

Fastlegesituasjonen i Trøndelag



November 2022

Innhold

Bakgrunn og arbeidsgruppe	3
Oppdraget	3
Utfordringsbildet	3
Demografi i Trøndelag	4
Fastlegeordningen	5
Driftsform	6
Aktuelle tiltak for å løse situasjonen	7
Et felles målbilde for medisinske tjenester i kommunene	7
Oppgavefordeling og primærhelseteam	8
Teknologiske løsninger	8
Oppgavefordeling kommunale legestillinger og fastleger	8
ALIS-ordning	8
Spesialiseringsløpet er ressurskrevende for kommunene, og det kan også her vurderes å samarbeide på tvers av kommunegrenser	8
Hvilke oppgaver kan andre profesjoner ivareta?	8
Felles bærekraftig rekrutteringspolitikk blant kommunene	9
Felles bærekraftig rekrutteringspolitikk mellom kommunene og helseforetakene	9
Tiltak for samordning mot nasjonale myndigheter	10
Litteraturliste	10

Bakgrunn og arbeidsgruppe

Helseledernetverket i Trøndelag etablerte en arbeidsgruppe etter et arbeidsmøte med flere kommuner i april.

Bakgrunnen var et notat som samhandlingsleder Jonas Sjømæling hadde presentert for Helseledernetverket 22.mars. I tillegg hadde KS Trøndelag opp dette som sak i Kommunedirektørutvalget (KDU) og Fylkesstyret (FS) i mai, og begge ga sin støtte til dette arbeidet.

Arbeidsgruppen har bestått av:

- Marit Pedersen, kommunalsjef, Nærøysund kommune (gruppens leder)
- Cathrine Forås Ørjasæter, avdelingsleder, Namsos kommune
- Jimmy Wikell, kommuneoverlege, Orkland kommune
- André Sagmo, enhetsleder, Indre Fosen kommune
- Hilde Myhre, enhetsleder, Trondheim kommune
- Hilde Ringard, jurist, Trondheim kommune
- Kristine Asmervik, ass. Fylkeslege, Statsforvalteren i Trøndelag
- Dragan Zerajic, tillitsvalgt DnLF

I tillegg til arbeidsgruppen har følgende bistått med sekretariats funksjoner:

- Jonas Sjømæling, samhandlingsleder
- Lene Stene Salberg, samhandlingsleder
- Hege Lorentzen, medisinsk fagsjef, KS
- Erik Eide, seniorrådgiver, KS Trøndelag

Arbeidsgruppen har hatt 5 digitale møter i perioden 22.september – 14.november.

Oppdraget

Med utgangspunkt i stadig økende problemer med å rekruttere og beholde fastleger i trønderske kommuner, tok Helseledernetverket i Trøndelag på seg oppdraget for å se hva man gjøre felles blant kommunene i Trøndelag.

Samtidig er det satt ned en Helsepersonellkommisjon som også vil berøre fastlegeordningen. Denne skal legge frem en NOU innen 1.februar 2023, se lenke for mer informasjon [Aktuelt – Helsepersonellkommisjonen \(regjeringen.no\)](#).

Regjeringen har også satt ned et ekspertutvalg for gjennomgang av allmennlegetjenesten, hvor første dellevering er 1.desember 2022 og sluttrapport som skal presenteres 15.april 2023, se lenke for mer informasjon [Ekspertutvalg for gjennomgang av allmennlegetjenesten - regjeringen.no](#).

Denne rapporten søker å svare ut oppdraget som ble gitt, og har som formål å sette søkelyset på hvilke tiltak som hver enkelt kommune kan gjøre, og hva kommunene i Trøndelag kan gjøre i fellesskap. I tillegg så gir det en mulighet for å kommunisere felles forventninger fra trønderske kommuner til nasjonale myndigheter.

Utfordringsbildet

Kommunene har det overordnede ansvaret for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til dem som oppholder seg i kommunen, og fastlegetjenester inngår i dette ansvaret. Antallet fastleger er

ikke regulert ved lov eller av sentrale myndigheter. Den enkelte kommune må inngå avtaler med fastleger, enten som fastlønte leger eller som selvstendig næringsdrivende.

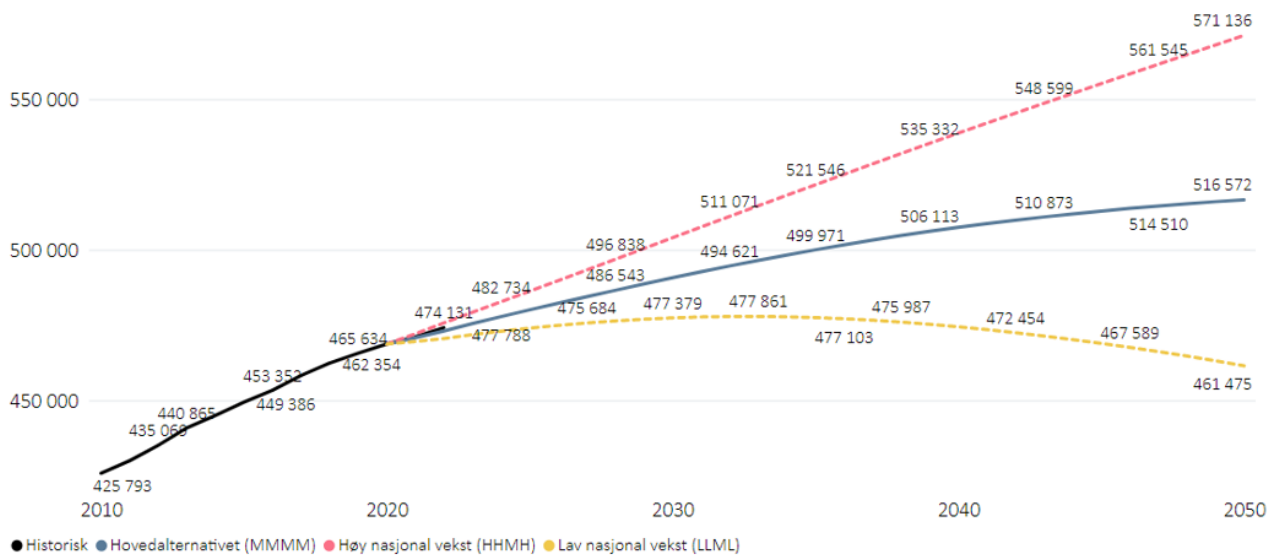
Siden innføringen av fastlegeordningen i 2001 har det skjedd endringer i samfunnet, befolkningen og i den øvrige helse- og omsorgstjenesten, som igjen har gitt utfordringer for fastlegeordningen.

Demografi i Trøndelag

Trøndelag som region har i perioden 2015-2022 økt med nær 25.000 personer, og det er kun Oslo og Viken som har større vekst. Befolkningsveksten har vært sentrert rundt akse som følger Trondheimsfjorden, og går fra Orkland i sør til Steinkjer i nord. Områdene nært denne akse har hatt en større vekst enn resten av fylket.

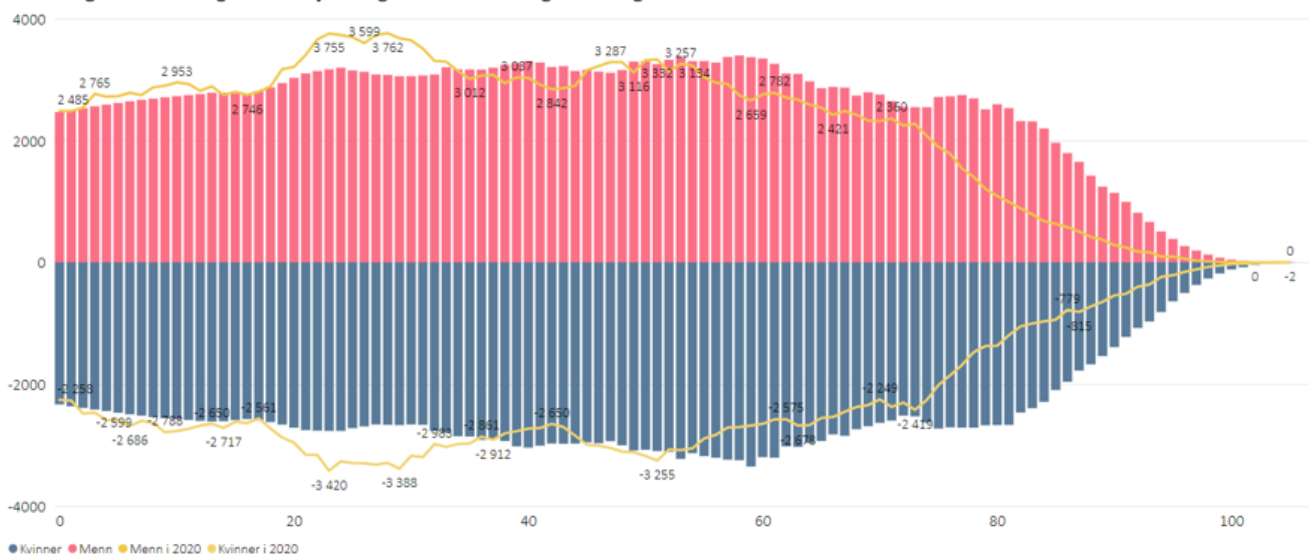
Fremskrivninger av befolkningen i Trøndelag viser en jevn vekst i både 2030 og 2040 for alle de ulike vekstalternativene.

Utvikling av befolkningen i Trøndelag, historiske tall og framskriving fra SSB



Det vil også bli færre barn og voksne i yrkesaktiv alder, og en vekst i de eldste aldersgruppene, som vises i figuren under for 2050.

Fordeling av folkemengde etter kjønn og alder i Trøndelag i 2020 og 2050



Fastlegeordningen

Fastlegeordningen ble innført som en nasjonal løsning i 2001, og formålet er å sikre at all får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til.

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette følger av helse- og omsorgstjenesteloven (hol) § 3-1 og § 3-2 første ledd.

Kommunens ansvar etter hol §§ 3-1 og § 3-2 første ledd, er presisert og tydeliggjort i forskrift om fastlegeordning i kommunene § 3. Her fremgår det at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige allmennlegetjenester.

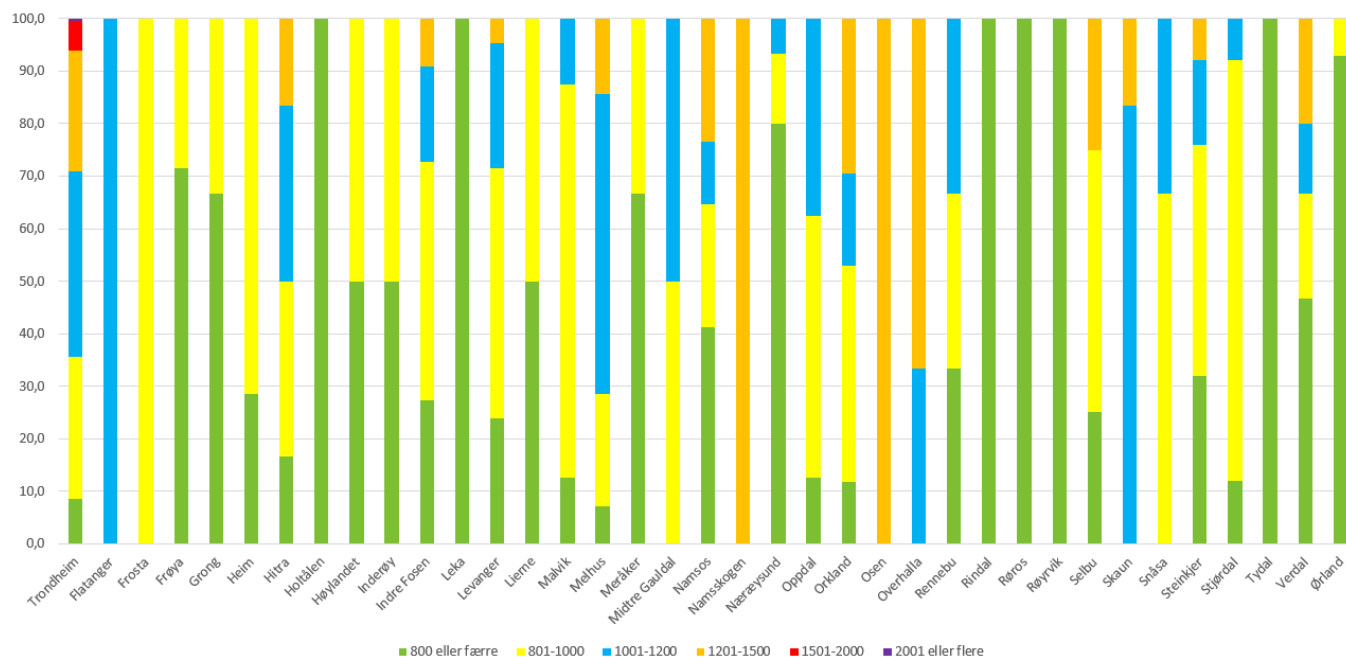
Fastlegen har ansvar for pasientene på sin liste, plikt til å delta i andre allmennlegeoppgaver som f.eks helsestasjons- og skolehelsetjeneste, legetjeneste i sykehjem, fengselshelsetjeneste mv. For disse oppgavene betaler kommunen fastlønn eller praksiskompensasjon.

Kommunene har også ansvar for å tilby hjelp ved ulykker og andre akutte tilstander herunder legevakt, hol § 3-2. I Trøndelag har man 8 legevaktsentraler og 14 legevakter. Fastlegene plikter å delta i kommunal eller interkommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid og i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortiden. Vaktbelastningen på legevakt utenfor ordinær åpningstid, er avhengig av hvor mange leger som deltar i legevaktsordningen. Det er stor variasjon i størrelsen på de ulike legevaktsdistriktene.

Gjennomsnittlig pasientlengde har sunket fra 1.200 pr liste i 2005 til 1.025 i 2020 når man ser på nasjonale tall (og er gjennomsnittet for alle lister inkludert uten fast lege). Her ser man også en klar forskjell mellom kvinnelige (998) og mannlige (1.127) fastleger.

I Trøndelag er det pr. august 2022 481 fastleger som har listeansvar 485.591 innbyggere, som gir en gjennomsnittlig listelengde på 1.009 pasienter. Mannlige fastleger har i gjennomsnitt 1.070 pasienter på listen, mens kvinnelige fastleger har 971 i gjennomsnitt. Men det er også forskjeller når det gjelder listelengder innad i en kommune og mellom kommuner.

I figuren under vises listelengde pr kommune, og kilde er helsenorge.no.



Driftsform

IPSOS gjennomførte en spørreundersøkelse våren 2022 om kommunenes mer finansiering av fastlegeordningen, og den viser at i kommuner med færre enn 10.000 innbyggere er ren selvstendig næringsdrift i ferd med å bli unntaket, og to av tre kommuner svarer at næringsdrivende fastleger ønsker en eller annen form for subsidiering av driften.

Figuren under viser næringsdrift, fastlønn og 8.2 avtaler etter kommunistørrelse.

Antall innbyggere	Ren selvstendig næringsdrift (hovedmodellen)	Selvstendig næringsdrift med tilleggsgoder eller varianter av 8.2-avtaler	Ren fastlønn	Fastlønn med bonus (f.eks. prosentandel av inntjent takstinntekter)	Andre ordninger	Totalt
Under 3000	8,6 %	21,6 %	43,2 %	25,2 %	1,4 %	139
3000-9999	18,5 %	44,6 %	15,7 %	18,2 %	3,0 %	428
Over 10000	72,1 %	13,1 %	7,3 %	5,9 %	1,7 %	2471

Kilde: IPSOS 2022.

Aktuelle tiltak for å løse situasjonen

Et felles målbilde for medisinske tjenester i kommunene

En stabil og forutsigbar legetjeneste innebærer kapasitet og kompetanse til oppfølging av de som trenger det mest, jf. de prioriterte pasientgruppene i helsefelleskapene. Samtidig må fastlegene ikke ha flere pasienter på listen enn at de har en overkommelig arbeidsbelastning. Tjenesten må også ha søkelys på forebygging og tidlig intervensjon for å forhindre utvikling av sykdom.

Når det gjelder kapasitet så innebærer dette også å være del av den akutt medisinske tjenesten med daglegevakt og ordinær legevakt. I mange kommuner er det også utfordringer knyttet til en svingende befolkning pga turister, hyttefolk og studenter som gjør at det kan være krevende å ha tilstrekkelig kapasitet i enkelte perioder.

Spesielt i mindre kommuner kan fastlegen også være kommuneoverlege med ansvar for samfunnsmedisinske oppgaver.

Kommunene trenger en fastlegeordning som er innlemmet i de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene, og som har kapasitet til samhandling.

Fastlegene kan organisere driften på flere ulike måter. Det kan være som et enkeltpersonforetak, aksjeselskap eller at fastlegen er ansatt i kommunen på fastlønn. Det er en økende andel av de selvstendige næringsdrivende som har inngått varianter av 8.2 avtaler med kommunene. Det omfatter avtaler der kommunen dekker hele eller deler av driftskostnadene til kontorlokaler, utstyr og personell mot at kommunen f.eks beholder basistilkuddet..

Fremtidens fastlegeordning må legge til rette for økt arbeidsdeling og samarbeid om oppfølging av pasienter med langvarige og sammensatte behov. Man bør unngå insentiver som fremmer lange lister og kort tid pr konsultasjon. Det bør være statlig finansiering av fastlegeordningen som dekker de faktiske kostnadene, uavhengig av om legen er selvstendig næringsdrivende eller fastlønnet.

Arbeidsgruppen foreslår følgende:

1. Samhandling og dialog mellom fastleger og f.eks sykehjem, hjemmetjeneste og psykisk helsetjeneste er viktig for å kunne å avdekke tidlig forverring av sykdom ved f.eks med økt bruk av NEWS/ISBAR.
2. Samarbeid om standardiserte pasientforløp mellom ulike nivåer i helsetjenesten gjennom arbeid i helsefelleskapene.
3. Gjennomføre systematiske utviklingssamtaler med fastansatte leger og årlige samtale med selvstendig næringsdrivende leger i tråd med ASA 4310, pkt 10.5.
4. Legge til rette for spesialiseringssløp i allmenntjenestene.
5. Utarbeide/ oppdatere kommunal plan for legetjenesten i samarbeid med legene.
6. Samarbeide for å unngå uheldige konkurransesituasjoner og kostnadsspiraler.
7. Opprette et faglig forum for fastlegene.
8. Prioritere god ledelse av legekantorene med tanke på god styring av arbeidslister/ timeoppsett.

9. En normal arbeidsbelastning og forutsigbar drift er viktig for pasientene, fastlegene og den øvrige helsetjeneste.
10. Være oppmerksomme på oppgavedeling og oppgaveglidning mellom kommuner og helseforetak spesielt når det gjelder akutfunksjoner.

Oppgavefordeling og primærhelseteam

Evaluering av forsøk med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger viser at det bla er økt kvalitet i oppfølgingen av pasientene i målgruppen og for øvrige listeinnbyggere. Det kan også se ut som om det innebærer en bedre samlet ressursbruk, noe redusert turnover og økt rekruttering i fastlegetjenesten. Men man finner ingen effekt på økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for øvrige listeinnbyggere (2).

Primærhelseteam har vært diskutert i arbeidsgruppen. Man ser at det kan være hensiktsmessig å ha sykepleierkompetanse i legekantoret for oppfølging av kronikere, men er også bekymret for konsekvensene med tanke på sykepleierdekningen i andre kommunale tjenester. Uavhengig av organisering på legekantoret, er det som nevnt under "felles målilde" viktig at fastlegene samarbeider tett med øvrig helsepersonell i kommunene slik at tjenesten blir sammenhengende og helhetlige.

Teknologiske løsninger

Helseforetakene i Trøndelag skal ta i bruk Helseplattformen som er et virkemiddel og steg for å realisere visjonen "en innbygger – en journal". Hvor mange kommuner og fastleger som velger å ta i bruk løsningen er usikkert, men å kunne dele helseopplysninger i sanntid på tvers av tjenester og nivåer vil kunne bidra til både mer effektive tjenester, økt pasientsikkerhet og bedre kvalitet. Løsningen for fastlegene er foreløpig ikke god nok, og det jobbes for å utvikle en konkurransedyktig fastlegeløsning,

Teknologiske løsninger kan også gjøre at pasienter med kroniske sykdommer kan gjennomføre målinger og registreringer hjemme, som vurderes av kompetent helsepersonell slik at man tidlig kan se når det er behov for intervensjon.

Arbeidsgruppen legger ikke frem konkrete tiltak på dette området.

Oppgavefordeling kommunale legestillinger og fastleger

Det å opprette egne kommunale stillinger innen sykehjem, helsestasjon og flyktningarbeid kan være en god løsning, når oppgavene er av en viss størrelse og som kan avlaste fastlegene eventuelt kan man vurdere et interkommunalt samarbeid. Det er imidlertid noen utfordringer med spesialiseringssløp for disse legen som man må ta hensyn til.

ALIS-ordning

Spesialiseringssløpet er ressurskrevende for kommunene, og det kan også her vurderes å samarbeide på tvers av kommunegrensar

Hvilke oppgaver kan andre profesjoner ivareta?

I dagens fastlegeordning har fastlegen en god oversikt og koordinerer all behandling. Samtidig så har fastlegene fått flere administrative oppgaver som rustesting og ulike attester og legeerklæringer, og den totale oppgaveporteføljen hos fastlegen er blitt omfattende.

Det er viktig å redusere arbeidsoppgavene for fastlegene. Mange attester og legeerklæringer kunne vært erstattet av egenerklæringer. Det bør vurderes endringer i arbeid knyttet opp mot NAV.

Arbeidsgruppen har diskutert mulighet for oppgaveføring fra fastlegene til andre faggrupper, men har ikke klart å identifisere konkrete oppgaver. Men her bør kommunene diskutere dette i sine lokale samarbeidsutvalg/ allmennlege utvalg.

Felles bærekraftig rekrutteringspolitikk blant kommunene

Arbeidsgruppen har sett på hva kommunene i Trøndelag i fellesskap kan gjøre for å øke rekrutteringen til våre kommuner.

Aktuelle tiltak kan være:

1. Utarbeide en oversikt over legestudenter som hører hjemme i den enkelte kommune både for medisinstudenter i Norge og utlandet.
2. Holde regelmessig kontakt med alle medisinstudenter.
3. Tilby kvalifiserende praksisjobber i ferier.
4. Tilby lokale studieplasser på medisin f.eks gjennom NTNU Link hvor deler av utdanningen gjennomføres på Levanger.

Tiltak 1 kan følges opp med å utarbeide en fornyet oversikt over [legestudenter hjemmehørende i Trøndelag fra 2020](#). Denne ga en oversikt over legestudenter som både var igangværende med studier, og som hadde fullført studiet i perioden 2015-19. Oversikten gjelder både de som studerer i Norge og i utlandet. Dette ble gjort gjennom kjøp av tallmateriale fra SSB, der statistikkgrunlaget er hentet fra både folkeregisteret og lånekassen. På denne måten fikk man oversikt over både hvor studentene hører hjemme, samt hvor de studerte.

Tiltak 2 kan følges opp som en forlengelse av tiltak 1. Hver enkelt kommune må skaffe seg en oversikt over medisinstudenter fra egen kommune. Det bør opprettes en systematisk og regelmessig kontakt mellom ansvarlig leder(e) i kommunen og den enkelte student. Det kan med fordel utarbeides en enkel prosedyre på hvordan dette kan gjøres og følges opp. Denne trenger ikke å være veldig rigid, da det vil være forskjeller mellom kommunene både i antall studenter, og forutsetningene for å følge opp de.

Gjennom undersøkelser i prosjektet "Operasjon Helsehelter" kom det fram at legestudenter opplevde liten respons fra mange kommuner når det gjelder sommerjobber og lignende gjennom studietiden. Det er dermed grunn til å si at tiltak 3 må følges opp mer systematisk sammen med tiltak 2, og at dette må tydeliggjøres for medisinstudenter at denne muligheten finnes i alle sommerferier og evt. I andre perioder. Dersom en ser et helt studieforløp under ett, bør dette ses i sammenheng med sommerjobber og lignende i helseforetakene. Dette pga. at inntak til LIS1 gjøres i helseforetakene, og det er sannsynlig at studenter som har hatt en jobb der kan få fortrinn av det i tilsetningsprosessen til LIS1, i og med at yrkeserfaring ved det aktuelle sykehuset vil kunne vil kunne telle positivt i tilsetningsbeslutningen.

Felles bærekraftig rekrutteringspolitikk mellom kommunene og helseforetakene

Helsefellesskapene må se på hvilke tiltak de kan gjøre for å få til en god og effektiv oppgavedeling mellom helseforetakene og kommunene som sikrer god rekruttering til fastlegeordningen.

I tillegg anbefaler arbeidsgruppen at helsefelleskapene ser påfølgende tiltak når det gjelder rekruttering av LIS:

1. Lokal tilhørighet må i større grad bli et avgjørende kriterium ved tilsetting i LIS1.
2. Tilby medisinstudenter med lokal tilhørighet utplasseringspraksis og stipendier underveis i studiet.
3. Tilby medisinstudenter med lokal tilhørighet LIS 1-stillinger ved ellers like kvalifikasjoner.
4. Tilby medisinstudenter med lokal tilhørighet LIS 2/3-stillinger ved ellers like kvalifikasjoner.

Tiltak for samordning mot nasjonale myndigheter

Viktigheten av tiltakene er ikke prioritert.

1. Det må være statlig finansering som dekker kostnadene til fastlegeordningen uavhengig av modell.
2. Takstordningen må være enkel å forholde seg til.
3. Fremtidens fastlegeordning må legge til rette for økt arbeidsdeling og samarbeid om oppfølging av pasienter med langvarige og sammensatte behov. Man bør unngå insentiver som fremmer lange lister og kort tid pr konsultasjon. Det bør være statlig finansering av fastlegeordningen som dekker de faktiske kostnadene, uavhengig av om legen er selvstendig næringsdrivende eller fastlønnet.
4. Det er viktig å redusere arbeidsmengden for fastlegene. Mange attester og legeerklæringer kunne vært erstattet av egenerklæringer, og det bør vurderes endringer i arbeid knyttet opp mot Nav.
5. Det må være tilstrekkelig antall studieplasser i Norge og LIS1 plasser som dekker det samlede fremtidige behovet for legerekuttering.
6. Ansvarsforhold for kollegial fraværsordning må være tydelig og enkel.

I tillegg har følgende tiltak vært diskutert, men ikke fått enstemmighet i gruppen. Disse er heller ikke i prioritert rekkefølge.

1. På kort sikt bør man standardisere avtaler og ansettelse slik at det ikke blir et utall varianter slik det er i dag.
2. På lengre sikt bør det arbeides med at alle leger er **fast ansatt** og at muligheten til å inngå avtaler med kommunen **utgår**. Dette begrunnes i at:
 - Det blir enklere å administrere legetjenesten og legehjemlene
 - Uansett avtale/ansettelse er legetjenesten fullt ut offentlig finansiert.
 - Utvikling av tjenestene i kommunal sektor, implementering av nye program og utsyr mv. blir enklere da det bare er en beslutningspart.
3. Gruppepraksis i de minste kommunene.

Litteraturliste

1. Oslo Economics. Evaluering av forsøket med primærhelseteam og alternative finansieringsløsninger. [PHT-statusrapport-2020-1.pdf \(osloeconomics.no\)](#)