



# Dokumentasjonsrapport

---

SEPTEMBER 2019

KS FOU PROSJEKT: LEVER FASTLEGEN I 2025?

**OPPDRAGSGIVER:** KS FoU Prosjekt: Lever fastlegen i 2025?  
**RAPPORT NR:** 1020734  
**RAPPORTENS TITTEL:** Dokumentasjonsrapport  
**ANSVARLIG KONSULENT:** Eilin Ekeland  
**KVALITETSSIKRET AV:** Helga Moen og Wenche Halsen  
**FOTOGRAFI I RAPPORT:** Shutterstock  
**DATO:** 24.09.2019

# Forord

Dagens fastlegeordning er under press. Fastlegene har fått flere oppgaver, mer kompliserte pasienter og rapporterer om lange arbeidsuker. Dessuten må mange kommuner subsidiere ordningen for å rekruttere og beholde tilstrekkelig med fastleger. Pasientene er i hovedsak svært fornøyde med fastlegene, men rammebetingelsene har ikke endret seg tross endringer i de øvrige helse- og omsorgstjenestene og endringer i demografi.

På oppdrag for KS har Agenda Kaupang i samarbeid med BCW (Burson Cohn & Wolfe) utarbeidet scenarier om mulige retninger for framtidens fastlegeordning.

Scenariene er basert på utfordringsbildet på området, og ble presentert og debattert på Arendalsuka 2019.

Dette dokumentet er en rapport om metodikk og arbeidsform i prosjektet, samt en noe grundigere beskrivelse av de ulike scenariene enn det som ble presentert i Arendal.

Oppdraget er gjennomført av Eilin Ekeland, Helga Moen og Jonas Rusten Wang fra Agenda Kaupang i samarbeid med Wenche Halsen, Thomas Strandberg og Vegard Aspelund fra BCW. Eilin Ekeland har vært ansvarlig konsulent.

Det har vært avholdt jevnlig møter med prosjektgruppen i KS som har kommet med innspill og bidratt med kunnskap, men også vært en sparringpartner underveis. Det ble også avholdt et møte med Sentralt rådmannsutvalg i KS som var referansegruppe for prosjektet. Møtet gav viktige innspill til både utfordringene, nøkkelfaktorer og mulige scenarier.

Vi vil spesielt rette en takk til representantene for oppdragsgiver, til informantene vi intervjuet og til deltakerne på workshopene som har bidratt til å løse dette FoU-oppgavet.

Skøyen, 24. september 2019

# Innhold

<b>1</b>	<b>Sammendrag</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Innledning</b>	<b>6</b>
2.1	<i>Fastlegeordningen</i>	6
<b>3</b>	<b>Formål og problemstillinger</b>	<b>8</b>
3.1	<i>Formål med FoU-prosjektet</i>	8
3.2	<i>Problemstillinger</i>	8
<b>4</b>	<b>Gjennomføring og metode</b>	<b>11</b>
4.1	<i>Utvikling av mulige scenarier</i>	11
<b>5</b>	<b>Resultat</b>	<b>13</b>
5.1	<i>Scenario 0: Stillstand</i>	13
5.2	<i>Scenario 1: Frislipp</i>	15
5.3	<i>Scenario 2: Kommunalisering</i>	16
5.4	<i>Scenario 3: Pasientene på anbud</i>	17
<b>6</b>	<b>Formidling – budskap fra scenarioene</b>	<b>18</b>
<b>7</b>	<b>Vedlegg</b>	<b>19</b>
7.1	<i>Invitasjonstekst til workshop</i>	19
7.2	<i>Beskrivelse av personas som ble drøftet på workshops</i>	20
7.3	<i>Beskrivelse av de fire scenarioene som ble drøftet på workshops</i>	24

# 1 Sammendrag

Formålet med dette arbeidet har vært å utarbeide fire scenarier for legetjenester i kommunene med utgangspunkt i drivkreftene som påvirker utviklingen i helsetjenestene og i samfunnet for øvrig. Scenariene skal danne grunnlag for refleksjon og politisk debatt om mulige veier å gå for å sikre befolkningen gode, kommunale legetjenester. Tidsperspektivet har vært 6 år fram i tid.

Bakgrunnen for arbeidet er at dagens fastlegeordning er under press. Fastlegene har fått flere oppgaver, mer kompliserte pasienter og rapporterer om lange arbeidsuker. Dessuten må mange kommuner subsidiere ordningen for å rekruttere og beholde et tilstrekkelig antall fastleger. Pasientene er i hovedsak svært fornøyde med fastlegene, men fastlegenes rammebetingelser har ikke endret seg tross endringer i de øvrige helse- og omsorgstjenestene og endringer i demografi.

I tilnærmingen har vi lagt vekt på utvikling av scenarier basert på hva vi vet om dagens ordninger kombinert med trender fremover. Vi har brukt velprøvd metodikk og involvering av ressurspersoner både sentralt og i distrikts-Norge. To workshops har dannet viktig grunnlag i arbeidet. Vi har videre brukt en kommunikasjonsfaglig tilnærming til formidling av scenariene.

**Scenario 0: Stillstand**, legger til grunn at fastlegeordningen er som før. Alle har sin egen fastlege og de fleste fastleger er selvstendig næringsdrivende. Det private markedet fortsetter som i dag.

Konsekvensene av dette scenarioet kan være at kostnadene vil forbli omtrent som i dag og at pasienten beholder den tette relasjonen til sin egen fastlege. På den annen side er det lite sannsynlig at det blir noen taktøkning innen digitalisering, og vi vet at oppgavefordeling til andre yrkesgrupper er utfordrende. Rekruttering kan bli et økende problem og kapasitetspress vil gi lengre ventetider og økt arbeidspress på legene. En effekt av dette igjen kan være økt press på den kommunale legevakten. Det er også sannsynlig at bruk av private løsninger vil øke og dermed gi et mer todelt helsevesen.

**Scenario 1: Frislipp**, legger opp til en ordning der innbyggerne kan velge mellom å bruke dagens fastlegeordning eller en helprivat legetjeneste som har offentlig godkjenning til å utøve fastlegetjenester. Private leger med godkjenning har samme rettigheter som dagens fastleger og adgang til folketrygdens midler.

Konsekvensene av dette scenarioet kan være bedre kapasitet i det totale tilbudet av legetjenester, forutsatt at flere aktører ikke bidrar til overbehandling. Pasienten gis større valgmuligheter samtidig som arbeidsmarkedet for allmennleger blir mer variert. Man kan også få en bedre styring av det private tilbudet enn i dag. På den annen side kan ordningen svekke det offentlige tilbudet. Fastlegens koordineringsoppgave blir mer krevende og stiller større krav til elektronisk samhandling mellom offentlig og privat.

**Scenario 2: Kommunalisering**, legger opp til en ordning der legene er kommunalt ansatt og blir en del av det kommunale tjenestetilbudet. Dette gir også rom for oppgaveglidning/oppgavefordeling og tverrfaglig samarbeid.

Konsekvensene av dette scenarioet er at pasienten beholder tett relasjon med egen fastlege. Legene på sin side trenger ikke å investere i lokaler og utstyr for å begynne som fastlege og de har regulert arbeidstid og et godt fagmiljø. På den annen side er det sannsynlig at digitalisering vil gå sakte. Det er også slik at mer ordinær arbeidstid for legene vil gi kapasitetspress i ordningen som igjen kan føre til at andelen private konsultasjoner vil øke, for de som har råd. Det vil også bli forskjeller i tilbud mellom ulike kommuner.

**Scenario 3: Pasientene på anbud** innebærer at kommunene kjøper legetjenester som ordinær offentlig anskaffelse, tilsvarende sykehjemsplasser eller hjemmetjenester. Økt konkurranse mellom tilbydere åpner opp for større tilbydere med effektiv administrasjon og fellesløsninger.

Konsekvensene av dette scenarioet er at kommunen kan tilpasse utlysningen etter lokale behov, men forutsetter at kommunene utvikler god bestillerkompetanse. Økt konkurranse mellom tilbydere samtidig som store tilbydere kan effektivisere administrasjon og fellesløsninger (f.eks. e-konsultasjon) kan gi lavere kostnader. Legene vil inngå i større fagmiljøer. På den annen side kan mange pasienter miste den tette relasjonen til sin faste lege. I distriktskommuner er det mindre interesse for å etablere seg for private aktører. Det er derfor større forskjell på tilbudet mellom sentrale kommuner og distriktskommuner.

Scenarioene ble presentert og debattert på Arendalsuka 2019.

## 2 Innledning

Dagens fastlegeordning er under press. Fastlegene har fått flere oppgaver, mer kompliserte pasienter og rapporterer om lange arbeidsuker. Dessuten må mange kommuner subsidiere ordningen for å rekruttere og beholde tilstrekkelig med fastleger. Pasientene er i hovedsak svært fornøyde med fastlegene, men fastlegenes rammebetingelser har ikke endret seg tross endringer i de øvrige helse- og omsorgstjenestene og endringer i demografi.

På oppdrag for KS har Agenda Kaupang i samarbeid med BCW (Burson Cohn & Wolfe, tidligere Burson-Marsteller) utarbeidet scenarioer om mulige retninger for framtidens fastlegeordning.

Scenarioene er basert på utfordringsbildet på området, og ble presentert og debattert på Arendalsuka 2019.

### 2.1 Fastlegeordningen

Fastlegeordningen ble innført 1. juni 2001. De fleste allmennleger arbeider som selvstendige næringsdrivende i avtale med kommunene. Mange av dem har som en del av sin avtale med kommunen lønnede oppgaver på sykehjemmet, helsestasjonen eller lignende. I tillegg er det mange fastleger som går legevakt.<sup>1</sup>

Ifølge DIFIs Innbyggerundersøkelse fra 2017 er fastlegen den tjenesten nordmenn er nest mest fornøyd med (86:100 poeng), etter folkebibliotekene (88:100 poeng).<sup>2</sup> Samtidig viser undersøkelsen at tilfredshet med fastlegens digitale tjenestetilbud skårer lavt (62:100 poeng). Forbrukerrådets «Test av fastlegekontor» (2017) påpeker at 27 prosent ikke har nettside og at 4 av 10 ikke har mulighet for elektronisk bestilling av time.

Allmenntilleggsmedisinen er i en kontinuerlig utvikling i spennet mellom forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og samfunnets behov for helsetjenester. Fastlegene møter ulike forventninger fra henholdsvis stat, kommune, pasienter og kollegaer. Etter innføringen av fastlegeordningen i 2001 ble det blant annet studert hvordan ordningen påvirket portvokterfunksjonen og legenes skjønnsmessige vurderinger. I 11 gruppeintervju med 81 fastleger kom det fram at legene etter innføringen av fastlegeordningen opplevde økt konkurranse, sterkere press fra pasienter og kollegaer, og større faglig ansvar for pasientene. Legene mente også at ordningen gav dem incentiver til å være mindre strenge portvoktere, og heller gjøre mer for hver pasient. I kliniske valgsituasjoner så det imidlertid ut til at legene i mindre grad tok hensyn til helsevesenets ressursbruk (Norheim 2003).

Kommunene har det overordnede ansvaret for helse- og omsorgstjenester til innbyggerne, og fastlegeordningen inngår i dette ansvaret. Den sterke politiske og administrative tilknytningen til det kommunale nivået er særskilt for Norge i forhold til flere sammenlignbare land med lignende velferdssystemer, inkludert de nordiske landene. Kommunenes rolle stiller store krav både til personellet i sektoren, og til kommunenes evne til å organisere, planlegge og styre en stor og kompleks helse- og omsorgstjeneste (Paulsen, Lippestad et al. 2010). Fastlegene har en nøkkelrolle, både i kurativ sammenheng, i det forebyggende helsearbeidet, i opplæringsammenheng og i tilbudet til kronikere og mennesker under kommunal omsorg.

Agenda Kaupang fant i en undersøkelse fra 2016 at flere av de undersøkte kommunene leder og styrer legetjenesten i liten grad, og at denne ledelsen ikke er prioritert like høyt som ledelsen av

<sup>1</sup> <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/fastleger/hvordan-er-fastlegens-arbeidshverdag/>

<sup>2</sup> Kilde i dette avsnittet er rapporten *Utviklingsstrekk 2018. Beskrivelser av drivere og trender relevant for e-helse* (2018) fra direktoratet for e-helse.

resten av helse- og omsorgstjenestene<sup>3</sup>. De konkluderer at dette skyldes lav bevissthet om hvordan legetjenestene kan styres, kommunenes handlingsrom til å styre, og lite tid og ressurser avsatt hos den kommunale ledelsen til denne oppgaven. Det vises imidlertid til store forskjeller mellom kommunene når det gjelder organisering, oppfølging og bruk av styringsinformasjon om legetjenesten.

I fastlegeforskriftens § 19 (FOR-2012-08-29-842) heter det at «Fastlegen skal ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere.» Forskning på fastleger og samarbeid tegner et forholdsvis entydig bilde av at fastlegene i mindre grad deltar i samarbeid enn ønsket og forventet av dem (Kirchhoff, Bøyum-Folkeseht et al. 2016, Steihaug, Johannessen et al. 2016).

Fastlegeordningen er under press med endrede rammer for arbeidet i allmennpraksis over tid. Dette gjelder ikke bare i Norge, også i England og Sverige rapporteres det om høyt press og sviktende rekruttering av allmennleger (Baird, Charles et al. 2016, Johannessen 2017). Andelen pasienter med kroniske sykdommer og andelen som er multisyke (to eller flere kroniske sykdommer) har økt betydelig de siste tiårene (Uijen and van de Lisdok 2008). Dette henger sammen med en aldrende befolkning. En studie fra NTNU med data fra HUNT viser at ved 60 år har 60 prosent multimorbiditet og 40 prosent har tre eller flere sykdommer (Tomasdottir and McEwen 2014). Brukere med kroniske sykdommer oppsøker fastlegen sin oftere enn gjennomsnittet (Mokienko and Wangen 2016). Komorbiditet er assosiert med økt helsetjenesteforbruk og redusert levealder. Dette innebærer at primærhelsetjenesten og fastlegene i dag må forholde seg til et mer komplekst sykdomsbilde og andre behov enn tidligere.

Brukere med kronisk sykdom og store sammensatte behov trenger støtte og veiledning og har behov for en helhetlig tilnærming, der høy fagkunnskap, organisatorisk samhandling både horisontalt og vertikalt samt kontinuitet av tjenester er sentralt. Nye behandlingsmetoder og medisinske nyvinninger tilsier også at mange pasienter kan behandles hos fastlegen og unngå innleggelse. Som følge av Samhandlingsreformen viser også utviklingen kortere sykehusopphold, samtidig som antall sykehussenger er redusert (Samdata). Kortere liggetid vil typisk lede til at fastlegen får ansvar for tett oppfølging i tiden etter utskrivning. Videre vises det til økte administrative oppgaver.

Innføring av nye fraværsregler i skolen har gitt en økning på 30 prosent når det gjelder konsultasjoner med ungdom 16–18 år (Bakken, KA et al. 2017). Nye førerkortbestemmelser for eldre og arbeidet med pasientenes private forsikringer øker også. Alt i alt synes forventningene til hva fastlegene skal gjøre hver dag å ha økt. Ifølge SSB var det 14,4 millioner konsultasjoner ved fastlegekontorene i 2017, om lag 1,8 prosent flere enn i året før (SSB 2018). SSB påpeker at både befolkningsvekst, aldring og flere legebeseøk blant de unge bidro til økningen.

Det har de seneste årene vært mange debatter i det offentlige rom fra ulike aktører, noe som også har medført utredningsarbeid, endringer i fastlegeforskriften og et ønske om endringer i ordningen hos svært mange. Det er satt i gang flere prosesser for å gjennomgå dagens ordning og vurdere hvilke endringer som bør gjennomføres for å sikre en bærekraftig fastlegeordning i fremtiden.

Fastlegeordningen ble høsten 2017 behandlet som egen sak i Stortinget, blant annet ved fremlegg av et anmodningsforslag (Dokument 8) i oktober 2017. Utfordringsbildet for fastlegeordningen som del av legetjenesten i kommunene er blant annet (ikke uttømmende):

- ▶ Kommunene bruker større summer på vikarløsninger
- ▶ Det blir flere avvik på forsvarlighet og pasienttrygge tjenester

---

<sup>3</sup> *Kommunal legetjeneste – kan den ledes?* Agenda Kaupang (2016)



- ▶ Kommuner etablerer legestillinger på fastlønn og tilbyr fastlagte løp for videre- og etterutdanning til spesialiteten i allmennmedisin og det er fremmet forslag om at flere kommuner gjør dette (ALIS-ordningen; allmennlege i legespesialisering)
- ▶ Regjeringen har vedtatt å gjennomføre 2018–2021 pilotforsøk i kommuner med primærhelseteam der fastlegen er sentral

Stortinget har på bakgrunn av forslag i Stortinget høsten 2017 vedtatt oppfølging av fastlegeordningen og at ordningen skal evalueres<sup>4</sup>. Evalueringen legges fram høsten 2019 og våren 2020 vil regjeringen komme med en handlingsplan for allmennlegetjenesten.

## 3 Formål og problemstillinger

### 3.1 Formål med FoU-prosjektet

Formålet med dette FoU-prosjektet har ikke vært å utrede eller skaffe kunnskap om ordningen slik den fungerer i dag, men å utarbeide tre til fire scenarioer med utgangspunkt i drivkreftene som påvirker utviklingen i helsetjenestene og i samfunnet for øvrig. Scenarioene skal danne grunnlag for refleksjon og politisk debatt om mulige veier å gå for å sikre befolkningen gode, kommunale legetjenester. Tidsperspektivet KS skisserer i utlysningen er 6 år fram i tid.

Scenarioene skulle presenteres på Arendalsuka i august 2019, og derfor produseres i et format som egner seg for denne typen arrangement. Prosjektet skulle også skissere en kampanje i forkant av lanseringen av scenarioene. Målet med kampanjen var å øke interessen for temaet, skape debatt og refleksjon i noen uker før lansering i Arendal.

I tillegg til inntil fire scenarioer og skissen til kampanje, ønsket oppdragsgiver en kort dokumentasjonsrapport som beskriver det faglige underlagsmaterialet i scenarioene.

### 3.2 Problemstillinger

Digitalisering, sentralisering, demografisk utvikling, de unges forventninger til arbeidslivet og endrede økonomiske rammebetingelser er drivkrefter i samfunnet som KS trekker fram i utlysningen. Disse fører med seg utfordringer for kommunene med tanke på nye kompetansebehov, rekruttering, mengde og omfang av oppgaver, og ressursbruk.

#### **Digitalisering:**

1. *Private aktører er raskt ute med å tilby digitale løsninger som befolkningen vil ha. Klarer offentlig sektor å følge med i denne utviklingen?*
2. *Bidrar digitaliseringen til et nytt klasseskille – eller til bedre og mer tilgjengelige helsetjenester for alle?*

De første dilemmaer som oppdragsgiver beskriver berører digitalisering. Digitale verktøy kan styrke samhandling mellom aktører. Studier har vist at innføring av pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) har ført til hyppigere og mer effektiv samhandling mellom fastleger og hjemmetjenesten (Lyngstad, Melby et al. 2013, Melby and Hellesø 2014). Samhandling mellom den kommunale pleie- og omsorgstjenesten og fastlegene kan altså i stor grad gjennomføres digitalt. Når det

<sup>4</sup>[https://www.regjeringen.no/contentassets/889319cb65664b63a9938b3273316033/2018/tilleggsoppdrag\\_evaluering\\_fastlegeordningen\\_250118.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/889319cb65664b63a9938b3273316033/2018/tilleggsoppdrag_evaluering_fastlegeordningen_250118.pdf)

gjelder andre samarbeidspartnere er det derimot ikke systematisk innført digitale samhandlings-/kommunikasjonsløsninger.

Digitalisering er ett viktig utviklingsområde for helsesektoren. Trendene drar i ulike retninger, for eksempel viser tall fra Direktoratet for e-helse (2017) at digital dialog i form av e-konsultasjoner øker i bruk<sup>5</sup>. Som KS fremhever i det første dilemma, kan én hypotese være at tilfredsheten kan gå ned over tid dersom offentlig sektor (herunder fastlegen) ikke klarer å følge den digitale utviklingen, fordi innbyggernes forventninger til digitale tjenester øker. Det kan føre til at digitale tjenester øker i popularitet fordi de tilbyr digitale løsninger som befolkningen vil ha. Et eksempel er private tjenester som tilbyr legehjelp på nettet (også på kveldstid og i helgene). Slike tjenester er i større grad basert på brukerbetaling eller private forsikringsordninger, og kan bidra til å skape et nytt klasseskille som KS fremhever i det andre dilemmaet.

### **Demografiske utviklingstrekk:**

3. *Endret demografi og økt levealder gjør det nødvendig med tydelige prioriteringer. Hvem skal gjøre prioriteringsjobben?*
4. *Vil den økte sentraliseringen bety at vi må tåle større forskjeller i tjenestetilbudet mellom by og land?*

Som KS fremhever vil demografiske utviklingstrekk som endret bosettingsmønster og at befolkningen blir eldre være noen viktige utviklingstrekk og utfordringer som kan påvirke dagens helse- og omsorgssektor. Sterk sentralisering, som det fremheves i dilemma nr. 4, vil være et førende utviklingstrekk, spesielt blant yngre, samtidig som andelen eldre er sterkt økende i mange utkantkommuner. Sentralisering medfører derfor at kommuner i utkantområder får en annen demografisk utvikling enn storbyregioner, og kan gi større forskjeller i tjenestetilbudet mellom by og land. Høyere levealder kan føre til en økt etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester, fordi pasientgruppen blir stadig større og mer kompleks (ibid).

Eldre har ofte sammensatte sykdommer og multisykdommer, og dette bidrar sammen med veksten i antall kronikere til å øke behovet for helhetlige og koordinerte tjenester. Ulike grupper har ulikt forbruk av tjenester. Helse Midt-Norge RHF viser til at 10 prosent av befolkningen i regionen står for 70 prosent av ressursbruken. Tallene er likelydende for Helse Vest RHF (10/66). De fleste storforbrukere er i alderen 65 til 79 år og mange har kroniske og sammensatte lidelser (ibid). I tillegg er det politiske føringer om at innbyggerne skal bo lengst mulig i egen bolig, framfor på sykehjem.

### **Innbyggernes forventninger:**

5. *Befolkningen forventer – og krever – stadig bedre og mer tilgjengelige offentlige helsetjenester.*
6. *Hvordan kan vi sørge for en bærekraftig fastlegeordning som møter disse forventningene?*

Dilemmaene som KS har formulert over handler om forventninger fra befolkningen, og endringer i forventninger blant yngre generasjoner. En hypotese kan være at unge mennesker stiller andre krav til både digitale tjenester, fleksibilitet og tilgjengelighet. Dette vil i stor grad påvirke utformingen av et fastlegekontor. Det er også mulig at innbyggerne fremover vil være mindre opptatt av om det er det offentlige eller private som tilbyr tjenester. Økningen av helseforsikringer kan tyde på dette. Det vil likevel være sannsynlig at Norge fremover vil ha en stor grad av offentlig finansiert helse-tjeneste.

---

<sup>5</sup> Kilde i dette avsnittet er rapporten *Utviklingstrekk 2018. Beskrivelser av drivere og trender relevant for e-helse (2018)*. Fra Direktoratet for e-helse.

Innbyggernes helseutfordringer og økt fokus på hva kommunene bør kunne levere av helse-tjenester stiller større krav til tverrfaglig samarbeid og koordinering av mange tjenester.

Dersom fastlegene ikke lykkes med å «leve opp» til den rollen som forventes av nasjonale og politiske myndigheter, og til innbyggernes forventninger, kan de risikere å gjøre seg selv overflødige. Formålet med å ha en fastlege er blant annet at du som innbygger har en fast behandler å forholde deg til som har en kjennskap til deg og har en oversikt over ditt sykdomsbilde. Med e-journal får innbyggerne i større grad denne oversikten selv, og da er det viktig at de opplever at fastlegen «tilfører noe nytt.» Hvis ikke kan man se for seg en fragmentert helsetjeneste der innbyggerne «hopper» fra helseaktør til helseaktør, og hvor ingen greier å se det totale bildet.

**Viktige rammebetingelser: Rekruttering og økonomiske midler:**

7. *Unge mennesker har andre forventninger til arbeidslivet enn generasjonen før dem. Hva vil det bety for hvordan vi organiserer fastlegeordningen?*
8. *Hva kan kommunene gjøre for å bli en attraktiv arbeidsplass for unge leger i konkurranse med sykehusene?*
9. *Vil mer penger inn i ordningen løse problemene?*

Mange kommuner har rekrutteringsproblemer. Ifølge en kartlegging gjort av Nasjonalt senter for distriktsmedisin (Abelsen, Gaski et al. 2016)<sup>6</sup> blant kommuner med under 20 000 innbyggere, manglet 17 prosent av kommunene én eller flere faste leger i mer enn tre måneder. Det var lege-mangel i 62 fastlegehjemler av de i alt 1911 fastlegehjemlene som undersøkelsen omfattet – 34 av disse i fylkene Nordland, Møre og Romsdal og Finnmark. Å rekruttere, videreutvikle og beholde tilstrekkelig kapasitet og riktig kompetanse til riktig tid representerer en hovedutfordring for årene som kommer. Kommunene må tenke innovativt rundt rekruttering av unge leger. 1/3 av fastlegene er 55 år eller eldre og det er tendens til vansker med rekruttering og stabilitet i stillingene.<sup>7</sup>

Helsedirektoratets tidsbruksundersøkelse (Rebnord, Eikeland et al. 2018)<sup>8</sup> viser at fastlegene jobber i snitt 55,6 timer i uka, men variasjonen er stor. Ti prosent jobber mer enn 75 timer i uken, mens 25 prosent jobber mer enn 62 timer. Om lag 30 prosent av tida brukes på pasienter og pårørende med store og sammensatte behov (kronisk syke, skrøpelige eldre og psykiske lidelser eller rus). Undersøkelsen konkluderer med at: «Totalarbeidstiden for de fleste fastlegene er svært lang, og har økt mye sammenlignet med tidligere undersøkelser til tross for at gjennomsnittlig liste-størrelse er noe redusert. Dette viser at arbeidsmengden per listeinnbygger er blitt større» (s. 5).

Partene i fastlegeordningen (staten, Legeforeningen og KS) har utarbeidet en rapport som viser endringene i fastlegenes arbeidsoppgaver og som konkluderer med at det er viktig med tiltak for å redusere fastlegenes arbeidsbelastning. Fastlegene bør bruke mest mulig tid til å behandle pasienter. Den viktigste utfordringen er derfor å identifisere om det er oppgaver som enten kan kuttes ut eller effektiviseres og om det er oppgaver som andre yrkesgrupper kan utføre. I kartleggingen rapporterer næringsdrivende fastleger at de i snitt arbeider 47 timer per uke. Av dette er omtrent 25 timer konsultasjoner med pasienten på kontoret. Hvis man tar med annet pasientrettet arbeid, for eksempel journalarbeid og kontakt på telefon og digitalt, utfører en fastlege omtrent 30 til 40 timer pasientrettet arbeid per uke. Arbeid på legevakta kommer i tillegg. Det er store variasjoner i hvor mye legevakt fastlegene arbeider og om det er hjemmevakt med lite utrykning eller tilstedevakt med hyppig pasientarbeid.<sup>9</sup>

<sup>6</sup> [http://arkiv.nsd.m.no/filarkiv/File/rapporter/Rapport\\_Fastlegeordningen\\_NSDM\\_2016.pdf](http://arkiv.nsd.m.no/filarkiv/File/rapporter/Rapport_Fastlegeordningen_NSDM_2016.pdf)

<sup>7</sup> Kilde i dette avsnittet er rapporten *Utviklingstrekk 2018. Beskrivelser av drivere og trender relevant for e-helse (2018)*. Fra Direktoratet for e-helse.

<sup>8</sup> Tittel på rapport: *Fastlegers tidsbruk (2018)*

<sup>9</sup> <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/fastleger/hvordan-er-fastlegens-arbeidshverdag/>

Næringsdrivende fastleger har i snitt en bruttoinntekt på rundt 1,5 millioner kroner. Dette omfatter også godtgjøring for arbeid på legevakta og andre allmennlegeoppgaver på sykehjem, helsestasjonen eller lignende. Fastlønne fastleger tjener i snitt over 1 million kroner. I tillegg får legen beholde takster og egenandeler for arbeid på legevakt.<sup>10</sup>

## 4 Gjennomføring og metode

I tilnærmingen til dette oppdraget har vi lagt vekt på utvikling av scenarier basert på hva vi vet om dagens ordninger kombinert med trender fremover. Vi har brukt velprøvd metodikk og involvering av ressurspersoner både sentralt og i distrikts-Norge. Vi har videre brukt en kommunikasjonsfaglig tilnærming til formidling av scenarioene.

Det har vært avholdt jevnlig møter med prosjektgruppen i KS som har kommet med innspill og bidratt med kunnskap, men også vært en sparringpartner underveis. Det ble også avholdt et møte med referansegruppa for prosjektet i KS: Sentralt rådmannsutvalg. Møtet gav viktige innspill til både utfordringene, nøkkelfaktorer og mulige scenarier.

### 4.1 Utvikling av mulige scenarier

Scenarioutvikling er den viktigste metoden innen foresight (framtidstudier), som er et overordnet begrep for ulike metoder for å gjøre systematiske og plausible antakelser om fremtiden. Et scenario skal gi en helhetlig beskrivelse eller fortelling av hvordan et samfunn kan tenkes å se ut i fremtiden, og utviklingen som gjorde at man kom dit. Siden tidsperspektivet som regel er langt, og feltet man studerer er komplekst, er det vanskelig å komme med presise prognoser. Formålet med scenario-metodikk er derfor å generere flere ulike alternativer som samlet sett kan favne mye av denne usikkerheten. Scenariene kan gjennom dette vise et strategisk handlingsrom og dermed legge grunnlaget for hva som bør besluttes.

Gode scenarier bør være:

- ▶ **Overraskende** – gjennom at de setter sammen ulike utviklingstrekk inn i fremtidsbilder og kombinasjoner man ikke hadde tenkt over fra før.
- ▶ **Strategisk relevante** – gjennom at de fokuserer på forhold det er mulig å påvirke, og dermed legger grunnlaget for strategiske valg som tas nå.
- ▶ **Plausible** – gjennom at de er konsistente og fundert i dokumenterte situasjoner og trender.

Vi har i arbeidet med scenarier basert oss på faseinndeling beskrevet under for å bygge scenarier:<sup>11</sup>

#### 4.1.1 Fase 1: Identifisere scenarioområde

Vi begynte med å avklare formålet og avgrensning av oppdraget med oppdragsgiver. På bakgrunn av at fastlegetjenesten i dag inngår i og samhandler med en større helse- og velferdstjeneste, ble det konkludert med at vi i det videre arbeidet skulle legge til grunn at det fortsatt skal være legetjenester i kommunene og at samhandling med andre aktører blir minst like viktig framover.

<sup>10</sup> <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/fastleger/hvordan-er-fastlegens-arbeidshverdag/>

<sup>11</sup> Tyske IZT (Institute for Futures Studies and Technology Assessment). Kosow H. & Gassner R. (2008) *Methods of future and scenario analysis. Overview, assessment and selection criteria*. For ordens skyld, i deres faseinndeling opererer de også med en femte fase – scenariooverføring. Denne beskrives som valgfri, og er utelatt fra vår framgangsmåte her siden dette ikke er relevant med tanke på oppdraget.

Tidsperspektivet er 6 år fram i tid og oppdraget er begrenset til å se på scenarioer som i hovedsak bygger på dagens fastlegeordning.

#### 4.1.2 Fase 2: Identifisere nøkkelfaktorer

Videre identifiserte vi nøkkelfaktorer. Dette er sentrale variabler og utviklingstrekk som er forventet å påvirke scenaroområdet. Mange av disse utviklingstrekkene er godt kjent og dokumentert gjennom en rekke rapporter og utredninger, og vi har forsøkt å danne oss et overordnet bilde av disse nøkkelfaktorene gjennom dokumentstudier av sentrale dokumenter. Videre har vi intervjuet fagpersoner som har overblikk over feltet og som gjennom dette har gitt utfyllende informasjon. Følgende informanter ble intervjuet:

- ▶ Representanter fra myndighetsnivå sentralt: fra Direktoratet for e-helse
- ▶ Representanter fra ledelse i en kommune: kommuneoverlegen i Molde
- ▶ Representanter fra Den norske legeforening: leder allmennlegeforeningen
- ▶ Representanter for digitale løsninger: fra KRY<sup>12</sup>

Digitalisering, sentralisering, demografisk utvikling, de unges forventninger til arbeidslivet og endrede økonomiske rammebetingelser er drivkrefter i samfunnet som KS trekker fram i utlysningen. Dette er nøkkelfaktorer som vil påvirke scenaroområdet. Sentralisering, demografi og innbyggernes forventninger er faktorer det er vanskelig å påvirke.

Vi har identifisert følgende faktorer hvor det er et visst mulighetsrom og påvirkningsmuligheter:

- ▶ E-konsultasjon
- ▶ Ulike former for oppgaveglidning/oppgavefordeling
- ▶ Stabilitet i kontakten mellom lege og pasient
- ▶ Tilgjengelighet (kveldstid mv.)
- ▶ Kapasitetspress/økt ventetid
- ▶ Risiko for økte egenandeler
- ▶ Privat finansiering vs. offentlig finansiering
- ▶ Økonomiske insentiver for private aktører
- ▶ Rettigheter og rollen til private aktører

#### 4.1.3 Analysere nøkkelfaktorer

Disse påvirkbare nøkkelfaktorene ble satt sammen i krysstabeller der vi kartla og dokumenterte:

- ▶ Hvilke faktorer påvirker hverandre, og i hvilken retning?
- ▶ Hvilke kombinasjoner av utfall på hver faktor er plausible og ikke?
- ▶ Hvordan påvirker en endring i en faktor sannsynligheten for et annet utfall på en annen faktor?

Med utgangspunkt i disse nøkkelfaktorene og analysene av innspillene i de innledende rundene og dokumentstudiene, utarbeidet vi skisser til scenarioer. Intensjonen var å utvikle scenarioer som påvirket nøkkelfaktorene ulikt. Oppdragsgiver ønsket tre til fire scenarioer og vi la vekt på scenarioer som fanger variasjon, samtidig som de er tydelig forskjellige.

---

<sup>12</sup> <https://www.kry.no/>

#### 4.1.4 Scenariobygging

For å fange bredden av problemstillingene og verifisere og utdype scenarioene valgte vi workshops som metode. Gjennom workshops kunne vi involvere et representativt utvalg aktører som på ulike måter er en del av eller påvirkes av den kommunale legetjenesten. For å kunne få fram nye perspektiver ønsket vi også å involvere aktører som kunne utfordre dagens ordning.

Det ble avholdt to workshops, én på Stabekk og én i Tromsø, for å dekke både nasjonale og distriktshensyn. Den norske legeforening og KS bidro med forslag til personer til begge workshopene. Til workshopen i Tromsø ble det lagt vekt på å invitere personer som kjente fastlegeordningen, og utfordringer med den, ut fra et distriktsperspektiv. Åtte personer, hovedsakelig leger, samt tre fra KS og tre fra prosjektet deltok. Til workshopen på Stabekk ble det i tillegg til leger i ulike roller også invitert andre profesjonsorganisasjoner, brukerorganisasjoner og ledere i utvalgte kommuner, samt KRY. Her deltok 11 personer samt to fra KS og fire fra prosjektet.

Begge workshopene var lagt opp med gruppearbeid stort sett hele dagen. Gruppene fikk utdelt en rekke ulike personas, altså fiktive personer med ulike egenskaper. Personas er et nyttig virkemiddel når gruppedeltagere har ulike utgangspunkt for diskusjonen, og kan gjøre det lettere å få et mer konkret forhold til ulike utviklingsretninger. Valg av personas var basert på de identifiserte nøkkelfaktorene, samt variasjon av innbyggere/pasienter, samfunnsaktører og leger. I delkapittel 7.2 er de ulike personas beskrevet.

Deltakerne på workshopene ble så orientert om ett og ett mulig scenario, og deltakerne skulle beskrive fordelene og ulempene disse scenarioene hadde for de ulike personasene. Gruppene dokumenterte underveis. I 7.3 er foilene fra samlingene presentert der utkast til scenarioer er fremstilt.

Dokumentasjon fra de eksterne workshops ble brukt i det videre arbeidet i prosjektgruppen. Vi videreutviklet og justerte utkastene til scenarioer, og endte opp med 4 ulike og spissede scenarioer.

## 5 Resultat

Nedenfor følger en beskrivelse av de fire scenarioene som er identifisert gjennom dette prosjektet, inkludert en beskrivelse av innvirkning på nøkkelfaktorer og konsekvenser for innbyggere, leger og samfunnet.

### 5.1 Scenario 0: Stillstand

**Beskrivelse av scenarioet:** Dette scenarioet innebærer ingen vesentlige endringer i dagens ordning, og i liten grad økte offentlige bevilgninger. I et slikt scenario vil hovedtrekkene i dagens fastlegeordning beholdes, men ordningen vil kunne utvikles med tanke på oppgaveglidning, elektroniske/digitale løsninger etc. slik det har vært lagt opp til over tid fram til nå. I dette scenarioet er det fortsatt slik at det er en lege tilordnet hver pasient. Helt privat finansierte aktører vil som nå eksistere på siden av fastlegeordningen, og markedet vil styre omfanget av dette tilbudet.

**Innvirkning på nøkkelfaktorene:** E-konsultasjon<sup>13</sup> har allerede blitt en etablert praksis blant en majoritet av fastlegekontorene, selv om det er langt fra fullstendig utbredt. E-konsultasjon benyttes

---

<sup>13</sup> Omfatter både enveis- og toveiskommunikasjon og videokonsultasjon

relativt hyppig, men holdningene til økt bruk av konsultasjonsformen avdekker derimot ingen tegn til begeistring som potensielt kunne satt fart på utbredelsen av teknologien.<sup>14</sup>

Dette scenarioet vil sannsynligvis føre til økt privat finansiering i form av en liten økning i bruk av private aktører ved siden av dagens ordning, slik trenden har vært.

Erfaringer med dagens ordning viser også at oppgaveglidning/oppgavefordeling er utfordrende å få til på grunn av finansieringsordningene, og det er redusert mulighet for myndighetene til å styre fastlegens aktivitet. Det ligger en mulighet i jevnlig justering av takstene for å stimulere fastlegene til å tilpasse aktiviteten til befolkningens behov, som for eksempel mer tverrfaglig samarbeid. På grunn av behovet for forutsigbare inntekter for fastlegene, må slike takstjusteringer skje over tid. Justering av eksisterende praksis innenfor dagens ordning vil derfor være en prosess som tar tid.

**Konsekvenser for innbyggerne:** For innbyggerne vil dette scenarioet innebære at dagens tilgjengelighet i form av åpningstider opprettholdes. På grunn av demografiske endringer og dermed økt etterspørsel vil ventetid øke. De pasientene som er avhengig av en tett kontakt mellom lege og pasient kan på grunn av presset på tjenesten risikere å få mindre tverrfaglig oppfølging. På den annen side vil man beholde relasjonen mellom lege og pasient over tid, noe som kommer godt ut i DIFIs innbyggerundersøkelse<sup>15</sup>. For innbyggere som bruker fastlegen lite vil dette scenarioet ikke medføre noen endring.

Som en følge av økte ventetider er det sannsynlig at de innbyggerne som har mulighet til å kjøpe tjenester privat vil gjøre det i større grad, noe som vil øke andelen private konsultasjoner. Dette kan bidra til et mindre arbeidspress for fastlegene. Det er samtidig en risiko for at private tilbydere tar de enkle konsultasjonene og lett tilgang til leger kan bidra til overbehandling. Bruk av private ordninger vil igjen medføre at innbyggere vil ha forskjellige leger de forholder seg til, og som ikke utveksler informasjon om behandlingstiltak.

**Konsekvenser for legene:** En del av fastlegene ønsker mer ordinær og regulert arbeidstid med forutsigbar økonomi, rammer for spesialisering, fritid og akseptable legevaktbelastninger på kveld og natt.<sup>16</sup> For fastlegene kan den økte etterspørselen øke arbeidspresset.<sup>17</sup> For eldre fastleger kan dette gjøre det vanskeligere å stå lenge i arbeidslivet, og for yngre fastleger som ønsker en familievennlig jobb kan det bli mindre attraktivt å bli fastlege. Samtidig kan legene få et større alternativt arbeidsmarked gjennom de private aktørene. Dersom en stor andel av de «enklere pasientgruppene» velger private løsninger vil det kunne medføre at fastlegen opplever at arbeidsdagene blir tyngre fordi en større andel av pasientene har komplekse problemstillinger.

**Samfunnskonsekvenser:** Dette scenarioet kan bidra til større forskjeller mellom by og land og mellom ulike kommuner. Det har vist seg at en del kommuner har utfordringer med rekruttering, og administrativ og politisk ledelse kan føle seg «presset» til å bidra med midler. Det kan også bli et større press på legevakten hvis fastlegen blir for lite tilgjengelig.

Dette er også et scenario som kan bidra til et mer todelt helsevesen, fordi mange som har mulighet til det vil velge private løsninger. For de som samarbeider med fastlegene kan det bli større utfordringer å få kontakt og dialog.

---

<sup>14</sup> Rapport fra Rambøll, *Digital modenhet ved norske fastlegekontor*. <https://fil.forbrukerradet.no/wp-content/uploads/2018/11/20181012-ke-digital-modenhet-ved-norske-fastlegekontor-rapport.pdf>

<sup>15</sup> Fastlegen er en tjeneste som nordmenn er veldig fornøyde med. Ifølge DIFIs Innbyggerundersøkelse fra 2017 er fastlegen den tjenesten nordmenn er nest mest fornøyd med (86:100 poeng), etter folkebibliotekene (88:100 poeng).

<sup>16</sup> *Utviklingstrekk 2018. Beskrivelser av drivere og trender relevant for e-helse (2018)*. Fra Direktoratet for e-helse.

<sup>17</sup> Men det avhenger av i hvilken grad det private helsetilbudet avlastar fastlegen.

## 5.2 Scenario 1: Frislipp

**Beskrivelse av scenarioet:** Innbyggerne velger enten å gå til fastlege eller til en helprivat legetjeneste som har offentlig godkjenning til å utøve fastlegetjeneste. Dette har likhetstrekk med dagens ordning med fritt sykehusvalg. Scenarioet innebærer ingen vesentlige endringer i dagens fastlegeordning, men myndighetene stimulerer til økt privat supplement. Dette kan gjøres ved blant annet skatteordninger, tilskudd og økte rettigheter for private aktører. Man kan også innføre en plikt for arbeidsgiver å tegne helseforsikring for de ansatte eller gi fratrukk på skatten for innbyggere som har tegnet en helseforsikring. Fastleger kan bli gitt insentiver til å knytte til seg private partnere<sup>18</sup>, f.eks. gjennom at denne typer konsultasjoner også utløser noe refusjon.

**Innvirkning på nøkkelfaktorene:** Et slikt scenario vil innebære et mer styrt privat tilbud enn i dag. Den offentlige legetjenesten avlastes ved at private aktører kan ta større andel. Man kan se for seg at e-konsultasjoner og andre digitale løsninger vil øke hos de private aktørene, enten alene eller som et strukturert samarbeid med fastlegene.

De private aktørene kan praktisere oppgaveglidning i større grad enn dagens fastleger, da de ikke vil være bundet av dagens Helfo-finansiering.

Privat finansiering vil øke fordi en større andel konsultasjoner skjer utenfor offentlig regi. I hvilken grad den offentlige finansieringen blir berørt, vil være avhengig av de incitamentene og regelendringer man legger opp til ved bruk av private aktører. Hvis flere aktører som i dag er helprivat finansiert skal utløse refusjoner, vil det for eksempel øke utbetalingene fra Helfo.

Partnerskap med private aktører vil gi kunne gi økt tilgjengelighet for innbyggerne i form av blant annet utvidede åpningstider. Tilgangen på legetjenester og valgmulighetene kan øke, og det kan også føre til en økning i totalvolum. Samtidig kan det skape større forskjeller, og ventetid vil i større grad være avhengig av betalingsevne/vilje. Dagens egenandeler vil opprettholdes for offentlig tilbud, mens egenandeler for private tilbud vil sannsynligvis ligge høyere enn det offentlige.

**Konsekvenser for innbyggerne:** Pasienter med sammensatte behov vil oppleve liten endring, og vil mest sannsynlig fortsette hos fastlegen. Disse pasientene kan få et bedre tilbud hvis fastlegen får frigjort kapasitet. Men det forutsetter at økningen i private konsultasjoner i hovedsak er en avlastning, og ikke overbehandling. For innbyggere som er lite hos fastlegen er det usikkert hvordan dette scenarioet vil slå ut. Dette scenarioet kan gi økt tilgjengelighet til helsetjenester, men det kan også gi manglende koordinering og fragmentering siden mange aktører vil være involvert i behandlingen.

**Konsekvenser for legene:** Dette scenarioet kan gi redusert arbeidspress for fastlegene, men det avhenger av hva det private avlastes. På den andre siden vil fastlegens koordineringsoppgaver bli mer krevende. Fastleger vil få et mer mangfoldig arbeidsmarked å velge mellom.

**Samfunnskonsekvenser:** Dette scenarioet kan gi muligheten for faglig styring av private, dersom fastlegen kjøper tjenester av de private gjennom partnerskap. Styring kan også skje ved at myndighetene godkjenner de private aktørene før de kan utløse rettigheter som for eksempel trygderefusjoner. By og land vil mest sannsynlig ha forskjellig tilgang til fysiske private tilbydere, men denne forskjellen kan dempes ved gode digitale løsninger.

For aktører som samarbeider med fastlegen kan dette scenarioet innebære fragmentering og utfordringer med koordinering og samhandling fordi det blir flere aktører å forholde seg til. Denne utfordringen kan dempes med at leger og deres samarbeidspartnere har en god løsning for digital samhandling. Scenarioet kan svekke det offentlige tilbudet på sikt.

---

<sup>18</sup> For eksempel partnere som tilbyr e-konsultasjon på kveldstid



## 5.3 Scenario 2: Kommunalisering

**Beskrivelse av scenarioet:** I dette scenarioet vil legetjenesten i kommunene være en tjeneste utøvd av kommunalt ansatte leger. Disse vil ha arbeidsbetingelser, arbeidstid og bli ledet på samme måte som andre tjenesteutøvere i kommunen. Kommunen bestemmer organisering og finansierer lokaliteter, journalsystem, digitale løsninger, hjelpepersonell med mer. Penger som i dag går til HELFO vil kunne bli en del av kommunens rammefinansiering, og dagens ordning med stykkprisfinansiering vil opphøre. Scenarioet åpner også opp for at man kan ha en løsning hvor pasienten kan være tilknyttet et fast tverrfaglig team, og det gir mulighet for at pasientene er knyttet til en gruppe leger.

**Innvirkning på nøkkelfaktorene:** Siden kommunen har full styring, åpner dette scenarioet for økt bruk av e-konsultasjon og tilgjengeligheten vil kunne øke. Det er samtidig slik at kommunal sektor fram til nå ikke har vært i forkant når det gjelder digitale løsninger og utvidede åpningstider, og tunge digitaliseringsløft for å øke tilgjengeligheten vil lett kunne bli nedprioritert mot andre behov kommunen har. Det vil derfor være sannsynlig at scenarioet vil gi økt tilbud fra private aktører når det gjelder e-konsultasjoner.

Arbeidsmetodikk som primærhelseteam, samlokalisering i helsehus, helsesenter e.l.<sup>19</sup> hvor sykepleier eller andre faggrupper vil kunne ta ansvar for flere av oppgavene vil enkelt kunne gjennomføres uten økonomiske hindre. Det kan også øke sannsynligheten for en oppgaveglidning til andre aktører: For eksempel vil det være en mulighet at helsesykepleier får ansvar for å sykemelde elever i videregående skole, mens NAV eller primærhelseteamet kan få ansvaret for å sykemelde arbeidstakere.

**Konsekvenser for innbyggerne:** Dette scenarioet kan på grunn av arbeidstidsbestemmelser gi mer begrenset tilgjengelighet for innbyggerne. Økt etterspørsel på grunn av endringer i demografi kan gi lengre ventetid. På den annen side vil kommunene kunne legge inn forskjøvet arbeidstid i arbeidskontraktene til sine ansatte leger og dermed oppnå utvidet åpningstid og økt tilgjengelighet for innbyggerne.

For pasienter med sammensatte behov kan dette scenarioet bidra til mer helhetlig behandling og bedre koordinering. Denne ordningen vil være mindre «sårbar» for pasienten, fordi flere kan hjelpe ved legens fravær. Det at NAV, primærhelseteam, helsesykepleier eller andre får ansvaret for sykemelding av arbeidstakere kan ha effekt på tilgjengeligheten for de som har behov for en slik sykemelding. Ved målrettet prioritering av de som trenger tjenesten mest, kan tilgjengeligheten bli begrenset for innbyggerne for øvrig. Dette kan igjen øke sannsynligheten for at innbyggere med tidspress i hverdagen vil søke private løsninger.

**Konsekvenser for legene:** En del fastleger vil kunne få lavere inntekt, men på den andre siden også slippe investeringskostnader. Noen kan oppleve at en slik ordning vil gi mindre fleksibilitet og autonomi i sitt arbeid. Men samtidig kan det gi en bedre arbeidssituasjon for fastleger som ønsker en større grad av balanse mellom jobb og fritid. Hvis kommunene i arbeidskontrakten stiller krav til utvidet åpningstid, vil legene måtte tilpasse seg dette og ha forskjøvet arbeidstid. Kommunalt ansatte fastleger vil få en offentlig pensjonsordning, sykelønnsordning og andre sosiale ytelser. For nye leger vil terskelen for å begynne som fastlege bli lavere, siden de ikke er nødt til å kjøpe seg inn i eksisterende legepraksiser.

Dersom det blir en økning i andelen private konsultasjoner, kan det bidra til et mindre arbeidspress for fastlegene. Men dersom denne økningen i private konsultasjoner i hovedsak er en over-

---

<sup>19</sup> I Sverige er det opprettet vårdcentral eller hälsocentral. Det er en «enhet for åpen helse- og sykeomsorg». I Sverige er det cirka 1000 vårdcentraler, som i de fleste tilfeller drives av landsting eller de såkalte primærkommunene.

behandling vil dette ikke påvirke fastlegenes arbeidspress. Et tettere samarbeid med andre aktører i kommunen kan gjøre det lettere å prioritere, og det sammen med oppgaveglidning kan bidra til å dempe arbeidspresset på fastlegene. Ved organisasjonsformer som team og samlokalisering vil fastlegene også få færre «koordineringsutfordringer». Dette scenarioet kan også gi mindre sårbarhet og mer robuste fagmiljøer.

**Samfunnskonsekvenser:** Kommunen vil få mer kontroll over ordningen, og for administrativ og politisk ledelse i kommunen vil dette scenarioet gi flere styringsmuligheter. I tillegg vil det være lettere å få legene til å jobbe sammen med kommunens tjenester mot en felles strategi og satsing, og innfri intensjonene med samhandlingsreformen om en mer integrert og samordnet helse-tjeneste. Fast ansatte leger vil lette samarbeidet med andre tjenester i kommunen, både fordi den enkelte lege vil være mindre avhengig av å kunne utløse takster, og fordi man vil kunne sikre samme journalsystem. For de kommunalt ansatte som samarbeider med fastlegen vil det bli lettere å koordinere tjenestene rundt brukeren.

Men det kan også gi økte kostnader for kommunene, fordi kommunene kan måtte betale mer i forhold til dagens situasjon for å rekruttere leger og skaffe lokaler, betale hjelpepersonell etc. Innløsning av eksisterende praksiser vil også være en ikke ubetydelig, men forbigående utgift. Staten kan eventuelt ta kostnaden med innløsning av eksisterende praksiser.

Det er en risiko i dette scenarioet for at effektiviteten til fastlegene går ned, da det økonomiske incentivet som ligger i dagens stykkprissystem faller bort. Samtidig forsvinner ev. også disincentiver som kan være en effekt av et stykkprissystem.

Dette scenarioet kan også bidra til større forskjeller mellom by og land. En del kommuner kan få utfordringer med rekruttering, og administrativ og politisk ledelse kan føle seg «presset» til å bidra med midler. En mindre effektiv legeordning kan også bidra med større press på legevakten. Dette er også et scenario som kan bidra til et mer todelt helsevesen, da de som ønsker økt tilgjengelighet vil kunne velge helprivate løsninger. Det kan også bli forskjeller mellom kommuner når det gjelder hvilke digitale tjenester de tilbyr.

## 5.4 Scenario 3: Pasientene på anbud

**Beskrivelse av scenarioet:** I dette scenarioet kjøper kommunen legetjenester etter regler for offentlig anskaffelse, på lik måte som kjøp av sykehjemstjenester eller praktisk bistand. Kommunen kan i anbudet stille krav om hvordan de vil at tjenesten skal leveres, om tverrfaglighet, tilgjengelighet, digitale løsninger, etc. Kommunene kan også stille krav i utlysningen til ventetider. Man kan ved en slik løsning se for seg en ordning der pasientene vil være knyttet til en gruppe leger, mens pasienter med sammensatte behov tildeles en fast lege. Dette scenarioet forutsetter virksomhetsoverdragelser der vinnende leverandør forplikter seg til å bruke lokale leger/personell. Et slikt scenario kan medføre at det blir noen store aktører som bygger helsesentre med flere spesialiteter.

**Innvirkning på nøkkelfaktorene:** På grunn av økt konkurranse mellom tilbydere og et ønske fra tilbyder om å levere tjenester rimeligst mulig, kan dette medføre en stor økning i e-konsultasjoner. Kommunen kan også stille krav om e-konsultasjon i anbudet, og store selskaper vil være i god posisjon til å levere dette. Dette scenarioet kan også stimulere til oppgaveglidning på legekontorene, og etablering av primærhelseteam.

**Konsekvenser for innbyggerne:** Dette scenarioet kan skape et ulikt tilbud avhengig av hvor du bor i landet. Tilgjengeligheten vil avhenge av hva kommunen har bestilt. Det er i dette scenarioet en risiko for at det blir «kamp» om «de lette pasientene»: Dersom det ikke er god styring, kan pasienter som krever mye arbeidsinnsats bli nedprioritert.

**Konsekvenser for legene:** Fastlegene vil oppleve økt konkurranse og må inn i et fellesskap med andre leger og ev. andre yrkesgrupper for å være i posisjon til å levere et tilbud på legetjenester. Hvis kommunene i utlysingen stiller krav til utvidet åpningstid, vil legene måtte tilpasse seg dette og ha forskjøvet arbeidstid. Store selskaper vil gi kunne tilby ordnede arbeidsforhold (regulert arbeidstid, overtidsbetaling etc.) og økt profesjonalitet, men muligens på bekostning av lønn. En profesjonell administrasjon vil også kunne gi mer effektiv drift. Tidsbestemte kontrakter kan imidlertid gi økt uforutsigbarhet og noe mer usikker arbeidssituasjon for legene. Også dette scenarioet kan gi mindre sårbarhet og mer robuste fagmiljøer.

Nye leger trenger ikke kjøpe seg inn i praksis for å drive som allmennlege, siden de blir direkte ansatt.

**Samfunnskonsekvenser:** Kommunen vil i dette scenarioet få flere styringsmuligheter, for eksempel når det gjelder åpningstider og ventetid, forutsatt at de opparbeider god bestillerkompetanse. Det vil kunne være mulig at nasjonale aktører som f.eks. Helsedirektoratet eller KS utarbeider ulike former for standardkontrakter kommunene kan bruke. Noen kommuner kan få utfordringer med å få inn leverandører på sitt anbud. For små kommuner kan det være en mulighet å samarbeide om et anbud.

Dette er en forholdsvis vanlig modell i Norge, og det er mulig å hente erfaringer fra for eksempel omsorgssektoren og barnehagesektoren. Erfaringer derfra tilsier at det blir store leverandører som leverer tjenester flere steder i landet. Man kan også se for seg at lokale leger går sammen og etablerer et firma. Enkeltmannsforetak vil sannsynligvis ikke være konkurransedyktige og bli mindre vanlig. Større selskap vil gi mindre konkurranse, men kan gi blant annet økt profesjonalitet, som kan komme både de ansatte og brukerne til gode.

## 6 Formidling – budskap fra scenarioene

Målet med de utviklede scenarioene var å skissere noen veivalg som stimulerer til politisk debatt. Fastlegeordningen og primærhelsetjenestene angår alle og engasjerer derfor også bredt blant politikere. Politiske grep er helt nødvendig for å sikre tilstrekkelig kvalitet i helsetjenestene.

Prosjektteamet utarbeidet en plan for en kampanje for å øke oppmerksomheten rundt temaet og lede opp til lanseringen av scenarioene i Arendalsuka. Formålet med fasen før Arendalsuka var å spre kunnskap og skape økt bevissthet om hvilke utfordringer fastlegeordningen og helse-tjenestene står overfor. Denne opplysningskampanjen bestod av populariserte og tilrettelagte eksisterende fakta og innsikt kombinert med eksempler, case og gode talspersoner. Kommunikasjonsplanen inneholder 3 steg, hvorav 2 inngår i dette prosjektet.

Selve scenarioene som beskriver løsningen ble spart til Arendalsuka. Det ble brukt visuelle virkemidler for å presentere dataene på en engasjerende måte. Målsettingen var at fremtidsbildene skulle engasjere bredt og vise at prioriteringene vi gjør nå får betydning for hvordan fastlegeordningen fungerer og i det hele tatt overlever i årene som kommer. Videre har målet vært å vise tydelige og mulige retningsvalg for fastlegeordningen.

Det har vært kontinuerlig dialog med KS om formidling. I samråd med KS ble det besluttet at scenarioene skulle presenteres av prosjektteamet.

# 7 Vedlegg

## 7.1 Invitasjonstekst til workshop

Tekst til invitasjon workshop Stabekk:

Til XXX organisasjon

Lyst til å tenke kreativt om fremtidig kommunal legetjeneste? Da har du/dere mulighet til å delta på en workshop med tanke på å utvikle framtidsscenarioer for KS.

Workshopene tenker vi arrangert i Agenda Kaupangs lokaler på Holtet 45 på Stabekk **11. april kl. 9.30-14.00.**

Bakgrunn:

Agenda Kaupang har sammen med BCW (tidligere Burson-Marsteller) fått et FoU oppdrag av KS: Lever fastlegen i 2025? KS ønsker at det skal utvikles 4 mulige scenarioer knyttet til en fremtidig legetjeneste i kommunene. Et spennende prosjekt vi gleder oss til å ta fatt på!

Som en del av prosjektet planlegger vi å gjennomføre to workshops, én i Nord-Norge og én sentralt på Østlandet. I workshopen på Østlandet ønsker vi å samle 10-15 personer med interesse for fastlegeordningen, og som gjerne har nye tanker om en fremtidig kommunal legetjeneste. Vi tenker oss representanter både fra digitaliseringsmiljøer, legenes samarbeidspartnere, annet helsepersonell som tilbyr behandling, brukere, etc.

Vi ønsker å invitere XXX til å delta med én person. Dette er ikke en påvirkningsarena for politisk diskusjon, men et verksted for å tenke nye tanker. Vi håper derfor dere velger en person med nye og friske tanker. Resultatene av workshopene blir videreutviklet til scenarioer av Agenda Kaupang og BCW. Det som fremkommer på workshopen vil derfor ikke binde deres organisasjon på noen måter i ettertid.

Tilbakemelding på deltakelse innen 22. mars.

## 7.2 Beskrivelse av personas som ble drøftet på workshops

### Svein, privatpraktiserende fastlege



- Alder: 56
- Bosted: Stor bykommune
- Yrke: Fastlege
- Familiesituasjon: gift, 3 voksne barn

#### Situasjon:

Har drevet som fastlege i mange år og er populær i sitt område  
Har full liste med pasienter bygget opp over tid, og god inntekt  
Har opplevd økt arbeidspress de seneste årene

#### Ønsker/behov:

Synes for mye tid går med til dokumentasjon  
Skulle ønske det var mer fleksibilitet i jobben  
Er positiv til digitale verktøy (f.eks. e-konsultasjon) så fremt det kun er et supplement

### Line, privatpraktiserende fastlege



- Alder: 31
- Bosted: Stor bykommune
- Yrke: Fastlege
- Familiesituasjon: samboer, ett barn (2 år)

#### Situasjon:

Elsker det faglige og å jobbe med mennesker  
Har nylig kjøpt seg inn og overtatt liste ved et lokalt legekontor  
Sliter med å kombinere familieliv med yrket som fastlege, jobber mange sene kvelder.

#### Ønsker/behov:

Ønske om større fagmiljø, mer tverrfaglig samarbeid og mulighet for fordypning  
Ønske om kortere og mer fleksible arbeidstider som var lettere å forene med familiesituasjon  
Skulle ønske legekantoret var bedre på å ta i bruk ny teknologi i møte med pasienten

## Stian, kommunalt ansatt fastlege



- Alder: 42
- Bosted: Liten kommune
- Yrke: kommunalt ansatt fastlege
- Familiesituasjon: kone, 2 barn

### Situasjon:

Arbeider 40 timer i uka på fastlønn  
Får tillegg ved arbeid hos legevakt

### Ønsker/behov:

Stort sett tilfreds med arbeidstidsordning, men synes det er litt for rigid  
Liker ikke å bli sammenlignet med effektiviteten til private fastleger, siden han føler han går lengre for å møte pasientens behov  
Føler det kommer litt for mange pålegg og behov fra kommunen  
Misfornøyd med at en del av kveldsarbeidet ikke honoreres

## Thea, mellomleder i medieselskap



- Alder: 34
- Bosted: Stor bykommune
- Yrke: mellomleder i medieselskap
- Familiesituasjon: samboer, 2 barn (4 og 6 år)

### Situasjon:

Er stort sett frisk og har lite forhold til egen fastlege  
Har barn som ofte må til fastlegen pga. mindre alvorlige ting  
Jobber mye og har ofte mange møter i løpet av en dag  
Har helseforsikring gjennom arbeidsgiver

### Ønsker/behov:

Synes det er vanskelig å kombinere legebesøk med arbeid  
Skulle ønske en del konsultasjoner – særlig for barna - kunne løses enklere  
Etterlyser økt tilgjengelighet, for eksempel på kveldstid  
Tar gjerne i bruk ny teknologi

## Youseff, arbeidsledig



- Alder: 22
- Bosted: Mellomstor kommune
- Yrke: arbeidsledig
- Familiesituasjon: enslig, bor hjemme hos foreldre

### Situasjon:

Kom til Norge som flyktning  
Sliter med angst og depresjon  
Har historikk med ulike NAV-tiltak for å komme i arbeid  
Svake norskkunnskaper  
Har fått bistand av ulike instanser i kommunen og spesialisthelsetjenesten

### Ønsker/behov:

Ønsker å få en stabil tilværelse og fast jobb  
Opplever det som frustrerende med mange nye instanser og mennesker. Skulle ønske han kunne få hjelp et sted.

## Ranveig, pensjonist



- Alder: 83
- Bosted: Mellomstor kommune
- Yrke: pensjonist
- Familiesituasjon: gift, 3 barn, 8 barnebarn

### Situasjon:

Bor hjemme med mannen sin  
Kronisk syk, diabetes type 2. Måler blodsukkernivå kontinuerlig. Tar medisiner hver dag.  
Hofteproblemer, tar fysiotimer og vurderes for operasjon.  
Har stor formue, men lav inntekt og lavt forbruk

### Ønsker/behov:

Ønsker en fastlege som kjenner hennes behov godt, hvor hun slipper forklare hver gang.  
Ønsker at legen har litt ekstra tid til å prate, misliker stress ved konsultasjon  
Har ingen ønsker om ny teknologi

## Gunnar, gårdbruker



- Alder: 58
- Bosted: Liten utkantkommune
- Yrke: gårdbruker
- Familiesituasjon: skilt, ett barn

### Situasjon:

Bor to timers kjøring fra nærmeste legekantor  
Sliter med dårlig rygg  
Har diverse småplager som han sjelden sjekker  
Ikke god med teknologi, men har i det siste begynt å bruke internett til bl.a. netthandel og nettbank  
Dårlig økonomi

### Ønsker/behov:

Skulle gjerne kontrollert helsetilstand oftere, men sliter med å prioritere det  
Er opptatt av at helsetjenester skal være gratis eller veldig rimelig

## Ella, elev



- Alder: 16
- Bosted: Mellomstor kommune
- Yrke: elev ved vgs.
- Familiesituasjon: bor hjemme hos foreldre, har kjæreste

### Situasjon:

Er i sitt første seriøse forhold  
Har hatt noe problemer med angst, men ellers god helse  
Familien har stram økonomi  
Dårlig personlig kjemi med skolelegen

### Ønsker/behov:

Har behov for noen å snakke med rundt seksualitet, rus, mv.  
Ønsker kvinnelig fastlege  
Tar gjerne i bruk ny teknologi i møte med fastlegen.

## Renate, rådmann



- Alder: 45
- Bosted: Liten utkantkommune
- Yrke: rådmann
- Familiesituasjon: gift, 2 barn

### Situasjon:

Styrer en kommune med presset økonomi og synkende befolkningstall  
Samtidig: en eldre befolkning som krever mer oppfølging  
Sliter med å rekruttere og beholde fastleger til kommunen. Må ofte bruke vikarer.

### Ønsker/behov:

Er opptatt av sammenhengende offentlige tjenester, og god samhandling med NAV, pleie og omsorg, mv.  
Er bekymret for kommunens økonomi både nå i tiden framover.  
Ivrer for at offentlig sektor kan finne nye måter å gjøre ting på

## Rawand, lege og gründer



- Alder: 36
- Bosted: Stor bykommune
- Yrke: driver egen bedrift
- Familiesituasjon: gift, 2 barn

### Situasjon:

Har medisinsk bakgrunn og erfaring, men jobber nå med å utvikle produkter og tjenester innen helsesektoren  
Har 6 ansatte med kompetanse innen teknologi, IT og medisin  
Ser stadig etter nye forretningsområder, og synes allmennelegetjenesten er spesielt interessant

### Ønsker/behov:

Skulle ønske det offentlige helsevesenet var mer åpent for nye ideer, produkter og tjenester  
Har flere ideer knyttet til e-konsultasjon han gjerne skulle hatt prøvd ut



## Kari, hjemmesykepleier



- Alder: 52
- Bosted: Stor bykommune
- Yrke: sykepleier i hjemmetjenesten
- Familiesituasjon: gift, to voksne barn

### Situasjon:

Trenger ofte råd fra lege når hun er ute hos en pasient, noen ganger midt på natten. Hun vet ofte ikke hvor alvorlig situasjonen er og hva hun skal gjøre med pasienten  
Føler hun kjenner pasientene svært godt

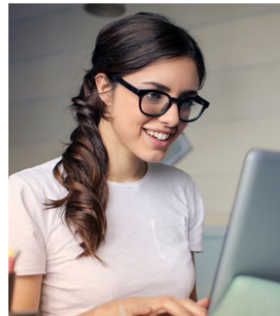
### Ønsker/behov:

Skulle gjerne hatt mulighet til å få råd – når som helst på døgnet - fra en lege som hadde tilgang til pasientens journal  
Skulle gjerne hatt økte fullmakter med tanke på medisinsk behandling og innleggelser

## 7.3 Beskrivelse av de fire scenarioene som ble drøftet på workshops

### Scenario 1: Modernisering nåværende ordning

- ▶ Som nå mht finansiering og struktur
  - ▶ Men pålegg om digitale løsninger: Satsing på e-konsultasjon og andre digitale løsninger hos hvert legekantor gjennom forbedret teknologi
    - ▶ Mål om at dette erstatter vesentlig andel fysiske konsultasjoner.
  - ▶ Samt utvidede rettigheter for annet helsepersonell. Eksempelvis:
    - ▶ Sykepleiere gjøre små justeringer medisiner, legge inn på KAD plasser og sykehus.
    - ▶ Psykologer og fysioterapeuter kunne henvise videre til spesialisthelsetjenesten, andre undersøkelser mm. og sykmelde.
    - ▶ Annen ordning ved korttidsfravær videregående skole enn at de må via fastlegen.
    - ▶ Løsere bånd mellom pasient og egen lege



## Scenario 2: Mer bruk av private aktører

---

- ▶ Dagens fastlegeordning fortsetter som nå, men større bruk av private aktører som supplement.
  - ▶ Finansiert av arbeidsgiver, forsikring, oss selv.
  - ▶ Lagt til rette av myndighetene ved hjelp av skatteordninger og pålegg til arbeidsgivere om helseforsikring.
  - ▶ De private aktørene kan være digitale konsultasjoner, større selskaper etc
- ▶ Løser bånd mellom pasient og egen lege



## Scenario 3: Kommunalt ansatte fastleger

---

- ▶ Alle fastleger er kommunalt ansatt på lik linje med andre ansatte i kommunene.
  - ▶ Kommunen mottar statlig støtte.
  - ▶ Pasientene betaler egenandeler sentralt bestemt.
  - ▶ Legen avspaserer arbeid utover fast arbeidstid



## Scenario 4: Kommunen får full frihet til å velge løsninger

---

- ▶ Kommunene velger selv løsninger.
  - ▶ De kan ansette leger på fast lønn
  - ▶ De kan kjøpe tjenester etter regler om offentlig anskaffelser, som sykehjemsdrift, brøytekontrakter, private barnehager eller lignende.
  - ▶ De kan ha avtaler med enkeltleger om selvstendig næringsdrift, som dagens ordning.
  
- ▶ Kommunen bestemmer selv de økonomiske løsningene, men får statlige overføringer pr. innbygger.

