

Rapport om fastlegetjenesten i Nord-Norge - status, utfordringer og anbefalte tiltak

Finn Henry Hansen
Helse Nord RHF
ALIS-Nord konferanse
Bodø – 6.november 2019

Bakgrunn for arbeidet med rapporten

- Erkjennelse i Helse Nord RHF om at svikt i fastlegetjenesten vil få alvorlige konsekvenser også for spesialisthelsetjenesten
 - Behov for egen utredning om situasjon og utfordringer i Nord-Norge, på grunn av geografiske og andre forhold som avviker fra «gjennomsnittet» i landet
 - Bestilling av rapport fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) – levert mai 2018
- Oppfølging – arbeidsgruppe i samarbeid med KS, UNN HF, Fylkesmannen, kommuneoverlege/fastleger, NSDM og ALIS-Nord

Dokumentasjon 1: Mobilitet – hvor blir det av fastleger som slutter i Nord-Norge

- Av de 90 legene som sluttet fra oktober 2017 til mars 2019, er 70 fortsatt i jobb i norsk helsetjeneste
- 39 er fortsatt i Nord-Norge, 31 har flyttet ut av landsdelen
- Av de 39 som fortsatt er i Nord-Norge, er 23 (59%) LIS-lege i sykehus, mens bare 5 (13%) fortsatt er fastlege og 5 er i annen kommunal stilling.
- Av de 31 som forlot landsdelen, er hele 18 (58%) som fortsatt er fastlege
- De som sluttet i fastlegestillinger i Nord-Norge, flytter til mer folkerike og mer sentralt beliggende kommuner
- De som slutter er relativt unge, og de som flytter ut av landsdelen er betydelige yngre enn de som fortsatt er i Nord-Norge.

Dokumentasjon 2: Innholdet i kommunale fastlegeavtaler

- Fire avtaletyper i bruk: 1) Næringsavtale etter hovedmodell, 2) Næringsavtale med kommunal subsidiering, 3) Fastlønnsavtale med bonus, 4) Rene fastlønnsavtaler
- I Nord-Norge er det bare 7 kommuner (men 38% av fastlegene) som har næringsavtale etter hovedmodell
 - Den mest voksende praksistype er fastlønn med bonus (andel av refusjoner og egenandeler)
- Flertallet av kommunene i Nord-Norge subsidierer følgelig sin fastlegetjeneste langt ut over det som følger av hovedmodellen (seks ganger mer enn øvrige Norge)
- Stor variasjon mht. innholdet i avtalene (lønn mv.) innen samme avtaletype og samme kommune
 - Gjenspeiler nok ulikheter både i markedsituasjon og forhandlingsstyrke
- Ønskelig med større åpenhet om avtalene, både blant leger og kommuner
 - Samtidig viktig med fleksibilitet ved inngåelse av avtaler

Dokumentasjon 3: Spørreundersøkelse til kommunene

- Andelen ledige fastlegehjemler øker nå også i folkerike og sentrale kommuner
- Det er også disse kommunene som uttrykker behov for flere fastlegehjemler/stillinger
 - samlet uttrykker nordnorske kommuner behov for 12 prosent flere stillinger/hjemler
- Kommunene er i varierende grad forberedt på sitt nye ansvar for spesialistutdanningen av egne leger, og relativt få kommuner har utarbeidet planer for legetjenesten
 - Det er få kommuner som samarbeidet med andre kommuner (Jf. Senjalegen) om legetjenesten, og få som har planer om slikt samarbeide
- Flere kommunale helseledere uttrykker behov for bedre finansieringsordninger både for det pasientrettede legearbeidet og for utdanningen av allmennleger.
 - Mange helseledere fremhever også behovet for å gi fastlegene tilgang til nødvendig sykehusjeneste for å gjennomføre spesialistutdanningen

Dokumentasjon 3 forts. - spørreundersøkelsen

- Det er noe overraskende at relativt få helseledere vurderer LIS1-stillingene som viktige i rekrutteringsøyemed
 - Det kan tyde på at kommunene i liten grad har tatt inn over seg at det nye søknadsbaserte systemet til LIS1, forutsetter en mer aktiv deltagelse i rekrutteringsarbeidet
- Det er primært de folkerike og sentrale kommunene som sender søknader om utlyste midler og prosjekter
 - Samme mønster finner vi i søknadene om deltagelse i ALIS-Nord
- Halvparten av legekantorene har ansatt sykepleier
 - Det er primært legekantor i de små og perifere kommunene som har ansatt sykepleiere, mens det bare gjelder en håndfull av legekantorene i de folkerike og mer sentrale kommunene
 - Det følger av at finansieringsordningene i næringsmodellen – som er mest utbredt i byene – i liten grad stimulerer til ansettelse av annet helsepersonell ved legekantorene.

Geografiske fordelingshensyn viktig for Nord-Norge

- Reguleringen av legemarkedet opphørte i 2013
- Stor aldersbetinget avgang fra fastlegehjemlene i Sør-Norge kommende år
 - Mange ledige hjemler skaper «sug» i markedet - åpner for enda større tilflytting fra nord
- Unge leger i sentrale strøk ønsker også kortere lister
 - Dermed risiko for ytterligere ekspansjon i ledige hjemler i sentrale strøk
- Utfordringene for fastlegetjenesten er nasjonal og gjelder også sentrale strøk
 - Nasjonale generelle tiltak derfor nødvendige,
- Likevel viktig at generelle nasjonale tiltak utformes på måter og i et tempo som ikke forrykker balansen i legemarkedet, med de konsekvenser det vil kunne få for legetjenesten i Nord-Norge og andre utkantområder.

Anbefalte tiltak – 34 enkelttiltak på 8 tematiske områder

1. I regi av trepartssamarbeidet utarbeide en nasjonal opptrappingsplan (2020-2023) for fastlegetjenesten
2. Tiltak rettet mot utdanning og rekruttering av fastleger
3. Tiltak rettet mot finansieringsordninger, takster og legeavtaler
4. Tiltak som kan avlaste fastlegene

Anbefalte tiltak forts.

5. Tiltak rettet mot organisering og ledelse av legetjenesten i kommunen
6. Tiltak for å styrke samarbeidet mellom fastleger og helseforetak
7. Tiltak for å styrke hensynet til språk og kultur for samiske pasienter
8. Tiltak rettet mot utdanningskapasitet og desentraliserte utdanningsmodeller

Ikke næringsmodell versus hybridmodeller og fastlønnsmodell – behov for «både og»

- Arbeidsgruppen tar ikke generelt stilling til lønnspolitiske spørsmål om lønnsnivå for fastleger
 - Det er en oppgave for partene å avklare ved forhandlinger
- Både produktivitetshensyn og geografiske fordelingshensyn tilsier at det i byene/sentrale strøk legges til rette for næringsmodellen /evt. næringsmodell i modifisert form
- Samtidig viktig å erkjenne at andre modeller er nødvendige i distrikts-Norge

Handlingsplan vs. vårt forslag om en fireårig opptrappingsplan for fastlegetjenesten

- Ingen motsetning mellom HODs opplegg for en handlingsplan for fastlegetjenesten og vårt forslag om en opptrappingsplan
- En opptrappingsplan i regi av trepartssamarbeidet følger opp iverksettingen, dokumenterer gjennomføring og justerer planen hvert år
- Det etableres et sekretariat med deltagelse fra partene for å ivareta oppfølging, dokumentasjon og justering underveis i perioden 2020-2023

Konkrete enkelttiltak

- Øke antall LIS 1- stillinger, og sikre at kommunene deltar mer aktivt og likeverdig i rekrutteringen av disse stillingene
- Vurdere å gi allmennleger under utdanning (ALIS) tilbud om å velge mellom fastlønn og næringsmodell
- Utvikle gode utdanningsløp for allmennleger i kommunene, med vekt på å styrke veilederfunksjonen
- Opprette 60-70 nye ALIS-stillinger i Nord-Norge i tillegg til de 32 ALIS-stillinger som er etablert i regi av ALIS-Nord
- Etablere 30-40 øremerkede utdanningsstillinger for ALIS fordelt på HF i Nord-N
- Anbefale at ALIS-tjenesten i sykehus gjennomføres etter minst to års kommunal tjeneste
- Gjennom etableringstilskudd eller særskilte takster gjøre det enklere for unge leger å tre inn i fastlegepraksiser basert på næringsdrift

Enkelttiltak forts:

- Finansieringsordningene må understøtte ulike praksismodeller tilpasset variasjoner mellom kommuner
- Vurdere å øke basistilskuddets relative andel av samlet finansiering
- Innføre knekkpunkt for basistilskuddet, med høyere sats for de 6-800 første pasientene
- Sørge for at kommunene gis et bedre kunnskaps- og beslutningsunderlag for inngåelse, utvikling og fornyelse av fastlegeavtaler
- Foreta kritiske vurderinger av oppgaveoverføringer fra sykehus til kommuner, og styrke samarbeid og felles oppgaveløsning mellom fastleger og sykehus
- Vurdere fellesorganisering av legetjenester mellom kommuner, eventuelt styrke samarbeidet mellom kommuner om utvalgte fastlegeoppgaver
- Styrke ledelsen av legetjenestene i kommunene
- Ta i bruk rammeverket «Recruit and Retain - Making it work» i arbeid med rekruttering og stabilisering av fastleger

Konkrete enkelttiltak forts.

- Arbeidsoppgaver og prosedyrer som utføres av hjelpepersonell ved fastlegekontorene, finansieres gjennom Helfo-systemet
- Styrke planleggings- og utredningskapasiteten rettet mot helse- og legetjenester, og prioritere arbeidet med å utarbeide en plan for legetjenesten
- Styrke praksiskonsulentttjenestene i helseforetakene: i dag=Nord-Norge svakest
- Styrke samarbeidet mellom fastleger og sykehus gjennom aktiv bruk av fastlegeråd og andre kliniske samarbeidsutvalg (KSUer)
- **Økt utdanningskapasitet** av leger ved UiT, inkludert etablering av **desentralisert utdanningsmodell for 5. og 6.året også på Helgeland**, samt støtte eksponering for arbeid i kommunehelsetjenesten under studiet
- Kartlegging av status for fastlegenes ivaretagelse av **samiske pasienter** i kommuner der det antas å bo pasienter med slike behov mht. språk/kultur, og deretter iverksette nødvendige avbøtende tiltak der dette ikke er ivaretatt.

Prioritering av tiltak

- Arbeidsgruppen har ikke foretatt noen innbyrdes prioritering av tiltakene
- Men er samtidig tydelig på at tiltak innrettet mot utdanning og rekruttering av unge leger til fastlegepraksiser bør ha førsteprioritet
- Arbeidsgruppen har imidlertid vært tydelig mht. å plassere ansvar/medansvar for de enkelte tiltak

Oppfølging av rapporten

- Rapporten er distribuert til samtlige kommuner i Nord-Norge, til helseforetakene i Helse Nord, HOD, Helsedirektoratet, KS, Legeforeningen m.fl.
- Rapporten presenteres i en rekke regionale og nasjonale fora Ambisjon om å være premissleverandør for nasjonal politikk
 - Men også verktøy for regional og lokal oppfølging i kommuner og helseforetak