

Legeforeningens innspill til handlingsplan for fastlegeordningen

1 INNLEDNING

Over flere år har Helse- og omsorgsdepartementet, Legeforeningen og KS diskutert situasjonen i fastlegeordningen og utfordringene med å beholde erfarne leger og rekruttere unge leger inn i yrket. Utredninger og evalueringsrapporter har vist at krisen i fastlegeordningen er reell, at arbeidsbelastningen for legene i ordningen er uhåndterbar og at fastlegeordningen er underfinansiert. Det er ikke lenger noen tvil om at situasjonen er alvorlig, og at krisen truer fastlegeordningens fremtid. Evalueringer har også vist at befolkningen holder fastlegeordningen høyt, og at pasientene ønsker seg mer tid med fastlegen og bedre tilgjengelighet.

Slik situasjonen er nå står krisen i veien for viktig utviklingsarbeid i fastlegeordningen. Det må derfor på plass en forpliktende økonomisk opptrappingsplan som sikrer stabilisering av fastlegeordningen og et bærekraftig helsetilbud for pasienter i alle norske kommuner. FLOFIN-rapporten viste at dagens finansieringsystem er en god måte å finansiere fastlegeordningen på, og at uansett hvilken finansieringsmodell man velger vil det være behov for tilføring av nye midler.

Rekruttering og stabilisering er to sider av samme sak. Det som gjør fastlegeyrket attraktivt for studenter/unge leger, er langt på vei det samme som vil bidra til at erfarne leger blir værende i hjemlene. En fastlegeordning med gode arbeidsvilkår, akseptabel arbeidsbelastning, forutsigbar økonomi, god faglig utvikling og faglig fellesskap er avgjørende for å rekruttere og beholde leger i ordningen i hele landet.

Framtidens fastlegeordning må være basert på en fortsatt sterk nasjonal struktur, men med større handlingsrom for lokale tilpasninger. En betydelig styrking av finansieringen av fastlegeordningen, kombinert med justering av finansieringsmodellen og målrettede rekrutteringstiltak, er avgjørende for å stabilisere ordningen. For at handlingsplanen skal skape fremtidstro hos nåværende og kommende fastleger må den inneholde tiltak som iverksettes umiddelbart. Det er avgjørende at både unge og mer erfarne leger møter en moderne fastlegeordning som gjør det mulig å kombinere arbeidshverdag og familieliv.

For å stabilisere ordningen må følgende prioriterte tiltak fases inn allerede våren 2020:

1. Styrking av finansieringen
2. Innføring av knekkpunkt på basistilskuddet
3. Grunntilskudd for nye fastlegehjemler
4. Nasjonal ALIS-ordning
5. Minimum 500 nye ALIS per år

Når ordningen er stabilisert, må tiltak for å utvikle og modernisere ordningen fases gradvis inn. Det må skje i samarbeid med partene i trepartssamarbeidet.

Legeforeningen har utarbeidet en skisse med forslag til hvordan handlingsplanen kan innrettes, og hvilke tiltak den må inneholde. Vi mener at disse tiltakene vil bidra til å få på plass flere fastleger, få ned pasientlistene og at fastlegene skal kompenseres økonomisk for dette, som partene ble enige om ved inngåelse av protokollen 1. oktober 2018.

Vi vil komme tilbake til en nærmere beskrivelse av tiltakene, hvordan disse kan gjennomføres og beregninger av hva tiltakene vil koste.

2 FORSLAG TIL TILTAK

2.1 OVERSIKT OVER TILTAKENE

Nr.	Tiltak
	Stabilisering
1	Styrking av finansieringen
2	Innføring av knekkpunkt på basistilskuddet
3	Grunntilskudd for nye fastlegehjemler
	Rekruttering
4	Nasjonal ALIS-ordning
5	Minimum 500 nye ALIS per år
6	Styrking av allmennmedisin i medisinstudiet
7	Avbruddsytelser ved styrking av Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)
	Oppgaver – avlastning av fastlegene
8	Oppgaver av ikke-klinisk art som kan tas bort fra fastlegene
9	Fordeling av oppgaver til annet personell som er ansatt på legekontoret
10	Oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegene
	Kvalitet og pasientsikkerhet
11	Nasjonal utrulling av Senter for kvalitet i legekontor (SKIL)
	Legevakt
12	Styrking av legevakten

2.2 STABILISERING

Generelt

Hovedproblemene for dagens fastleger er at oppgavetilfanget er for stort, arbeidsdagen for lang, og at økonomien i ordningen har blitt svekket. Handlingsplanen må ha tiltak som sikrer at erfarne leger blir. Dette må skje gjennom mer robuste rammevilkår, kortere lister og mer tid til hver pasient.

I ALIS 2-rapporten konkluderte Helsedirektoratet, Legeforeningen, KS og Oslo kommune med at det er behov for over 600 nye leger i året. Bare for å opprettholde dagens antall leger og erstatte naturlig frafall må det tilkomme 380 nye leger. I en slik situasjon er det åpenbart avgjørende at frafallet av erfarne leger ikke blir større enn det som anses som "naturlig". Det er derfor svært viktig at handlingsplanen inneholder gode tiltak som retter seg særlig mot denne gruppen.

For å stabilisere ordningen må det på plass en forpliktende økonomisk opptrappingsplan med økning av økonomien, kombinert med gradvis innføring av knekkpunkt og grunntilskudd for nye fastlegehjempler. Det vil gi en kontrollert reduksjon i pasientlisten til den enkelte fastlege, og flere fastleger inn i ordningen, samtidig som pasientene blir ivaretatt.

Tiltak 1: Styrking av finansieringen

Legeforeningen mener det er nødvendig at fastlegeordningen styrkes gjennom *betydelig tilførsel av økonomi*. Dette er nødvendig både for å ta igjen et stort etterslep, og for å skape rom for utvikling av ordningen. Økningen i totaløkonomien må skje gradvis, og som en del av en forpliktende opptrappingsplan beskrevet i handlingsplanen.

Vi mener at finansieringsordningen som ble etablert i 2001, med en kombinasjon av ramme- og aktivitetsbasert finansiering (30/70), i all hovedsak må opprettholdes. Som det beskrives i FLOFIN-rapporten er en blanding av ulike finansieringsmodeller (ramme og aktivitet) vellykket fordi man kombinerer ulike egenskaper ved finansieringsordningene og dermed har et bredere sett virkemidler for å oppnå ønskede mål. Legeforeningen er skeptisk til en høyere andel basisfinansiering, men mener at det kan gjøres justeringer i innretningen, se forslag nedenfor.

FLOFIN-rapporten diskuterer en modell med risikojustering av per capita, dvs. at per capita fastsettes basert på egenskaper ved listeinnbyggerne. En innføring av risikovekting vil avhenge både av tilstrekkelig treffsikre verktøy for vekting, og et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for at dette vil føre til at fastlegeordningen både rekrutterer bedre, stabiliseres, får høyere kvalitet og opprettholder eller øker sin effektivitet. Det er vanskelig å se at det er mulig å få til et tilstrekkelig treffsikkert system med god måloppnåelse, og Legeforeningen er kritisk til en slik type finansieringsmodell.

Legeforeningen mener at takstsystemet legger godt til rette for å målrette aktivitet og finansiere prioriterte oppgaver. Forutsetningen er en mer aktiv forvaltning fra alle parter i ordningen. De utfordringer vi ser i ordningen i dag skyldes delvis at de mekanismer i ordningen som skal ivareta endringer og sikrer fleksibilitet (takstsystemet, forhandlingsinstituttet og aktiv avtaleforvaltning) ikke har blitt tilstrekkelig utnyttet. Den økte arbeidsmengden kombinert med mangelfull økonomisk satsning har medført at legene må jobbe langt flere timer uten økning i inntekten.

Økonomien i ordningen er til dels knyttet til listelengde. Ved innføringen av fastlegeordningen ble det lagt til grunn 1500 listepasienter som et fullt kurativt årsverk (normtall), og finanseringen av ordningen tok utgangspunkt i dette. På grunn av voksende oppgavetilfang og omfattende ansvar for den enkelte lege, har gjennomsnittlig listelengde i mange år gradvis blitt redusert. Dette innebærer et inntektstap hos den enkelte som man ikke har klart å kompensere for selv ved høyere aktivitet per pasient. En kontrollert reduksjon i pasientlisten til den enkelte fastlege uten at dette innebærer inntektstap er derfor helt nødvendig.

Behov for kommunale rekrutterings- og stabiliseringstiltak var forutsett da fastlegeordningen trådte i kraft. Økningen i behovet for slike tiltak har vært langt utover det som ble forutsatt den gangen, i stor grad som følge av underfinansieringen av legenes virksomhet. Det er til dels betydelige lokale variasjoner. Det er en utfordring at kommunenes lovfestede "sørge for"-ansvar ikke er fulgt opp av et tydelig definert finansierungsansvar. Dette gir rom for ansvarsfraskrivelse for kommunenes del. Legeforeningen mener det er naturlig at kommunenes rammefinansiering styrkes for å ivareta dette (økte) ansvaret med en fortsatt sterk statlig grunnfinansiering som basis. Her bør det vurderes en fordelingsmodell som gir økt kompensasjon til distriktskommuner med rekrutteringsutfordringer.

Når Legeforeningen har argumentert for behovet for styrking av fastlegeordningen i form av tilførsel av nye midler og flere fastlegehjemler har vi blitt møtt av argumentasjon om at det vil medføre fastlegeflukt og større utfordringer med å rekruttere fastleger til distrikt. Legeforeningen mener det er viktig å huske at krisen i fastlegeordningen er av nasjonal karakter og at tiltakene som innføres må innrettes for å styrke hele ordningen. Legeforeningen mener også at det mangler belegg for å si at en økonomisk styrking av ordningen vil ha negativ effekt for distriktskommunene. Da fastlegeordningen ble innført i 2001 så man det motsatte, nemlig at antall fastlegelister uten fastlege raskt ble redusert. Ved oppstart var det 277 lister uten lege eller vakante fastlegehjemler. I løpet av det første hele driftsåret ble dette antallet redusert til 133, og deretter til 110 innen utgangen av 2003. Det var også positiv utvikling i regioner som tradisjonelt hadde hatt utfordringer med legedekningen, som i Sogn og Fjordane, Trøndelag og Nordland. Utviklingen ble dokumentert i Helse- og omsorgsdepartementets statusrapport fra 2004. Rapporten viste også at antall pasienter som sto på en liste betjent av en vikar ble redusert fra 200 000 i 2001 til 68 000 i 2004. Innføring av en knekkpunktmodell vil dessuten innebære størst

økonomisk fordel for de korte listene, som er vanligere i distriktskommuner enn i de store byene.

Tiltak 2: Innføring av knekkpunkt

En økning av per capita-tilskuddet kan og bør kombineres med vårt viktigste forslag til tiltak, *innføring av knekkpunkt*. Dette vil etter Legeforeningens oppfatning legge til rette for den listereduksjon som er nødvendig for å sikre mer tid til pasientene, og mer levelige arbeidsdager for legene.

En knekkpunktmodell baserer seg på at per capita-tilskuddet fordeles ulikt mellom listepasientene før og etter en fastsatt grense eller listetall. Legeforeningen foreslår at knekkpunktet legges til 800, dvs. at de første 800 pasientene har høyere per capita enn de over 800. Forslaget om at knekkpunktet skal legges på 800 er begrunnet i at det er behov for å stimulere til en lavere listelengde med de arbeidsoppgaver som er pålagt fastlegene. Et knekkpunkt vil også kompensere for ulikheter i listene og er enklere å forvalte enn beregningsmodeller for risikjustering av basistilskudd. Kostnadene er i praksis ikke lineært knyttet til listelengde, men flater trolig ut for de lengste listene.

De kvalitative virkningene av et knekkpunkt vil være at fastleger som har listelengde under 800 vil få et incentiv til å øke listelengden, mens de med høyere listetall vil kunne være tjent med å redusere listelengden ned mot 800. Effekten av innføringen av knekkpunkt vil komme an på differansen mellom dagens per capita og satsen under knekkpunktet. Jo større differanse, jo kraftigere vil stimulerings-effekten være. Analysene i FLOFIN-rapporten viser at endringen i per capita under knekkpunktet må være av en viss størrelse for å oppnå ønsket effekt, videre at en ren omfordeling av rammeøkonomien ikke vil få ønsket effekt.

Antakeligvis bør et knekkpunkt innføres gradvis ved at det forhøyede beløpet opp til knekkpunktet økes over for eksempel 3-4 år. Da vil stimulerings-effekten øke gradvis i takt med at det kommer flere leger inn i ordningen. Man oppnår da både en stabiliserende effekt og en rekrutterende effekt.

Tiltak 3: Grunntilskudd til nye fastlegehjemler

Et ytterligere tiltak for å skape økonomisk trygghet, særlig i en etableringsfase, er å innføre et tidsbegrenset *listeuavhengig grunntilskudd*. Legeforeningen foreslår at det innføres en grunnfinansiering der nyetablerte lister får basistilskudd tilsvarende 500 pasienter. Dette vil gjøre det enklere å rekruttere til de mange nye hjemlene som må opprettes for å øke antallet fastleger.

Et grunntilskudd tilsvarende 500 innbyggere vil kunne være viktig for den enkelte fastlege, men påvirke totaløkonomien i fastlegeordningen i begrenset grad. Med dagens per capita vil utgiftene til et grunntilskudd tilsvarende 500 pasienter maksimalt være 30 millioner. Ettersom disse listene må antas å være under oppbygging vil kostnaden være relativt lav. Et slikt tiltak kan innføres uavhengig av eventuelle andre endringer i finansieringsordningen, og vil etter Legeforeningens vurdering kunne få en umiddelbar effekt.

2.3 REKRUTTERING

Tiltak 4: Nasjonal ALIS-ordning

Generelt

Et sentralt virkemiddel i rekrutteringsarbeidet er å tilby leger under spesialisering i allmenntidmedisin gode og forutsigbare utdanningsløp med god tilgang på veiledning og supervisjon, faglig fellesskap og økonomisk trygghet. Dette var også bakgrunnen for at partene utarbeidet to rapporter, om modeller for utdanningsstillinger/hjemler for spesialisering i allmenntidmedisin og framskrivning av behov for allmenntidleger med konsekvensutredning og økonomiske beregninger.

Det er opprettet flere pilotprosjekter som omfatter utvalgte kommuner som tilbyr tilrettelagte og forutsigbare utdanningsløp for ALIS, som for eksempel ALIS-Vest og ALIS-Nord.

Legeforeningen mener at det er behov for å etablere en nasjonal ALIS-ordning som sikrer likeverdige ramme- og utdanningsvilkår for alle ALIS, uavhengig av hvilken kommune han/hun jobber i.

Etter Legeforeningens vurdering må en nasjonal ordning inneholde en felles standard for både gjennomføring av selve spesialistløpet og for andre rekrutteringstiltak. Noen av disse rekrutteringstiltakene vil være felles for alle ALIS uavhengig av tilknytningsform/modell, mens andre vil kunne tilpasses den enkelte tilknytningsform/modell.

Legeforeningen mener at hovedmodellen bør være ALIS næring. Dette med bakgrunn i at partene er enige om at næringsdrift fortsatt skal være hovedmodellen i fastlegeordningen. For omfattende ALIS-ordninger som ikke bygger på denne modellen, vil kunne virke negativt på de eksisterende strukturer og rekruttering til etablerte hjemler. Legeforeningen er imidlertid åpen for at kommunene skal stå fritt til, i samarbeid med legene lokalt, å bestemme om ALIS skal ansattes i kommunen i hele/deler av spesialiseringsløpet, eller om ALIS skal være basert på næringsdrift. Valget må imidlertid være reelt, og rekrutteringstiltak for ALIS næring må være egnet til å gjøre det attraktivt for leger under spesialisering å velge næring. Næringsmodellen er kjennetegnet ved at den er kostnadseffektiv. En investering i tiltak for å rekruttere inn i næringsdrift vil sannsynligvis lønne seg på lang sikt, men da må kommunene settes i stand til å tilby gode vilkår i en oppstartsfasen.

Legeforeningen mener at ALIS fortrinnsvis skal ha eget listeansvar fra starten av spesialiseringsløpet. Det bør imidlertid åpnes opp for at ALIS kan starte spesialiseringsløpet uten å jobbe på egen liste ved å jobbe på andre fastlegers liste. En slik løsning bidrar til å senke terskelen til fastlegeyrket og gi legene en introduksjon i næringsdriftmodellen. Dette har også en stabiliserende effekt ved at ALIS kan bidra til å lette arbeidspresset for fastlegene på legekantoret. En ordning der ALIS ikke har eget listeansvar må rammes tydelig

inn. Ordningen må være tidsavgrenset, kandidaten må sikres god bredde i oppgaver, tilbys veiledning og supervisjon, og fastlegene må kunne betjene listen sin uten ALIS. Disse prinsippene hindrer samtidig at vi får en vikarordning der ferske leger jobber på midlertidige kontrakter uten muligheter for fast jobb. Legeforeningen mener det bør være et krav at kandidaten starter spesialistutdanningen umiddelbart. Ordningen vil kreve endring av refusjonsforskriften.

Utover de obligatoriske tiltakene som omfattes av den nasjonale ordningen, vil det også ligge innenfor kommunens handlingsrom å kunne tilby andre rekrutteringstiltak.

Vi ser for oss at en nasjonal ALIS-ordning kan være basert på en ALIS-avtale mellom kommunen og ALIS. I tillegg bør det inngås en samarbeidsavtale mellom kommunen og legekantoret som tar inn en ALIS, på samme måte som LIS1 er regulert i dag. Rammer for avtaleinngåelsen kan reguleres i rammeavtalene, og det må lages avtalemaler som utarbeides av partene. ALIS-kantorene som nå opprettes kan veilede og hjelpe partene lokalt ved inngåelsen av de individuelle avtalene.

Rekrutteringstiltak - felles for alle modeller

Tiltak som vil være felles for modellene er godt beskrevet i ALIS-rapportene som er utarbeidet av arbeidsgruppen i trepartssamarbeidet. Dette er blant annet:

- Full utgiftsdekning for gjennomføring av læringsaktiviteter (som ikke dekkes av Legeforeningens fond).
- Samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten.
- Veiledning og supervisjon.

Veiledning og supervisjon

Legeforeningen mener en nasjonal ALIS-ordning må gi ALIS veiledning og supervisjon utover minstekravene i spesialistforskriften. Etter vår vurdering bør ALIS sikres minst én time veiledning og to timer supervisjon per uke.

Veiledning og supervisjon av ALIS forutsetter at erfarne leger, herunder næringsdrivende fastleger, kan påta seg oppgaven med å være veiledere og supervisører. Det er viktig at denne oppgaven ikke øker den samlede arbeidsbelastning for legene, og at de erfarne legene tilbys vilkår som gjør det attraktivt for legene å påta seg disse oppgavene. Veileder og supervisør må derfor godtgjøres, noe som forutsetter økt og forutsigbar finansiering.

Rekrutteringstiltak – for ALIS næringsdrift

Næringsdrift som hovedmodellen har til nå sikret en effektiv og likeverdig fastlegetjeneste. Rekrutteringsutfordringene i fastlegeordningen har imidlertid gjort at mange kommuner de siste årene har ansatt egne fastleger, noe som er et betydelig dyrere alternativ enn å styrke næringsdriftsmodellen som ordningen er bygget på. Dette er ikke bærekraftig i lengden, jf. KS sine beregninger av kostnadene ved å ansette fastleger i kommunen. Det bør derfor være særlig fokus på rekrutteringstiltak som legger til rette for spesialisering som næringsdrivende ALIS. Det er imidlertid en stor utfordring at så få av de unge legene/medisinstudentene oppgir at de ønsker å bli fastlege. EYs evaluering av

fastlegeordningen bekrefter at høy arbeidsbelastning, økonomisk utrygghet og dårlige sosiale ordninger er vesentlige barrierer for å gå inn i fastlegeyrket. For å rekruttere unge leger inn i fastlegepraksis er det viktig at rekrutteringstiltakene for næringsdrivende ALIS målrettes for å sikre sosial og økonomisk trygghet under spesialisering.

Legeforeningen foreslår at følgende tiltak blir en del av en nasjonal ALIS-ordning:

Rekrutteringstillegg

Legeforeningen foreslår at alle ALIS i næring har rett på et rekrutteringstillegg på 500 000 kroner ved oppstart.

Rekrutteringstillegget er ment å dekke utgifter for lån til kjøp av praksis, og delvis dekning av faste utgifter ved legekantoret.

Rekrutteringstillegget kan rammes inn ved at beløpet må tilbakebetales dersom ALIS slutter i løpet tre år. Tilbakebetalingsbeløpet kan reduseres med kr 100 000 per år ALIS har arbeidet i hjemmelen.

Kortere lister - grunntilskudd og knekkpunkt på per capita-finansieringen

Legeforeningen har over i pkt. 2.1 foreslått innføring av grunntilskudd som en del av rammefinansieringen for nye fastlegehjemler og innføring av knekkpunkt i per capita-finansieringen.

Kombinert med et rekrutteringstillegg på 500 000 kroner ved oppstart, vil dette være effektive tiltak for å sikre at ALIS får økonomisk trygghet og rom til å bruke mer tid på den enkelte pasient. Det vil gjøre at det blir mer attraktivt for nye leger å starte i allmennpraksis.

Finansiering

Finansiering av utdanningsløpet og andre rekrutteringstiltak som er en del av nasjonal ALIS-ordning må finansieres gjennom økt statlig rammetilskudd til kommunene, og ikke som søkbare tilskudd.

Det er erfaring med at kommunene i svært varierende grad kjenner til, og benytter seg av slike søknadsbaserte tilskudd, noe som skaper for stor ulikhet i rammevilkårene for den enkelte ALIS.

Tiltak 5: Minimum 500 nye ALIS per år

Legeforeningen mener at det må rekrutteres minst 500 nye ALIS årlig for å dekke dagens og fremtidige fastlegebehov.

Rapporten "Allmennleger i spesialisering" del 2 av 2 (01.11.2018) som foretok framskrivninger av behovet for antall leger i spesialisering i et tiårsperspektiv, viser at det vil være behov for 626 ALIS per år. Bare for å erstatte de som naturlig faller fra, må det komme 380 nye fastleger per år for å opprettholde dagens nivå.

Legeforeningen mener 500 nye ALIS i året er et nøkternt estimat, og at framskrivningene viser at det reelle behovet for nye ALIS kan vise seg å være enda høyere.

Tiltak 6: Styrking av allmenntid medisin under studiet

Økning av praksistiden i kommunene under medisinstudiet til minimum 10 uker

Legeforeningen mener praksistiden i kommunehelsetjenesten må utvides til minst 10 uker, og det må etableres en egen finansieringsordning for dette, slik det er i spesialisthelsetjenesten.

EYs evaluering av fastlegeordningen viser at det er få av medisinstudentene som oppgir at de ønsker å bli fastlege. Kun 6 prosent i denne gruppen er trygge på at fastlege er det yrket de ønsker. Mer praksis i primærhelsetjenesten er nødvendig for å øke studentenes kunnskap og interesse for faget, slik at flere får lyst til å bli fastleger. Vi viser også til at Stortinget har bedt regjeringen sikre at medisinstudenter får mer praksis i kommunehelsetjenesten, og konkret bedt om at det snarest mulig innføres en særskilt finansiering av slik praksis i regi av universitetene (Innst. 109 S, 2017–2018).

Økning av praksistiden forutsetter tilstrekkelig finansiering til universitetene og kommunene.

Praksis for utenlandsstudenter i allmennpraksis - godtgjøring av veiledning for utenlandsstudenter

I dag tar mer enn 40 prosent av alle norske medisinstudenter utdanningen sin i utlandet. For å øke kunnskap og interesse for norsk allmenntid medisin, må det legges til rette for at også utenlandsstudentene får anledning til å ha praksis på fastlegekontor med god veiledning og supervisjon.

Kommunene må få økt sin rammefinansiering til praksis for utenlandsstudenter tilsvarende praksis for medisinstudenter på norske universiteter, inkludert honorering av veiledere og fastlegekontor.

Tiltak 7: Avbruddsytelser ved styrking av Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)

EYs evaluering av fastlegeordningen bekrefter at dårligere sosiale ordninger ved for eksempel egen eller barns sykdom er en vesentlig barriere for unge leger og medisinstudenter for å velge fastlegeyrket.

Næringsdrivende leger må i utgangspunkt selv finansiere eventuelle tilleggsytelser ut over de rettigheter de har i folketrygden. Det gjelder både avbruddsytelser (sykepenger o.l.) og pensjon. Finansieringsgrunnlaget er da den enkeltes næringsinntekt. Dette fordrer at man ved oppgjørene tar hensyn til dette.

Legeforeningen har, for å bidra til bedre sosiale ytelser for næringsdrivende leger, opprettet Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP). Det er en kollektiv ordning, organisert som en stiftelse og finansiert ved avsetninger av legenes midler fra normalt ariffoppgjøret. SOP gir økonomiske støtte ved avbrudd fra praksis, og omfatter sykehjelp, fødselsstønad, adopsjonsstønad og pleiepenger/opplæringspenger. For å opprettholde avbruddsyttelsene på dagens nivå er det behov for en betydelig økning i tilførselen av midler til SOP.

Legeforeningen har videre inngått en avtale med Storebrand om en sykeavbruddsforsikring som et tillegg til ytelsene fra NAV og SOP. SOP og sykeavbruddsforsikringen omfatter imidlertid ikke fravær egne barns sykdom.

Unge leger angir mangelfulle sosiale ytelser som et rekrutteringshinder. Et målrettet og effektivt tiltak for å sikre næringsdrivende fastleger bedre avbruddsyttelser, for eksempel ved fravær på grunn av egne barns sykdom, er å øke dekningsgraden for næringsdrivende leger gjennom styrking av økonomien av SOP.

2.4 OPPGAVER – AVLASTNING AV FASTLEGEN

Tiltak 8: Oppgaver av ikke-klinisk art som kan tas bort fra fastlegen

Legeforeningen avventer resultat fra arbeidsgruppe ledet av Helsedirektoratet om ikke-kliniske oppgaver som fastlegene kan slutte å gjøre.

Tiltak 9: Fordeling av oppgaver til annet personell ansatt på legekantoret

Annet helsepersonell på legekantoret

Det er ønskelig med mer tverrfaglighet på legekantorene. Det må derfor legges til rette for at legekantoret kan ansette sykepleiere, helsesekretærer og annet helsepersonell. Dette vil gjøre fastlegekantoret i bedre stand til å ivareta pasienter med alvorlig og sammensatt sykdom og funksjonssvikt, og de som ikke selv oppsøker fastlegen.

Legeforeningen foreslår innføring av egne takster for annet helsepersonell ansatt på fastlegekantoret.

Administrativt personell

Legekantorene har ansvar for et stort omfang av oppgaver. Legeforeningen mener at det trengs tilførsel av mer ressurser til administrasjon, drift og ledelse av legekantoret.

Administrative oppgaver utføres i dag i stor utstrekning av legene utenom arbeidstid. Resurser til ledelse og administrasjon på legekantoret er en forutsetning for å utvikle fastlegeordningen slik at vil fremstå for både pasienter og samarbeidspartnere som en tjeneste med et påregnelig tilbud.

Legeforeningen mener at det bør innføres egne tilskudd for å ansette administrativt personell til støtte for driften.

Tiltak 10: Oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegene

Som følge av samhandlingsreformen har kommunene og fastlegene fått flere oppgaver og mer ansvar, men det har i liten grad fulgt med ressurser og kompetanse. For å sikre at pasientene får god oppfølging og helhetlige behandlingsforløp av høy kvalitet er det viktig at alle parter er delaktige i beslutningene om fordeling av oppgaver. Det krever også at kommuner og fastleger får mulighet til å forberede seg for å håndtere oppgavene de skal utføre. Slik er det ikke i dag. Før oppgaver overføres fra sykehus til fastleger, må det være avklart at overføringen er medisinsk hensiktsmessig og at fastlegene har kapasitet og tid til å oppdatere seg faglig i tillegg til å utføre overførte oppgaver.

Legeforeningen mener det bør skje en midlertidig stans i overføring av ansvaret for nye oppgaver fram til fastlegeordningen er stabilisert.

Når fastlegeordningen er stabilisert, må fordeling av oppgaver besluttes på arenaer der fastleger og kommuneoverleger er representert, slik de kommende helsefelleskapene legger opp til.

2.5 KVALITET OG PASIENTSIKKERHET

Tiltak 11: Nasjonal utrulling og finansiering av Senter for kvalitet i legekontor (SKIL)

Legeforeningen mener nasjonal utrulling og finansiering av SKIL må på plass. Dette vil gi en betydelig kvalitetsheving i fastlegeordningen og andre deler av kommunehelsetjenesten.

Kvalitet og innovasjon-rapporten fra trepartssamarbeidet anbefaler utvikling av en nasjonal organisasjon som støtter kvalitetsarbeid i fastlegeordningen.

SKIL vil gi både legene/legekantorene og kommunene langt bedre oversikt over de medisinske behovene i listepopulasjonen, og vil gi et utgangspunkt for utvikling av kliniske tiltak på legekantoret, og i kommunens samlede tjenestetilbud. Kursene går inn som kliniske emnekurs i legenes etterutdanning og reduserer legenes fravær fra praksis. Kurset knyttet til "kloke valg" vil gi legene redskaper til å vurdere egne utredningsrutiner. Fastlegene vurderer selv at det foregår betydelig overutredning og behandling også i allmennpraksis.

SKIL har med få medarbeidere vist stor innovasjonsevne, og har pilotert et system med god informasjonsflyt og effektiv administrasjon. Kursene er meget godt mottatt av legene og kan vise til målbare resultater.

En nasjonal utrulling av SKIL vil måtte foregå over tre til fem år, og bør inngå blant tiltakene som innføres i andre fase av handlingsplanen med mål om utvikling av ordningen.

2.6 LEGEVAKT

Tiltak 12: Styrking av legevakten

Legeforeningen mener det er helt nødvendig å se legevaktstjeneste og fastlegeordningen i sammenheng. Legevaktbelastning kommer på toppen av en presset fastlegeordning. Uten en velfungerende fastlegeordning, vil den lokale akuttberedskapen svekkes. God tilgjengelighet hos fastlegene er viktig for at legevakten skal kunne ivareta sin rolle som en beredskapstjeneste.

Vaktbelastningen er særlig stor i distriktskommunene, og er en viktig årsak til den totale arbeidsbelastningen for fastlegene. Helseinspektorens tidsbruksundersøkelse viste at legevaksarbeidet utgjør en betydelig del av totalarbeidstiden. Vaktbelastningen bidrar til rekrutteringsutfordringene og dårlig stabilitet i fastlegeordningen.

Det er behov for en profesjonalisering av legevaktstjenesten og den må anerkjennes som en fullverdig allmenntilleggs oppgave. Forskriftsendringer må til. Forskriftsregulert plikt for fastlegene til å bidra i legevakten blir en sovepute for kommunene. Den bidrar til manglende systemutvikling og tilrettelegging fra kommunenes side. Legevakt bør baseres på avtaler innenfor forsvarlige arbeidstidsrammer, opplæring og bemanning. Det må skapes større handlingsrom lokalt enn det som følger av dagens rammebetingelser.

En betydelig styrking av legevakten er ikke bare nødvendig for å sikre en god lokal akuttberedskap, men en forutsetning for å beholde og rekruttere leger i fastlegeordningen.

3 FORSLAG TIL PROSESS I TREPARTSSAMARBEIDET

3.1 PROSESS I TREPARTSSAMARBEIDET FRAM TIL HANDLINGSPLANEN LEGGES FREM

For å sikre at det settes i gang effektive tiltak for å løse fastlegekrisen, er det nødvendig at utformingen av innholdet i handlingsplanen skjer i samarbeid mellom departementet, KS, Oslo kommune og Legeforeningen. For å stabilisere ordningen er det avgjørende at både de erfarne legene og de unge legene har tro på at de grepene som tas i handlingsplanen vil gi ønsket effekt. Dette vil være vanskelig å få til uten at partene er enige om hovedgrepene som inkluderes i handlingsplanen.

Etter Legeforeningens vurdering bør samarbeidet skje med utgangspunkt i trepartssamarbeidet. Vi ser behov flere ekstraordinære møter i trepartssamarbeidet i perioden fram til handlingsplanen blir lagt fram. I tillegg mener vi at trepartssamarbeidet bør sette ned noen partssammensatte arbeidsgrupper, som får ansvar for å utarbeide forslag til tiltak på noen sentrale områder, som finansiering, ALIS-ordning osv.

Vi ønsker å drøfte nærmere med partene hvordan et slikt samarbeid kan innrettes.

3.2 PROSESS I TREPARTSSAMARBEIDET FOR GJENNOMFØRINGEN AV HANDLINGSPLANEN

Oppfølging av handlingsplanen må gjennomføres i samarbeid med partene i trepartssamarbeidet.

I innføringsfasen vil det være særlig behov for at partene fortløpende diskuterer spørsmål som kommer opp, evaluerer virkninger av tiltak som settes i verk, og vurderer behov for eventuelle justeringer av tempo og tiltak.

Det bør vurderes om det skal etableres en egen arbeidsgruppe med deltagelse fra partene for oppfølging, dokumentasjon og justering underveis i perioden.

Vi ønsker å drøfte nærmere med partene hvordan et slikt samarbeid kan innrettes.