



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Dato: 29.09.2023
Saksnummer: 23/34798-8
Deres ref.:

Høringsuttalelse fra Stavanger kommune på ekspertutvalgets rapport med gjennomgang av allmennlegetjenesten

Stavanger kommune avgir med utvidet svarfrist jf brev fra HOD 22. august, ref 23/2603, hørings svar etter politisk vedtak som følger:

Stavanger kommune mener rapporten gir et solid kunnskapsgrunnlag om allmennlegetjenesten i Norge. Utvalget beskriver et godt allmennlegetilbud for innbyggerne, men også de store utfordringene fastlegeordningen står overfor, utfordringer som også er gjenkjennelige for Stavanger.

Økt basisfinansiering og endret finansiering av legevakt:

Finansieringen av fastlegeordningen har siden 2001 hatt mønster av 30 prosent basisfinansiering og 70 prosent aktivitetsbasert finansiering. Ekspertutvalget har argumentert for at en endring i vektingen mot høyere basisfinansiering, kan gi rom for riktigere prioritering og lavere grad av overdiagnostikk og overbehandling. Forutsetningen som legges til grunn for dette er at en høyere andel basistilskudd, det vil si faste inntekter for legen, vil gjøre det mulig å i større grad prioritere pasientene med størst behov for helsehjelp, foran andre pasienter. Det har også vært argumentert for at økt basisfinansiering vil kunne styrke økonomien til yngre kolleger i oppstart av en fastlegepraksis. Mindretallet i ekspertutvalget har ment at dette vil fremstå som en premiering av lange lister og kan ha en negativ effekt i dagens fastlegelandskap.

En reduksjon i aktivitetsbaserte inntekter vil ikke nødvendigvis resultere i bedre oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov. Pasienter med sammensatte behov har ofte behov for hyppige konsultasjoner. Med reduserte aktivitetsbaserte inntekter, reduseres insentiver til å løse medisinske utfordringer på laveste omsorgsnivå.

Den nye modellen foreslått har heller ikke tatt høyde for hvordan en skal ivareta ekstra overføringer til spesialister i allmennmedisin, en ordning som kan virke stabiliserende på erfarne leger i primærhelsetjenesten.

Kommunen har de senere årene hatt økende utgifter med stabiliserende tiltak til næringsdrivende leger som tilskudd for tapt arbeidsfortjeneste ved barns sykdom og tilskudd til utgifter under etablering for yngre kolleger. Det er sannsynlig at en økt basisfinansiering vil redusere kommunens utgifter her.

Kommunene har behov for at fastleger deltar i kommunale bistillinger for å løse andre allmennt medisinske oppgaver som helsestasjon- og skolehelsetjeneste. En økt basisfinansiering kan på en side gjøre det lettere for legen å være borte fra praksis, i at det direkte inntektstapet blir mindre. Men dette vil være under forutsetning av at legene ikke øker listene når grunnfinansieringen øker. En vekting av grunnfinansiering uten andre føringer, kan medføre større pasientlister, der fravær fra egen praksis vil skyve på oppgaver og pasientkontakter fastlegen må betjene, for å drive praksisen i henhold til lovverk og forskrifter. Stavanger kommune mener det er riktig å gjøre en ny vurdering av vektningen mellom basis- og aktivitetsbasert finansiering, men at det i forkant er behov for bedre utredning eller eventuelt utprøving for å se hvilke konsekvenser dette vil medføre.

Det er gode argumenter for å opprettholde et rekrutteringstilskudd til nye fastleger i kommunene. Stavanger kommune mener et slikt tilskudd bør tilfalle kommunen til å kunne benyttes i ulike rekrutterings- og stabiliseringstiltak lokalt. I finansiering av legevakt bifaller Stavanger kommune i stor del det KS kommenterer. Det er behov for en gjennomgang for å sikre bærekraftig beredskap. Bruk av mye ressurser for å dekke inn en vaktordning med lav aktivitet er bekymringsfullt, og det bør utredes med tanke på samhandling på tvers av forvaltningsnivå. Legevaksarbeid bør sees i sammenheng med annet allmennt medisinsk arbeid, men en organisering er sårbar med tanke på å rekruttere nok leger til annet allmennt medisinsk arbeid i kommunen. Økt bruk av videokonsultasjoner i legevakt er forbundet med en større diagnostisk usikkerhet for denne pasientgruppen og må håndteres varsomt og er avhengig av øvrig tilgjengelig ressurs. Det forutsettes at endringer i finansiering som har en kostnad for kommunene blir ivare tatt gjennom økning av rammen.

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 fastlegekontor organisert som virksomheter (fastlegeselskap). Utvalget har foreslått begrensninger i hvem som kan stå som eiere av slike virksomheter. Stavanger kommune støtter en gradvis utprøving av profesjonsnøytrale takster, med noen forbehold. "Fastlegeselskap" er et av ekspertgruppens mest vidtrekkende forslag. Løsningen ligger svært tett opp til de svenske "hälsovårdcentralerna". En løsning der den enkelte lege ikke selv innehar ansvaret for sin hjemmel vil kunne svekke kontinuiteten, og dermed vil man miste noen av de kvalitetene som den norske modellen har. Man kan antakelig oppnå mye av det samme gjennom bedre avtaler mellom kommunene og legesentrene, slik det også beskrives i ekspertutvalgets rapport. Stavanger kommune mener at det bør åpnes for at man kan prøve ut profesjonsnøytrale takster fra en slik organisasjonsform. Dette vil være en mer naturlig videreutvikling som kan utvikles raskere. Dersom man åpner for Fastlegeselskap, så vil det etter Stavanger kommunes oppfatning være vesentlig at et flertall av eierne er fastleger som arbeider i selskapet.

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. "Forenkling" kan forstås på to måter; En sammenslåing, av mange gjøremål, i samme takst, eller en bedre avgrensning, slik at takstsystemet blir lettere å benytte. Legenes EPJ-systemer legger i stor grad til rette for hensiktsmessig koding, knyttet til oppgavene som utføres - uten vesentlig tidsbruk. Et eksempel er at man har én takst for "e-konsultasjon", som dekker

video, telefonkonsultasjon eller tekstbasert e-konsultasjon. Deling i tre takster gir ikke legene mer arbeid, er enkelt å forstå, men hadde gitt mye bedre oversikt over viktige trender i bruken av tjenesten. Stavanger kommune støtter en forenkling av takstsystemet, gjennom høyt presisjonsnivå, og ikke en forenkling gjennom grove kategorier med dårligere avgrensning.

Norge står i en særstilling når det gjelder begrensninger knyttet til delegering av legens arbeid til ansatte medarbeidere. Stavanger kommune støtter at en mulighet til delegering iverksettes hurtig. Kvalitet og forsvarlighet bør sikres gjennom gode rutiner på det enkelte legesenter, gjerne basert på nasjonale modeller. Andre profesjoner bør i utgangspunktet kunne ivareta en god del oppgaver, ut fra faglige forutsetninger. En trinnvis åpning mht. oppgavetype kan åpne for en rask utprøving. Man kan starte med oppgaver som i dag i stor grad utføres av medarbeidere, men der fastlegen er innom. Medarbeider bør kunne brukes i delegert arbeid med fraværserklæringer i videregående skole. Journalføring og oversikt vil da holdes samlet hos fastlegen.

Nytt kontrollregime knyttet til aktivitet

Med utvidet mulighet for å delegerer 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. Stavanger kommune vil støtte at kontrollmekanismer i størst mulig grad legges til systemnivå. At systemer ivaretar at noen takster bare kan brukes et visst antall i året, eller at det er andre begrensninger. En bør forsøke å unngå behovet for utvidet manuell kontroll.

Endret innretning av utdanningsstillinger for ALIS.

Utvalget foreslår egne utdanningsstillinger med en varighet på 5 år, for leger i spesialisering i allmenntidisin (ALIS) der legen er fastlønnet og jobber på andre fastlegers liste. Grunntanken er god, med et helhetlig, trygt og oversiktlig utdanningsforløp for ALIS, men Stavanger kommune mener at rammene og betingelsene for dette per nå ikke er til stede. Det stiller en rekke krav til størrelse av kontorer, listestørrelser samt kommunale avtaler med private legekontorer. Som beskrevet i høringen, vil kommunen ansette ALIS, mens kandidaten stort sett vil forholde seg til kolleger ved et privat drevet kontor.

Stavanger kommune har tidligere god erfaring med det vi kalte:

«Stavangermodellen», en introduksjonsstilling i næring. Denne er avsluttet nå etter at det kom en nasjonal ordning, men varen toårig utdanningsstilling som likner den nylig innførte introduksjonsstillingen, der legekantorene selv ansatte kandidaten under veiledning og i avtale med kommunen. I Stavanger har vi hatt 5 kontorer med tilstrekkelig størrelse til å kunne tilby dette. Vi mener det vil være mer hensiktsmessig å bygge videre på en slik modell. Den nylig innførte introduksjonsstillingen tror vi har hatt lav oppslutning da det har vært utfordrende for kommunen og legesentre å inngå avtaler, samt at ALIS får mindre tilskudd i denne stillingen enn som ordinær vikar. Ved å videreutvikle ordningen med introduksjonsstilling vil man trolig få et bedre erfaringsgrunnlag for å vurdere om det er behov for å utvide denne typen stilling til å ha en varighet på 5 år. Videre er det viktig å ikke bare tenke rekruttering, men også stabilisering av ordningen. Fastlegeordningen er avhengig av det fortsatt er insentiver for kandidater å gå inn i vikariater samt overta hjemler. Dersom alle ansettes i en utdanningsstilling, vil det ikke lenger være kandidater tilgjengelig til dette. Innretningen som beskrives

ville egnet seg dersom allmennpraksis som hovedregel var kommunalt drevet og kontorene hadde en viss størrelse.

Forenkling av kompetansekrav og krav i spesialistutdanningen i allmennmedisin.

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 allmennmedisin bør begrenses til fastleger og leger i faste stillinger i kommunen. Utvalget har også flere forslag som omhandler LIS1 og spesialistutdanningen i allmennmedisin.

Det er svært gode argumenter for å øke andelen LIS1 stillinger i kommunene. Det synes også som en god ide å koble LIS1-stillinger til videre arbeid i allmennpraksis. Det forutsettes at endringer som medfører ekstra kostnader for kommunene, finansieres med økt statlig tilskudd. Forslaget om å lempe på kompetansekravet for vikarer i fastlegepraksiser, synes fornuftig, men også her forutsettes økt finansiering for å sikre god stedlig veiledning, selv om kandidaten ikke er under spesialisering. Dette bør være en forutsetning for å sikre best mulig kvalitet i tjenesten og forsvarlig pasientbehandling.

Det støttes at gjennomført LIS1 eller tilsvarende bør være tilstrekkelig for å jobbe selvstendig i legevakt. Dette medfører at kravet om bakvakt for disse legene bortfaller. Erfaringer som er gjort i legevaktsdistrikter i Stavanger er at behovet for bakvakt som hovedregel ikke er nødvendig for leger med LIS1. Bakvakt gir en økt trygghetsfølelse for leger uten LIS1.

Vi tror det er en fordel at mange kommunale LIS1-plasser er på privat drevne fastlegekontor. Dette sikrer erfarne veiledere og bidrar til å støtte legekantorene. I og med at det er ventetid på LIS1-tjeneste må mange ha jobber i ventetiden for å kvalifisere seg bedre. Det er imidlertid noen ting som må på plass hvis rekkefølgekravet skal fravikes og det skal telle som LIS1 kommunetjeneste. Veiledning og bredden på praksisen må minimum være det samme som LIS1 har. Det må være mulig å delta på de samme kursene som LIS1 har via Statsforvalter, og det må være mulig å ha gruppeveiledning på samme vis og samme bredde i praksisen med å delta i legevakter, sykehjems praksis, helsestasjon og åpen uselektert praksis.

Ekspertutvalget peker på at spesialistutdannelsen av allmennleger i stor grad er rettet mot fastlegers utdanning, og ikke mot leger i andre allmennmedisinske stillinger som sykehjem og legevakt. Ekspertutvalget foreslår at kravet om 100% stilling ved toårs uselektert praksis fjernes. Kravet til toårig uselektert praksis for leger som ikke har tenkt å jobbe som allmennleger er ofte krevende, både for legen, virksomheten og kommunen. Samtidig er det vesentlig at kvaliteten på utdannelsen opprettholdes. Egne spesialiteter i sykehjemsmedisin og legevakts medisin støttes. Hvordan dette er tenkt i praksis, bør utredes nærmere.

Ekspertutvalget mener at kravet til institusjonstjeneste kan fjernes. Stavanger kommune mener at det vil være rimelig å harmonisere spesialiseringskravene med sykehusspesialiseringene som ikke har tilsvarende krav til tjenestetid i sin utdanning. Det bør imidlertid erstattes med målrettet hospitering med krav til kvalitet. Ekspertutvalget mener at dagens krav om sentral godkjenning av etterutdanning kan vurderes avvirket. Stavanger kommune mener at krav til etterutdanning av allmennleger er en styrke ved denne spesialistgrenen, men at dagens detaljerte regulering av aktiviteten gjerne kan løses opp og faglig styrkes ved å være mer motivasjonsbasert. Det kan vurderes om legevaktsarbeid har så mye variasjon i klinisk praksis at dette vil være nok for krav om klinisk praksis i etterutdanning.

Praksisoverdragelse:

Stavanger kommune mener det er behov for å ha en forutsigbar omsetningsmodell ved overdragelse. Verdi må gjenspeile om praksisen har god kvalitet, solide driftsrutiner og god økonomisk drift. Det vil gjøre det enklere for begge parter, og gi en nøytral formening om reell verdi. En løsning kan inneholde elementer for verdisetting av utstyr og Goodwill, basert på kvalitetstrinn med tydelige kriterier for hver.

Dette vil kunne stimulere til at fastlegene vektlegger å utvikle og vedlikeholde gode kvalitets- og driftsrutiner.

En endring av kriterier vil trolig medføre en kostnad da etablerte praksiser må korrigeres.

Med hilsen

Runar Johannessen
Helsesjef

Gro Merete Ringsø
saksbehandler

Kopi til:

Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst., Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

Dokumentet er elektronisk godkjent og sendes uten signatur