slik at alle pasienter med symptomer eller andre forhold som ga mistanke om smitte ikke ble undersøkt på fastlegekontoret, men i egne egnede lokaler som var forberedt og hadde forsterkede smitteverntiltak. Dette burde ha kommet som en straksanbefaling fra myndighetene, men gjorde det ikke. Det viser kanskje at primærhelsetjenesten og fastlegene ikke får samme grad av oppmerksomhet som sykehusene, hvor det tidlig ble igangsatt tiltak og de ble bedt om å ta ned på aktiviteten for å være rustet til å ta imot koronapasienter. Takket være gode tiltak iverksatt i primærhelsetjenesten, unngikk vi det store trykket på sykehusene. Det er derfor behov for at man ved fremtidige hendelser raskt identifiserer utfordringene i primærhelsetjenesten og først prioriterer tiltak for å sikre smittevern og ivaretagelse av pasientene der.

Det ble i mange kommuner etablert slike koronaklinikker (smitteklirikker/feberklirikker) hvor pasienter med mistanke om smitte ble vurdert og behandlet. Dette ble et nytt ledd i primærhelsetjenesten og det var uklarerheter i hvem som hadde ansvaret for behandlingen – fastlege eller kommunen. Det ble derfor av innsatsgruppen gjort et arbeid med en [veileder for opprettelse av slike klirikker og forslag til avtaler om honorering for arbeidet](#). Oslo kommune og KS støttet etter noen runder en slik honorering.

4.2.4 Hjemmekontor ved karantene/isolasjon

Vi oppfordret også legene til å sikre drift av legekantoret om noen skulle komme i karantene og isolasjon og de fleste fikk eller hadde etablert mulighet for hjemmekontorløsning for leger og etterhvert ved behov også medhjelpere slik at de kan jobbe selv om de satt i karantene/isolasjon. Det ble også gjort et arbeid som sikret at etablering av hjemmekontor kunne gjøres i løpet av kort tid og nødvendig buypasskort kunne sendes over natten og etterfaktureres for å spare tid. Legeföreningen stilte her som garantist for inndriving av disse beløpene da buypass ikke hadde etablert betalingsordning.

4.2.5 Forhold ved legevakt

- Endret arbeidsform
- redusert inntjening grunnet færre pasienter
- Større risiko grunnet smittesituasjonen.
- Flere legevaktleger er ikke fastleger og har ikke rett på praksiskompensasjon ved karantene.

- Mer tidkrevende konsultasjoner og arbeid grunnet smittevern.
- Bruk av video/telefon
- Enkelte kommuner valgt fastlønnsordninger.

4.3 Prioritering

Det ble etter nedstengningen viktig å hindre at pasienter med behov ikke uteble for konsultasjoner og avtalte kontroller. Det ble nedsatt en egen prioriteringsgruppe som arbeidet sammen med myndighetene for å lage anbefalinger. I tillegg laget også allmennlegeforeningene egne anbefalinger.

Det er viktig at en i en krisesituasjon ikke «glemmer» den ordinære driften og alle pasientene som har behov for tilgjengelige tjenester. Her må myndigheten i fremtidige liknende situasjoner være raskt ute med tydelig informasjon til pasientgruppene om hvordan de skal forholde seg. Nedstengningen og frykten for smitte gjorde at mange pasienter utsatte viktige kontroller og hevet terskelen for å kontakte lege. Antall pasientkontakter hos fastlegene falt kraftig de første ukene etter nedstengningen i mars 2020.

Det ble gjennom mediasaker og samarbeid med direktoratet gitt ut informasjon nasjonal om at pasientene fortsatt måtte ta kontakt med fastlege og at fastlegekontorene var organisert slik at det var lite risiko for smitte.

5 Digitalisering

Allmennlegeforeningene har gjennom sine egne representanter bidratt inn i arbeid med forbedring og utvikling av flere digitale tjenestetester under pandemien.

Flere udekkede behov:

- Ikke bevilget midler til etablering av videokonsultasjoner i fastlegepraksis i forkant. Tatt opp i tidligere forhandlinger, men blitt avvist. Fortsatt ikke kommet noen midler til denne satsningen.
Kun takster for selve konsultasjon. Fikk etterhvert gehør for kr. 10,- ekstra på e-konsultasjonstaksten til å dekke nettbetalingsløsninger. Bør også avsettes midler til forskning og evaluering av videokonsultasjoner slik at en får mer kunnskap om nytte, ulemper og når det kan brukes og når det ikke bør brukes.
- Sysvak – ikke tilpasset behovene under en pandemi. Begrenset funksjonalitet for fastleger å slå opp. Ikke live-tilgang til data, men asynkron løsning, kun oppslag på en og en pasient. Manglene funksjonalitet for registrering. Dette er dels utbedret, men fortsatt noe usikkerhet rundt kapasiteten løsning har for å takle en stor økning av forespørsler.
- Kjernejournal – kan benyttes til mer. Fikk på plass tilgang til prøvesvar og gjennom helsenorge SMS-varsling til pas når det er ferdig.
- Kan nyhetsbrev i fremtiden sendes direkte til legene i EPJ systemene?
- Vaksineringsverktøy – EPJ verktøy for risikouttrekk kommer sent, ulike systemer for oversendelse til kommunene, ingen standard? Et felles nasjonalt system ville sikret bedre oversikt og enklere håndtering. Viktig med personvernet og at løsningene gir nødvendig sikkerhet. Timebestillingsordninger, egenerklæringer.

6 Endringer i finansieringsordninger – fastlegeordningen

Vi har i Norge valgt en fastlegeordning som hovedmodell i primærhelsetjenesten. Det er en del av den offentlige helsetjenesten og finansieres via basistilskudd, normaltariiffen og egenandeler. De næringsdrivende fastlegene har individuelle fastlegeavtaler med kommunene i tillegg til det øvrige rammeverket med statsavtalen, rammeavtalen og særavtalen. En refleksjon etter og under arbeidet med korona er at til tross for at fastlegeordningen er en del av den offentlige helsetjenesten opplever en ofte ikke av den hensyntas eller sikres på samme måte som f.eks. sykehusene eller øvrige kommunale helsetjeneste. Dette ble spesielt synlig ved garantier om dekning av merkostnader og tilgang på smittevernutstyr. Mens andre aktører fikk lovnader om å få dekket sine merkostnader ble det starten signalisert at fastlegene måtte dekke kostnadene innenfor eksisterende ramme.

Under en pandemi er det viktig at beredskapen i kommunehelsetjenesten holdes intakt. Det må skapes trygghet for at fastlegene kan bli i praksisene sine og bevare beredskap, yte akutthjelp og fortsatt å gi helsehjelp til alle som behøver helsehjelp innenfor forsvarlige rammer. Ett virkemiddel er å informere befolkningen mer nyansert om det å oppsøke helsetjenester når man har behov for det samtidig som legene ivaretar behovet for smittevern. Vi ser imidlertid at dette ikke var tilstrekkelig da nedgangen i aktivitet og ikke minst endringen i hvordan man arbeider (omfattende bruk av e-konsultasjon) innebærer en alvorlig nedgang i økonomien for de privatpraktiserende legene. Selv med en økt tilstrømming av pasienter vil det på grunn av smittevernhensyn ikke kunne bli som normalt. Det er derfor også nødvendig med økonomiske virkemidler innenfor det gjeldende finansieringssystemet.

Hovedmodellen er at fastlegene er næringsdrivende, men prisene og takstene er underlagt streng statlig regulering og fastlegene har dermed ingen mulighet til å få dekket ekstra utgifter så lenge det ikke dekkes av det ordinære takstsystemet. Pandemien ga nærmest over natten en helt ny situasjon og hvor gjeldende avtaleverk ikke tok høyde for de behov det var for endringer. En har i tillegg allerede en svært presset fastlegeordning uten noe økonomisk buffer. Fastlegene er helt avhengige av forutsigbarhet for å sikre driften og raske avklaringer ved behov for endringer. Det ble også svært tydelig hvor sårbar ordningen er om samarbeidet mellom kommunene og fastlegene ikke fungerer når de statlige løsningene lot vente på seg.

6.1 Takstendringer

Det ble under svieinfluensaen i 2009 innført midlertidige takster for å utnytte kapasiteten i fastlegetjenesten ved å åpne for takster for kveldsarbeid og at vikarer kunne jobbe samtidig med fastlege. Vi meldte tidlig inn behovet for å reaktivere disse samt se på andre nødvendige endringer for å tilpasse finansieringssystemet til den nye situasjonen. En kan se for seg at en kunne ha laget klar en «takst-pakke» for pandemisituasjoner som raskt kan iverksettes og så tilpasse etter hvert som en får erfaringsgrunnlag.

Ved nedstengningen 12. mars falt antallet konsultasjoner over natten og næringsgrunnlaget for fastlegene var redusert med minst 30% (noe ulike tall). Fastlegekontorene har ingen buffer slik som sykehusene og da det ikke ble gitt noen garanti for honorering under krisen måtte flere fastlegekontor ty til permitteringer (finn tallene fra QB om dette). Legekontorene opplevde et rush av telefoner og det var ikke ønsket å ty til permitteringer, men en nødvendighet grunnet manglende inntjening.

6.1.1 Om finansieringssystemet

Finansieringen av helsetilbudet som fastleger gir befolkningen er todelt. Om lag 30 pst. overføres som et fast element (per-capita tilskudd/driftstilskudd), mens om lag 70 pst. overføres gjennom refusjoner/egenandeler. Det innebærer at 70 pst av finansieringen er aktivitetsavhengig. I en normalsituasjon er det mange gode effekter av en høy andel aktivitetsavhengig finansiering, men i den ekstraordinære situasjonen med sterk reduksjon i antall pasienter og bortfall av prosedyretakster grunnet økt andel e-konsultasjoner slår dette uheldig ut. Tidsbruk er forskjøvet ut fra helsepolitiske/ smittevern faglige hensyn, men uten at det fanges opp av et takstsystem laget for normalsituasjonen. Finansieringen finnes, men systemet for å utløse utbetaling fungerer ikke.

6.1.2 Manglende likviditet

Finansieringssystemet er også lagt opp slik at det ikke skal bygge seg opp likviditet i virksomhetene. Inntekten er forutsigbar, men også begrenset til å dekke kostnader i praksisen samt lønn til legen. Dette følger partene tett gjennom årlige takstbruksundersøkelser og jevnlig inntekts- og kostnadsundersøkelser. Økonomien er sterkt bundet og blir jevnlig monitorert. Dette gjør at likviditeten er dårligere enn i mange andre små virksomheter.

Slik situasjonen ble i mars 2020 var det grunnet fall i inntjening behov for å reduserer kostnadene i praksis. Dette omfattet også permittering av hjelpepersonell, og noen vurderte også å delvis permittere seg selv. Permittinger innebærer en kostnad for samfunnet, og vi mener at det ville være en langt bedre løsning å stimulere til at arbeidsforholdene kunne opprettholdes. Som en del av den offentlige helsetjenesten er ikke stengning av fastlegepraksiser et reelt eller godt alternativt.

I samarbeid med Legeforeningens spilte vi inn forslag om å innføre en takst for beredskap og faglig oppdatering som kunne bidra til å holde legekantorene åpne og sikre beredskapen i kommunehelsetjenesten og hos avtalespesialistene. Det er stort behov for faglig oppdatering. Mye endres på kort tid, det kommer nye nasjonale og lokale retningslinjer nesten daglig. Riktig bruk av smittevernutstyr krever ny kunnskap og praktisk drilling. Alle legekantor må endre intern organisering med gode smitteverntiltak for å beskytte pasientene og eget personell mot smitte. I mange land ser vi at helsepersonell er vektorer. Noen kommuner har innført daglige videomøter med sine fastleger for å sikre at informasjon når ut og for å motta innspill en finansiering av dette viktige arbeidet ville styrket tjenestene og bidratt til at en kunne unngått permittinger.

6.1.3 Nye takster

Etter dialog med helse- og omsorgsdepartementet fikk en på plass midlertidige takster som bidro til en mer sikker finansiering av fastlegjetjenestene under pandemien. Mer om de nye takstene finnes her: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/yf/allmennlegeforeningen/nyheter/endring-i-takstene-fra-8.-april-2020/>

6.2 Karantenekompensasjon

Næringsdrivende fastleger har ikke sykepengerrettigheter før etter 16 dager med mindre de har tegnet tilleggforsikring. Denne forsikringen er dyr og gir ikke full dekning. Fastleger er lite syke og går på jobb så langt formen tillater det. Nå ble det karanteneplikt om en hadde det minste tegn til luftveissymptomer og for noen også grunnet utenlandsreise med tilbakevirkende kraft. Det ga store inntektstap å ikke kunne behandle pasienter disse karantenedagene. Dagsomsetningen er rundt 10.000 i snitt og det blir store tap av å måtte være hjemme i 10 dager som ble pålagt ved nærkontakt med smittede. Vi spilte tidlig inn behovet for en kompensasjonsordning og HOD så dette og en fikk på plass en kompensasjonsordning for fastleger som havnet i karantene. Det tok noe tid før kommunene fikk nødvendig garanti for at de ville få utgiftene til ordningen dekket, og det førte til noe ulik praksis rundt om kring i landet. Ordningen ble [organisert slik at kommunene kunne søkte](#)

[Fylkesmannen \(nå Statsforvalteren\) om dekning av utgiftene](#). Denne ordningen er også videreført for første halvdel av 2021 (avsatt 80 mill i statsbudsjettet).

7 Arbeidsvilkår; særlig om arbeidstid, overtid, beordring og endring i oppgaver

Opprettelsen av feberklinikker for å hindre smitte inn på fastlegekontorene, mer effektivt behandle pasienter med mistanke om korona og redusere forbruket av smittevernutstyr på fastlegekontorene, ga en del utfordringer da det ikke var avklart hvem som hadde ansvaret. Noen kommuner mente fastlegene selv måtte dekke dette arbeidet innenfor normaltariiffen og truet med beordring om legene ikke stilte opp. En fikk etter hvert på plass avtale i Oslo som ble brukt som mønsteravtaler i andre kommuner og som [KS stilte seg bak](#).

8 Situasjonen for gjennomføring av spesialistutdanning

Pandemisituasjonen har ført til avlysning av en rekke kurs og leger har grunnet merarbeid ikke hatt mulighet til å gjennomføre kurs og utdanningsaktiviteter. Flere har fått spesialistutdanningen forsinket og flere har ikke har mulighet til å få fullført resertifiseringen. Det var behov for en utsettelse av dette kravet og det ble innvilget for et år, men en ser at det er behov for en ytterligere utsettelse da kurstilbudet fortsatt er begrenset og flere enn gruppen som først fikk innvilget utsettelse vil ha behov for dette. Det er meldt inn til Helsedirektoratet via Spesialitetskomiteen, men ennå ikke avgjort (pr jan 2021).

Redusert mulighet for fysiske kurs har gjort at flere kurskomiteer har laget e-kurs. Det fantes noen e-kurs også tidligere, men det er nå også gjennomført kurs via Teams/Zoom eller tilsvarende løsninger. Det blir likevel ikke tilstrekkelig tilbud for alle som skal resertifiseres og for mange har det vært stor arbeidsbelastning som har gjort det vanskelig å få gjennomført kurs som planlagt og også mer krevende å finne leger som kan ta på seg å arrangere kurs.

9 Lovgivning

Ved behov for raske endringer er det lett å ty til forskriftsregulering. Fastlegeordningen er basert på både forskrift og avtaler og det er viktig at avtaleinstituttet ikke svekkes. En velfungerende tjeneste forutsetter et godt samarbeid mellom partene og det må være balanse i rettigheter og plikter. Mye av det lokale kan løses av avtaler, men det har vært krevende å måtte få på plass lokale avtaler i hver enkelt kommune. Det tar mye tid og ressurser fra kommune og fastlegen. Dette kunne vært unngått om en raskere kunne fått på plass sentrale avtaler.

10 Helse, miljø og sikkerhet. Arbeidsgivers ivaretagelse av leger og annet personell

Kommunens ansvar for smittevernutstyr til fastlegene både på kontoret og ifm legevakt.

Sikkerhet ved sykdom, forsikringsordninger, ulykke/uføre har vært en utfordring blant annet der en ville beordre fastleger til arbeid på legevakt eller smitteklinikker uten at dette var tilstrekkelig avklart på forhånd.

11 Legeforeningens arbeid med covid-19

11.1.1 Covid-19 innsatsgruppa

Allmennlegeforeningene så behovet for å få ut informasjon raskt og dannet derfor sammen innsatsgruppa covid-19 som hadde daglige møter og innhentet erfaringer fra tjenestene. Gruppa har hatt hyppige kontakt med flere statlige organer (HOD, Hdir, FHI, Helfo, NAV, SLV++) og bidratt med innspill og avklaringer. De har også hatt møter med kollegaer i utlandet for erfaringsutveksling. Gruppa har publisert over 75 nyhetsbrev ([ligger bak innlogging på nettet](#)) med oppdatert informasjon om ulike forhold som berører allmennlegene under pandemien. Gruppa har også i samarbeid med Legeforeningens sekretariat laget veiledere for organisering av legekontor, veileder for etablering av smitteklinikker, deltatt i utarbeidelse av faglige råd, skrevet prioriteringsveiledninger, samarbeidet med E-helsedirektoratet og NHN for utvikling av digitale løsninger, utarbeidet forslag til endringer i takstsystemet. Gruppa har mottatt og svart ut nærmere 1500 spørsmål fra medlemmene i perioden. Det er også samarbeidet med SKIL og Trinnvis.

12 Oppsummering: forslag tiltak/hva som må til for å være forberedt til fremtidige helsekriser

Det må være en tydeligere statlig sentral ledelse av fastlegeordningen som sikrer at også denne tjenesten blir prioritert i fordeling av ekstra ressurser etter behov i slike spesielle situasjoner.

- Vi trenger en **Beredskapsløsning!**
- Behov for tydelig **ledelse**
- Det er behov for fastlegene som **Gode portvoktere for å bevare kapasitet i spesialisthelsetjenesten**
- Det har vært og er et **stort informasjonsbehov – behov for bedre informasjonsløsninger**
- **«Se til primærhelsetjenesten» – utfordringene kommer først her.**
- Det er behov for **bedre samarbeid med kommunene mange steder**
- **Når informasjon gis til befolkningen i kriser, tenk samtidig på uheldige bivirkninger. Helsepersonell bør informeres først. Unngå å skape usikkerhet blant innbyggerne slik at de belaster helsetjenesten unødige for å få informasjon de kunne fått i andre kanaler.**
- **Tydelige og rask organisering og råd for luftveisklinikker/teststasjoner eller annet som er nødvendig for å ivareta pasienter, kapasitet og sikkerhet i primærhelsetjenesten**
- **Raskt samarbeid om organisering av vaksiner, unngå situasjon som nå hvor alt fortsatt må avklares når vaksinene er her. De elektroniske verktøyene/løsningene må lages i 'fredstid' og ikke som hastverksarbeid midt i en pandemi. Mye kunne vært klart i forkant.**
- **Bedre muligheter for å kartlegge hvilke deler av helsetjenesten som trenger bistand når (eks smittevernutstyr, anbefalinger)**

- **Fastleger er løsningsorienterte og tilpasningsdyktige, men ordningen underdimensjonert og underfinansiert**
- **Trenger egne råd og anbefalinger for allmennleger** - Forståelse for at å møte uselekterte pasienter er en annen situasjon og medfører en annen risiko enn på sykehus
- **Også fastleger har behov for ros og anerkjennelse**
- **Generell styrking fastlegeordningen**