



STORTINGET

Representantforslag 3 S

(2017–2018)

fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Per Olaf Lundteigen, Willfred Nordlund og Ivar Odnes

Dokument 8:3 S (2017–2018)

Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Per Olaf Lundteigen, Willfred Nordlund og Ivar Odnes om tiltak for å styrke rekruttering til og finansiering av fastlegeordningen, i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen

Til Stortinget

Bakgrunn

Fastlegeordningen ble innført i Norge i 2001. Formålet var å sikre at alle får nødvendige helsetjenester av god kvalitet til rett tid, og å gi alle personer bosatt i Norge en fast allmennlege å forholde seg til. Befolkningen skulle gjennom fastlegeordningen være sikret god tilgang til lege, forutsigbarhet og kontinuitet. Alle som ønsket det, skulle kunne få en fast allmennlege å forholde seg til gjennom etablering av et listesystem. Innbyggerne fikk rett til å stå på en fastleges liste og rett til å velge fastlege. Det var et mål med ordningen å bedre utnyttelsen av de samlede legeressursene med riktigere bruk av legevakt og spesialisthelsetjeneste. Ordningen har stort sett vært uendret siden den ble innført. Innbyggerne på fastlegenes liste har vurdert ordningen som god.

Norges forskingsråd konkluderte i sin sluttrapport fra den forskningsbaserte evalueringen av fastlegeordningen (2001–2005) med at innføringen av ordningen i hovedsak var vellykket. Men evalueringen slo også fast at fastlegeordningen ikke fungerte like godt for pasienter som ikke selv etterspør helsetjenester, eller som har vansker med å oppsøke legekantor på eget initiativ.

Samhandlingsreformen og fastlegene

Samhandlingsreformen ble iverksatt 1. januar 2012. Den ble beskrevet som en retningsreform der det var et mål at en større del av helsetjenesten skulle ytes av kommunehelsetjenesten. Slik skulle man få en helsetjeneste med på tidlig innsats, samhandling og bedre koordinerte tjenester. Ny helse- og omsorgstjenestelov og ny folkehelselov ble vedtatt i 2011 som en del av samhandlingsreformen. Med samhandlingsreformen, St.meld. nr. 47 (2008–2009), jf. Innst. 212 S (2009–2010), ble fastlegeordningens betydning for helsetjenesten tydelig forankret. Fastlegene skulle være et fast holdepunkt for en helsetjeneste der innsatsen ble satt inn på lavest mulig behandlingsnivå og som arbeidet forebyggende. Regjeringen Stoltenberg II skrev i meldingen at de ville legge rette for at veksten i legetjenester i hovedsak skulle komme i kommunene. Gjennom dette skulle det gis rom for økt innsats til prioriterte grupper på fastlegens liste i tillegg til en styrking av allmenntilleggs- og offentlige oppgaver. Regjeringen ville med samhandlingsreformen ikke bare styrke fastlegeordningen, men også det generelle allmenntilleggs- og offentlige arbeidet tilknyttet sykehjem, helsestasjoner, skolehelsearbeid og fengselshelsetjeneste. Det ble i meldingen vist til en departementsnedsatt arbeidsgruppe med mandat til å vurdere og å legge fram forslag til utvikling av legetjenesten i kommunene (Helsedirektoratet IS-1652). Denne arbeidsgruppen anslo et behov for om lag 2 000 flere legeårverk i kommunene i perioden 2009–2015. Det tilsvarte da en økning på i underkant av 50 pst. Helse- og sosialdepartementet skrev i meldingen at de i det videre arbeidet ville foreta vurderinger av det reelle kapasitetsbehovet for legeressurser både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten med utgangspunkt i de

forslag som for øvrig ble fremmet gjennom samhandlingsreformen.

Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen

Riksrevisjonen undersøkte i 2015 om hvorvidt samhandlingsreformen så langt hadde bidratt til å nå overordnede helsepolitiske mål om bedre ressursutnyttelse og tjenester med bedre kvalitet (Dokument 3:5 (2015–2016) jf. Innst. 374 S (2015–2016)). Undersøkelsen viste at det fra 2011 til 2014 ble knapt 490 flere legeårsverk i kommunene, mens det ble drøyt 1 270 flere legeårsverk i spesialisthelsetjenesten. Den prosentvise veksten av legeårsverk var så godt som lik i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Så langt har det altså ikke vært en raskere vekst i antallet legeårsverk i primærhelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten, slik Stortinget forutsatte i forbindelse med samhandlingsreformen. Riksrevisjonens rapport hadde ellers følgende hovedfunn:

- Kommunene har tatt over pasienter som tidligere lå ferdigbehandlet i sykehus.
- Det finnes lite kunnskap om kvaliteten på tjenestene til pasienter som skrives ut til kommunene.
- Kommunalt øyeblikkelig hjelp - døgntilbud (ØHD) benyttes ikke på en måte og i et omfang som er i tråd med intensjonen.
- Samarbeidet om pasienter med behov for tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten er ikke godt nok.
- Innenfor rus- og psykiatriområdet er ikke tilbudet i kommunene styrket i takt med nedbyggingen av døgnplasser i spesialisthelsetjenesten.
- Kommunene har i liten grad økt kapasiteten og styrket kompetansen etter innføringen av samhandlingsreformen.

Ifølge Riksrevisjonens rapport har altså kommunene overtatt en større del av ansvaret for pasientene, men i liten grad fått økt kapasiteten og styrket kompetansen. Halvparten av helseforetakene opplever at kommunene i liten grad har bygd opp helsetjenester som har bidratt til å avlaste dem i perioden etter innføringen av reformen.

Få kommuner har for eksempel etablert forsterkede korttidsplasser til utskrivningsklare pasienter, rehabiliteringsplasser, omsorgsboliger eller langtidsplasser i sykehjem etter innføringen av samhandlingsreformen. Selv om det ved utgangen av august 2014 var etablert kommunalt øyeblikkelig hjelp-døgntilbud i 275 kommuner, viser undersøkelsen at kommunene i liten grad har økt antallet årsverk i helse- og omsorgstjenestene. For eksempel har et flertall av kommunene ikke økt an-

tallet årsverk i hjemmetjenesten eller sykehjem nevneverdig. Riksrevisjonens undersøkelse viste også at antallet innleggelser i svært liten grad har blitt redusert etter innføringen av samhandlingsreformen. Derimot er liggetiden blitt redusert, særlig blant eldre. Samlet har antallet liggedager i sykehus blitt redusert med 308 000 fra 2010 til 2014, noe som utgjør en reduksjon på 7 pst. etter innføringen av samhandlingsreformen. Nær halvparten av denne reduksjonen har kommet for personer over 80 år. Et overveiende flertall av fastlegene som ble spurt i undersøkelsen, mente at utskrivningsklare pasienter ofte blir skrevet ut for tidlig fra sykehuset.

Antall reinnleggelser i sykehusene steg også med nesten 2 prosentpoeng fra 2012 til 2014, fra 17,7 pst. til 19,5 pst. (Helsedirektoratets årsrapport 2014).

Forslagsstillerne mener det er alvorlig når Riksrevisjonen så tydelig påpeker at kapasiteten i kommunehelsetjenesten i liten grad er styrket som følge av samhandlingsreformen og at dette strider med uttalte målsettinger med reformen.

Manglende fastlegerekruttering og ustabilitet i dagens fastlegeordning

En oversikt VG foretok sommeren 2017 viser at mange kommuner i Norge nå sliter med å få tak i nok fastleger. Rekrutteringssvikten rammer hele landet. Flere spår at ordningen vil bryte sammen (VG 31. august 2017). Helseledere i en rekke kommuner beskriver en hard kamp om både leger og vikarer. 198 av 425 kommuner melder om ulik grad av bekymring rundt legesituasjonen og at det til sammen bor litt over 1,9 millioner mennesker i kommunene som sier at de opplever utfordringer med å skaffe fastleger. Kommuner som melder at de er bekymret, finnes i alle landsdeler – også sentralt på Østlandet, som tradisjonelt har hatt god legedekning. Flere kommuner har vært nødt til å lyse ut samme fastlegehjemmel flere ganger, på grunn av ingen eller få søkere. Mange helseledere sier at det som regel er få kvalifiserte søkere.

Legene som VG har snakket med, sier at den store endringen kom med samhandlingsreformen i 2012, da kommunen og fastlegene tok over mye av ansvaret for pasientene som ble skrevet ut fra sykehusene, før de er ferdig behandlet. I tillegg vises det til at det er kommet en rekke medisinske nyvinninger og behandlingsmetoder siden fastlegeordningen ble innført i 2001, som legger press på fastlegene. I tillegg bidrar utviklingen med flere eldre og økning av pasienter med livsstilssykdommer som diabetes, KOLS, hjerte-karsykdommer og demens. Mange bor hjemme og må følges opp av fastlegen.

Ved innføringen av fastlegeordningen var det 3 486 fastlegehjemler i norske kommuner. Drøyt 4,1 millioner innbyggere stod på en fastlegeliste. VG gjenga tall fra Helsedirektoratets fastlegestatistikk, som i 2016 viser at:

- Ved utgangen av 2016 var det 4 668 fastlegehjemler med til sammen 5,2 millioner innbyggere på listene.
- Ved utgangen av 2016 var 12,4 pst. av fastlegelistene betjent av vikarer.
- Andelen kvinnelige fastleger var 41,7 pst., den høyeste siden innføringen av ordningen.
- Nesten 30 pst. av fastlegene er i aldersgruppen 55 til 67 år.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) har lenge påpekt tilsvarende rekrutteringsutfordringer i fastlegeordningen som VG-artikkelen beskriver, og at det er store og systematiske forskjeller på hvor lenge en fastlegeavtale varer. I mindre kommuner er snittet 2,75 år, mens det i de største kommunene er 8,37 år. I kommuner under 20 000 innbyggere hadde 29 pst. av hjemlene i de kartlagte kommunene stått ledige i mer enn ett år. I snitt var det 4,3 søkere til hver hjemmel. Av disse var 1,8 kvalifisert (Tidsskrift for den norske Legeforening 10. oktober 2016).

Pasient- og brukerombudene har også adressert sin bekymring for fastlegeordningen. Ifølge Meld. St. 13 (2016–2017), Kvalitet og pasientsikkerhet 2015, jf. Innst. 234 S (2016–2017), får ombudene mange henvendelser der ett eller flere av målene med fastlegeordningen ikke oppfylles, sett fra pasientens ståsted. Mangel på tilgjengelighet og muligheten for å få timeavtale innen nødvendig og rimelig tid, er et hyppig tema. I enkelte deler av landet er det utfordringer med rekruttering av leger, og gjennomtrekken er stor. Pasienter opplever derfor å måtte forholde seg til mange ulike leger i løpet av relativt kort tid. Ombudene hører også bekymringer og frustrasjon over leger som er dårlige i norsk. Pasientene frykter kommunikasjonssvikt og for at de ikke skal få faglig forsvarlig hjelp. Ombudene anbefaler:

- Fastlegeordningen må evalueres med tanke på om målsettingen med ordningen oppfylles.
- Det må forutsettes at fastleger har tilstrekkelig norskkunnskaper til å ivareta sikker kommunikasjon.

Pasient- og brukerombudene tok også i Meld. St. 12 (2015–2016) Kvalitet- og pasientsikkerhet 2014 til orde for at fastlegenes rolle i helsetjenesten må evalueres.

I stortingsmeldingen oppgis det også at Commonwealth Fund gjennomfører helseundersøkelser årlig i en rekke land. Norge deltok for sjettede gang i 2014. I undersøkelsen i 2014 svarte representanter for den del av befolkningen som er 55 år eller eldre, på spørsmål som beskriver hvordan landets helse system fungerer. Landene som deltok, var: Australia, Canada, Frankrike, Tyskland, Nederland, New Zealand, Norge, Sverige, Sveits, Storbritannia og USA. Resultatet fra 2014-undersøkelsen viste at Norge skårer dårligere enn gjennom-

snittet av de andre landene på følgende områder som særlig angår fastlegeordningen:

- Færre får svar samme dag når de ringer sitt faste legekontor med et medisinsk spørsmål i åpningstiden. Flere må vente på legetime.
- Færre erfarer at fastlegen tar seg god nok tid, oppmuntrer til å stille spørsmål eller forklarer slik at det er lett å forstå.
- Flere har erfart at fastlegen virket lite oppdatert om tiltak gjort av spesialist.
- Færre har erfart at fastlegen/fastlegekontoret hjelper til med koordinering av tjenester.
- Blant de som bruker faste medisiner, er det langt færre som oppgir at medisingjennomgang er gjennomført.
- Blant de som er utskrevet fra sykehus, er det langt færre som har fått informasjon som er nyttig med tanke på mestring av tilstanden hjemme.
- Færre har bekreftet å ha fått informasjon som skal styrke egen håndtering av kroniske tilstander.
- Blant pasienter med en kronisk tilstand er det færre som har en behandlingsplan, og de norske respondentene er mer forbeholdne når det gjelder nytten av planen.
- Færre har et helsepersonell som fungerer som støtte mellom legebesøkene.
- Flere bruker tobakk, og blant dem er det færre som sier de har fått informasjon om helserisiko og råd angående røykeslutt.

Forslagsstillerne understreker at den norske helse-tjenesten på andre områder skårer bedre enn gjennomsnittet, for eksempel er det flere som oppgir å ha fast lege. Signalene er etter forslagsstillerens syn likevel tydelige. Det er på høy tid at fastlegeordningen evalueres og styrkes.

Fastlegeforskriften og fastlegenes arbeid

I forskrift om fastlegetjenester fremgår det at fastlegens oppgaver i dag er omfattende. Fastlegens listean-svar dekker alle allmennlegeoppgaver innen somatikk, psykisk helse og rus for innbyggerne på listen dersom ikke annet er presisert i lov eller forskrift. Fastlege i full-tidspraksis kan pålegges å delta inntil 7,5 timer per uke i andre allmennlegeoppgaver i kommunen, for eksempel i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, sykehjem og fengsler. Fastlegen plikter å delta i kommunal eller interkommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid og kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortid, herunder tilgjengelighet i helseradionettet/nødnett og ivaretagelse av utrykningsplikten. Delta-kelse i kommunal legevakt eller interkommunal legevakt utenfor ordinær arbeidstid kommer i tillegg til

andre allmennlegeoppgaver kommunen kan pålegge fastlegen å utføre.

Fastlegeforskriften opplister en rekke funksjons- og kvalitetskrav til fastlegene. Blant disse er:

- Fastlegen skal, basert på foreliggende journalinformasjon, søke å ha oversikt over innbyggere på listen der medisinskfaglig oppfølging og koordinering er nødvendig.
- Fastlege som har eller mottar informasjon om at personer på listen har behov for helsehjelp, men selv ikke søker hjelp, skal tilby konsultasjon eller hjemmebesøk. (Dette gjelder bare i tilfeller hvor pasienten har en påvist lidelse, og det fra en medisinsk vurdering er et åpenbart behov for behandling eller oppfølging.)
- Fastlegen skal ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere. Dersom en innbygger på listen har behov for langvarige og koordinerte tjenester, plikter fastlegen å informere om, og medvirke til utarbeidelse av, individuell plan og koordinator i kommunen, jf. forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.
- Fastlegen skal, basert på en medisinsk vurdering av behov, tilby forebyggende tiltak til personer der det avdekkes betydelig risiko for utvikling eller forverring av sykdom eller funksjonssvikt. De helsemessige risikofaktorene skal kartlegges av legen ut fra hva som er relevant for den kliniske problemstillingen.
- Fastlegen skal kunne motta og vurdere alle typer henvendelser i sin åpningstid. Fastlegen skal prioritere listeinnbyggerne ut i fra en konkret medisinsk vurdering av haste- og alvorlighetsgrad. Listeinnbyggeren skal få tilbud om konsultasjon så tidlig som mulig, og normalt innen fem arbeidsdager. Systemet for mottak av telefonhenvendelser skal innrettes slik at 80 prosent av alle henvendelser normalt kan besvares innen to minutter. Fastlegen skal kunne motta timebestilling elektronisk. Fastlegen skal sørge for fraværdekning i forbindelse med ordinært fravær ved for eksempel ferie, kurs og etterutdanning.
- Fastlegen skal innrette sin praksis slik at listeinnbyggere som må ha øyeblikkelig hjelp, kan mottas og vurderes i åpningstiden.
- Fastlegen skal gi tilbud om hjemmebesøk til egne listeinnbyggere som på grunn av sin helsetilstand eller funksjonsevne ikke er i stand til å møte til konsultasjon på legekontor eller når dette anses nødvendig for å sikre pasienten forsvarlig helsehjelp.
- Fastlegen henviser til spesialisthelsetjenesten etter gitte kriterier.

- Fastlegen skal koordinere legemiddelbehandlingen til innbyggerne på listen og oppdatere legemiddellisten. Listeinnbyggere skal få oppdatert legemiddelliste etter hver konsultasjon hos fastlegen hvis legemiddelbruken er endret. For listeinnbyggere som bruker fire legemidler eller mer, skal fastlegen gjennomføre en legemiddelgjennomgang når dette anses nødvendig ut fra en medisinsk vurdering. Fastlegen skal gi en oppdatert legemiddelliste til andre tjenesteytere i helse- og omsorgstjenesten dersom dette er nødvendig for å gi et forsvarlig tilbud til listeinnbyggeren.
- Fastlegen skal delta i oppfølgingen av sykemeldte listeinnbyggere, dersom fastlegen er sykemelder. Fastlegen skal gjennom sin medisinske oppfølging av listeinnbyggere bidra til at varig arbeidsuførhet unngås eller utsettes lengst mulig.
- Fastlegen skal avgi nødvendige data til styrings- og kvalitetsformål for å ivareta myndighetenes ansvar for et forsvarlig allmennlegetilbud og faglig utvikling av allmennlegetjenesten. Staten, eller kommunen i samarbeid med fastlegen, fastsetter hvilke data som skal avgis.

Fastleger har altså et omfattende sørge-for-ansvar for innbyggerne som står på deres liste. Flere tar til orde for at dagens kravliste til fastleger fører til mange timer med papirarbeid etter at arbeidsdagen egentlig er over (jf. Jens-Øyvind Samuelsen, Dagens Medisin 19. september 2017). Det meldes også om et økende og omfattende dokumentasjonsarbeid, som fraværstester, førerkortattester og dokumentasjonsarbeid i forbindelse med tegning av helseforsikring. Ifølge Folkehelseinstituttet skjedde det en økning i fastlegekonsultasjoner på 30 pst. i aldersgruppen 16–18 år høsten 2016, samtidig som uttaket av reseptpliktige legemidler i samme aldersgruppe økte. Det er sannsynlig at disse endringene er en konsekvens av de nye fraværreglene i videregående skole (Tidsskriftet Den norske legeforening 23. august 2017).

Utviklingen i fastlegeordningen bekymrer også kommunenes interesseorganisasjon, KS. De skriver om fastlegeordningen at:

«Vilkårene for ordningen er i hovedsak uendret siden starten, men oppgavene legene er pålagt er blitt flere, og ansvaret øker»

(Replikk av styreleder i KS, Gunn Marit Helgesen, VG 8. september 2017).

I fastlegeforskriften oppgis det at fastlegen ikke skal ha flere enn 2 500 personer på sin liste. Fra 2001 til 2014 har det vært en beskjeden reduksjon i gjennomsnittlig listelengde fra 1 162 innbyggere til 1 124 innbyggere (Helsedirektoratet, 2015).

Forslagsstillerne mener at det i dag ikke er samsvar mellom kapasiteten i fastlegeordningen og oppgaver og ansvar. Forslagsstillerne mener at listelengden må reduseres og listetaket må reguleres, at tid som brukes på dokumentasjon, må ned, og at kapasiteten i fastlegeordningen og allmennlegetjenesten i kommunene må styrkes, slik det ble lovet da samhandlingsreformen ble vedtatt.

Legevaktstjenesten

Legevaktstjeneste er i dag en del av fastlegenes arbeid som må løses utenfor ordinær arbeidstid. Akuttutvalget (NOU 2015: 17 Først og fremst — Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus) oppgir at:

«Deltakelse i legevakt er obligatorisk for fastleger. Det gis rett til fritak under visse forutsetninger, men undersøkelser viser at langt flere enn dem som formelt har rett til fritak, ikke deltar i legevakt (Sandvik & Hunskaar, 2015). () Sandvik, Hunskaar & Diaz (2012) har vist at fastlegenes deltakelse i legevakt varierer mellom sentrale og desentrale strøk av landet. I de mest rurale områdene er så mye som 77 pst. av fastlegene med i legevakt, mens i de mest sentrale områdene er deltagelsen så lav som 42 pst. Samme studie viste at kvinnelige fastleger har lavere vakt-deltakelse enn mannlige i alle aldersgrupper og med færre pasientkontakter. Vakt-deltakelsen avtar med fastlegenes alder og med økende listelengde. Innvandrers fastleger med kort botid i Norge har den høyeste vakt-deltakelsen (81 pst.). Fastlegenes andel av aktiviteten i legevakt har falt nokså jevnt i perioden 2006–2014 (Sandvik & Hunskaar, 2015). Andelen deltakende spesialister i allmennmedisin har også falt i samme periode. Andelen av kontaktene som utføres av de mest kompetente legene, spesialister i allmennmedisin og erfarne fastleger som deltar i vakt, er beskjeden og fallende. Det er relativt store forskjeller i inntektsmulighetene i legevaktarbeid mellom sentrale og mindre sentrale strøk i landet (Brandstorp, 2014). Inntektspotensialet for leger i legevaktstjeneste er stort i sentrale områder og mindre i spredtbygde områder og avlønnes her til dels med beredskapslønn for å sikre en viss inntekt. Ifølge NSDM er det et paradoks at legene i små distrikter har den høyeste vaktbelastningen og den minste inntekten på vakt.»

Forslagsstillerne mener akuttutvalgets beskrivelse må tas på alvor og følges av tiltak for å sikre kvalitet i og rekruttering til legevaktstjenesten. Forslagsstillerne viser til representantforslag fra stortingsrepresentantene Janne Sjelmo Nordås, Per Olaf Lundteigen og Kjersti Toppe om tiltak for å styrke det akuttmedisinske tilbudet utenfor sykehus, inkludert legevakt og ambulanse, Dokument 8:34 S (2016–2017), jf. Innst. 244 S (2016–2017), som bygget på akuttutvalgets forslag.

Akuttutvalget mener kvalitet i og rekruttering til legevaktstjenesten må styrkes og at legevakt er en sentral del av allmennmedisinen som fastlegene er best skikket til å ivareta. Blant utvalgets anbefalinger som knytter seg til lønn og arbeidstid, er at:

- Fastlønn og utvidet bruk av faste stillinger i legevakt bør innføres med sikte på å endre prioriteringen i tjenesten og bedre rekrutteringen.
- Det bør legges bedre til rette for flere fastlønnte legestillinger i kommunene som kan inngå i ulike øyeblikkelig hjelp-tilbud som blant annet legevakt.
- Nasjonale myndigheter må stimulere til at fastlønn tas i bruk i større grad i legevaktstjenesten, og det bør settes i gang et arbeid for å analysere og utrede nærmere virkningene av utvidet bruk av fastlønn i legevaktarbeid.
- Det må legges til rette for at legevaktarbeid planlegges og inngår i regulert arbeidstid, slik at den enkelte lege får større forutsigbarhet for omfanget av sin arbeidstid.

Utvalget anbefaler også at departementet bør initiere et arbeid for å styrke fastlegeordningen, slik at den støtter oppunder utvalgets forslag til tiltak for å styrke legevakten. Samt at:

«Det må etableres krav til legevaktstjenesten som sikrer legevaktspersonellets trygghet og sikkerhet med minimumsbemanning på to personer lege og annet helsepersonell. Ved utrykning og sykebesøk må lege og støttepersonell dra sammen og legevakten skal ha tilgang til uniformert kjøretøy. Legevakt bør telle i resertifisering for spesialiteten i allmennmedisin.»

Legeutdanningene og kommunehelsetjenesten

Det er en myndighetsoppgave å sikre at legeutdanningene og spesialiseringssløpene fører til rekruttering av leger til alle deler av helsetjenesten og til alle deler av landet. I dag er det svært stor forskjell i legestudenters praksiserfaring fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I kommunehelsetjenesten har legestudentene gjerne kun seks uker med utplassering i løpet av et seks års studium. I dag finansierer helseforetakene praksis i sykehus, mens studiestedene (universitetene) må finansiere praksis i kommunehelsetjenesten, uten særskilte bevilgninger til dette.

Forslagsstillerne mener skjevheten i praksismengde og i finansiering må rettes opp. Studiestedene må gis incentiver, også økonomiske, til å prioritere praksis i kommunehelsetjenesten. For studentene vil mer tid i kommunehelsetjenesten i en godt tilrettelagt praksis kunne føre til økt motivasjon til å velge kommunehelsetjenesten som arbeidssted etter endt utdanning. Det må opprettes flere utdanningsstillinger i allmennmedisin i kommunehelsetjenesten.

Forslagsstillerne mener at alle leger under spesialisering må få tilbud om å delta i et fastlønnssystem, som i pilotprosjektet ALIS-Vest. Dette pilotprosjektet for spesialisering i allmennmedisin i Hordaland og Sogn og Fjordane innebærer at leger i spesialisering i allmennmedisin ansettes i faste utdanningsstillinger i fem år. Bakgrunnen for prosjektet er todelt. Det ene er å få et

godt faglig innhold i spesialistutdanningen, og det andre er å sikre rekruttering til fastlegehjemlene og andre allmennmedisinske oppgaver i kommunene. Forslagsstillerne mener ALIS må bli en fast nasjonal ordning.

Forslagsstillerne viser til at det mange steder i landet meldes om vanskeligheter med å rekruttere når fastlegehjemler utlyses og at dette blant annet knytter seg til høye kostnader for å kjøpe seg inn i en legepraksis. VG skrev 1. september 2017 at nå har legemangelen som har vært et problem i distriktene, også nådd byene. Gjøvik lyser ut en legestilling for tredje gang. I Moss og Sandefjord er det få søkere til ledige jobber. I Trondheim ansettes det nå lege etter andre gangs utlysning. Fra Gjøvik oppgis det i artikkelen at en fastlegepraksis koster 1,2 mill. kroner. Det synes klart at nyutdannede medisinere studenter og andre yngre leger gjerne vegrer seg for å ta opp lån og investere for å sikre seg en spesialistutdanning i allmennmedisin. Som hovedregel må en kunne spesialisere seg i allmennmedisin gjennom et fastlønnssystem, slik som leger i spesialisering på sykehus. Fastlønn bør også være en mulighet for ferdig utdannede, og kommuner bør oppmuntres til å tilby fastlønn som rekrutteringstiltak.

Forslagsstillerne viser til at legedekning er en særskilt utfordring for rekrutteringssvake områder. Omleggingen til en søknadsbasert turnustjeneste kan ramme distriktene hardest, blant annet fordi rekrutteringssvake områder ikke utlyses først, slik ordningen opprinnelig var tiltenkt, og på grunn av ordningen med «restetorg» der kandidater som er tildelt plass, kan velge seg bort ifra denne igjen. Forslagsstillerne viser til at helse- og omsorgsminister Bent Høie under behandlingen av representantforslag om turnusordningen for leger, Dokument 8:58 S (2016–2017), jf. Innst. 281 S (2016–2017), varslet at det skal komme en evaluering av turnusordningen i 2018. Forslagsstillerne mener at denne evalueringen må føre til tiltak som kan rette på åpenbare svakheter ved dagens ordning. Det bør vurderes ulike incentiver og endringer for å styrke rekruttering av leger til rekrutteringssvake områder.

Politiske beslutninger og signaler

I sin politiske plattform underskrevet på Sundvolden 7. oktober 2013 oppga regjeringen Solberg at den ville:

- Utarbeide en handlingsplan om tilgjengelighet, kvalitet og kompetanse i fastlegetjenesten.
- Endre refusjonssystemet i fastlegetjenesten for å legge til rette for økt bruk av annet helsepersonell i tilknytning til fastlegekontorene.

Dette har ikke regjeringen fulgt opp i forrige stortingsperiode. Det foreligger ikke en slik handlingsplan, selv om utfordringene er komplekse og krever tiltak på

en rekke områder. Avlastning av fastlegene ved at andre helseprofesjoner kan overta støtteoppgaver, fremheves som en løsning på kapasitetsutfordringene. Men i dag legger ikke takstsystemet for fastlegetjenesten til rette for dette.

I primærhelsemeldingen (Meld. St. 26 (2014–2015) jf. Innst. 40 S (2015–2016)) ble primærhelseteam lansert som en løsning. Under behandlingen av Dokument 8:92 S (2016–2017), jf. Innst. 450 S (2016–2017), om rekruttering av fastleger i Stortinget 19. juni 2017, viste helse- og omsorgsministeren særlig til pilot for primærhelseteam. Piloten skal ifølge statsråden starte i 2018 og er utarbeidet under ledelse av Helsedirektoratet. Den skal starte i seks kommuner og vare i tre år. Statsråden har også ved flere anledninger vist til at Helsedirektoratet er gitt i oppgave å kartlegge hvilke oppgaver fastlegene bruker tid på. Det blir også vist til at det er satt ned et utvalg som skal se på prioriteringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som også skal se på fastlegene og deres rolle (VG 5. september 2017). Utover dette har regjeringen ved helse- og omsorgsministeren lagt stor vekt på at det er kommunenes ansvar når de sliter med rekruttering til fastlegestillinger (f. eks. videointervju med helse- og omsorgsminister Bent Høie i VG 30. august 2017 og leserinnlegg fra helse- og omsorgsminister Bent Høie i VG 5. september 2017).

Forslagsstillerne mener utfordringene fastlegeordningen står overfor, krever en helt annen vilje til politisk handling enn hva som har vært tilfellet til nå. Primærhelseteam kan være en måte å organisere arbeidet på. Uavhengig av arbeidets organisering skal befolkningens behov møtes på en god måte, og befolkningens behov for lokale legetjenester og fastlegen vil øke i årene som kommer. Politiske myndigheter kommer derfor ikke utenom at antallet fastleger må økes, finansieringen må bedres, det må bli flere utdanningsstillinger med tilbud om fastlønn og den enkelte fastleges arbeidsbelastning og listelengde må ned. Myndighetene må ta grep for å redusere de mer administrative oppgaver fastlegene i dag er satt til å løse, eksempelvis knyttet til fraværsgrense og inngåelse av private helseforsikringer. Arbeidets organisering og finansiering må legges bedre til rette for ordinære yrkes- og familieliv. Dette er avgjørende for å styrke legevaktstjenesten, og det er avgjørende for å trygge fastlegeordningen.

Forslag

På denne bakgrunn fremmes følgende

f o r s l a g :

1. Stortinget ber regjeringen evaluere fastlegereformen innen juni 2018 og fremme nødvendige tiltak for å styrke ordningen i statsbudsjettet for 2019.

2. Stortinget ber regjeringen følge opp samhandlingsreformen og på egnet vis legge fram en konkret opptrappingsplan for legedekning i primærhelsetjenesten generelt og fastlegeordningen spesielt.
3. Stortinget ber regjeringen om straks å starte arbeidet med å gjennomgå finansierungsordningene og redusere gjennomsnittlig listelengde i fastlegeordningen.
4. Stortinget ber regjeringen sørge for en gradvis opptrapping av utdanningsstillinger i allmennmedisin, og informere Stortinget på egnet vis om dette arbeidet.
5. Stortinget ber regjeringen gjøre prosjektordningen med allmennlege i spesialisering (ALIS) til en nasjonal ordning, der allmennleger i spesialisering sikres tilbud om fastlønn.
6. Stortinget ber regjeringen sikre medisinstudenter mer praksis i kommunehelsetjenesten, og snarest mulig innføre en særskilt finansiering av slik praksis i regi av universitetene.
7. Stortinget ber regjeringen innføre tiltak for å gjøre fastlegearbeidet mindre byråkratisk og redusere dokumentasjonsarbeidet og arbeidsbyrden til fastlegene, og informere Stortinget om dette arbeidet på egnet vis.
8. Stortinget ber regjeringen fremme egen sak til Stortinget om forbedringer i legevaktsordningen som også bidrar til rekruttering til fastlegeordningen.
9. Stortinget ber regjeringen i lys av den varslede evalueringen av turnusordningen fremme nødvendige forslag til endringer og økonomiske incentiver for å styrke rekruttering av medisinstudenter til lokalsykehus og rekrutteringssvake områder i kommunehelsetjenesten.
10. Stortinget ber regjeringen fremme forslag om nødvendige endringer i regelverk og finansierungsordninger for å legge til rette for mer bruk av annet helsepersonell enn leger i og tilknyttet fastlegekontorene.

10. oktober 2017

Kjersti Toppe

Per Olaf Lundteigen

Willfred Nordlund

Ivar Odnes

