

Høringssvar: Gjennomgang av allmennlegetjenesten

Sarpsborg kommunen ønsker å komme med følgende høringssvar til rapporten; Gjennomgang av allmennlegetjenesten.

Ifølge høringsbrevet tas det sikte på å implementere endringer fra 1.juli 2025. Det er etter kommunens syn stort behov for at enkelte av endringene innføres tidligere. Særlig gjelder dette økning i antall LIS1-stillinger og andre tiltak for å øke antallet tilgjengelige leger for fastlegestillinger. Tiltak i fastlegeordningen er på overtid. Det er store utfordringer med rekruttering og stabilitet, og økt bruk av kortvarige vikariater. Kostnadene og konkurransen mellom kommunene øker stadig. Dette påvirker også samarbeidsklimaet mellom fastlegene og kommunen. Situasjonen bidrar ikke til god samhandling og pasientbehandling til det beste for pasientene, og øker forskjellene mellom helsetilbudene i kommunen blant annet ut fra den enkelte kommunes økonomi.

Til noen av punktene det spesielt ble bedt om uttalelse til:

• **Økt andel basisfinansiering og endret finansiering av legevakt.**

Sarpsborg kommune støtter å vurdere en økning i andel basisfinansiering til 50%. Kommunen støtter også at vurderes om kvalitetsfaktoren i finansieringen, som i dag skjer ved økte takster når legen blir spesialist, heller skal ligge i basistilskuddet. En slik endring må imidlertid gjenspeiles i overføringene til kommunene. Det samme gjelder all annen øking i basistilskudd, om det er risikojustert eller kvalitetsjustert; den enkelte kommune må få dekket reelle kostnader fullt ut. Slik kompensasjonen fordeles i dag går enkelte kommuner, som Sarpsborg, i minus når basistilskuddet økes nasjonalt - noe som igjen medfører reduksjon av midler til andre helsetjenester. Dette går dermed utover befolkningen.

En reduksjon i aktivitetsbasert finansiering vil også gå utover inntjening på legevakt for de selvstendig næringsdrivende legene og gi mindre inntekter til kommunen der legene på legevakt får fastlønn. Ekspertutvalget anbefaler mer fastlønn på legevakt. I tillegg til utfordringen med reduksjon i aktivitetsbasert finansiering, bør man vurdere hva fastlønn gjør med vaktattraktiviteten i store kommuner der det er mye å gjøre på vaktene og gode inntjeningsmuligheter som selvstendig næringsdrivende. Finansieringen av legevakt må sees på med begge disse perspektivene.

• **Profesjonsnøytrale takster for legekantor organisert som virksomheter.**

Sarpsborg kommune støtter vurdering av innføring av profesjonsnøytrale takster for legekantor organisert som virksomheter. Mulige konsekvenser må vurderes grundig. Det bør ikke være finansieringen som bestemmer hvor en oppgave løses, men hvor det er mest hensiktsmessig både for pasienten og samfunnsøkonomisk totalt sett.

Profesjonsnøytrale takster bør gjelde også legevakt hvis dette blir innført. På legevakt gir sykepleiere med høy kompetanse råd og behandler pasientene på selvstendig grunnlag, og de bør kunne ta takster for dette uten at legen er involvert der dette ikke er faglig nødvendig. Det er leders ansvar å vurdere at de ansatte har rett kompetanse og erfaring for å utføre de enkelte oppgavene, og opp til det enkelte helsepersonells faglighet når de må rådføre seg med annen kompetanse.

Dette kan også oppmuntre kommuner til å legge flere tjenester til kommunale fastlegekontor som kan avlaste spesialisthelsetjenesten og de selvstendig næringsdrivende fastlegene – som diabetes- og sårpoliklinikk, kontroll av personer med enkelte kroniske sykdommer mv. I dag er finansieringen

en utfordring da dette må dekkes av kommunen hvis det gjøres innenfor hjemmetjenesten eller det legges opp til sykepleierstyrte tilbud. Det er også viktig at en innføring av profesjonsnøytrale takster bidrar til en reell avlastning for legen og ikke en tilleggsbelastning med stort veiledningsbehov.

Finansiering av fastlegeordningen og de øvrige kommunale helsetjenestene må sikre likeverdige tjenester for innbyggerne.

• Et forenklet takstsystem som legger til rette for å delegere oppgaver innenfor fastlegekontoret.

Det bør vurderes om flere takster kan delegeres til annet personell og takstes uten at legen er involvert. I dag vil det være tilfeller der hjelpepersonell kunne utført oppgaven, men legen selv må gjøre det eller tilse pasienten for å utløse takst istedenfor at det er det faglige behovet som styrer hva legen er involvert i og ikke. Dette er en tidstyv som ikke gir merverdi for pasienten.

Man bør også se på muligheten for at folkehelse og primærforebygging blir prioritert i takstsystemet og vurdere endringer i folketrygdloven for å gjøre dette mulig.

• Endret innretning av utdanningsstillinger for ALIS.

Utvalget foreslår egne utdanningsstillinger for leger i spesialisering i allmenntidmedisin der legen er fastlønnet og jobber på andre fastlegers liste. Ekspertutvalget peker på at dette reiser spørsmål om ALIS skal være ansatt i kommunen eller kan ansettes av de andre legene i en fastlegepraksis. Det drøftes ulike organiseringsformer og finansieringsløsninger. Konsekvensene ulike organiseringer får økonomisk og administrativt må vurderes og i dette hvordan kommunens utgifter kan kompenseres. Det å ha fastlønnsstillinger på private kontorer kan bli komplisert og medfører ofte mye administrasjon. Sarpsborg kommune støtter at hvis kommunene skal etablere slike fastlønnede stillinger, bør det være standardavtaler og nasjonal konsensus om lønn og lønnsstige slik at det ikke blir utfordringer med avtaleinngåelse mellom enkelte kontorer angående leie av lokaler og kompensasjon av utgifter til drift. Hvis dette blir helt opp til hver enkelt kommune, kan det medføre en kostnadsdrivende konkurranse, særlig i et marked med for få leger.

• Forenkling av kompetansekrav og krav i spesialistutdanningen i allmenntidmedisin.

Ekspertutvalgets forslag om oppmykning av kompetansekravene må følges opp. Hvis kommunene ikke kan bruke LIS1-ventere lenger som vikarer, men må opprette LIS1-stillinger, må også finansieringen endres. Tilskuddet som følger med LIS1-legene er i dag for lite til å dekke kostnaden dette medfører. Kommunen må inngå avtale med hvert enkelt kontor om leie av lokaler og veileder. Kommunen har allerede i dag utfordringer med å få nok veiledere til ALIS-kandidatene og med et økt behov for LIS1-veiledere, vil denne utfordringen øke. LIS1-ventere brukes også som vikarer i kommunale stillinger som sykehjem, helsehus og fengselshelsetjeneste, og kommunen er helt avhengig av disse for driften. Det vil være svært vanskelig å dekke disse stillingene uten LIS1-ventere, siden det er for få som er ferdig med LIS1 per i dag. Behovet kan være for vikariater kortere enn 6 måneder og det er da ikke hensiktsmessig og svært kostnadskrevenende å opprette en LIS1-plass pr. vikar. Det er slik kommunen ser det viktig å vurdere om man må få flere leger gjennom LIS1 før man kan fjerne muligheten for å bruke LIS1-ventere i slike kommunale vikariater.

• Praksisoverdragelse

Det er behov for regulering av praksisoverdragelse i større grad enn i dag. Kommunene må i dag finne egne løsninger der en praksis ikke blir solgt. Dette medfører store kostnader for kommunen og usikkerhet for pasientene og deres rett til fastlege. Det skaper også usikkerhet for legen som skal ut av sin praksis og det er flere juridiske og avtalemessige gråsoner. Kommunen støtter at reglene for

overdragelser må reguleres i fastlegeforskriften og ikke i rammeavtalen. Slik det er i dag er det mange ulike løsninger og ulike juridiske fortolkninger. Det går utover kontinuiteten for pasientene og kvaliteten på tjenestene, og kan gi store kostnader for kommunene som igjen kan gå på bekostning av andre tjenester til innbyggerne. Det viktigste er å sikre innbyggernes rett til fastlege.

Kommunen støtter også flertallets anbefaling om at hjemmelen til en fastlege som sier opp, hjemfaller til kommunen etter klare frister som fastsettes i lov eller forskrift. Kommunen må da stå helt fritt til å disponere over den, for eksempel ved å avvikle den, lyse den ut eller kunne fordele den på flere andre leger. Utfordringen i dagens marked med for få leger, er at kjøpere da kan sitte på gjerdet og vente til kommunen overtar for å få en «billig» eller gratis hjemmel. Om kommunen har mulighet til å «selge» hjemmelen er også noe som må juridisk avklares fullt og helt. Sarpsborg kommunen støtter en overgangsordning der leger får tilbake en standardisert kompensasjon for praksisen, men det må være helt tydelig i hvilke tilfeller dette inntreffer og må være en statlig ordning der enten legen eller kommunen får refundert dette i sin helhet av staten.

Kommunen støtter også at enkel taksering av praksis på pris på utstyr og der opparbeidet praksis kun teller med i prissettingen ved spesifikke kvalitetsindikatorer som blir standardisert verdivurdert.

Andre innspill:

Det er behov for en holdningsendring i befolkningen. Helsekommisjonens rapport viser til at det vil bli et økende underskudd av helsepersonell. Det må satses mer på pårørendestøtte og frivillighet, og begrenses hva det offentlige helsevesenet skal hjelpe den enkelte med. Flere må settes i stand til å ta gode valg og ivareta helsen sin i større grad selv. Det er vesentlig med en prioritering av de totale ressursene til helse- og omsorgstjenesten. Etter samhandlingsreformen har kommunene stadig ivaretatt sykere og mer komplekse pasienter. Dette medfører en økt arbeidsbelastning på kommunes helsetjenesten, inkludert fastlegetjenesten. Flere og sykere pasienter må bo hjemme, og man må forvente at dette kan medføre hyppigere behov for sykebesøk og mer oppfølging fra fastlege.

Organisering av fastlegetjenesten:

Kommunen støtter at det bør utredes en samling av sørge-for-ansvaret og finansieringsansvaret hos kommunene. Det er en stor utfordring at finansieringen ikke dekker opp kostnadene og kommunene blir sittende med en stor utgift på toppen av statens finansiering. En slik stor endring krever en grundig utredning der mulighet for kostnadskontroll må vektlegges.

Avtaleverket er ikke tilpasset dagens situasjoner og rekrutteringsutfordringer umuliggjør intensjonene med avtaleverket. Det er viktig at dette tilpasses virkeligheten slik at ikke ulike forståelse og tolkning, og utfordringene både fastlegene og kommunene står i blir et konfliktområde mellom partene.

Det er ønskelig å styrke prioriteringsverktøy i allmennlegetjenesten. Nå styres dette av helsesekretærer uten gode verktøy eller av pasienten selv ved at pasienten selv kan bestille time digitalt. En grundigere prioritering/triagering på telefon vil medføre økt tidsbruk for helsesekretærene. Dette vil en digital løsning kunne avhjelpe. Det er i dag enklere å få time hos fastlegen hvis du har digital kompetanse. Det er vesentlig at den kapasitet som finnes i fastlegeordningen blir brukt til de som har mest behov for det og en bedre triagering av pasienter vil kunne bidra til dette.

Kommunen støtter at kommunene skal kunne lage avtaler med fastlegeselskap. Hvem som skal kunne drive fastlegeselskap må utredes nærmere. Kommunen mener at utfordringene ekspertutvalget viser til ved kommersielle aktører som eiere av fastlegeselskap er viktig å hensynta.

Fleksibilitet i tilbudet kommunen har for å inngå avtaler vil være positivt, men ulike modeller i ulike kommuner kan også medføre geografisk ulikhet og så lenge det er mangel på leger vil det bli konkurranse og vanskelig for kommunene som ikke kan gi det beste tilbudet. Hvordan dette skal håndtere må utredes nærmere.

Drift av kontorer med fast ansatte er dyrt. Kommunene må settes økonomisk i stand til å håndtere det å drive kommunale fastlegekontor i alle former hvis denne driftsformen skal utvikles videre, slik ekspertutvalget også påpeker.

Kommunen støtter at det bør stimuleres til å danne større fastlegekontorer. Det er slik det er i dag utfordrende med vikarordninger, og de største utfordringene er i de små praksisene. Større kontorer vil gjøre det enklere å ivareta vikarordninger innad på det enkelte kontor. Dette vil også medføre mer kontinuitet for den enkelte pasient, da legen du kommer til er kjent på kontoret, i kommunen og har tilgang til din journal.

Det avtalefestede ansvaret kompaniskapspraksiser har i Danmark, med dekning av fravær, kveldsåpent, ivareta andre allmennlegeoppgaver mv. vil være hensiktsmessig å utrede også i Norge.

Finansiering:

Basistilskuddet er ikke fullfinansiert fra staten. Økningen i basistilskudd må utbetales fra kommunen til de næringsdrivende fastlegene, og manglende overføringer medfører at kommunene må bruke midler som skulle gått til andre tjenester til dette. Dette går hardest utover de kommuner som har en befolkning med lav sosioøkonomisk status og der det også er størst behov for andre helsetjenester. Ordningen med økt basistilskudd skulle gi kommunene mer å rutte med, men det motsatte har skjedd i flere kommuner, inkludert Sarpsborg som ikke har fått reell dekning av merkostnadene ved økt basistilskudd fra mai 2023.

En flytting av finansieringen til kommunen bør vurderes. Det er imidlertid viktig å se på om en slik flytting vil kunne medføre større konkurranse mellom kommunene med tanke på hvor mye den enkelte kommune har mulighet til å bruke på ordningen. En slik skjevhet eksisterer allerede i dag. Hvis man ikke samtidig sørger for flere tilgjengelige leger, vil denne konkurransen bare øke. Dette gjelder også i andre yrkesgrupper i helsetjenesten, bl.a. når det gjelder helsesykepleiere og sykepleiere. Det vil dermed lønne seg å jobbe i en «rik» kommune. Legene er en yrkesgruppe som har en høy inntekt og det vil kreve store økonomiske muskler for å gjøre endringer for hele gruppen. Det er vesentlig at det sees på ordninger som medfører mer likhet uavhengig av den enkelte kommunes økonomi.

Kommunen støtter ekspertutvalgets vurdering:

“En flytting av sørge-for-ansvaret fra kommunen til staten anses av ekspertutvalget ikke å være en aktuell løsning i dag. At flere og sykere pasienter i større grad skal håndteres i kommunene framover, er et argument for at fastlegene bør knyttes tettere til denne delen av helsetjenesten. En samling av sørge-for-ansvaret og finansieringsansvaret i kommunene har både fordeler og ulemper. Ekspertutvalget anbefaler at en overføring av finansieringsansvaret for fastlegeordningen til kommunene utredes videre. Det er naturlig at en slik utredning også bør omfatte finansieringsansvaret for legevakt.”

Kommunen støtter at hva som anses som andre allmennlegeoppgaver defineres nærmere. Særlig bør det vurderes om veiledningsansvaret skal inn i disse pliktige oppgavene. Det er svært utfordrende for kommunene å ha ansvar for å skaffe veiledere når finansieringen og plikten til å være veileder ikke er fastsatt. Dette krever lokale forhandlinger, økte kostnader og igjen ulikhet fra kommune til kommune.

Tverrfaglighet:

En utfordring som må hensyntas er den totale tilgangen på sykepleiere og annet personell. Det er en reell utfordring med sykepleier- og annen kompetanse i øvrige kommunehelsetjenester, og dagstillinger på fastlegekontor kan være attraktive stillinger. Det må utredes om dette kan medføre at det blir vanskeligere å rekruttere og beholde sykepleiekompetanse i kommunen for øvrig. Det er viktig at det tas hensyn til det samlede helsetjenestetilbudet til innbyggerne og at systemene stimulerer til økt samarbeid og bruk av kompetanse på tvers til det beste for innbyggerne. Finansiering vil ha betydning her.

Fastlegers arbeid med attester:

Kommunen støtter ekspertutvalgets vurderinger om at det må begrenses hva fastlegene skal bruke tid på vedrørende attester. Kommunen støtter at egenmeldingsdager bør utvides til hele arbeidsgiverperioden og må brukes før legeerklæring. Dette kan også stimulere til økt kontakt mellom arbeidsgiver og arbeidstaker i en sykemeldingsprosess. Fraværsattester innenfor oppvekst og andre ikke-medisinske oppgaver må fjernes fra fastlegene.

Legevakt:

Kommunen støtter at gjennomført LIS1 er godt nok for selvstendig arbeid på legevakt. Spesialisthelsetjenesten har et veiledningsansvar og kan brukes av legen ved behov. I mange større legevakter med høyt trykk vil det også være mer enn en lege på jobb, og der vil man ha en kollega å drøfte med.

Når det gjelder sentralisering av legevaktsentraler bør man ta læring av samlokalisasjon/sentralisering av AMK-sentraler med i vurderingene og utredningene som må gjøres. I tillegg bør en se på evalueringer som er gjennomført i kommuner der sentralisering eller desentralisering er forsøkt.

Det må i dette arbeidet ses på finansieringen i legevakten og hele den akuttmedisinske kjede.

Det må utredes konsekvenser ved å ta allmennleger ut av legevakt hvis man i større grad skal bruke andre leger – dette både når det gjelder kompetanse, kvalitet og tilgang på leger.

Økt bruk av fastlønn som ekspertutvalget anbefaler, må også utredes nærmere, både med hensyn til økonomiske og administrative kostnader og attraktiviteten til tjenesten utfra den enkelte legevakts størrelse og en evt. omlegging til redusert aktivitetsbasert finansiering av fastlegetjenester.

Kompetanse:

Kommunen støtter ekspertutvalgets anbefalinger om oppmykning av kompetansekravene.

Det er ikke hensiktsmessig at leger i andre kommunale stillinger enn fastlegestillinger, må ut i to års uselektert allmennpraksis. Dette er svært krevende både legen som må «tvinges» ut i selvstendig næringsdrift. Det kan også være problematisk å være fastlønnet vikar for en fastlege som har en liste som fordrer mer arbeid enn innenfor normalarbeidstid. Dette medfører i tillegg diskontinuitet, økt vikarbehov og ustabile tjenester i andre legestillinger i kommunen.