



Byrådssak /24

Saksframstilling

Vår referanse: 2024/100997-2

Innspill fra Bergen kommune til stortingsmelding om allmennlegetjenesten

Hva saken gjelder:

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt invitasjon til å gi innspill til stortingsmelding for allmennlegetjenesten.

Fastlegene og allmennlegetjenestene er fundamentet for vår felles helse- og omsorgstjeneste. Disse tjenestene er avgjørende for at flere og mer avanserte oppgaver kan løses nær der folk bor, for god oppgavedeling og sammenheng mellom tjenester og for en trygg akuttmedisinsk kjede. Videre er en tilgjengelig allmennlegetjeneste med kapasitet og kvalitet, av stor betydning for å få ned ventetidene i spesialisthelsetjenesten.

Allmennlegetjenestene må organiseres og finansieres på en måte som fremmer kvalitet, effektivitet, rett bruk av kompetanse, arbeidsdeling og innovasjon. Regjeringen ber i invitasjonen om innspill til hvordan vi kan skape en attraktiv og fremtidsrettet allmennlegetjeneste med utgangspunkt i følgende spørsmål:

- Hvordan bør fastlegekontorene organiseres for å legge til rette for
 - et tverrfaglig tilbud med god oppgavedeling og bruk av kompetanse i fastlegekontorene
 - få en tydelig ledelse i og av fastlegekontorene
 - få en tettere integrering mellom allmennlegetjenestene og de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene
 - styrke innsatsen for pasientene med store og sammensatte behov
- Hvordan kan vi rekruttere og beholde yngre leger som fastlege eller i andre allmennlegetjenester?
- Hvordan kan vi møte behovet for kompetanse og kapasitet i allmennlegetjenestene som følge av økt medisinsk kompleksitet og flere eldre?
- Hvordan digitalisering kan påvirke og bidra til å løse behov vi ser vi har i dag og vil få i fremtiden.
- Hvordan kan vi forbedre allmennlegetjenestene i sykehjemmene, fengselshelsetjenesten og helsestasjons- og skolehelsetjenesten?
- Hva er viktig for innbyggerne i møte med allmennlegetjenestene?
- Hvordan kan det legges til rette for kloke valg i tjenesten og i befolkningen?

Bergen kommunes innspill til de enkelte spørsmålene framgår av saksframstillingen.

Høringsfrist: 16.09.2024.

Helse- og omsorgsdepartementet har etter søknad innvilget utsatt frist til 27.09.2024.

Byrådets vurdering og forslag til høringsuttalelse:

Bergen bystyre har i løpet av det siste året behandlet to saker av prinsipiell betydning for allmennlegetjenesten og organiseringen av fastlegeordningen: Bergen kommunes [strategi for fastlegeordningen 2024-2028](#) (sak 2023/26492) og [kommunens høringsuttalelse](#) til rapporten «Gjennomgang av allmennlegetjenesten», ved ekspertutvalget for allmennlegetjenesten.

Bergen kommunes innspill til de enkelte spørsmålene framgår av saksframstillingen.

Bergen kommunes innspill til stortingsmelding for allmennlegetjenesten er i stor grad hentet fra ovennevnte saker. Byrådet har i sakens anledning i tillegg bedt de kommunale medvirkningsrådene om å gi innspill til hva som er viktig for innbyggerne i møte med allmennlegetjenesten.

Vedtakskompetanse:

Byrådets fullmakter § 6, vedtatt av bystyret 16. desember 2020 i sak 378/20: Høringsuttalelser i prinsipielle saker som samtidig innebærer politiske avveininger, skal avgis av bystyret.

Saken anses å være prinsipiell og innebære politiske avveininger.

Forretningsutvalget har i møte 20.08.2024 i sak 269/24 fattet følgende vedtak: Utvalg for helse og sosial avgir innspillssvar til «Innspill til stortingsmelding om allmennlegetjenesten» på vegne av Bergen kommune.

Byrådet innstiller til utvalg for helse og sosial å fatte følgende vedtak:

Bergen kommune avgir innspill til «Stortingsmelding om allmennlegetjenesten» slik den fremkommer av byrådets forslag.

Dato: 3. september 2024

Christine B. Meyer
Byrådsleder

Marte Joan Monstad
Byråd for eldre, helse og omsorg

Dokumentet er godkjent elektronisk.

Vedlegg:

Invitasjon til å gi innspill til stortingsmelding om allmennlegetjenesten
Innspill til stortingsmelding om allmennlegetjenesten. Forslag fra Eldrerådet
Innspill fra kommunalt råd for personer med funksjonsnedsettelse til stortingsmelding om allmennlegetjenesten.
Høringsuttalelse - Gjennomgang av allmennlegetjenesten

Saksframstilling:

Hva er viktig for innbyggerne i møte med allmennlegetjenestene?

Byrådet har bedt de kommunale medvirkningsrådene om å gi innspill til hva som er viktig for innbyggerne i møte med allmennlegetjenesten. Innspillene er vedlagt saken.

Hvordan kan vi rekruttere og beholde yngre leger som fastleger eller i andre allmennlegetjenester?

Bergen kommune har vedtatt en [lokal tiltakspakke](#) med differensierte virkemidler for å rekruttere og beholde fastleger i ulike livssituasjoner og med ulike behov. Tiltakene treffer også yngre leger. Tiltakene for å rekruttere og beholde fastleger i Bergen kommunen evalueres årlig i samarbeid med de tillitsvalgte fastlegene. I Bergen kommunes strategi for fastlegeordningen fremheves følgende strategiske grep som viktige for å rekruttere og beholde yngre leger til fastlegeordningen:

- Fastlegene må oppleve at det legges til rette for en håndterbar arbeidshverdag, normalarbeidstid og gode arbeidsvilkår gjennom et livsløp, med tilpassing til familieliv, livssituasjon og spesialiseringsløp
- Kommunen må gi støtte og oppfølging til fastlegene og sikre effektive kanaler for god dialog mellom kommunen og fastlegene
- Etablere en effektiv og pålitelig vikarordning for leger og helsesekretærer, og bistå fastlegene med å skaffe vikar utover den kollegiale fraværdeknningen
- Tilrettelegge for faglig utvikling og kvalitetsutvikling for fastlegene og arrangere og gi støtte til kurs som kreves for å vedlikeholde spesialitet, emnekurs, utdanning, samtrening og veiledning
- Starte rekrutteringen tidlig og introdusere medisinstudenter til fastlegeyrket tidlig i studieløpet. Godt samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og kommunen er helt nødvendig
- Tilby en oppstartspakke for nye fastleger, med oppstarthjelp og en forsiktig start med korte lister og tid til administrasjon
- Sikre at medisnutdanningene har nok praksisplasser ved fastlegekontorene gjennom prosjektet [FRONESIS](#).

Bergen kommunes viser i tillegg til kommunens [høringsuttalelse](#) til rapporten «Gjennomgang av allmennlegetjenesten», ved ekspertutvalget for allmennlegetjenesten (vedlagt saken).

Hvordan kan vi møte behovene som følge av flere eldre og økt medisinsk kompleksitet i kommunale helse- og omsorgstjenester?

- Hva staten bør gjøre:

Kommunens lovpålagte oppgaver for helse- og omsorgstjenester, er gitt i form av rettslige standarder i lov. Nasjonale veiledere konkretiserer de rettigheter innbyggerne har, og veiledere har dermed stor påvirkning på kommunenes forpliktelser. Når innhold i eller omfang av hva som skal til for å gi en forsvarlig tjeneste endres, innvirker det direkte på ressursbruken i kommunene.

En gjennomgående svakhet ved de ulike normerende produktene fra direktoratet, er at det i liten grad gjøres samfunnsøkonomiske vurderinger av ulike tiltak. I en tid hvor det må gjøres strengere prioriteringer, er det svært viktig at normerende publikasjoner fra direktoratet understøtter dette – fremfor å øke forventninger til hva kommunene skal tilby innbyggerne.

Gjennom nasjonale veiledere og særlig Samhandlingsreformen som ble innført i 2009, er det gjennomført omfattende overføring av oppgaver til kommunene. Samtidig har ny kunnskap

og faglig utvikling økt kravene som stilles for at helse- og omsorgstjenesten skal være forsvarlige. Det meste av oppgaveoverføringene og skjerping av krav som følge av ny kunnskap er skjedd uten at det er gjort vurderinger av økonomiske konsekvenser eller tilført ressurser.

Kommunene har et stort ansvar for å sikre at innbyggerne som får behov for hjelp blir møtt av kompetent personell som sikrer at tilstander undersøkes grundig og setter den enkelte i stand til å i størst mulig grad gjenvinne funksjoner og kontroll over eget liv. Det er ikke populært å stramme inn på det som oppleves å være gitt som løfter og som ofte også er formulert som anbefalinger i direktoratets ulike normerende publikasjoner. For å sikre bærekraft i helsetjenestene, er det helt nødvendig at staten bidrar ved å revurdere sine ulike normerende publikasjoner og legge større vekt på å vurdere samfunnsøkonomisk nytte av ulike tiltak som krever tid fra helsepersonell.

- **Hva kommunen kan gjøre:**

Det jobbes kontinuerlig med å finne mer effektive måter å yte helsehjelp til eldre på. Bergen kommune har de seneste årene gjort store endringer i sitt tjenestetilbud til eldre for å sikre bedre ressursutnyttelse og mer bærekraft i tjenestene. Her er noen av de viktigste grepene Bergen kommune har gjort:

- HeltOm er teambasert organisering for helsepersonell som gir hjelp til hjemmeboende. Ansatte med minimum treårig helsefaglig utdanning arbeider i helsetjenesteteam. Helsefagarbeidere og assistenter jobber i omsorgsteam. I teamene jobber de ulike yrkesgruppene mer selvstendig. Ansvar og oppgaver er tydeligere fordelt mellom yrkesgruppene. Tilbakemeldinger fra de ansatte viser at de opplever økt ansvar, faglighet og tillit. De ansatte jobber mer målrettet. Faglige vurderinger ligger i større grad enn tidligere til grunn for arbeidet. Kommunen forventer at HeltOm vil bidra til at helsepersonellressursene brukes mer effektivt.
- NORCE og Senter for omsorgsforskning, vest, ved Høgskulen på Vestlandet, forsker på innføringen av helsetjenesteteam og omsorgsteam (INCA: Innovation in municipal home-based healthcare services).
- Sykepleierteam på sykehjem: Sykepleierne på Sandsli bo- og aktivitetssenter er organisert i et eget sykepleierteam. Sandsli består av 120 sykehjemsplasser, 30 omsorg pluss-leiligheter og et aktivitetssenter for hjemmeboende med demens. Sykepleierteamet jobber på tvers av avdelingene og gir helsetjenester til de som må ha hjelp av en sykepleier. På denne måten blir sykepleierressursene brukt der det er behov for dem, og helsefagarbeiderne får brukt sin kompetanse til fulle. Det er helsefagarbeidere som driver og leder avdelingene på sykehjemmet. Kommunen erfarer at sykepleierteamene bidrar til at helsepersonellressursene blir brukt mer målrettet, noe som kommer både innbyggerne og helse- og omsorgstjenestene til gode.
- Når nye personer søker om helse- og omsorgstjenester, settes vurderingsteamet inn. Teamet gir helsetjenester til søkeren i inntil fire uker, samtidig som de kartlegger og vurderer søkerens behov. Det er først etter at vurderingsteamet er ferdige, at det fattes vedtak om tildeling av konkrete tjenester. Da overføres ansvaret for brukeren til tjenesteleverandørene med ansvar for tjenestene de trenger.

Søkerne har vært svært fornøyde, og mange blir selvhjulpne i løpet av tiden vurderingsteamet følger dem opp. Det er i tråd med målet, som er at den enkelte mestrer hverdagen og blir selvhjulpne.

Bergen kommune erfarer at om lag 23 % av alle som søker hjelp, klarer seg selv uten videre tjenester etter at vurderingsteamet har hjulpet dem. Mange får andre tjenester enn det de i utgangspunktet søkte om, for eksempel rehabilitering og velferdsteknologi, fordi de har fått en mer grundig kartlegging. Målet er at den enkelte mestrer hverdagen og blir selvhjulpen.

Norges forskningsråd har bevilget 16 millioner kroner til forskning på virkningene av vurderingsteam i hjemmetjenestene. Forskningsprosjektet skal gjøre en vitenskapelig evaluering av vurderingsteamenes virkninger, sammenliknet med den tradisjonelle måten å tildele hjemmetjenester på. Det inkluderer virkninger for ansatte og brukere, og virkninger for samfunnet.

Hvordan kan digitalisering påvirke og bidra til å løse behov vi har i dag og i fremtiden?

Digitalisering kan effektivisere allmennlegetjenesten, men kan også bidra til overforbruk av helse- og omsorgstjenester dersom de digitale tjenestene kommer i tillegg til de fysiske konsultasjonene og dermed øker den samlede belastningen på helsetjenestene. Digitale løsninger som tas i bruk må som hovedregel kunne ha en helsepersonellbesparende effekt.

E-konsultasjoner og bruk av Helsenorge.no for fornying av resepter og sykemeldinger kan gi færre besøk på fastlegekontor og legevakt. Forutsatt at man unngår overforbruk, kan effekten av digitalisering være bedre tid på fastlegekontor og legevakt, og gevinsten kan være bedre tilgjengelighet for de som trenger det.

Bergen kommune utforsker mulighetene innen digital hjemmeoppfølging.

Det er etablert et prosjekt som skal planlegge og gjennomføre en utprøving av digital oppfølging i hjemmet, rettet mot brukere av kommunale helsetjenester i samarbeid med fastlege og helseforetak. Formålet med utprøvingen er å teste ut nye måter å yte helsetjenester på, som vil sette brukerne i stand til å håndtere egen helse med støtte fra helsepersonell og teknologi. Tjenesten vil også sikte seg inn mot å støtte pårørende i deres omsorgsfunksjon, og inkludere dem som en ressurs i digital hjemmeoppfølging. Ønskede effekter ved digital hjemmeoppfølging vil både være av kvalitetsmessig karakter for enkelte bruker, deres nære, helsepersonell i utøvende tjeneste, og en reduksjon i forbruk av helsetjenester.

Et godt eksempel på digital samhandling er Pasientens Legemiddelliste (PLL). PLL skal bidra til bedre pasientsikkerhet og kvalitet i pasientbehandling, ved at leger og annet helsepersonell har tilgang til en felles liste som viser pasientens legemiddelinformasjon. I tillegg til å øke pasientsikkerheten, vil helsepersonell bruke mindre tid på å hente frem legemiddelinformasjon med PLL.

Det er viktig å understreke at digitale løsninger er best egnet for de som har god helsekompetanse og er digitale fra før av. Det er viktig å ikke glemme at det finnes en stor gruppe innbyggere i samfunnet som ikke kan nyttiggjøre seg av digitale løsninger. Helse- og omsorgstjenesten skal også ivareta denne pasientgruppen.

Hvordan vi kan vi forbedre allmennlegetjenestene i sykehjem, fengselshelsetjenesten samt helsestasjons- og skolehelsetjenesten?

Bergen kommune vil her trekke frem sine gode erfaringer med en egen enhet for sykehjemsmedisin og en palliativ eldre medisinsk legevakt (PELV). PELV er et eget vaktlag med sykehjemsleger som har i hovedoppgave å betjene sykehjemmene med legetjenester utenom ordinær arbeidstid og på dag/kveld i helgene. PELV gir også legehjelp til hjemmeboende palliative pasienter og pasienter i livets siste fase. PELV bidrar til at en unngår unødvendige forflytninger mellom hjem, sykehjem og sykehus mot livets slutt.

Bergen kommune har også ansvar for å gi helsetjenester til innsatte i Bergen fengsel og Bjørgvin fengsel og drives med særskilt tilskudd fra staten. Innsatte i fengsel har gjennomgående dårligere helse enn resten av befolkningen. Hovedfokuset til Fengselshelsetjenesten er forebyggende- og helsefremmende arbeid. Tjenesten har, i samarbeid med kriminalomsorgen, lagt vekt på tilrettelegging av soningsforhold til innsatte med større hjelpebehov. Det er flere eldre som soner og andelen med psykiske lidelser er økende.

For å kunne opprettholde dagens helse- og omsorgstjenestetilbud til innsatte i Bergen og Bjørgvin fengsel, har Bergen kommune måttet supplere det statlige tilskuddet med 2,7 millioner kr i 2023. Kommunens supplement til det statlige tilskuddet øker fra år til år. Skal helsetilbudet til innsatte opprettholdes eller forbedres, er Bergen kommune avhengig av at tilbudet fullfinansieres av staten.

Hvordan det kan legges til rette for kloke valg i tjenesten og i befolkningen?

Medisinsk overaktivitet (overutredning, overdiagnostikk og overbehandling) har betydelig potensial for å skade pasientene og bør først og fremst unngås på grunn av dette. Men det er mange drivere for medisinsk overaktivitet, ikke minst en utbredt misforståelse i befolkningen om at jo flere undersøkelser, jo bedre, og jo mer behandling, jo bedre. Tiltak for kloke valg i tjenestene må derfor suppleres med omfattende informasjon til befolkningen om potensielle skadevirkninger av medisinsk overaktivitet.

Befolkningsinformasjonskampanjer treffer ofte skjevt. De med høy sosioøkonomisk status nyttiggjør seg informasjonen bedre enn de med færre ressurser. Informasjon til befolkningen må derfor utarbeides med utgangspunkt i kunnskap om disse skjevhetene i befolkningen.



BERGEN
KOMMUNE

Eldrerådet

Til
BEHO - Kommunaldirektørens stab
(Arbeidssted) v/Helga Katrine Sagen

Fra
Eldrerådet

Intern korrespondanse

Vår referanse: 2024/00193-57
Saksbehandler: Ragnhild Hvoslef Krüger
Dato: 21. august 2024

Innspill til stortingsmelding om allmennlegetjenesten. Forslag fra eldrerådet

Eldrerådet behandlet saken i møte 14. august, sak 120/24 og beklager at dette innspillet kommer litt sent.

Rådet fikk spørsmål om «Hva er viktig for innbyggerne i møte med allmennlegetjenesten?».

Det må være nok støtte rundt legene til at de kan bruke tiden sin på det viktige. Dette innebærer også at det må være lett å få kontakt med legekontoret, både på telefon og på andre måter.

Det må bli bedre samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.

Eldrerådet har vært opptatt av at man må endre de nasjonale reglene for reduksjon av fastlegelister slik personer over 80 år skjermes for tilfeldig uttrekk og ikke risikerer å miste fastlegen sin.

Med hilsen
Eldrerådet

Nils Mæhle - leder
Ragnhild Hvoslef Krüger - seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk.

Kopi:



Til
BEHO - Kommunaldirektørens stab
(Arbeidssted) v/Helga Katrine Sagen

Fra
Kommunalt råd for personer med
funksjonsnedsettelse

Intern korrespondanse

Vår referanse: 2024/05173-105
Saksbehandler: Ragnhild Hvoslef Krüger
Dato: 21. august 2024

Innspill fra kommunalt råd for personer med funksjonsnedsettelse til stortingsmelding om allmennlegetjenesten.

KRPF behandlet saken i møte 13. august, sak 124/24 og vil gjerne takke for muligheten til å komme med innspill til stortingsmelding om allmennlegetjenesten.

Rådet var blitt bedt om å svare på spørsmålet «Hva er viktig for innbyggerne i møte med allmennlegetjenesten»?

Noen hovedpunkter

Allmennlegeordningen omfatter fastlegeordningen og legevaktordningen. Viktig for innbyggerne:

- Stabilitet, dvs. ikke stadig nye vikarer.
- Mer universelt tilgjengelige legekontor, flere legekontor i Bergen er ikke universelt tilgjengelige.
- Kortere venteliste på timer, noen leger i Bergen har over en måned ventetid for å få time.
- Ved skifte av fastlege, at legen setter seg inn i saken til pasientene
- At en blir ivaretatt på en god måte, f.eks. ikke blir behandlet nedlatende.
- At legen ser hele pasienten, spesielt viktig om en har flere ulike helseutfordringer/sykdommer.
- God oppfølging når det oppstår helsemessige utfordringer, oppfølging også i forhold til spesialisthelsetjenesten.
- Mulighet for å skifte fastlege, spesielt i de tilfellene der en i praksis ikke har noen lege å gå til selv om en på papiret har en fastlege.
- God tilgjengelighet til legevaktjenester som er universelt utformet og måter å kontakte legevakten på som gjør at alle kan benytte den.
- En allmennlegeordning som er fullfinansiert av Staten – kommunale utgifter til allmennlegeordningen = kutt i andre ting i kommunen som kan gå utover sårbare grupper.
- Legen må samarbeide med kommunen og ha kunnskap om hjelpemidler og annen mulighet til oppfølging

Spesielt om hørsel

Det vil bli nødvendig med mer fokus på hørsel under utdannelsen for allmennlegene, herunder de utfordringene, både fysisk og psykisk, dette medfører for pasientene. Forskning viser at nærmere 20% av befolkningen vil bli avhengig av hørselshjelpemidler. Med den

varslete økningen av eldre er det viktig å fokusere på denne gruppen, da hørselshjelpemidler, herunder høreapparat, motvirker demens, ifølge forskning. Økning av demens forekomst i befolkningen, innebærer at de totale helse - og omsorgskostnadene knyttet til demens er på ca 28 milliarder, ifølge helsedirektoratet.no.

Økt fokus på hørselskompetanse hos fastlegene, både under utdannelsen og som etterutdanning/kurs vil gi fastlegene nødvendige verktøy for å møte denne gruppen. Bedre samhandling innen hørselsomsorgen er også nødvendig da informasjonen ut til pasientene om hvem-som-gjør-hva er preget av tilfeldigheter.

Det er også stort behov for å minske ventetidene, både for å få time til hørselsundersøkelser samt ventetid for tildeling av høreapparat og oppfølgingstime for justeringer. Alt for mange gir opp i dagens tidkrevende system som igjen fører til sosial isolasjon, psykiske utfordringer, sykemeldinger og i ytterste konsekvens; økte forekomster av demens. Det er mye å spare, i et samfunnsøkonomisk aspekt, på mer fokus på hørselskompetanse hos fastlegene. Her er det også viktig at man kan prioritere de som har størst behov for hjelp.

Spesielt om kommunikasjon

Legene må generelt bli flinkere til å kommunisere med pasienter og å møte dem der de er. Det er viktig at man blir møtt på en positiv og respektfull måte, og at språket tilpasses den som skal forstå, at det ikke brukes for mye fagspråk.

Mer spesielt er det mange leger som trenger å øke kompetansen på kommunikasjon med personer med utviklingshemming og andre kognitive utfordringer.

Med hilsen
Kommunalt råd for personer med funksjonsnedsettelse

Sonja Ljostveit - leder
Ragnhild Hvoslef Krüger - seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk.

Kopi:



Byrådssak /23

Saksframstilling

Vår referanse: 2023/162260-5

Høringsuttalelse - Gjennomgang av allmennlegetjenesten

Hva saken gjelder:

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring rapporten «Gjennomgang av allmennlegetjenesten», ved ekspertutvalget for allmennlegetjenesten.

Høringsfrist: 23.september 2023.

Søkt utsatt frist til 18.oktober, men bare innvilget utsettelse til 9.oktober. Innstillingen blir sendt inn som et foreløpig høringssvar innen frist og eventuelle endringer som følge av bystyrebehandlingen blir ettersendt.

Ekspertutvalget ble nedsatt 11. august 2022 med formål om å utrede tiltak for å gjøre fastlegeordningen mer bærekraftig. Utvalget skulle minimum utrede forhold knyttet til organisering og finansiering av fastlegeordningen, legevakt og kompetanse.

Utvalget skriver at vi som samfunn må bli mer opptatt av formålstjenlig og effektiv utnyttelse og prioritering av ressursene i alle deler av helse- og omsorgstjenesten framover. Allmennlegetjenesten og fastlegeordningen står sentralt i dette.

Utvalget beskriver en tjeneste der nesten alle innbyggere i Norge har sin egen fastlege, men der kapasiteten er utfordret og hvor mange kommuner har utfordringer med å ivareta sitt sørge-for-ansvar. Det er store geografiske forskjeller, blant annet etter kommunenes innbyggertall og sentralitet. Utfordringen er størst i distriktskommuner. Utvalget oppgir at veksten i antall fastleger har vært høyere enn befolkningsveksten hvert år siden 2005, men fastlegenes gjennomsnittlige listelengde har falt så mye at den totale kapasiteten i ordningen har blitt for lav. Mange steder kan ikke innbyggerne bytte fastlege, og om lag 215 000 innbyggere, 4 % av befolkningen, var uten fastlege da rapporten ble lagt fram. Samtidig har innbyggere på lister uten fastlege omtrent like mange allmennlegekonsultasjoner per år, som pasienter med fastlege. De konsulterer vikarer eller andre fastleger, og de har ikke flere legevaktbesøk enn pasienter med fastlege. Mens innbyggere i gjennomsnitt besøker den samme legen i rundt 70 % av konsultasjonene, er denne andelen på 60 % for innbyggere i distriktskommuner og for innbyggere på liste uten fast lege. Utvalget oppgir at ventetiden på allmennlegetime har vært relativt stabil de siste ti årene.

Mange fastleger opplever å jobbe for mye. Ekspertutvalget finner imidlertid at antall timer brukt på konsultasjoner per år, og antall arbeidsdager med fysiske konsultasjoner, er uforandret de siste ti årene. Andelen av legene som sender refusjonskrav for fastlegetjenester utenfor vanlig arbeidstid mer enn 50 dager i året, har økt hvert år siden 2010. Økningen har vært særlig stor de siste par årene etter at det ble åpnet for kveldstakst for e-konsultasjon. Arbeidstidsøkninger de siste par årene, målt gjennom sendte refusjonskrav, knytter seg i stor grad til e-konsultasjon, både i og utenfor normalarbeidstid. Dette fanger imidlertid ikke opp tidsbruk som fastleger ikke kan kreve refusjoner for.

De siste ti årene har inntekten til de næringsdrivende legene stort sett ligget 20-30 % høyere enn inntekten til leger i spesialisthelsetjenesten. Med unntak av de par siste årene, har fast ansatte fastleger hatt en lønnsutvikling på linje med de næringsdrivende fastlegene, men nivået har vært 5-10 % lavere.

Utvalget viser til at Helsepersonellkommisjonen har uttalt at helsepersonell i framtiden vil måtte ta hånd om flere pasienter og brukere enn i dag, og at den største behovs- og aktivitetsøkningen vil komme i kommunene. For å håndtere de voksende behovene, mener utvalget at fastlegene må integreres bedre i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og at kapasiteten i fastlegeordningen må økes. Ekspertutvalget peker på at kapasiteten kan økes ved å rekruttere flere fastleger, forhindre at leger slutter, dele legens oppgaver med flere yrkesgrupper og prioritere bort oppgaver. Basert på utfordringsbildet har utvalget foreslått tiltak knyttet til organisering, finansiering, tverrfaglighet, fastlegers arbeid med attester, legevakt, kompetanse og digitalisering, innovasjon, forskning og ledelse.

Regjeringen stiller seg bak utfordringsbildet ekspertutvalget trekker opp. Regjeringen mener at det er behov for å se på tiltakene samlet og helhetlig. For flere av tiltakene er det behov for mer utredning for å kunne vurdere, for andre er det behov for utredning av hvordan tiltakene skal konkretiseres og implementeres. Det vil også være behov for lov- og forskriftsarbeid på flere områder.

Regjeringen er i gang med å utrede og nærmere konkretisere flere av de grepene ekspertutvalget foreslår, med sikte på å implementere endringer fra 1. juli 2025. Endringer på kompetansefeltet tar regjeringen sikte på å sende på høring våren 2024.

Byrådets vurdering og forslag til høringsuttalelse:

Bergen kommunes overordnede vurdering

Det er dokumentert at dagens fastlegeordning er livreddende. Det er nylig vist at pasienter som har hatt samme fastlege i mer enn 15 år har 25 % lavere dødsrisiko enn de som har hatt samme fastlege i ett år eller mindre. Tilsvarende har de 28 % mindre sannsynlighet for å bli akutt innlagt på sykehus (Sandvik, et al. 2022).

Disse resultatene er knyttet til dagens fastlegeordning. Dersom alle utvalgets anbefalinger blir fulgt, vil vi få en vesentlig endret fastlegeordning, som kan gi andre resultat. Resultatene fra den nevnte studien kan derfor ikke uten videre overføres til en vesentlig endret fastlegeordning.

Bergen kommunes vurderinger av de enkelte punktene i ekspertutvalgets anbefaling framgår av saksutredningen.

Begrunnelse for framleggelse til bystyret:

Byrådets fullmakter § 6, vedtatt av bystyret 16. desember 2020 i sak 378/20:

Høringsuttalelser i prinsipielle saker som samtidig innebærer politiske avveininger, skal avgis av bystyret.

Saken anses å være prinsipiell og innebære politiske avveininger.

Ordføreren har på sommerfullmakt 7. juli 2023 fattet følgende vedtak: Utvalg for helse og sosial innstiller til bystyret som avgir høringssvar til «Høring - Gjennomgang allmennlegetjenesten» på vegne av Bergen kommune.

Byrådet innstiller til bystyret å fatte følgende vedtak:

Bergen kommune avgir høringsuttalelse til «Høring - Gjennomgang av allmennlegetjenesten» slik den fremkommer av byrådets forslag.

Dato: 14. september 2023

Rune Bakervik
Byrådsleder

Ruth Grung
Byråd for helse og omsorg

Dokumentet er godkjent elektronisk.

Vedlegg:

Høringsbrev - Gjennomgang av allmennlegetjenesten
Ekspertutvalgets rapport om allmennlegetjenesten

Saksutredning:

Bergen kommunes vurderinger av ekspertutvalgets anbefalinger

(Utvalgets anbefalinger er nummerert og gjengitt i kursiv)

1. En eventuell overføring av finansieringsansvaret for fastlegeordningen til kommunene, bør utredes nærmere.

Dette vil kunne gi kommunen større handlingsrom for å tilpasse fastlegeordningen i samsvar med behovene i Bergen. Men det vil legge til rette for at vi ikke lenger har en nasjonalt enhetlig fastlegeordning, men 356 forskjellige kommunale fastlegeordninger. Selv om det overføres økonomi til kommunen for å overta dette finansieringsansvaret, er det en gjennomgående erfaring at nye oppgaver for kommunene ikke blir fullfinansiert, i hvert fall ikke over tid.

2. Rammene for hvordan fastlegetjenesten organiseres bør åpne for større grad av handlingsfrihet og tilpasning av tjenesten.

3. Kommunen bør kunne inngå avtale med fastlegeselskap.

4. Det bør stilles krav til eiere av fastlegeselskap, og til at hver enkelt lege i selskapet fortsatt skal ha oppfølgings- og behandlingsansvaret for en liste med innbyggere.

5. Det bør tilrettelegges for at kommunene kan drifte kommunale fastlegekontor etter samme modell som for fastlegeselskap, og hvor listansvaret formelt ligger til kommunen.

6. Avtaleverket knyttet til dagens ordning for gruppepraksis bør gjennomgås, for å tydeliggjøre hvilke elementer i dagens avtale mellom fastlege og kommune som i stedet kan inngå i en gruppepraksisavtale.

Disse forslagene vurderes samlet. Gruppepraksis er blitt hovedmodellen for fastlegepraksiser og bør derfor reguleres bedre i regelverk og avtaleverk enn i dag. I tråd med nye krav til kvalitet i helse- og omsorgstjenestene, bør en slik formalisering også regulere ledelse av gruppepraksis.

Åpning for at kommunen kan inngå avtale med fastlegeselskap eller selv drifte fastlegeselskap, er en vesentlig endring som er vanskelig å overskue konsekvensene av. Det foreslås at fastlegeselskap kun skal kunne eies av ideelle organisasjoner, stiftelser, studentsamskipnader eller av en eller flere av legene som jobber der, samt av en eller flere kommuner sammen. Det er grunn til å være oppmerksom på at det vil trolig inntreffe en profesjonalisering og aggregering av eierskap som man har sett innen andre sektorer, hvor det åpnes også for andre eiere. Da vil vi kunne få en utvikling som likner den apotekene gjennomgikk, hvor apotek eid av farmasøyter raskt ble kjøpt opp av apotekkjeder etter at apotekloven ble endret 1. mars 2001.

7. Fratredende fastleges rett til å selge sin praksis bør reguleres, for å fjerne alle uklårheter rundt når kommunen kan gi innbyggerne i hjemmelen en annen fastlege.

Tildeling av hjemmel og overdragelse av praksis er regulert i rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen, ASA 4310. Avtalen har ikke vært endret siden 2012, og ivaretar ikke dagens behov med rekrutteringsutfordringer til fastlegepraksis. Regulering av dette forholdet i lov eller forskrift kan være utfordrende når det gjelder å finne den rette balansen mellom kommunen, fratredende og påtroppende leges interesser. Likevel kan en forskriftsregulering tvinge seg fram hvis ikke KS og Legeforeningen kommer til enighet og kan bringe rammeavtalen i samsvar med dagens situasjon. Uansett må det ved vesentlige endringer lages overgangsordninger som ivaretar dem som nylig har kjøpt en fastlegepraksis.

8. Det bør innføres krav til helprivate allmennlegetjenester om rapportering om virksomheten og aktiviteten til nasjonale registre.

Anbefalingen har lite med fastlegeordningen å gjøre. Det kan være nyttig med mer kunnskap om helprivate allmennlegetjenester og deres virksomhet, for å bedre ha oversikt over den samlede bruk av helsetjenester og kartlegging av aktivitet. Men hvis anbefalingen følges, kan det samtidig oppfattes som en anerkjennelse av de helprivate virksomhetene som en del av helsetjenestetilbudet.

9. Kveldstakst for e-konsultasjon i fastlegepraksis bør fjernes, og det bør innføres forhåndsbetaling av egenandelen før innsending av tekstlig konsultasjon.

Anbefalingen synes å bygge på en mistanke om at fastlegene forskyver e-konsultasjoner til kveldstid for å maksimere inntekt. Denne mistanken er udokumentert og kan oppfattes ufin, sett i lys av fastlegenes arbeidsmengder. Dersom fastlegene velger å endre sin praksis slik at e-konsultasjoner utføres i kontortiden, vil det forskyve andre viktige oppgaver fra dette tidsrommet. Anbefalingen synes å ha til hensikt å dempe både tilbud og etterspørsel når det gjelder e-konsultasjon, noe som trolig er nødvendig for å dempe den betydelige veksten for denne delen av fastlegetjenesten.

Egenbetaling har generelt en tendens til å øke sosial ulikhet i helse og må derfor benyttes med varsomhet. Men all den tid tjenesten uansett er belagt med egenandel, kan forhåndsbetaling være hensiktsmessig for å skape en terskel som kan dempe overforbruk.

10. For å tilrettelegge bedre for drøfting og utdyping av henvisninger mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten, mener ekspertutvalget det bør vurderes å endre pasient- og brukerrettighetsloven.

Anbefalingen synes å bygge på en antagelse om at korte frister fastsatt i pasient- og brukerrettighetsloven gir risiko for unødvendig aksept av henvisninger og medfølgende feilprioriteringer. Bergen kommune stiller seg tvilende til at det er en slik sammenheng.

Tiltak for å redusere andelen av unødige henvisninger kan være kampanjer rettet både om helsepersonell og befolkningen ellers, knyttet til de helsetjenestene som opplever størst overforbruk, slik man har gjort, med gode resultater, for antibiotikabruk. Om dagens situasjon er slik at man mistenker fastleger for å henvise grunnet egen tidsnød eller tap av inntekt, kan det være samfunnsøkonomisk bærekraftig å gi fastleger et økonomisk incentiv for ikke å henvise. Et slikt tiltak kan naturligvis ikke iverksettes før det foreligger forskning på området.

11. Utvalgets flertall anbefaler at basistilskuddets andel av finansieringen økes til 50 prosent.

12. Utvalgets flertall mener at det bør innføres en kvalitetsjustering av basistilskuddet. At fastlegen er spesialist i allmennmedisin, vil være et sentralt element i en kvalitetsjustering.

13. Det pasienttilpassede basistilskuddet som innføres 1. mai 2023, bør få virke i noen år før man vurderer å gjøre justeringer.

14. En videreutvikling av det pasienttilpassede basistilskuddet bør rettes mot indikatorer for sykdom, helsetilstand og sosioøkonomisk status på individnivå.

15. Takstsystemet bør gjennomgås, med henblikk på en forenkling og reduksjon av antall takster. Det kan også vurderes om takstene kan benyttes mer aktivt for å stimulere til ønsket aktivitet og prioritering i tjenestene.

Disse anbefalingene henger sammen og er svært problematiske. Overføring av så mye økonomi fra takstene til basisfinansieringen vil gjøre det lønnsomt å ha lange lister og å rasjonere tjenestene.

En slik økonomisk forskyvning fra aktivitetsbasert finansiering til rammefinansiering vil medføre at legevakt får redusert sin samlede økonomiske ramme og at dette arbeidet dermed blir mindre attraktivt. Om det besluttes å endre forholdet mellom ramme- og aktivitetsbasert finansiering må derfor finansiering av legevakt, som utelukkende er aktivitetsbasert, vurderes isolert fra resten av takstsystemet.

Pasienter med store behov vil bli økonomiske belastende for fastlegen når takstene ikke lenger dekker utgiftene ved aktivitetene, hvilket utløser et incentiv for å begrense tjenestene til disse pasientene. Videre vil tidkrevende og utstyrskrevenende prosedyrer bli ulønnsomme og trolig vil mange fastleger i større grad henvise til spesialisthelsetjenesten, enn å utføre prosedyrene selv. Kvalitetsjustering og såkalt pasienttilpasning av basistilskuddet vil ikke kunne oppheve disse hovedeffektene.

Bruk av takstene som prioriteringsvirkemiddel er isolert sett fornuftig, men det forutsetter takstøkonomi på minst samme nivå som i dag. Et slikt virkemiddel må være basert på nasjonale mål for folkehelsen og ikke være begrenset til enkelte pasientgrupper eller lidelser, slik situasjonen er i dag hvor enkelte grupper prioriteres økonomisk, som ved en romslig takst for HbA1c og takst for årskontroll for pasienter med psykisk utviklingshemming.

16. Det bør innføres et midlertidig rekrutteringsstilskudd til fastleger i kommuner med særlige rekrutteringsvansker.

Dette vil neppe omfatte Bergen, men vi støtter tiltaket, som vil kunne bidra til å sikre fastlegetjenester til innbyggerne i de kommunene som rammes av særlige rekrutteringsvansker.

17. Det bør legges til rette for at flere helsepersonellgrupper kan jobbe på fastlegekontoret, og at fastlegetjenesten i større grad deler oppgavene med annet helsepersonell i øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste.

18. Takstsystemet bør legge til rette for økt grad av delegering innenfor fastlegekontor.

19. Profesjonsnøytrale takster bør innføres og forbeholdes fastlegeselskap og kommunale fastlegekontor med en definert ledelse.

20. Det bør utarbeides en nasjonal veileder for oppgavedeling innenfor fastlegetjenesten.

21. Med utvidet mulighet for delegering på fastlegekontoret og innføring av profesjonsnøytrale takster, vil det være nødvendig at det samtidig innføres tiltak for kostnadskontroll.

22. Det bør følges med på utviklingen for å kartlegge tilsiktede og utilsiktede virkninger av økt delegering og profesjonsnøytrale takster, for å kunne vurdere justeringer i innretningen på finansieringsordningen.

Disse anbefalingene henger sammen. De dreier seg dels om at annet helsepersonell skal overta noen av fastlegens oppgaver, dels om hvordan dette skal finansieres under kostnadskontroll. Effektene av anbefalingene vil være sammensatt. I utgangspunktet vil det å ansette flere typer helsepersonell ved fastlegesentrene føre til at det kan leveres mer omfattende tjenester. Basert på erfaringer ved primærhelseteam (Universitetet i Oslo 2021), er det ikke grunn til å tro at legens totale arbeidsmengde vil reduseres, selv om noe tid til

pasientarbeid vil erstattes med tid til ledelse, supervisjon og veiledning av annet helsepersonell.

Hvis det er tenkt at det skal leveres mer omfattende tjenester innenfor samme økonomiske ramme, vil dette bare kunne finansieres ved reduksjon av fastlegenes inntekter, med andre ord mindre inntekt for like mye arbeid. Dette vil formodentlig ikke la seg gjennomføre.

Noe av arbeidet som fastlegene utfører i dag, kan trolig overføres til annet helsepersonell, enten som følge av utvidelse av eksisterende kompetanse eller som opplæring i nye arbeidsoppgaver. Men dette vil samtidig medføre svekket kontinuitet i pasient-lege-relasjonen ved at fastlegen blir mindre tilgjengelig for og mindre kjent med pasientene.

I den grad «annet helsepersonell» vil være sykepleiere, vil anbefalingene kunne øke utfordringene med å rekruttere sykepleiere til andre deler av kommunehelsetjenesten fordi mange vil foretrekke normalarbeidstid på et fastlegekontor, fremfor turnusarbeid ved andre pleie- og omsorgstjenester.

23. Det bør lovfestes at egenmelding skal benyttes før sykmelding.

24. Antall sammenhengende egenmeldingsdager for arbeidstakere bør økes, slik at de tilsvarer arbeidsgiverperioden. Kun arbeidsgiver bør kunne kreve legeattest i denne perioden, men skal da også finansiere denne.

25. Det bør forskriftsfestes hvilke attester fastlegene plikter å skrive. Attester som ikke er forskriftsfestet, skal ikke fastlegene bruke tid på.

26. Det må være forsikringsbransjens ansvar å sørge for nødvendige undersøkelser og dokumentasjon for tegning av privat helseforsikring.

27. Henvisninger for privat helseforsikring bør ikke finansieres, verken direkte eller indirekte, med offentlige midler. Fastlegene bør ikke henvise til undersøkelser betalt av privat helseforsikring.

28. Fraværsattester for grunnskolen, videregående opplæring, universiteter og høyskole skal ikke utstedes av fastlege.

Disse anbefalingene vil redusere fastlegenes arbeid med attestasjon som har svak medisinsk begrunnelse. Bergen kommune støtter dette. Samtidig må det ikke overvurderes hvor stor reduksjon i arbeidsmengde dette vil kunne utgjøre. Selv om korttidsfravær på grunn av sykdom ikke lenger skal attesteres, vil mange av disse pasientene fortsatt ha behov for legetjenester innen diagnostikk og behandling. Fastlegenes arbeidsmengde vil fortsatt i stor grad bestemmes av befolkningens behov, som er økende på grunn av demografisk og sosioøkonomisk utvikling, samt økende muligheter innen medisinsk diagnostikk og behandling.

29. Det bør etableres rammer for hvor mye legevaktarbeid fastleger kan pålegges.

30. Det bør tilrettelegges for økt bruk av andre leger enn fastleger i legevakt, for å bidra til redusert arbeidstid i legevakt for fastleger og økt rekruttering til fastlegeordningen.

31. Gjennomført LIS1 eller tilsvarende bør være tilstrekkelig for å jobbe selvstendig i legevakt. Dette medfører at kravet om bakvakt for disse legene bortfaller.

32. Det bør tilrettelegges for bruk av videokonsultasjon ved alle legevaktsentraler og legevakter.

33. Legevaktsentraler bør sentraliseres. I tillegg bør bemanningen forsterkes med fast tilstedeværende lege, og det bør tilrettelegges for videokonsultasjon.

34. Det bør opprettes desentraliserte akutttilbud, med støtte fra forsterkede legevaktsentraler som er bemannet med lege og tilrettelagt for videokonsultasjon.

35. Triagerings- og prioriteringsverktøy i legevaktsentral og legevakt bør gjennomgås og evalueres, og ved behov bør det utvikles/videreutvikles og testes et egnet verktøy.

36. Lege i legevakt bør som hovedregel ikke måtte jobbe alene på vakt, men ha tilgang på annet personell ved behov.

37. Det bør prøves ut drift av legevakt i helseforetakene på natt der samlokalisering eller nær plassering allerede foreligger.

38. Det bør gis statlig tilskudd/finansiering av samarbeidsordninger mellom forvaltningsnivå i den prehospitale kjede, for å fremme bedre ressursutnyttelse lokalt.

39. Fastlønn bør benyttes mer for alt legevaktarbeid.

40. For å kompensere for smådriftsulemper i legevakt, bør gradert tilskudd inngå i kostnadsnøkkelen for primærhelsetjenester i inntektssystemet for kommunene.

41. Finansieringssystemet for legevakt bør gjennomgås for å fjerne hindringer for etablering av interkommunal legevakt.

Det er en rekke anbefalinger som gjelder legevakt, men bare få av disse vil ramme storbylegevakt. Legevakt er blant de helsetjenestene hvor forskjellene mellom by og land er størst. Spredt bosetning gir noen særlige utfordringer som noen av anbefalingene prøver å løse.

Men også i Bergen ønsker mange fastleger fritak fra, eller minst mulig, legevaktarbeid, særlig om natten. På den annen side er tilgangen på leger som ønsker å delta i legevakt på frivillig basis, relativt god i Bergen. Forslaget om bruk av andre leger enn fastleger i legevakt er derfor allerede en realitet. Dette vil imidlertid variere avhengig av hvordan legevaktarbeid er honorert. En kraftig forskyvning av finansiering fra innsatsbasert til rammefinansiert finansiering vil ramme legevakt spesielt hardt og vil åpenbart medføre en negativ påvirkning av rekruttering av leger til frivillig vakt deltakelse.

Deltakelse av andre leger enn fastleger i legevakt vil også gjøre det mulig for fastlegene å arbeide mer som fastleger, fordi behovet for hvile før og etter vakt reduseres. Fastlegene i Bergen ønsker at deltakelse i legevakt på natt blir gjort frivillig, slik at plikten opphører, eller ikke brukes.

Anbefalingen om redusert kompetansekrav for selvstendig vaktarbeid er svært problematisk. Legevakt er faglig krevende, det er mange pasienter som er i tidlig fase av en sykdomsutvikling med et uklart symptombilde, hvor det å skille mellom alvorlig sykdom og mindre alvorlig sykdom er vanskelig. Faren for feil er stor, og legevakt er ett av de medisinske fagområder hvor det er flest klagesaker. Det å legge så stort ansvar på nye leger uten tilstrekkelig kompetanse uten krav om at de får ha en bakvakt å støtte seg og rådføre seg med, vil også gå på bekostning av legens trygghet i arbeidssituasjonen. Legevakt krever leger med høy kompetanse, og en reduksjon i kompetansekravene er derfor etter Bergen kommunes syn ikke riktig.

Bruk av videokonsultasjon på legevakt vil utvilsomt øke risikoen for feil, men kan tvinge seg frem der avstandene er store og kan være egnet for noen typer kontakter med legevakt.

Anbefalingen om bruk av fastlønn på legevakt støttes. Legevakt bør dreie seg mer om beredskap og prioritering av det som er mest alvorlig og tidskritisk, enn å håndtere flest mulig pasienter uavhengig av hastegrad.

Anbefalingen om drift av legevakt i helseforetakene om natten kan være rimelig der hvor det kan redusere behovet for leger i vakt i kommuner og helseforetak samtidig. Men det vil kunne gi en stor økning av ressursbruk per pasient, da det er fare for at pasienter som mottas, blir håndtert etter sykehuslogikk framfor legevaktslogikk.

42. Det bør stilles krav til veiledet praksis (LIS1) etter grunnutdanningen for å praktisere selvstendig som lege i alle deler av helsetjenesten.

43. Krav om spesialisering i allmennmedisin bør begrenses til fastleger og leger i faste stillinger i kommunen.

44. Antall koblede LIS1-stillinger som pålegges sykehus og kommuner, må økes.

45. Sykehus og kommuner bør i tillegg få mulighet til å lyse ut egne LIS1-stillinger innenfor egne budsjetter. Det kan vurderes å knytte statlig tilskudd også til disse stillingene, særlig for kommuner med lav legedekning.

46. I dagens situasjon hvor mange leger i påvente av LIS1 har tilegnet seg betydelig arbeidserfaring, bør det åpnes opp for at arbeidsgiver ved ansettelse i egne opprettede LIS1-stillinger, kan gjøre en vurdering av om rekkefølgekravet skal opprettholdes eller ikke.

47. Søkere som trekker seg fra kommunedelen av en koblet LIS1-stilling, bør ikke kunne ta en LIS1-stilling i en ny kommune før ved neste ordinære utlysning.

48. Sykehus og kommuner bør i fellesskap gis ansvar for å vurdere behovet for og opprettelsen av knyttede LIS1-stillinger til videre spesialiseringsløp i allmennmedisin.

49. Kravene knyttet til at veileder må være spesialist i allmennmedisin og til gjennomføring av institusjonstjeneste, bør mykes opp.

50. Kravet til stillingsprosent ved gjennomføring av to års åpen uselektert allmennpraksis bør fjernes.

51. Det bør opprettes utdanningsstillinger der ALIS er ansatt og jobber på andre legers liste.

52. Veiledning av medisinstudenter, LIS1 og ALIS bør sidestilles med fastlegens deltakelse i andre allmennlegeoppgaver.

53. Det kan legges til rette for økonomisk kompensasjon for faglig oppdatering. Dagens krav om sentral godkjenning av detaljerte etterutdanningsaktiviteter for å kunne opprettholde spesialisttakst kan vurderes avvirket.

54. Det bør legges til rette for at kommunene kan ivareta sitt ansvar som utdanningsvirksomhet, på tvers av kommunegrenser.

Anbefalingene som dreier seg om svekkede kompetansekrav for fastleger og andre leger i kommunehelsetjenesten, er svært problematiske. Kommunehelsetjenesten trenger leger som har høy kompetanse på legearbeid i kommunene.

Alle er enige om at nyutdannede leger bør starte sin yrkeskarriere med å gjennomføre LIS1, slik at tiltak for å få til dette, støttes selvfølgelig. Men dersom det skal legges opp til at LIS1 i kommunen kan gjennomføres før LIS1 i sykehus, må det rigges for mer omfattende supervisjon og veiledning for disse i kommunen.

Anbefalingene 43, 49 og 50 er særlig problematiske. Svekkede krav til spesialisering i allmennmedisin vil utvilsomt kunne gi mindre kompetente leger i kommunehelsetjenesten. Antagelsen om at svekkede krav til spesialisering vil øke tilgangen på leger, bør ikke prioriteres fremfor at legene har nødvendig kompetanse. Det er viktig at de legene som utfører ca. 90 % av pasientkonsultasjonene i Norge har en bred og kvalitetssikret kompetanse.

Anbefaling 51 er allerede gjennomført. Det kalles introduksjonsstillinger og gir mulighet for å arbeide med uselektert allmennpraksis, men uten listeanvar.

Anbefaling 52 er også gjennomført i Bergen hvor det er opprettet bistillinger for fastleger med veiledning av ALIS-leger som oppgave.

Anbefaling 53 er todelt. Andre del som i realiteten betyr å oppheve kravet til vedlikehold og fornying av kompetanse for fortsatt å kunne bruke spesialisttakst, er svært problematisk. Dette er krav som sikrer at fastleger vedlikeholder og beholder sin kompetanse gjennom hele yrkeskarrieren. I stedet for en avvikling, bør det i stedet vurderes om noen av kravene kan omformes til å bedre være tilpasset dagens behov i kommunehelsetjenesten.

55. Staten bør ha en førende og tydelig rolle i digitalisering av helsetjenester, i kompaniskap med KS/kommunene og private leverandører.

56. For at fastlegene lettere skal kunne prioritere sin kapasitet i tråd med pasientenes medisinske behov, anbefales innføring av et digitalt triageringsverktøy for alle fastlegekontor.

57. Det bør utvikles en statlig nettside, inspirert av den som eksisterer i Nederland, som kan gi helseråd til befolkningen. Det kan vurderes om et slikt lavterskeltilbud bør bygges ut med en døgnåpen allmennmedisinsk tjeneste med chat, telefon- eller videokonsultasjonstjeneste.

Digitalisering av helsetjenester er preget av et stort mangfold av verktøy med varierende nytteverdi. Det er derfor viktig å vurdere hvert digitalt verktøy for seg, både når det gjelder forbedring for pasientene og når det gjelder hvorvidt det sparer personellressurser. Framskrivning av behovet for og tilgangen på helsepersonell tilsier en særlig varsomhet med digitale verktøy som øker behovet for helsepersonell. Det er ikke grunn til å tro at et lavterskeltilbud med en døgnåpen allmennmedisinsk tjeneste med chat-, telefon- eller videokonsultasjonstjeneste med en lege som ikke kjenner pasienten vil redusere behovet for kontakt med fastlegen eller legevakten. Samtidig bringer det inn en risiko for overforbruk av helsetjenester av to grunner. For det første senkes terskelen for å ta kontakt med helsetjenesten, og for det andre vil redusert eller manglende kjennskap til pasientene ofte føre til råd om å ta videre kontakt med helsetjenesten.

58. Datagrunnlaget for allmennlegetjenesten bør forbedres, både for å styrke planlegging og beredskap, og for raskere å kunne vurdere situasjoner knyttet til mangler ved fastlegeordningen og iverksette treffende tiltak.

59. Staten bør bidra med stabile, tilstrekkelige og uavhengige finansieringskilder for forskning på allmennlegetjenestene og i allmennmedisin.

Dette er gode anbefalinger som støttes.