

Hørings svar ekspertutvalgets rapport «Gjennomgang av allmennlegetjenesten» Asker kommune

Viser til høringsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet fra 23.juni 2023 om rapporten «Gjennomgang av allmennlegetjenesten», ved ekspertutvalget for allmennlegetjenesten med svarfrist 23. september 2023. Viser til telefonsamtale i dag med hensyn til utvidet høringsfrist.

Asker kommune gir et administrativt hørings svar, forankret i ledergruppe velferd. Rapporten gir en grundig og gjenkjennelig beskrivelse av dagens fastlegeordning. Kommunen er særlig bekymret for samfunnsfloken med demografiutfordringene man nå står ovenfor. Tilgang til helsepersonell blir sentral i utviklingsarbeid fremover og denne rapporten må sees i sammenheng med NOU 2023:4 Tid for handling, fra helsepersonellkommissjonen. Samtidig må de akutte utfordringene i fastlegeordningen løses bl.a. ved økning av kapasiteten i fastlegeordningen og ved å legge til rette for fleksible løsninger som gir mulighet for bedre integrering av fastlegene i øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er et omfattende forslag til tiltaksliste i rapporten. Flere av tiltakene må sees i sammenheng for å kunne ha forventet effekt. Vi vil påpeke at datagrunnlaget er for svakt mht å vurdere total belastning på fastlegen da data primært er bygget på takstbruk og synliggjør ikke annet arbeid som attestskrivning, kvalitetsutvikling og administrativt arbeid. Basert på utfordringsbildet har utvalget foreslått tiltak knyttet til organisering, finansiering, tverrfaglighet, fastlegers arbeid med attester, legevakt, kompetanse og digitalisering, innovasjon, forskning og ledelse. I høringsbrevet bes det særlig om innspill til enkelte sentrale forslag fra utvalget. Asker kommune har følgende innspill til de sentrale forslagene samt noen kommentarer og innspill til øvrige tiltak.

Økt andel basisfinansiering og endret finansiering av legevakt. *Flertallet i utvalget har foreslått å øke andelen basisfinansiering da dette kan øke listekapasiteten og gi mer tid til kvalitetsutvikling, innovasjon, samhandling og bedre medisinskfaglig vurderinger. Et mindretall ønsker ikke dette. Mindretallet mener høy andel aktivitetsbasert finansiering stimulerer bedre til effektivitet og produktivitet. Finansiering av legevakt henger tett sammen med finansiering av fastlegetjenesten. Utvalget har blant annet pekt på en mulighet for mer fast lønn i legevakt. Dersom andel aktivitetsbasert finansiering går ned, må innretningen på finansieringen av legevakt vurderes også på denne bakgrunn.* Basisfinansiering: Asker kommunen mener at bedre prioritering av nødvendige oppgaver og økt kvalitet i tjenesten vil kunne være en effekt av økt basisfinansiering. Dette vil innebære bedre tid til andre oppgaver som samhandling og kvalitetsarbeid samt bedre oppfølging av bl.a. skrøpelige eldre med sammensatte lidelser. Med forventede demografiutfordringene er prioritering av ressursbruk viktig. En høyere andel basisfinansiering vil bedre gjenspeile reelle driftsutgifter både for kommunalt drevne fastlegekontor med fastansatte leger og for næringsdrivende leger. Dette vil også virke positivt på rekruttering av unge leger gjennom å redusere økonomisk risiko og sikre en større forutsigbarhet ved oppstart av ny hjemmel. En høyere basisfinansiering vil også redusere dagens relativt høye aktivitetsbaserte inntekt og slik kunne redusere risiko for overbehandling. Fordeling mellom basistilskudd og aktivitet må bidra til to tydelige hovedmodeller; ren næringsdrift eller drift basert på faste ansettelsesforhold. Det er betydelige forskjeller på ønsker om og behov for disse to modellene i ulike kommuner. Legevakt: Kommunen er enig i nødvendigheten av å se

finansiering av legevakt og fastlegeordningen i sammenheng. En høyere basistilskudd vil føre til lavere aktivitetsfinansiering som er hovedmodell for mange legevakter i dag. Kommunens erfaring er at aktivitetsbasert finansiering har etiske utfordringer fordi det til en viss grad føre til en forskyvning av pasienter fra allmennpraksis på dagtid til legevakt og slik sett en feil bruk av samlede ressurser. I tillegg vil mindre legevakter med lavere inntjening pga lavere aktivitet også ha større utfordringer med rekruttering. Når det er for få leger til å dekke legevakt vil det kreve nye løsninger for å bemanne legevakter og dette vil også ha innvirkning på hvilket lønssystem man har. Kommunen mener at fastlønn vil være rekrutterende og sannsynligvis understøtte oppfølging av pasienter på riktig nivå. Kommunen støtter også samlokalisering og større legevakter for å øke kvaliteten. Kompetansekrav og bakvaksordning bør endres slik i større grad kan benytte godt kjente personell med erfaringskompetanse, men manglende spesialisering.

Profesjonsnøytrale takster for legekantor organisert som virksomheter. *Takster som kan utløses av flere profesjoner er ment å bidra til kapasitets- og kvalitetsheving gjennom økt tverrfaglighet. Dette fordrer ledelse. Utvalget har derfor knyttet slike takster til fastlege-kantor organisert som virksomheter. Utvalget har foreslått begrensninger i hvem som kan stå som eiere av slike virksomheter.* Innspill: Vi ser positivt på at fastlegekontor organiseres som virksomheter og at det er virksomheten som har avtale med kommunen. Vi vurderer at dette vil styrke profesjonalitet i drift og økonomi og øke legens kapasitet til medisinskfaglig arbeid. Videre er vår oppfatning at for å lykkes må det fattes en tydelig nasjonal beslutning om overgang til virksomhet og det må utarbeides klare føringer for overgang til ny organisasjonsform. Vi støtter forslag om begrensninger med hensyn til hvem som kan stå som eier av slike virksomheter for å sikre et tydelig ansvars-/oppgavefordeling mellom kommune og eier, og videre sikre kvalitet i pasientbehandlingen, riktig kompetansenivå i personalgruppen og dens kompetanseheving. Legekantorer med få hjemler er sårbare for fravær og har dermed økt risiko for en mindre stabil og forutsigbar tjeneste for sine pasienter. Å gjøre legekantor mer robuste ved å sette krav til antall hjemler og stab vil kunne være nyttig. Gjensidig kollegial fraværdekning er utydelig regulert i dagens forskrift. Dette innebærer at kommunen får et krevende ansvar for å sikre vikar i alt fravær, bortsett fra 8 uker med ferie og kurs. Disse forholdene bør også avklares bedre ved innføring av organisering som virksomheter. Kommunen støtter at slike virksomheter skal eies av fastleger selv eller av kommunen hjemlene er plassert i. Legens personlige listansvar og pasientens relasjon til en fast lege må opprettholdes i en organisering i virksomhet for å sikre de langvarige relasjonene som har vist god effekt på både innleggelse og tidlig død. Takstene og organisering må også understøtte samhandlingen mellom spesialisthelsetjeneste, fastleger og øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er mulig at sterkere tilknytning til arbeidsplassen basert på fastlønn og medfølgende vilkår vil styrke de enkelte sektors evne til å håndtere sine områder.

Et forenklet takstsystem som legger til rette for å delegere oppgaver innenfor fastlegekontoret. *Utvalget mener at det er behov for å forenkle takstene og legge til rette for mer arbeidsdeling innenfor dagens organisering av fastlegekontor gjennom større bruk av takster på delegasjon. Nytt kontrollregime knyttet til aktivitet. Med utvidet mulighet for å delegere oppgaver på fastlegekontoret der annet personell kan utløse fastlegetakster på delegasjon og innføring av profesjonsnøytrale takster, vil det være nødvendig at det samtidig innføres*

tiltak for kostnadskontroll. Utvalget har foreslått flere mekanismer for å ivareta dette, som for eksempel maksimalt antall listeinnbyggere knyttet til virksomheten og tak på antall konsultasjonshonorar per pasient per dag. Kommunen er positiv til forslaget, men det forutsetter at det er ansatt personell med rett kompetanse til å kunne få delegert oppgaver. Samtidig må delegeringen ikke gå utover oversikten og kjennskap legen har til pasientens helhetlige helse og deres relasjon over tid. Effektene av dette tiltaket bør også utredes mht forskyvning av oppgaver fra øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester til fastlegeordningen, og utfordringer med økende vansker med rekruttering av helsepersonell til bl.a. heldøgns omsorg.

Endret innretning av utdanningsstillinger for ALIS. *Utvalget foreslår egne utdanningsstillinger for leger i spesialisering i allmenntidmedisin (ALIS) der legen er fastlønnet og jobber på andre fastlegers liste. Innspill: Asker kommune er en stor kommune i sentrale strøk. Vår erfaring er at de fleste ALIS ønsker å overta ansvar for pasientlister med næringsdrift, mens enkelte ALIS søker heller stillinger med fastlønn (kommunalt fastlegekontor). Samtidig er kommunen bekymret for utgiftene faste utdanningsstillinger uten listeansvar kan utløse, tilsvarende de betydelige merutgifter kommunen har for LIS 1. På denne bakgrunn vurderer ikke kommunen at forslaget virker hverken realistisk eller i samsvar med fremtidige behov og tilgang på leger i vår kommune. Etableringstilskudd vurderes som et bedre rekrutteringstiltak. Kommunen er også bekymret for at manglende listeansvar vil kunne gi ALIS dårligere kvalitet på spesialisering, oppfølging av kronikere, og ikke minst oppfølging over tid etter ALIS er ferdig med sin spesialisering. Overgang til egen pasientliste bør også beskrives i denne modellen.*

Forenkling av kompetansekrav og krav i spesialistutdanningen i allmenntidmedisin. *Utvalget foreslår blant annet at det skal stilles krav til veiledet praksis etter grunnutdanning i medisin for å praktisere selvstendig som lege i alle deler av helse- og omsorgstjenesten. Det foreslås videre at krav om spesialisering i allmenntidmedisin bør begrenses til fastleger og leger i faste stillinger i kommunen. Utvalget har også flere forslag som omhandler LIS1 og spesialistutdanningen i allmenntidmedisin. Innspill: Kommunen har et godt fungerende LIS1 ordning. Denne må styrkes og kapasiteten må økes både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Dette for å sikre tilstrekkelig rekruttering av leger som kan jobbe selvstendig. Det koblede forløpet må videreføres for å sikre at leger som skal arbeide i kommunen har tilstrekkelig erfaring. Leger som venter på LIS1 bør ikke jobbe alene/uten veiledning.*

Praksisoverdragelse *Utvalget har oppgitt at omsetting av fastlegepraksiser er en stor utfordring i dagens ordning, som må løses. Utvalget er uenig om hvordan, men peker på behov for å regulere overdragelse i forskrift. Innspill: Asker kommune erfarer at dagens avtaleregulering av overdragelse av hjemmel skaper store utfordringer på lister som er ubesatt etter fastleger som har sagt opp sin avtale. Det har også vært et økende problem med konflikter i praksisoverdragelse med påfølgende forsinkelse i overtakelse. Kommunens myndighet og ansvar må avklares, særlig ved spørsmål om å besette ledige hjemler både med næringsdrift og endring til fastlønnede stillinger. Det er behov for å komme frem til en ny ordning for overdragelse som beskrives og avtales i rammeverket. Dette bør gjelde både opparbeidete praksiser og 0-hjemler. Innspill til øvrige punkt: Organisering, tiltak 1-10 For å*

tilrettelegge bedre for drøfting og utdyping av henvisninger mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten, mener ekspertutvalget det bør vurderes å endre pasient- og brukerrettighetsloven. Kommunen støtter denne vurderingen og mener at utilsiktede følger av dagens rettighetsfesting bør utredes nærmere. Finansiering, tiltak 11-16 Ingen ytterligere kommentarer Tverrfaglighet, tiltak 17-22 Delegering bør skje av fastlegen slik at fastlegens medisinske ansvar ikke reduseres. Det kan med fordel utvikles en veileder mht hvilke oppgaver som kan delegeres. Fastlegers arbeid med attester, tiltak 23-28 Begrensing av fastlegers administrative arbeid, herunder attester støttes. Legevakt, tiltak 29 – 41 Ingen ytterligere kommentarer Kompetanse, tiltak 42 – 54 Spesialisering i allmennmedisin bør ikke kunne oppnås uten åpen uselektert offentlig praksis. Det bør arbeides med ordninger tilpasset sykehjems-, fengsels-, helsestasjons- og skoleleger. Kommunen støtter at det skal stilles krav til veiledet praksis etter grunnutdanningen, dvs. uavhengig av om det er en LIS1 eller preLIS i slike stillinger. Det vil dermed legges til rette for at disse legene får samme oppfølging som LIS1 i primærhelsetjenesten. Da vil det også være forsvarlig å myke opp rekkefølge krav til tjeneste i LIS1. Det bør legges til rette for at kommunene kan ivareta sitt ansvar som utdanningsvirksomhet, på tvers av kommunegrenser. Digitalisering, innovasjon, forskning og ledelse, tiltak 55 – 59 Det er viktig at digitalisering utvikles på nasjonalt nivå. Det bør utvikles gode triageringsverktøy tilpasset fastlegekontor. Kommunen støtter at det er behov for godt datagrunnlag – både nasjonalt, men også for kommunen og fastlegene. Kommunen savner tydeligere fokus på kvalitetsarbeid både gjennom takster og gjennom finansiering til kommunene. Kommunen støtter at forskning i kommunene, inkl fastlegeordningen bør løftes/styrkes med økt finansiering.

Hilsen Meera Grepp
Kommuneoverlege i Asker