

Fastlegetjenesten i Nord-Norge

Status, utfordringer og forslag til tiltak



Dato: 07.09.19

Innholdsfortegnelse

1.	Sammendrag av rapporten.....	7
1.1	Bakgrunn og arbeidsmåte	7
1.2	Status for fastlegetjenesten i Nord-Norge	7
1.3	Drøftelser av mulige forbedringstiltak.....	8
1.4	Arbeidsgruppens anbefalinger av tiltak.....	9
2.	Bakgrunn for arbeidet.....	11
2.1	Vedtak i styret i Helse Nord	11
2.2	Vedtak i Regionalt samarbeidsutvalg (mellom Helse Nord RHF og Ksi Nordland, Troms og Finnmark)	11
2.3	Etablering av arbeidsgruppe for oppfølging av NSDM-rapporten.....	12
2.4	Mandat arbeidsgruppe fastleger i Nord-Norge	13
2.5	Arbeidsform og materiale.....	14
3.	Disposisjon for rapporten.....	15
4.	Utredninger i regi av Helsedirektoratet.....	17
4.1	Arbeidstidsundersøkelsen i 2018.....	17
4.2	Spesialistutdanning i allmenntilleggsmedisin – Helsedirektoratet juli 2018 og november 2018	17
4.3	Pågående utredninger i regi av Helsedirektoratet og andre aktører	17
5.	Utredninger i regi av Legeforeningen	18
6.	Utredninger i regi av KS	19
6.1	Kommunal legetjeneste kan den ledes? Utredning utført for KS av Agenda Kaupang februar 2016.....	20
6.2	Variasjoner i finansieringen av fastlegeordningen – rapport laget av Ipsos for KS, mai 2018	20
7.	Dokumentasjon av status og utfordringer for fastlegetjenesten i Nord-Norge.....	20
8.	Supplerende analyser av stabilitet/turnover blant fastlegene i Nord-Norge for perioden oktober 2017-mars 2019.....	22
9.	Hvor blir det av fastlegene som slutter i Nord-Norge?	26
9.1	Datainnhenting og metode	26
9.2	Mobilitetsmønster – hvor blir det av fastlegene som slutter?.....	26
9.3	Mobilitetsmønster – flytting, kommunestørrelse og sentralitet	27
9.4	Forskjeller i karrieremønstre mellom mannlige og kvinnelige leger.....	29
9.5	Alder og ansiennitet for fastlegene som har sluttet de siste 18 måneder	30

9.6	Hva vi fremdeles ikke vet – behov for oppfølgende undersøkelser	31
9.7	Oppsummering	31
10.	Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen til ledere av legetjenesten i kommunene	32
10.1	Formål og metode.....	32
10.2	Utvikling i ledige fastlegehemler/-stillinger.....	33
10.3	Behov for nye fastlegehemler/-stillinger.....	34
10.4	LIS1-stillinger.....	34
10.5	Utvikling i driftsformer	37
10.6	Omsetning av fastlegepraksiser.....	38
10.7	Plan for legetjenesten	40
10.8	Spesialistutdanning i allmenntidmedisin	42
10.9	Samarbeid om legetjenester.....	47
10.10	Øvrig personell på legekantor	49
10.11	Hvilke endringer bør gjøres for å forbedre fastlegeordningen?	50
10.11.1	Forbedringstiltak adressert til nasjonale myndigheter.....	51
10.11.2	Forbedringstiltak adressert til helseforetakene	51
10.11.3	Forbedringstiltak adressert til regionrådene	52
10.11.4	Forbedringstiltak adressert til eget nivå i egen regi	52
10.12	Oppsummering.....	53
11.	Kartlegging av innholdet i fastlegeavtaler i kommuner i Nord-Norge.....	54
11.1	Hvordan data er innhentet - metode for kartlegging.....	54
11.2	Avtalertyper som er i bruk.....	54
11.3	Fastlegeavtaler i Finnmark	55
11.3.1	Næringsdriftavtaler med kommunal subsidiering i Finnmark	55
11.3.2	Fastlønnsavtaler med bonus i Finnmark	56
11.3.3	Fastlønnsavtaler i Finnmark.....	58
11.4	Fastlegeavtaler i Troms.....	59
11.4.1	Hovedmodellen i Troms	59
11.4.2	Næringsdriftavtaler med kommunal subsidiering i Troms (8.2 avtaler)..	60
11.4.3	Fastlønn med bonus i Troms	61
11.4.4	Fastlønn i Troms.....	62
11.5	Fastlegeavtaler i Nordland.....	63

11.5.1	Hovedmodellen i Nordland	63
11.5.2	Næringsdriftavtaler med kommunal subsidiering i Nordland (8.2 avtaler)	64
11.5.3	Fastlønn med bonus i Nordland	65
11.5.4	Fastlønn i Nordland.....	65
11.6	Oppsummering – fastlegeavtaler i Nord-Norge.....	67
12.	ALIS-Nord og etablering av regionale ALIS-kontor	69
12.1	Målsetting med ALIS-Nord.....	69
12.2	Status for ALIS-Nord i juni 2019.....	69
12.3	ALIS Nord – fordeling etter kommunens sentralitet og folketall.....	71
12.4	Etableringa av ALIS-kontorer i alle helseregioner	72
12.4.1	Foreslåtte oppgaver for ALIS-kontorene	73
12.4.2	Samarbeidsforhold	74
12.4.3	Økonomi.....	74
13.	Drøftelse av mulige forbedringstiltak.....	75
13.1	Viktig å tilrettelegge for alternative driftsmodeller	75
13.2	Fordelingskonsekvenser av ubalanse i arbeidsmarkedet for fastleger.....	76
13.3	Finansieringsordninger og takster som virkemidler for å styrke fastlegetjenesten	76
13.4	Behovet for flere fastleger og redusert listelengde	78
13.5	Konkurransen om leger mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegetjenesten	79
13.6	Målrettet tilrettelegging for systematisk rekruttering og stabilisering av fastleger i Nord-Norge	80
13.6.1	Turnustjenesten (LIS 1) som rekrutteringsinstans	81
13.6.2	Behovet for en langsiktig og systematisk satsing på utdanning av nye fastleger	82
13.6.3	Fastlegenes behov for tilgang til LIS-stillinger i sykehus	83
13.6.4	Rekruttering til og stabilitet i fastlegestillingene – to sider av samme sak	84
13.7	Virkemidler innrettet mot unge leger som vil bli fastleger	85
13.8	Behovet for en mer profesjonell ledelse og planlegging av legetjenesten i kommunene	86
13.9	Behov for økt samarbeid mellom kommuner innbyrdes og mellom kommuner og helseforetak.....	86

13.10	Organisasjonsmodeller.....	87
13.11	Stor variasjon mellom kommuner mht. innhold i fastlegeavtalene.....	88
13.12	Gjennomgang og avklaring av arbeidsdelingen mellom sykehus og fastleger	89
13.13	Tverrfaglige team og annet helsepersonell som kan avlaste fastlegene.....	90
13.14	Betydningen av enkle og tilgjengelige digitale løsninger for fastlegenes kommunikasjon og informasjonsutveksling med pasienter og fagmiljøer i Nord- Norge	92
13.15	Betydningen av desentraliserte utdanningsmodeller for rekruttering av fastleger	93
13.16	Kommunenes ansvar for å ivareta hensynet til språk og kultur for samiske pasienter	93
14.	Forslag til konkrete tiltak	95
14.1	Overordnet nasjonalt ansvar: Forslag om opptrappingsplan for fastlegetjenesten	95
14.2	Tiltak rettet mot utdanning og rekruttering.....	95
14.3	Tiltak innrettet mot finansieringsordninger, takster og legeavtaler.....	96
14.4	Tiltak som kan avlaste fastlegene.....	97
14.5	Tiltak rettet mot organisering og ledelse av legetjenesten i kommunen	97
14.6	Tiltak rettet mot å styrke samarbeidet mellom fastleger og helseforetak....	98
14.7	Tiltak for bedre ivaretagelse av hensynet til språk og kultur i fastlegetjenesten vis a vis samiske pasienter	99
14.8	Tiltak rettet mot utdanningskapasitet og desentraliserte utdanningsmodeller	99
14.9	Innbyrdes prioritering av tiltak	99
15.	Referanser.....	100
16.	Vedlegg.....	102
16.1	Vedlegg 1: Fastlegers tidsbruk – Undersøkelse gjennomført av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin for Helsedirektoratet (januar 2018).....	102
16.2	Vedlegg 2: Ny spesialistutdanning i allmenntidmedisin - sammendrag og vurdering av rapporter fra Helsedirektoratet.....	103
16.3	Vedlegg 3: Legeforeningens forslag til videreutvikling av fastlegeordningen	105
16.4	Vedlegg 4: Norsk forening for allmenntidmedisin – notat fra faggruppe for samhandling - mars 2018 - Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus	110

16.5	Vedlegg 5: Kommunal legetjeneste – kan den ledes? Rapport februar 2016 Agenda Kaupang for KS	116
16.6	Vedlegg 6: Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – Ipsos-rapport mai 2018 laget for KS	119
16.7	Vedlegg 7: Fastlegetjenesten i Nord-Norge – sammendrag av NSDMs rapport fra mai 2018.....	121
16.8	Vedlegg 8: Spørreskjema til kommunale helseledere om fastlegetjenesten - undersøkelse om fastleger i Nord-Norge	126
16.9	Vedlegg 9: Sammendrag - Recruit & Retain – Making it Work - Den norske case-studien	135

1. Sammendrag av rapporten

1.1 Bakgrunn og arbeidsmåte

Bakgrunnen for dette arbeidet, er en tiltagende bekymring i Helse Nord RHF om at en krise i landsdelens fastlegetjeneste også vil ramme og svekke spesialist-helsetjenesten. Helse Nord RHF bestilte derfor en utredning om fastlegetjenesten i Nord-Norge som i mai 2018 ble levert av Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM). Utredningen ble høsten 2018 fremlagt som sak både i Regionalt samarbeidsutvalg¹ og styret i Helse Nord RHF. Denne rapporten er en oppfølging av deres vedtak.

Rapporten er utarbeidet av en arbeidsgruppe ledet av Helse Nord RHF med øvrige medlemmer fra KS-Nord-Norge, Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), ALIS-Nord, fylkesmannen i Troms og Finnmark, fastleger fra kommuner i Nord-Norge, og Universitetssykehuset Nord-Norge. Rapporten bygger på flere ulike datakilder, både tidligere utredninger og originalt innsamlet materiale utført i regi av arbeidsgruppen. Innledningsvis (kap. 4-7) vises det til utvalgte avsluttede og pågående nasjonale og regionale utredninger om fastlegetjenesten. Arbeidsgruppen har lagt hovedvekten på å presentere mest mulig oppdatert dokumentasjon om status og utfordringer for fastlegetjenesten i landsdelen (kap. 8-13) og et sluttkapittel (14) med forslag til tiltak.

1.2 Status for fastlegetjenesten i Nord-Norge

Fastlegetjenesten i Nord-Norge er organisert på måter som avviker vesentlig fra resten av landet. Bare sju kommuner har organisert virksomheten etter hovedmodellen (næringsdrift), men disse har hele 38 prosent av fastlegene. Fastlegene fordeler seg slik på øvrige modeller: næringsdrift med kommunal subsidiering (19 %), fast lønn med bonus (28%) og fast lønn (15 %). Det innebærer at det store flertall av kommuner i Nord-Norge subsidierer fastlegetjenesten utover den finansieringen som følger med hovedmodellen.

NSDMs utredning om fastlegetjenesten i Nord-Norge viser at det er klart høyere årlig gjennomtrekk/turnover i fastlegestillingene (12,8 %) i denne landsdelen enn i resten av landet (7,3%). Turnover er klart høyere i perifere kommuner med lavt folketall enn i mer sentrale og folkerike kommuner i landsdelen. Det er også relativt flere legeløse lister og vikarer i kommunene i nord. Videre er listene kortere og det er færre av fastlegene som er spesialister i allmennmedisin. Dette bildet bekreftes gjennom oppdatert informasjon for perioden fram til mars 2019.

En mobilitetsanalyse blant fastleger i Nord-Norge som sluttet i løpet av perioden oktober 2017-mars 2019, viser at blant de som flyttet ut av landsdelen, fortsatte en stor andel som fastleger, mens flertallet av de som fortsatt er i Nord-Norge har tiltrådt stillinger i sykehus. Det er ellers en generell og sterk tendens til at fastlegene som har sluttet i sine stillinger i Nord-Norge flytter til mer folkerike og sentrale kommuner.

¹ Regionalt samarbeidsutvalg er et partssammensatt utvalg med medlemmer av Helse Nord og KS, inkludert tillitsvalgte fra både kommunene og helseforetakssiden.

Det er gjennomført en spørreundersøkelse til ledere av legetjenesten i kommunene som er besvart av alle unntatt én kommune. Den viser at andelen ledige hjemler øker i de sentrale og folkerike kommunene. Lederne i disse kommunene melder om et betydelig behov for flere fastlegehjemler. Samlet har kommunene i Nord-Norge behov for 12 % flere fastleger. Få kommuner har utarbeidet en plan for legetjenesten og det samarbeides i liten grad med andre kommuner om annet enn legevakt. Av forbedringer etterspørres særlig bedre finansieringsordninger, både for pasientrettet fastlegearbeid og for spesialistutdanning av fastleger. Bedre tilgang til sykehustjeneste for fastleger under spesialisering nevnes også. Flere helseledere nevner behovet for å forankre legetjenesten bedre i kommunens toppledelse og å styrke ledelsen av den.

Arbeidsgruppen har gjennomført en kartlegging av legeavtaler i de fleste av landsdelens kommuner. Det er et betydelig spenn i disse avtalene, mht. økonomisk godtgjøring og andre arbeidsvilkår, innen samme avtaletype, mellom leger i samme kommune og mellom kommuner. Disse forskjellene gjenspeiler nok både forskjeller i oppgaver og arbeidsbelastning, men også forskjeller i markedssituasjon og forhandlingsstyrke.

Arbeidsgruppen har lagt særlig vekt på å få fram utfordringer knyttet til nasjonale helsemyndigheters skjerpede krav til kommuner om at nye fastleger må være spesialister i allmenntmedisin eller under slik spesialisering. Det redegjøres for ALIS Nord-prosjektet, etableringen av permanente regionale ALIS-kontor og viktigheten av at alle kommuner i landsdelen tilpasser seg de nye utdanningskravene.

1.3 Drøftelser av mulige forbedringstiltak

I kapittel 13 drøftes mulige forbedringer som danner grunnlaget for de tiltak arbeidsgruppen foreslår i kapittel 14. Siden utfordringene i fastlegetjenesten gjelder store deler av landet, trengs det nasjonale tiltak, ikke minst mht. tilfang, finansiering og spesialistutdanning av fastleger. Slike tiltak med adresse til nasjonale myndigheter, drøftes. Arbeidsgruppen er opptatt av at nasjonale tiltak må innrettes slik at de ivaretar geografiske fordelingshensyn. De må ikke skape ubalanse i legemarkedet som tømmer utkantområder for leger. Utfordringene ved for sterk stillingsvekst i sykehusene drøftes også, med henblikk på konsekvenser for rekruttering av fastleger.

Arbeidsgruppen drøfter sammenhengen mellom rekruttering og det å legge til rette for at fastlegene forblir lenger i jobben som fastlege. Dette er to sider av samme sak, ettersom det langt på vei er de samme vilkår som fremmer rekruttering og stabilitet.

Videre drøftes betydningen av at kommuner i større grad samarbeider innbyrdes om legetjenester og styrker samarbeidet med helseforetakene. Integrasjon av fastleger i større faglige felleskap – gjennom organisatoriske og virtuelle nettverk - vil kunne kompensere for noen av de småskalalempene som følger av å jobbe i perifere kommuner.

Arbeidsgruppen har adressert spørsmålet om fastlegenes evne til å ivareta samiske pasienter på måter som tar hensyn til språk og kultur. Behovet for kartlegginger som avdekker utfordringene på dette feltet og oppfølgende tiltak, drøftes.

1.4 Arbeidsgruppens anbefalinger av tiltak

Med utgangspunkt i dokumentasjon av status og drøftelser av mulige forbedringstiltak, har arbeidsgruppen anbefalt i alt 34 enkelttiltak, tematisk organisert i åtte hovedgrupper:

Etablering av nasjonal opptrappingsplan for fastlegetjenesten

Arbeidsgruppen foreslår at det i regi av trepartssamarbeidet utarbeides en fireårig nasjonal opptrappingsplan (2020-2023) for fastlegetjenesten.

Tiltak rettet mot utdanning og rekruttering

For å styrke rekrutteringstilfanget til fastlegetjenesten, foreslås en økning av antallet LIS1-stillinger og en større medvirkning fra kommunene i rekrutteringsfasen til disse stillingene. Det foreslås etablering av 60-70 flere ALIS-stillinger i landsdelens kommuner, etablering av 30-40 øremerkede ALIS-stillinger i landsdelens helseforetak, styrket veiledningstjeneste og mulighet til å velge mellom fastlønn og næringsmodell som ALIS.

Tiltak rettet mot finansieringsordninger, takster og legeavtale

Det anbefales å legge opp til finansieringsordninger som understøtter ulike praksismodeller tilpasset forskjeller mellom kommuner. Det foreslås å øke basistilskuddets relative andel av totalfinansieringen, at dette tilskuddet risikjusteres mht. legenes pasientpopulasjon, og at det vurderes å etablere «knekkpunkt» for basistilskuddets størrelse relatert til listelengde. Videre foreslås særlige takster eller tilskuddordninger som kan gjøre det enklere for unge fastleger å etablere praksis etter næringsmodell.

Tiltak som kan avlaste fastlegene

Det anbefales å foreta kritiske vurderinger av oppgaveoverføringer fra sykehus til kommuner, å styrke felles oppgaveløsning og samarbeid, samt sørge for at fastlegene ikke belastes unødige med administrative oppgaver. Videre foreslås å legge til rette for at arbeidsoppgaver utført av annet helsepersonell ved fastlegekontorene finansieres gjennom takster, og at tilsvarende løsninger vurderes for tverrfaglige team når pågående evalueringer er gjennomført. Fastlegene bør også få bedre og mer tilgjengelige digitale løsninger som kan forenkle, forbedre og effektivisere arbeidet.

Tiltak rettet mot organisering og ledelse av legetjenesten i kommunene

Kommuner bes vurdere fellesorganisering av legetjenester i samarbeid med andre kommuner, og at de – i egen regi eller samarbeid med andre kommuner - generelt styrker ledelsen av legetjenestene, samt utrednings- og planleggingskompetansen. Det anbefales videre at kommunene tar i bruk rammeverket «Recruit & Retain – Making it work» som kunnskapsgrunnlag for rekruttering og stabilisering av leger.

Tiltak for å styrke samarbeidet mellom fastleger og helseforetak

Det anbefales å bredde samarbeidsflaten mellom kommuner og helseforetak til å innbefatte rekruttering, fagutvikling, planlegging, e-helse mv. Arbeidsgruppen foreslår at det implementeres lokalt tilpassede retningslinjer for samarbeid og oppgavedeling mellom fastleger og sykehus, at praksiskonsulentordningen styrkes og at fastlegerådene og andre kliniske samarbeidsutvalg brukes aktivt for å videreutvikle samarbeidet.

Tiltak for bedre ivaretagelse av hensynet til språk og kultur i fastlege-tjenesten vis a vis samiske pasienter

Det anbefales å gjøre en systematisk kartlegging av status for fastlegenes ivaretagelse av hensynet til samisk språk og kultur, ikke bare i samiske kjerneområder, men også i andre kommuner, inkludert bykommuner i landsdelen der samiske innbyggere antas å ha slike behov. I forlengelsen av kartleggingen bør kommuner som ikke i nødvendig grad ivaretar disse hensyn, iverksette avbøtende tiltak.

Tiltak rettet mot utdanningskapasitet og desentraliserte utdanningsmodeller

Det anbefales å legge til rette for økt utdanningskapasitet av leger ved UiT – Norges arktiske universitet, herunder inkludere Helgeland i den desentraliserte utdanningsmodellen for medisinere. Det foreslås generelt å styrke desentraliserte utdanningsmodeller for helsepersonell og i større grad å eksponere studentene for arbeid i kommunehelsetjenesten.

2. Bakgrunn for arbeidet

Da den økende bekymringen for sviktende rekruttering til og stabilitet i fastlegekorpset, ble satt på den nasjonale helsepolitiske dagsorden i 2017, ble det også et anliggende for Helse Nord RHF. Hvis fastlegeordningen svekkes, har det også negative konsekvenser for spesialisthelsetjenesten. Dette øker risikoen for at fastlegenes portvaktfunksjon svekkes, med den konsekvens at sykehusene må håndtere oppgaver som fortrenger deres primære funksjon som spesialisthelsetjeneste. Både kommunene og fastlegene har dessuten fått overført oppgaver fra spesialisthelsetjenesten som følge av samhandlingsreformen (fra 2012).

At det gjennom historiske erfaringer i tillegg er dokumentert at rekrutteringssvikt i legetjenesten alltid har rammet Nord-Norge hardest, er bakgrunnen for at Helse Nord RHF høsten 2017 tok initiativet til en utredning om status og utfordringer for fastlegetjenesten i Nord-Norge, gjennom en bestilling av rapport fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM). Denne rapporten ble levert 3. mai 2018, og er utgangspunktet for de vedtak om oppfølging som høsten 2018 er gjort både i styret for Helse Nord RHF og i Regionalt samarbeidsutvalg.

2.1 Vedtak i styret i Helse Nord

Styret i Helse Nord RHF fattet i møte 29. august 2018 følgende enstemmige vedtak i sak 101/2018 – Fastlegetjenesten i Nord-Norge, status og fremtid – oppfølging av rapport:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om *Rapport fra NSDM: Fastlegetjenesten i Nord-Norge* til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å følge opp rapporten i samarbeid med de berørte parter, først og fremst kommuner, kommunesektorens organisasjon (KS) og fylkesmenn i de tre nord-norske fylker.
3. Styret ber adm. direktør videre om å ta initiativ til etablering av en arbeidsgruppe som får i mandat å fremme forslag om konkrete, prioriterte tiltak som kan bidra til å styrke rekrutteringen til og stabiliseringen i fastlegestillingene i Nord-Norge.
4. Styret ber adm. direktør om å komme tilbake til styret med en orientering om status i arbeidet med fastlegetjenesten i Nord-Norge i styremøte høsten 2019.

2.2 Vedtak i Regionalt samarbeidsutvalg (mellom Helse Nord RHF og KS i Nordland, Troms og Finnmark)

Sak 14/2018 om status og fremtid for fastlegetjenesten i Nord-Norge, ble fremmet for Regionalt samarbeidsutvalg i møte 3. oktober 2018, der det ble gjort følgende vedtak:

1. Det konstateres at Rapport om fastlegetjenesten i Nord- Norge gir en bred dokumentasjon av framtidens utfordringer med å rekruttere fastleger til landsdelen.

2. Regionalt samarbeidsutvalg anbefaler at rapporten følges opp i samarbeid med flere parter, primært med representanter fra kommuner, KS, fastleger og fylkesmannen i de tre nord-norske fylker.
3. Regionalt samarbeidsutvalg ber Helse Nord RHF, som for tiden har ansvar for å samordne saksforberedelsen til utvalget, om å ta initiativet til at det i samarbeid med partene etableres en arbeidsgruppe med mandat å fremme forslag om konkrete, prioriterte tiltak som kan bidra til å styrke rekrutteringen til og stabiliseringen i fastlegestillingene i Nord-Norge. Tiltak som fungerer godt i enkelte kommuner, bør ses på og vurderes i dette arbeidet. Regionalt samarbeidsutvalg ber om at det samiske perspektivet tas med i mandatet for å sikre rekruttering av personell med samisk språk og kulturforståelse.
4. Regionalt samarbeidsutvalg anbefaler kommuner i Nord-Norge til å forholde seg aktivt til forespørsel fra ALIS-Nord med hensyn til deltagelse i prosjektet.
5. Regionalt samarbeidsutvalg forutsetter at Helse Nord RHF sørger for at helseforetakene legger til rette for allmennlegenes sykehuspraksis, og at denne tjenesten organiseres slik at den kan gjennomføres uten at allmennlegen må flytte fra hjemkommunen.
6. Regionalt samarbeidsutvalg forutsetter at alle parter på alle nivåer samhandler og har en god dialog i dette samarbeidet.

2.3 Etablering av arbeidsgruppe for oppfølging av NSDM-rapporten

Av kapasitetsmessige grunner ble arbeidet med oppfølging av NSDM-rapporten først startet opp i slutten av januar 2019. Det ble på dette tidspunkt etablert en arbeidsgruppe, ledet av Helse Nord RHF, med deltagelse fra fylkesmannen i Nordland, fylkesmannen i Troms og Finnmark, KS-Nord-Norge, fastleger (inkludert kommuneoverlege), Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), ALIS-Nord og Universitetssykehuset Nord-Norge.

Følgende personer ble oppnevnt i arbeidsgruppen:

- Finn Henry Hansen, direktør - Helse Nord RHF (leder)
- Birgit Abelsen, forskningsleder - Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)
- Guri Moen Lajord, rådgiver - Universitetssykehuset Nord-Norge (fra 20.02.2019)
- Tom Mikalsen, regiondirektør - KS Nord-Norge.
- Hedda Herder Nilssen, kommuneoverlege/fastlege - Fauske kommune
- Bjørn Nordang, fastlege - Nordkapp kommune
- Anne Grethe Olsen, fylkeslege - fylkesmannen i Troms og Finnmark
- Morten Sundnes, kst. fylkeslege - Fylkesmannen i Nordland (fram til 20.02.2019)
- Svein Steinert, prosjektleder - ALIS-Nord

KS er en av partene i tre-partssamarbeidet mellom Helse- og omsorgsdepartementet, KS og Legeforeningen. Målet med trepartssamarbeidet er at KS, Legeforeningen og staten skal få en tettere dialog om fastlegeordningen, og regelmessig kunne drøfte ulike problemstillinger. Det inkluderer blant annet rekruttering, utdanning og finansiering. Fra KS' side vil denne rapporten derfor være å anse som et regionalt innspill til KS i dette arbeidet.

Det gjelder for øvrig alle medlemmer av arbeidsgruppen, at rapportens vurderinger og konklusjoner uttrykker medlemmenes vurderinger og ikke de institusjoner som medlemmene utgår fra.

2.4 Mandat arbeidsgruppe fastleger i Nord-Norge

Arbeidsgruppen skal ta utgangspunkt i foreliggende kunnskap og erfaringer om fastlegetjenesten i Nord-Norge. På dette grunnlag skal det utformes forslag til tiltak som kan bidra til å styrke framtidig rekruttering av fastleger til kommunene i Nord-Norge og til å bedre kontinuitet/reducere turnover i fastlegeavtaler. Arbeidsgruppen har som ambisjon å avlevere rapport om sine forslag innen sommeren 2019. Med utgangspunkt i vedtak fra styrende organer (jf. punkt 2.2) har arbeidsgruppen selv – gjennom følgende kulepunkter - presisert sitt mandat:

Første prioritet:

- Tiltakene som foreslås skal inkludere vurdering av både faglig tilrettelegging, etter- og videreutdanning, arbeidstid/listelengde og finansieringsordninger.
- Forslagene til tiltak bør innrettes og utformes slik at de er tilpasset og understøtter ulike praksisformer (privat næringsdrift, fastlønnsavtaler og varianter av hybrid-løsninger).
- Arbeidsgruppen skal beskrive og vurdere ulike organisasjonsmodeller for fastleger, eksemplifisert med Nordkappmodellen og Nordsjø-modellen.
- Forslagene til tiltak må differensieres slik at de er tilpasset ulike typer kommuner (befolkningsstørrelse, sentralitet, geografisk beliggenhet mv).
- Arbeidsgruppen skal vurdere ledelsesmessige og administrative forhold i kommunen av betydning for fastlegene.
- Arbeidsgruppen skal vurdere ulike former for samarbeid mellom kommuner innbyrdes og mellom kommuner og helseforetak.
- Arbeidsgruppen skal vurdere tiltak på ulike nivåer, både mot nasjonale myndigheter, kommunene og helseforetakene. Ulike former for medvirkning fra andre regionale aktører, eksemplifisert ved fylkesmannen, fylkeskommunene og universitetene, bør også vurderes.
- Arbeidsgruppen skal vurdere nødvendige forbedringer av nasjonale rammevilkår versus behov for særskilte tiltak i Nord-Norge.

- I tiltakene for rekruttering skal arbeidsgruppen sørge for at det samiske perspektivet innarbeides, slik at hensynet til språk og kulturforståelse ivaretas vis a vis samiske pasienter.

Andre prioritet:

- Arbeidsgruppen skal vurdere nye måter å gjennomføre og dele opp tellende tjeneste i spesialisthelsetjenesten.
- Arbeidsgruppen skal vurdere behovet i Nord-Norge (dimensjonering) for allmennlegenes tilgang til LIS-stillinger i spesialisthelsetjenesten.
- I drøftelse av tiltak skal hele porteføljen (listepasienter, legevakt, sykehjem, kommuneoverlegefunksjon, andre offentlige oppgaver) av fastlegenes oppgaver inkluderes.
- Arbeidsgruppen skal vurdere tiltak knyttet til interprofesjonelt samarbeid, IKT-løsninger, nettverk mv. som kan gjøre arbeidsdagen mer faglig attraktiv og som kan avlaste fastlegene for arbeidsoppgaver, for eksempel redusere «sekretæroppgaver» som påføres fastlegene fra spesialisthelsetjenesten.

2.5 Arbeidsform og materiale

Arbeidsgruppen har i perioden januar–august 2019 hatt 9 møter, hvorav 7 på Skype og 2 fysiske møter. I starten av arbeidet ble det arrangert to dager med møter i Oslo der arbeidsgruppen ble informert om pågående arbeid med fastlegeordningen i Helsedirektoratet, Legeforeningen og KS. Det har i tillegg vært avholdt en rekke møter mellom enkeltmedlemmer av arbeidsgruppen, oftest 2-3 personer som har påtatt seg dedikerte oppgaver i tilknytning til utredningen.

Siden det ikke har vært satt av dedikerte sekretariatressurser til arbeidet, er oppgaver knyttet til datainnsamling, dokumentasjon og skrivning fordelt mellom medlemmene. Alle medlemmer av arbeidsgruppen har deltatt aktivt i dette arbeidet, om enn i noe ulik grad. Forskningsleder Birgit Abelsen har påtatt seg særlige oppgaver knyttet til å oppdatere dokumentasjon og utføre supplerende analyser (8, 10 og 11²), mens Finn Henry Hansen, som gruppens leder, har tatt et særlig redaksjonelt ansvar for kapitlene 1-4, 9, 13 og 14, og for å sy sammen rapporten. Svein Steinert har skrevet kapittel 12 om ALIS-Nord. Medlemmer av samhandlingsutvalget i Helse Nord har også gitt verdifulle innspill til rapporten.

Arbeidsgruppen har brukt ulike informasjons- og datakilder som grunnlag for sitt arbeid. De siste par årene er det publisert en rekke nasjonale rapporter om fastlegesituasjonen, både i regi av Helsedirektoratet, Legeforeningen og KS. Arbeidsgruppen har gjort seg kjent med disse nasjonale rapportene, men har i tillegg funnet det nødvendig å innhente supplerende informasjon om status og særskilte

² Bjørn Nordang, Hedda Herder Nilssen, Svein Steinert og Anne Grethe Olsen har utført et betydelig arbeid med å kartlegge legevakter i nord-norske kommuner.

utfordringer for fastlegetjenesten i Nord-Norge. Helse Nord RHF's bestilte rapport fra NSDM fra mai 2018 utgjør fortsatt den mest helhetlige dokumentasjon om fastlegene i nord. Denne dokumentasjonen er imidlertid i vårt arbeid supplert på viktige punkter.

For det første er det gjort en oppdatert analyse av stabilitet/turnover i fastlegehjemlene/stillingene for perioden oktober 2017- mars 2019. Derneft er det gjort en mobilitetsanalyse som viser hvor det ble av de fastlegene som sluttet i sine hjemler/stillinger i ovennevnte 18 måneders-periode; til hvilke kommuner og hvilke stillinger flyttet de? Ved hjelp av disse data vil det være mulig å etterspore mulige generelle mønstre i den observerte mobiliteten.

Derneft er det gjort en omfattende kartlegging av innholdet i fastlegeavtalene i kommunene i Nordland, Troms og Finnmark. Denne kartleggingen dokumenterer betydelig variasjon i de ordninger kommunene har inngått, men viser først og fremst at fastlegeavtalene i Nord-Norge er vesentlig annerledes enn de som følger av hovedmodellen.

Arbeidsgruppen har videre sendt ut elektronisk spørreskjema³ til ledere av legetjenesten i samtlige nordnorske kommuner. I dette skjema bes kommunene både om å oppdatere relevant informasjon om fastlegeordningen i egen kommune, og å komme med vurderinger av tiltak på ulike nivåer. Dette materialet suppleres av en mer kvalitativ kartlegging utført av fastlegemedlemmene i arbeidsgruppen, gjennom direkte henvendelser til kommuner og fastlegekolleger.

3. Disposisjon for rapporten

Ovennevnte innledning om bakgrunn og mandat mv. følges opp med en kort oppsummering og gjennomgang av aktuelle og relevante tidligere og pågående utredninger om fastlege-ordningen. Formålet med denne gjennomgangen, er å ramme inn vårt arbeid i en videre kontekst. Disse utredningene – utført i regi av Helsedirektoratet, Legeforeningen, KS og Helse Nord RHF/NSDM - som kort oppsummeres i selve rapporten, er presentert i mer omfattende sammendrag, som vedlegg bakerst i rapporten.

Etter denne gjennomgangen, presenteres oppdateringer av NSDM-rapporten, en kartlegging av hvor det blir av de fastlegene som har sluttet i sine stillinger i nordnorske kommuner i perioden oktober 2017-mars 2019, en ny større spørreskjemabasert undersøkelse om fastlegeordningen, adressert til helseledere i samtlige 87 kommuner i Nord-Norge, samt en redegjørelse for de fastlegeavtaler som er inngått i kommunene i Nord-Norge. Det redegjøres videre for ALIS-Nord prosjektet,

³ Guri Moen Lajord har hatt hovedansvaret for utforming av spørreskjemaet som ble sendt til de kommunale helselederne.

både om hvilke kommuner som har søkt om å delta i dette prosjektet, og hvilke kommuner som er vedtatt inkludert i prosjektet. Det gjøres også en sammenligning av ALIS-Nord kommuner, med kommuner som ikke inngår i dette prosjektet, både mht. strukturelle kjennetegn (folketall, sentralitetsindeks, listelengde) og rekrutteringsutfordringer (turnover/stabilitet).

I forlengelsen av den empiriske kartlegging og dokumentasjon, drøftes implikasjoner av de viktigste funn, med sikte på å vurdere og prioritere tiltak på ulike nivåer.

4. Utredninger i regi av Helsedirektoratet

4.1 Arbeidstidsundersøkelsen i 2018

I løpet av 2017 inntok utfordringene innen fastlegeordningen en stadig større plass i det nasjonale mediebildet, med økende fokus både på arbeidsbelastninger og rekrutterings-problemer. I regi av Helsedirektoratet ble det derfor bestilt en utredning om fastlegers tidsbruk som ble gjennomført av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin og publisert i januar 2018 (vedlegg 1). Det ble her dokumentert en gjennomsnittlig selvrapportert arbeidstid på 55,6 timer (inkludert legevakt), noe som er en betydelig økning sammenlignet med tidligere tilsvarende undersøkelser og langt høyere ukentlig arbeidstid enn sykehusleger. For vårt arbeid hadde det vært ønskelig at resultatene fra denne undersøkelsen var brutt ned på regioner, men det faktum at fastlegene i småkommunene har lengre arbeidstid enn i større kommuner indikerer at arbeidstiden for fastleger i Nord-Norge er lengre enn gjennomsnittet for landet. Denne utredningen er viktig ettersom den dokumenterer og bekrefter den økte arbeidsbelastning for fastlegene.

4.2 Spesialistutdanning i allmenntidmedisin – Helsedirektoratet juli 2018 og november 2018

Gjennom to rapporter fra Helsedirektoratet (vedlegg 2) ble det i 2018 redegjort for ny spesialistutdanning i allmenntidmedisin, og for kompetanseforskriften med krav om at alle leger som jobber klinisk i en kommune må spesialisere seg, og at kommunene har en plikt til å legge til rette for det. Det stilles også større krav til veiledning under spesialiseringsløpet for allmenntidleger, noe som kan være utfordrende for kommuner som mangler spesialister i allmenntidmedisin som kan ivareta denne veiledningen og som i større grad forutsetter samarbeid mellom kommuner. I den nye spesialistutdanningen er kravet til tjenestetid i stor grad erstattet med fastsatte læringsmål som skal oppfylles, noe som også gjelder kravet til tjeneste i spesialisthelsetjenesten. Kommunestrukturen i Nord-Norge vil forutsette stor grad av overordnet tilretteleggelse og innbyrdes samarbeid mellom kommuner for å kunne innfri de nye kravene. I våre anbefalinger vil vi komme med forslag om hvordan dette kan gjøres.

4.3 Pågående utredninger i regi av Helsedirektoratet og andre aktører

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet er det under arbeid en rekke utredninger om ulike aspekter ved fastlegeordningen. Vi nevner her de mest aktuelle av disse utredningene:

- Evaluering av fastlegeordningen. Utføres av Ernst & Young, med leveringsfrist 1. september 2019.

- Evaluering av brukernes erfaringer med fastlegeordningen: Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2018/19. Utføres av Folkehelseinstituttet med leveringsfrist 1. september 2019.

Trepartssamarbeidet har nedsatt fire arbeidsgrupper hvorav to fremdeles er under slutføring. Det gjelder:

- Vurderinger av alternative finansieringsmodeller for fastlegene. Ledes av Helsedirektoratet, leveransefrist 1. september 2019.
- Kvalitet og innovasjon i fastlegeordningen. Ledes av Helsedirektoratet, med leveransefrist 15. oktober 2019.

I tillegg er det under arbeid en rekke mindre utredninger som har direkte eller indirekte relevans for fastlegeordningen.

De pågående utredningene som ferdigstilles denne høsten, skal danne grunnlaget for en handlingsplan for allmennlegetjenesten som departementet skal utarbeide og oversende Stortinget i løpet av våren 2020.

Det presiseres at det arbeid som gjennom denne rapporten presenteres fra arbeidsgruppen i Nord-Norge, overhodet ikke er ment som noe konkurrerende dokument til de mer omfattende og detaljerte nasjonale utredninger som er på gang. Vår rapport må mer vurderes som et supplerende dokument der det – på grunnlag av oppdatert dokumentasjon - redegjøres for mer spesifikke forhold og utfordringer ved fastlegeordningen i Nord-Norge som kanskje ikke synliggjøres i særlig grad i de nasjonale utredningene.

5. Utredninger i regi av Legeforeningen

Legeforeningen har i løpet av de siste to årene publisert flere dokumenter med forslag til videreutvikling av fastlegeordningen (Se vedlegg 3).

I en utredning fra oktober 2017 understrekes behovet for både generelt å forbedre ledelsen av medisinske tjenester i kommunene og spesielt å styrke ledelsen av fastlegekontorene. Det vises også til utredning om samme tema i regi av KS (vedlegg 5). Dette sterke fokuset på krav til kompetent ledelse av kommunehelsetjenesten, vurderes som svært relevant for å forbedre stabilitet, rekruttering og kvalitet i tjenestene.

I en annen utredning om fastlegenes portnerrolle drøftes det hvordan denne rollen forutsetter kontinuitet i lege-pasientforholdet, og dermed svekkes av stadige utskiftninger og stor bruk av vikarer. For å være en effektiv portner med høy diagnostisk presisjon, må fastlegen kjenne pasienten; dette er særlig viktig for de sykeste pasientene og for pasienter med komplekse sykdommer. Fastlegens

portenerolle foreslås modernisert og styrket gjennom etablering av faglige nettverk og ved å utvikle og bredde systemer for lokalt kvalitetsarbeid.

I den rapporten som Menon Economics har laget for Legeforeningen (2018), dokumenteres det at arbeidspresset har økt dramatisk, men at fastlegene samtidig behandler færre pasienter grunnet et stadig mer komplekst sykdomsbilde. Ut fra nærmere redegjort forutsetninger er det beregnet at det allerede i dag er et underskudd på ca. 1000 fastleger, dersom man skal sikre pasientene en kvalifisert tjeneste og gi legene en forsvarlig arbeidsuke. Avhengig av hvilke forutsetninger som legges til grunn, er det i rapporten beregnet et behov for mellom 30 og 100 prosent flere fastleger i 2040.

Ifølge Legeforeningens utviklingsplan for fastlegeordningen må det rekrutteres hele 500 nye ALIS årlig for å dekke dagens og fremtidens legebehov. Det foreslås videre at det lages en nasjonal ordning for ALIS som gir kommunene mulighet til å ivareta kravene i den nye spesialistutdanningen, at normene for listelengde reduseres for å gi mer tid til hver pasient, og at finansieringsmodellen justeres. I planen understrekes behovet for å regulere oppgave- og ansvarfordeling mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten, og for at det legges til rette for ansettelse av annet helsepersonell ved legekantorene.

I et svært viktig dokument fra mars 2018 (vedlegg 4) har faggruppen for samhandling i Norsk forening for allmenntidisin formulert en rekke anbefalinger som samarbeid mellom fastleger og sykehus. Anbefalingene adresserer begge parter på et relativt detaljert og konkret nivå mht. måten oppgaver skal løses på og hvilken part som har ansvar for hva. Dette dokumentet har etter hvert fått bred aksept i medisinske fagmiljøer og har i løpet av det siste året fått tilslutning av de overordnede samarbeidsutvalg i våre helseforetak. Det gjenstår likevel et betydelig oppfølgingsarbeid blant ledere, leger og annet helsepersonell på alle nivåer mht. å realisere disse anbefalingene. Dette oppfølgingsbehovet er kanskje aller størst i helseforetakene.

6. Utredninger i regi av KS

Kommunesektorens organisasjon (KS) ivaretar kommunenes arbeidsgiverrolle og er dessuten en interessepolitisk aktør på vegne av kommunene. I denne egenskap har KS også tatt initiativ til utredninger om kommunehelsetjenesten og om fastlegeordningen.

6.1 Kommunal legetjeneste kan den ledes? Utredning utført for KS av Agenda Kaupang februar 2016

Innledningsvis i denne rapporten (vedlegg 5) konstateres at kommunene i liten grad leder og styrer legetjenesten, og at dette primært skyldes liten bevissthet om hvordan denne tjenesten kan styres og lite ressurser avsatt til dette formålet. Det konstateres videre at det synes enklere å styre legene i små kommuner med fortrinnsvis fastlønnede leger enn i større kommuner med næringsdrivende leger. For å oppnå bedre styring, foreslås det at kommune skaffer seg bedre verktøy i form av styringsdata, analyser og løpende rapporter om fastlegetjenesten. Det foreslås videre at KS og Legeforeningen utvikler en felles veileder for styring og ledelse av legene. I rapporten foreslås det også at det - i regi av de samarbeidsorganene som etablert mellom fastlegene og kommunen - utarbeides planer og strategier for styring og ledelse av legetjenesten.

6.2 Variasjoner i finansieringen av fastlegeordningen – rapport laget av Ipsos for KS, mai 2018

Denne rapporten (vedlegg 6) er basert på en spørreundersøkelse til alle kommuner, med 57 prosent svar. Et av hovedformålene med undersøkelsen var å finne ut i hvilken grad kommunene subsidierer fastlegeordningen utover den ordinære hovedmodellen (basistilskudd og utjamningstilskudd). For landet som helhet oppgir 68 prosent av kommunene å yte slike subsidier, mens tilsvarende andel i nordnorske kommuner er hele 89 prosent. Kommunenes merkostnader (=subsidiering) ble på landsbasis estimert til ca. 400 millioner kr, hvorav ca. 140 millioner i nordnorske kommuner. Det innebærer at nordnorske kommuners subsidiering av fastlegene er nær 6 ganger høyere per innbygger enn gjennomsnittet for de øvrige landsdeler. Dette er fakta som synliggjør vesentlige forskjeller mellom fastlegetjenesten i Nord-Norge og resten av landet, og som har betydning for vår drøftelse av regionale fordelingsvirkninger av tiltak og virkemidler i fastlegeordningen.

7. Dokumentasjon av status og utfordringer for fastlegetjenesten i Nord-Norge

Som allerede nevnt innledningsvis, er bakgrunnen for denne rapporten (vedlegg 7) den analysen om fastlegetjenesten i Nord-Norge som ble gjennomført av NSDM i mai 2018. Her redegjøres det detaljert for kjennetegn ved fastlegene i nordnorske kommuner som i betydelig grad avviker fra mønsteret i resten av landet. Det er langt høyere utskifting av fastleger (turnover) i nord enn i landet som helhet (12,8 % versus 7,3% per år), og utskiftingsraten er høyest i de minst sentrale kommunene. Videre var det en større andel vikarer blant fastlegene i Nord-Norge, og en større andel lister uten lege. En mindre andel av fastlegene i nord er spesialister i allmenntilleggsmedisin, noe som delvis er en konsekvens av at de slutter før de rekker å bli spesialister. Listelengden for

fastlegene i Nord-Norge er kortere, i oktober 2017 i gjennomsnitt 834 pasienter, mens landsgjennomsnittet var ca. 300 flere pasienter per lege. Rapporten konkluderer med at nøkkelen til å redusere rekrutteringsbehovet, er å øke stabiliteten blant fastlegene. Det er med andre ord ikke «forgubbingen» som er den store utfordringen for fastlegetjenesten i Nord-Norge, ettersom flertallet av legene slutter lenge før de oppnår pensjonsalder. Derimot er «forgubbingen» blant fastlegene i mer sentrale deler av landet en potensiell utfordring, også for Nord-Norge. Siden nær 25 prosent av fastlegene i landet er over 60 år, vil det i løpet av kommende 5-7 årsperiode generere et høyt antall ledige fastlegestillinger i sentrale – og rekrutteringsmessige mer attraktive - strøk. Det er utvilsomt en risiko for at dette vil kunne øke mobiliteten av fastleger fra Nord-Norge og sørover i landet.

Dokumentasjonen fra denne NSDM-rapporten vil suppleres med oppdateringer og supplerende data i herværende rapport, og danne et viktig grunnlag for de tiltak som foreslås gjennomført.

8. Supplerende analyser av stabilitet/turnover blant fastlegene i Nord-Norge for perioden oktober 2017- mars 2019.

I det følgende gis en analyse av status og endringer i fastlegetjenesten i Nord-Norge fra oktober 2017 til mars 2019. Datamaterialet er hentet fra nettstedet helsenorge.no⁴. Tabell 8.1 viser at det var 554 fastlegeavtaler og 34 lister uten lege i Nord-Norge i mars 2019. Det var 7 flere fastlegeavtaler og 8 flere lister uten lege sammenliknet med oktober 2017. Blant legene som hadde en fastlegeavtale med en nordnorsk kommune, var det små endringer i kjønnsfordeling, gjennomsnittsalder og gjennomsnittlig listelengde fra oktober 2017 til mars 2019. Det var imidlertid en økning i andelen spesialister i allmenntidmedisin, særlig blant de kvinnelige fastlegene fra oktober 2017 til mars 2019.

Tabell 8.1: Kjennetegn ved fastlegeavtaler i Nord-Norge i oktober 2017 og mars 2019

	Oktober 2017	Mars 2019
Antall fastlegeavtaler	547	554
Andel kvinner	47 %	46 %
Andel menn	53 %	54 %
Gjennomsnittsalder totalt	44,8 år	45,1 år
Gjennomsnittsalder kvinner	41,6 år	42,7 år
Gjennomsnittsalder menn	47,5 år	47,1 år
Andel spesialister i allmenntidmedisin	47 %	51 %
Spesialistandel blant kvinner	37 %	44 %
Spesialistandel blant menn	55 %	57 %
Gjennomsnittlig listelengde	833	830
Listelengde kvinner	785	776
Listelengde menn	902	877
Antall lister uten lege	26	34

Tabell 8.2 viser at det i perioden fra oktober 2017 til mars 2019 var 464 stabile fastlegeavtaler i Nord-Norge. Med en stabil avtale, mener vi en avtale hvor samme lege er avtalepart med kommunen ved start og slutt av perioden. I perioden var det 83 leger som avsluttet og 90 nye leger som inngikk en fastlegeavtale med en nordnorsk kommune. I løpet av den 1,5 år lange perioden ble altså 15 prosent av fastlegene i landsdelen skiftet ut.

Tabell 8.2: Stabile, nye og avsluttede fastlegeavtaler i Nord-Norge i perioden oktober 2017 til mars 2019

	Fra oktober 2017 til mars 2019
Stabile fastlegeavtaler	464
Nye fastlegeavtaler	90
Avsluttede fastlegeavtaler	83

⁴ <https://minhelse.helsenorge.no/bytte-fastlege?>

Tabell 8.3 viser hvordan andelen stabile fastlegeavtaler fra oktober 2017 til mars 2019 varierte med kommunenes sentralitet⁵ og folketall. Denne tabellen bekrefter funnene fra studien i mai 2018 om at stabiliteten er størst i de mest sentrale og folkerike kommunene.

Tabell 8.3: Fastlegeavtaler i nordnorske kommuner: antall per mars 2019, antall stabile fra oktober 2017 og andel stabile fra oktober 2017 til mars 2019. Totalt og fordelt etter kommunenes sentralitet og folketall

	Antall fastlegeavtaler per mars 2019	Antall stabile fastlegeavtaler oktober 2017 - mars 19	Andel stabile fastlegeavtaler oktober 17 - mars 19
Alle kommuner	552	464	84 %
<i>Sentralitet</i>			
Nivå 3	120	110	92 %
Nivå 4	136	118	87 %
Nivå 5	152	123	81 %
Nivå 6	144	113	78 %
<i>Folketall</i>			
20 000 innb. eller mer	187	172	92 %
[10 000 – 19 999] innb.	186	171	92 %
[5 000 – 9 999] innb.	88	70	79 %
[2 000 – 4 999] innb.	114	96	84 %
Under 2 000 innb.	66	48	73 %

Tabell 8.4 viser at det var et flertall menn blant de legene som var stabile i sine fastlegeavtaler. Gjennomsnittsalderen blant de stabile mannlige fastlegene var per mars 2019 drøyt fem år høyere enn blant de stabile kvinnelige fastlegene, mens spesialistandelen var 12 prosentpoeng høyere. De stabile mannlige fastlegene hadde i gjennomsnitt 127 flere listeinnbyggere enn de kvinnelig per mars 2019.

⁵ SSB beregner en sentralitetsindeksen for alle kommuner i Norge basert på reisetid til arbeidsplasser og servicefunksjoner fra alle bebodde grunnkretser. Indeksen har verdier fra 0 (kun teoretisk mulig) til 1000 langs en kontinuerlig skala og plasserer kommunene i forhold til hverandre i sentralitet. For analyseformål er disse verdiene er gruppert i seks grupper som omtales som Nivå 1 – Nivå 6. Kommuner på Nivå 1 er de mest sentrale mens de på nivå 6 er de minst sentrale. Nord-Norge har kommuner på nivå 3, 4, 5 og 6.

Tabell 8.4: Kjennetegn ved stabile og nye fastlegeavtaler per mars 2019 og avsluttede fastlegeavtaler per 2017

	Mars 2019		Oktober 2017
	STABILE AVTALER	NYE AVTALER	AVSLUTTEDE AVTALER
Antall fastlegeavtaler	464	90	83
Andel kvinner	46 %	47 %	52 %
Andel menn	54 %	53 %	48 %
Gjennomsnittsalder totalt	46,6 år	37,1 år	41,5 år
Gjennomsnittsalder kvinner	43,7 år	37,3 år	37,2 år
Gjennomsnittsalder menn	49,1 år	36,9 år	46,0 år
Andel spesialister i allmenntidrett	59 %	8 %	26,5 %
Spesialistandel blant kvinner	52 %	5 %	11,6 %
Spesialistandel blant menn	66 %	10 %	42,5 %
Gjennomsnittlig listelengde	854	702	747
Listelengde kvinner	786	716	730
Listelengde menn	913	691	765
Andel som har redusert listelengden	33 %		
Gjennomsnittlig reduksjon	77		
Andel som har økt listelengden	31 %		
Gjennomsnittlig økning	56		
Andel med uforandret listelengde	36 %		

Blant de stabile fastlegene var det omtrent like mange som hadde redusert, økt eller holdt listen uforandret i perioden oktober 2017 til mars 2019. De som hadde økt listene, hadde i snitt 56 flere listeinnbyggere, mens de som hadde redusert listene i snitt hadde 77 færre listeinnbyggere. De som hadde økt listene sine, var leger som relativt nylig hadde etablert null-liste og derfor var i en oppbyggingsfase.

Tabell 8.4 viser også kjennetegn ved nye fastlegeavtaler inngått i perioden fra oktober 2017 til mars 2019 og fastlegeavtaler som ble avsluttet i løpet av samme periode. Det var et flertall kvinner blant de som avsluttet en avtale i perioden, mens det var et flertall menn blant dem som inngikk nye avtaler. Gjennomsnittsalderen blant legene som inngikk en ny avtale var relativt lik mellom mannlige og kvinnelige leger. Blant de 80 legene som avsluttet en avtale, var det bare 13 som var over 60 år i oktober 2017.

Det var betydelig forskjell i gjennomsnittsalder mellom kvinner og menn. De kvinnelige fastlegene som avsluttet en avtale, var i snitt nær ni år yngre enn de mannlige. Det var få spesialister i allmenntidrett blant de legene som inngikk en ny avtale i perioden, men relativt sett flere menn enn kvinner blant dem. Blant legene som avsluttet en fastlegeavtale, var det en betydelig høyere andel menn som var spesialister i allmenntidrett sammenliknet med kvinner. Gjennomsnittlig listelengde blant de som avsluttet en avtale var høyere enn blant dem som etablerte en ny. Dette gjaldt for kvinner og i særdeleshet for menn. Det er bemerkelsesverdig at gjennomsnittlig listelengde er lavere blant menn som har inngått nye avtaler, enn blant kvinner. Dette

har sammenheng med at menn i større grad har inngått avtaler i mindre folkerike kommuner enn kvinner.

9. Hvor blir det av fastlegene som slutter i Nord-Norge?

9.1 Datainnhenting og metode

I perioden fra oktober 2017 til og oktober 2019 var det 90 fastleger som sluttet i sine stillinger/hjemler i kommuner i Nord-Norge (jfr. tabell 8.2 og 8.4). Dokumentasjonen er primært hentet fra helsenorge.no sin lenke til bytte av fastlege der det finnes oversikt over fastleger i den enkelte kommune. Data fra denne kilden er i betydelig grad kvalitetssikret gjennom kontakt med et stort antall kommuner, og dermed justert (fra 83 til 90) der data fra helsenorge.no viste seg å være mangelfulle eller misvisende; det gjaldt særlig Harstad kommune der det var en betydelig underrapportering av fastleger som var sluttet i ovennevnte periode. Uten å kunne garantere at disse data er helt komplette, er vi rimelig trygge på at de i stor grad fanger inn fastlegenes flyttemønster i nevnte 18-månedersperiode.

9.2 Mobilitetsmønster – hvor blir det av fastlegene som slutter?

For de 90 fastlegene som har sluttet, er det gjort en kartlegging av hvor de flytter, både geografisk og stillingsmessig: til hvilke kommuner flytter de og til hvilke nye jobber i helsetjenesten? Datakildene har her vært Google, kommuner, helseforetak/sykehus, Facebook og andre kilder. Alle 90 er identifisert mht. ny bostedskommune, mens vi mangler jobbdato for to personer.

Blant de 90 legene som sluttet, er 70 fortsatt i jobb i norsk helsetjeneste, 10 er blitt pensjonister, 2 er langtidssyke og 8 befinner seg i utlandet. I den videre analysen rettes fokus mot de 70 som fortsatt er i jobb i norsk helsetjeneste.

Tabell 9.1: Nåværende jobb og bosted (Nord-Norge versus øvrige Norge) for fastleger som sluttet i perioden oktober 2017-mars 2019

Nåværende stilling	Fortsatt jobb i Nord-Norge		Jobber i andre deler av landet		Totalt	
Fastlege	5	12,8 %	18	58,0 %	23	32,9 %
Annen kommunal lege	5	12,8 %	3	9,7 %	8	11,4 %
LIS-lege	23	59,0 %	6	19,3 %	29	41,4 %
Annen sykehuslege	2	5,1 %			2	2,8 %
Annen lege/ukjent	4	10,3 %	4	13,0 %	8	11,4 %
SUM	39	100,0 %	31	100,0 %	70	100,0 %

Av tabell 9.1 ser vi at 39 (56 prosent) av de 70 legene som fortsatt jobber i norsk helsetjeneste, befinner seg i Nord-Norge, mens 31 (44 prosent) av legene har flyttet til jobber utenfor denne landsdelen. Karrieremønsteret er imidlertid svært forskjellig for

de legene som har flyttet ut av landsdelen, sammenlignet med dem som fortsatt er i Nord-Norge:

- De som har flyttet ut av landsdelen har i lang større grad (58%) flyttet til en annen fastlegestilling enn de legene som forblir i landsdelen (12,8%).
- Flere av legene som flyttet fra Nord-Norge, gikk inn i fastlegevikariater, noe som er uttrykk for at vikariater i andre, vanligvis større og mer sentralt beliggende kommuner, er mer attraktivt enn å fortsette i fast stilling som fastlege i Nord-Norge.
- Av dem som blir i landsdelen er det en like stor andel (12,8%) som går over i annen kommunal stilling.
- Majoriteten (59%) av de tidligere fastleger som forblir i Nord-Norge, begynner i LIS-stillinger i sykehus, sammenlignet med bare vel 19% av de legene som flytter ut av landsdelen.
- Bare 13 av de 90 fastlegene som sluttet i sine stillinger, forblir i samme kommune. Hele 9 av de 13 bor i sykehuskommuner og går over i LIS-stilling ved det stedlige sykehus.

9.3 Mobilitetsmønster – flytting, kommunestørrelse og sentralitet

I de neste to tabellene ser vi på mobilitetsmønsteret mht. kommunens folketall og sentralitet. Spørsmålet som belyses gjennom disse tabellene er hvorvidt og i hvilken grad legene flytter fra mindre til mer folkerike kommuner og fra mindre sentrale til mer sentrale kommuner.

Tabell 9.2 viser et tydelig mønster i retning av at legene flytter til mer folkerike kommuner:

- Mens hele 40 prosent av de fastlegene som har sluttet, bodde i kommuner med mindre enn 5000 innbyggere, er andelen leger med nåværende bosted under denne størrelse på knappe 6 prosent.
- Mens andelen som tidligere bodde i kommuner med mer enn 50 000 innbyggere var bare 11 prosent, er denne andelen for nåværende bosted nær 40 prosent.

Ved å sette opp en mobilitetsmatrise (ikke vist i tabell 9.2 på neste side), finner vi at 63 prosent av de 70 legene som fortsatt jobber i norsk helsetjeneste har flyttet til en mer folkerik kommune, 31 prosent bor i kommune omtrent samme folketall, mens bare 6 prosent har flyttet til en mindre folkerik kommune.

Tabell 9.2: Kommunestørrelse for tidligere og nåværende bosted for fastleger som har sluttet i nord-norske kommuner oktober 2017-mars 2019

Kommunestørrelse/folketall	Tidligere bostedskommune		Nåværende bostedskommune	
50 000 +	10	11,1%	27	38,5%
20 000 - 49999	19	21,1%	16	22,9%
10 000 - 19 999	14	15,6%	15	21,4%
5000-9999	11	12,2%	8	11,4%
2000-4999	16	17,8%	2	2,9%
<2000	20	22,2%	2	2,9%
Alle	90	100,0%	70	100,0%

Tabell 9.3: Sentralitetsindeks for tidligere og nåværende bosted for fastleger som har sluttet i nord-norske kommuner i perioden oktober 2017-mars 2019

Kommunens sentralitetsnivå	Sentralitet tidligere bosted		Sentralitets nåværende bosted	
1-3	10	11,1 %	34	48,6 %
4	31	34,4 %	23	32,8 %
5	16	17,8 %	11	15,7 %
6	33	36,7 %	2	2,8 %
Totalt	90	100,0 %	70	100,0 %

I tabell 9.3 er bosted klassifisert i seks nivå, basert på SSBs sentralitetsindeks, der kategori 1 er de mest sentrale kommuner og kategori 6 er de mest perifere kommuner. Etersom det i Nord-Norge ikke finnes kommuner med indeks 1 og 2, har vi slått sammen kategoriene 1-3, slik at vi kan sammenligne fordelingen for tidligere og nåværende bosted.

Denne tabellen bekrefter legenes flyttemønster mot mer sentrale kommuner:

- Mens bare 11 prosent tidligere bodde i kommuner med sentralitetsnivå 1-3, er tilsvarende andel for nåværende bosted hele 48,6 prosent.
- Videre var det hele 36,7 prosent av legene som tidligere bodde i kommuner med sentralitetsindeks 6, mens tilsvarende andel for nåværende bosted bare er 2,8 prosent.
- Ved å sette opp en mobilitetsmatrise (ikke vist her), finner vi at 64 prosent av de legene som fortsatt jobber i norsk helsetjeneste har flyttet til en mer sentral kommune, 33 prosent bor i en kommune med samme indeks for sentralitet, mens bare knappe 3 prosent av legene har flyttet til en mer perifer kommune.
- Blant de legene som i utgangspunktet var fastlege i de mest perifere kommunene (nivå 6), var samtlige flyttet til en mer sentralt beliggende kommune.

9.4 Forskjeller i karrieremønstre mellom mannlige og kvinnelige leger.

Tabell 9.4 viser at det er en viss, men ikke veldig stor, forskjell i karrieremønsteret for kvinner og menn blant de legene som fortsatt befinner seg i Nord-Norge; en noe mindre andel kvinner forblir fastleger, mens relativt flere blir LIS-leger i sykehus. Derimot er forskjellene i karrieremønster betydelig større mellom kvinner og menn for de legene som har forlatt Nord-Norge; det store flertall (78,6%) av mannlige leger fortsetter som fastleger, mens dette gjelder bare vel 40 prosent av kvinnene. Bare 7 prosent av de mannlige leger som forlater landsdelen har gått over i LIS-stilling ved sykehus.

Tabell 9.4: Nåværende stilling og bosted (Nord-Norge versus øvrige Norge) for hhv. kvinnelige og mannlige fastleger som sluttet i nordnorske kommuner oktober 2017-mars 2019

Stilling	Fremdeles i Nord-Norge		Ikke i Nord-Norge	
	Kvinne	Mann	Kvinne	Mann
Fastlege	8,3%	20,0%	41,2%	78,6%
LIS-sykehus	66,7%	46,7%	29,4%	7,1%
Andre	25,0%	33,3%	29,4%	14,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabell 9.5 ovenfor viser i hovedsak relativt små forskjeller mellom kvinner og menns fordeling på kommunestørrelse. Både for tidligere og nåværende bosted er det en noe mindre andel kvinner enn menn i de minste kommunene, og en noe større andel kvinner i de større kommunene. Den største endringen mellom tidligere og nåværende bosted, gjelder imidlertid andelen menn i kommuner med mer enn 20 000 innbyggere (fra 23,8 til 57,2%).

Tabell 9.5: Tidligere og nåværende bosted for de fastlegene som sluttet i Nord-Norge fra oktober 2017 til mars 2019, fordelt på kommunestørrelse og kjønn (prosent)

Kommunestørrelse	Tidligere bosted Kvinner	Tidligere bosted Menn	Nåværende bosted Kvinner	Nåværende bosted Menn
20 000 +	49,6%	23,8%	64,3%	57,2%
5000-19 999	25,0%	31,0%	30,9%	34,6%
<5000 innbyg.	35,4%	45,2%	4,7%	7,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fordelingen av menn og kvinner på indeksen for sentralitet viser noe av det samme mønsteret, med det unntak at relativt flere menn har flyttet til de mest sentrale kommunene. Det er likevel en betydelig mindre andel kvinner enn menn (14,2% versus 24,8%) i de minst sentrale kommunene.

Tabell 9.6: Tidligere og nåværende bosted for de fastlegene som sluttet i sine stillinger fra oktober 2017 til mars 2019, fordelt på kommunens sentralitet og kjønn (prosent)

Bostedskommunens sentralitetsnivå	Tidligere bosted Kvinner	Tidligere bosted Menn	Nåværende bosted Kvinner	Nåværende bosted Menn
1-3	12,5%	9,5%	42,9%	57,1%
4	41,7%	26,2%	42,9%	17,9%
5	12,5%	23,8%	11,9%	21,4%
6	33,3%	40,0%	2,3%	3,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

9.5 Alder og ansiennitet for fastlegene som har sluttet de siste 18 måneder

De legene som fortsatt bor i Nord-Norge, hadde en gjennomsnittsansiennitet som fastlege i vedkommende kommune på 4,5 år da de sluttet i sine stillinger. Tilsvarende fastlegeansiennitet for de legene som har forlatt landsdelen var på knappe 4 år. Gjennomsnittsalder da de sluttet i sine stillinger var henholdsvis 39,6 år (fortsatt i Nord-Norge) og 35,7 år (har forlatt landsdelen). De som forlater fastlegejobbene i nordnorske kommuner har med andre ord relativt kort ansiennitet og er fortsatt i en tidlig fase av yrkeslivet. De 18 legene som fortsetter som fastleger utenfor landsdelen, har imidlertid dobbelt så lang ansiennitet som de 5 legene som fortsetter som fastleger i andre kommuner i Nord-Norge. Blant de legene som forlater landsdelen, er det generelt langt flere som fortsetter som fastlege, men også for denne gruppen gjelder dette i enda høyere grad mannlige leger. Dette kan tolkes som at mange leger ser tjeneste i Nord-Norge som et springbrett for senere å skaffe seg fastlegejobber andre steder i landet. En slik tolkning understøttes av det faktum av flere tidligere fastleger i Nord-Norge flytter fra faste hjemler i nord til vikariatet i kommuner utenfor Nord-Norge.

Tabell 9.7: Gjennomsnittlig ansiennitet (gjennomsnittlig antall år) og alder for fastleger som sluttet, etter bosted (Nord-Norge versus øvrige Norge) og nåværende stilling

Nåværende jobb	Bor fortsatt i Nord-Norge		Bor ikke i Nord-Norge	
	Ansiennitet	Alder	Ansiennitet	Alder
Fastlege	2,2	41,6	4,6	36,0
Annen kommunal lege	7,2	42,8	7,5	44,5
LIS-sykehus	4,9	36,9	2,2	29,5
Annen sykehuslege	4,5	46,5		
Andre leger	2,0	44,5	2,2	38,6
Totalt	4,5	39,6	3,9	35,7

9.6 Hva vi fremdeles ikke vet – behov for oppfølgende undersøkelser

De deskriptive analysene som her er gjort om legenes geografiske og funksjonelle mobilitet, burde vært supplert med data om deres oppvekststed, utdanningssted og turnussted. Andre studier har vist at slike tidligere tilknytninger gjennom oppvekst, studier og praksis har betydning for senere karrieremønster. Vi vil således anta at de legene som i den observerte 18-månedersperioden har forlatt landsdelen, har svakere tilknytninger til Nord-Norge enn de som fortsatt befinner seg i landsdelen, men vi har ikke data som kan vise det.

Slike bakgrunnsdata kan imidlertid i mindre grad svare på spørsmålet om hvorfor så mange forlater fastlegejobbene, selv om de fortsatt bor og jobber i Nord-Norge. Til det trengs det kvalitative studier.

9.7 Oppsummering

Legene forlater fastlegestillingene i nordnorske kommuner etter få år mens de ennå er på et tidlig stadium i yrkeskarrierene. Blant dem som fortsatt jobber i Nord-Norge, går de fleste over i stillinger i sykehus, fortrinnsvis LIS-stillinger. Blant de legene som forlater landsdelen, er det langt flere som fortsetter i fastlegestillinger.

Ved å sammenligne folketall og sentralitet for tidligere fastlegekommune og nåværende bostedskommune, fremkommer et tydelig mobilitetsmønster i retning av mer sentrale og mer folkerike kommuner. Det er nesten ingen som flytter til kommuner med mindre enn 5000 innbyggere, og det store flertall flytter til kommuner med mer enn 10 000 innbyggere. Blant de legene som fortsatt er i Nord-Norge, orienterer kvinnene seg enda mer tydelig mot LIS-stillinger i sykehus enn menn, og svært få kvinner fortsetter som fastleger i annen nordnorsk kommune. Blant de legene som har forlatt Nord-Norge, er det derimot en langt større andel av begge kjønn som fortsetter som fastleger, men også for denne gruppen gjelder dette langt flere menn.

At de som slutter i fastlegestillingene i Nord-Norge i så stor grad flytter til betydelig mer folkerike og mer sentrale kommuner, må kunne tolkes som uttrykk for en bostedspreferanse som ikke lar seg realisere i perifere kommuner. Videre kan det synes som om fortsatt fastlegegjerning i Nord-Norge er mindre attraktivt enn å flytte til fastlegejobber i andre deler av landet; dette kan ha sammenheng med kommunestrukturen i Nord-Norge. De mange overgangene til LIS-stillinger i sykehus, er også konsistent med denne fortolkning, ettersom sykehuskommunene gjennomgående er mer folkerike og sentralt beliggende kommuner. Mobiliteten mot LIS-stillinger kan imidlertid like gjerne være uttrykk for at arbeidsforholdene i sykehus oppleves som bedre og mer attraktive, med mer regulert arbeidstid og mer forutsigbar økonomi.

10. Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen til ledere av legetjenesten i kommunene

10.1 Formål og metode

I mai 2019 ble det i arbeidsgruppens regi sendt ut et elektronisk spørreskjema (se vedlegg 8) til alle de 87 kommunene i Nord-Norge. Undersøkelsen ble sendt til leder av legetjenesten i kommunen via kommunens postmottak.

Formålet med spørreundersøkelsen var å få en oppdatert status om fastlegetjenesten i Nord-Norge og fange inn relevante vurderinger og innspill om fastlegeordningen fra kommunale helseledere. Ved utsendelse, ble det gjort oppmerksom på at svarene fra den enkelte kommune ikke vil kunne identifiseres i rapporten. Det ble ikke samlet inn noen personopplysninger.

Spørsmålene i undersøkelsen dreide seg om:

- besatte og ledige legehjemler-/stillinger i kommunen
- behov for nye fastleger
- LIS1-stillinger
- driftsform for fastlegeavtaler
- omsetning av fastlegepraksiser
- plan for legetjenesten
- spesialistutdanning i allmenntidmedisin
- samarbeid om legetjenester
- øvrig personell på legekontor
- endringsønsker for å forbedre fastlegeordningen

Det kom inn 79 svar som omfatter svar om samtlige 87 kommuner i Nord-Norge. Blant disse var det 74 som svarte på vegne av kun sin egen kommune og fem svar som ble gitt på vegne av egen og andre kommuner i tilfeller hvor legetjenesten har en felles organisering⁶.

For å sikre en høy svarprosent, ble det gjort flere purringer på manglende svar og det ble tatt direkte kontakt med ca. 30 kommuner angående utfylling, enten på grunn av mangelfull utfylling eller at to personer hadde svart på forskjellig måte fra samme kommune. Denne kvalitetssikringen ga nye og mer fullstendige svar fra de fleste av disse kommunene. Ett av de 79 svarene er likevel svært mangelfullt og er utelatt. Analysen omfatter derfor 78 svar. Svarene er gitt av 3 rådmenn, 34 kommuneleger/fastleger og 42 helseledere.

⁶ De fem svarene gjaldt følgende kommuner: 1) Tranøy, Lenvik, Berg og Torsken (Senjalegen), 2) Skånland, Tjeldsund og Evenes, 3) Dyrøy og Sørreisa, 4) Gamvik og Lebesby og 5) Tana og Nesseby.

Datamaterialet er analysert ved hjelp av ulike univariate og bivariate analyser. Krysstabeller viser hvordan svar fra kommunene på ulike spørsmål varierer med kommunens sentralitet⁷ og folketall. Kji-kvadrattest og Fishers eksakte test (ved lave celleantall) er, der det er relevant, benyttet for å teste om det er statistisk signifikant sammenheng (assosiasjon) mellom svar på ulike spørsmål og henholdsvis kommunenes sentralitet og folketall.

Noen av spørsmålene er stilt på identisk måte i to liknende undersøkelser som NSDM har gjort tidligere blant kommuner i Nord-Norge (Abelsen et al 2016, Abelsen og Brandstorp 2018, Gaski og Abelsen 2018). I de tilfellene hvor samme spørsmål er stilt flere ganger, er det mulig å gjøre sammenlikninger over tid. De spørsmål dette gjelder, gir status per 1.1.2015, 1.1.2017 og/eller 1.1.2019. De tilfellene hvor det finnes et sammenlikningsgrunnlag går tydelig fram av tabellene.

10.2 Utvikling i ledige fastlegehjemler/-stillinger

Tabell 10.1 viser hva respondenter har svart om antall ledige fastlegehjemler/stillinger i nordnorske kommuner per 1.1. i 2015, 2017 og 2019. Sammenliknet med tall fra HELFO rapporteres det i spørreundersøkelsen til kommunene et høyere antall ledige hjemler/stillinger. Tallene fra kommunene tyder på at antall ledige hjemler/stillinger har økt noe i den aktuelle fireårsperioden. Men det er ikke snakk om noen dramatisk økning. Ledigheten har dreid noe fra å hovedsakelig være i de minst sentrale kommunene over mot mer sentrale kommuner.

Tabell 10.1: Ledige fastlegehjemler/-stillinger i nordnorske kommuner per 1.1.2015, 1.1.2017 og 1.1.2019

	1.1.2015	1.1.2017	1.1.2019
Antall ledige fastlegestillinger/-hjemler	32	43	47
Andel ledige av alle fastlegestillinger/-hjemler	5,9%	7,6%	8,0%
Andel ledige som er i de minst sentrale kommunene	69%	61%	45%

Det er totalt fem kommuner som har rapportert om ledige fastlegehjemler/-stillinger ved alle disse tre målepunktene. To av disse er kommuner med mer enn 20 000 innbyggere på sentralitetsnivå 4. De øvrige er mindre i folketall med sentralitetsnivå 5 eller 6. Det er totalt 16 kommuner som har rapportert om ledige fastlegehjemler/-stillinger ved to av de tre målepunktene og 21 kommuner som har rapportert om ledige fastlegehjemler/-stillinger ved ett av de tre målepunktene. Alle de fem kommunene i Nord-Norge som hadde mer enn 20 000 innbyggere per 1.1.2019, har på ett eller flere av målepunktene rapportert om ledige fastlegehjemler/-stillinger. Hvis man antar at mangel ved alle tre målepunkt tilsier en kronisk mangel, så gjelder dette

⁷ Vi har brukt SSB sin nye sentralitetsindeks (Høydal 2017). Nordnorske kommuner deles inn i nivå 3 –nivå 6. Nivå 3 - Mellomsentrale kommuner 1, nivå 4 – Mellomsentrale kommuner 2, nivå 5 – Nest-minst sentrale kommuner og nivå 6 – Minst sentrale kommuner.

få kommuner i Nord-Norge. Men det at vi finner slik mangel i to av de mest folkerike kommunene, og det faktum at alle de folkerike kommunene har hatt mangel ved minst ett målepunkt, tyder på at mangelen ikke bare kan tilskrives utkantulemper.

10.3 Behov for nye fastlegehjemler/-stillinger

Respondentene ble spurt om kommunen har et tilstrekkelig antall fastlegehjemler/-stillinger når alle de eksisterende er besatt. Tabell 10.2 viser at majoriteten av kommunene (47 av 78) oppga at de har nok fastleger. Et mindretall av kommunene (25 av 78) trenger flere fastleger, mens noen (6 av 78) svarte at de var usikker. Kommunenes svar er signifikant assosiert med både sentralitet og folketall. Kommunene har samlet sett estimert behovet for nye fastlegehjemler/-stillinger til mellom 63 og 67. Dette tilsvarer totalt sette en økning på 11-12 prosent fra dagens fastlegeantall.

Kommunene som oppga at de trenger flere fastleger, var i stor grad de mest sentrale og mest folkerike kommunene. Dette gjenspeiler både at folketallet har økt i flere av de største kommunene, at arbeidsmengden har økt og mange leger ønsker færre pasienter på sin liste. Dersom det på kort sikt opprettes over 60 nye fastlegestillinger/hjemler i de største kommunene, kan det også få rekrutteringskonsekvenser for utkantkommunene i Nord-Norge.

Tabell 10.2: Er det tilstrekkelig antall fastlegehjemler/-stillinger i kommunen, når alle hjemlene er besatt? Totalt og fordel etter kommunens sentralitet og folketall

	Ja	Nei	Usikker	Totalt
Alle kommuner	47	25	6	78
<i>Sentralitet (p-verdi < 0,001)</i>				
Nivå 3	0	2	0	2
Nivå 4	0	9	0	9
Nivå 5	7	9	2	18
Nivå 6	40	5	4	49
<i>Folketall (p-verdi < 0,001)</i>				
20 000 innb. eller mer	0	5	0	5
[10 000 – 19 999] innb.	1	5	1	7
[5 000 – 9 999] innb.	4	6	0	10
[2 000 – 4 999] innb.	17	6	4	27
Under 2 000 innb.	25	3	1	29

10.4 LIS1-stillinger

Leger som har gjennomført LIS 1 (tidligere turnustjeneste) i landsdelen, har tradisjonelt vært en viktig rekrutteringskilde til fastlegehjemler/-stillinger i nordnorske kommuner. Tabell 10.3 viser besatte LIS1-stillinger i de 61 nordnorske

kommuner som hadde LIS1 per 1.1.2019. Oversikten viser at LIS1-stillingene i kommunehelsetjenesten i landsdelen i hovedsak er fordelt til de nest-minst og minst sentrale kommunene, men mer likelig fordelt etter kommunens folketall.

Tabell 10.3: Besatte LIS1-stillinger per 1.1.2019. Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet og folketall

	Antall
Alle kommuner	108
<i>Sentralitet</i>	
Nivå 3	7
Nivå 4	29
Nivå 5	31
Nivå 6	41
<i>Folketall</i>	
20 000 innb. eller mer	25
[10 000 – 19 999] innb.	16
[5 000 – 9 999] innb.	19
[2 000 – 4 999] innb.	30
Under 2 000 innb.	18

Den gamle trekningsbaserte turnusordningen ble i 2013 lagt om til en søknadsbasert ordning med LIS1-stillinger som kobler sammen stillinger med ett års tjeneste i helseforetak etterfulgt av seks måneders tjeneste i en kommune. Abelsen og Gaski (2017) fant i en landsomfattende studie basert på utlysninger av LIS1-stillinger i løpet av de tre første årene etter omleggingen, tendenser til systematisk bortvalg av den kommunale stillingsdelen i de minst sentrale og de minst folkerike kommunene.

I denne undersøkelsen ble kommunene spurt i hvilken grad de opplever at det er vanskelig å få tilsatt lege i LIS1-stillinger. Tabell 10.4 viser hvordan de 61 kommunene som hadde LIS1 per 1.1.2019, besvarte spørsmålet. Flertallet av dem opplevde et det i liten eller svært liten grad var vanskelig. De mindre sentrale og mindre folkerike kommunene opplevde vansker i noe større grad, men assosiasjonene var ikke statistisk signifikant. Flere kommenterte økte vansker med å rekruttere LIS1. Én av dem skrev:

«Var større rekrutteringsmuligheter fra 2012-2017 hvor kommunen rekrutterte 2 av 3 LIS 1 til fastlegeyrket».

Tabell 10.4: I hvor stor grad opplever kommunen at det er vanskelig å få tilsatte lege i LIS1-stilling? Totalt og fordel etter kommunens sentralitet og folketall

	Stor eller svært stor grad	Hverken/eller	Liten eller svært liten grad	Totalt
Alle kommuner med LIS1 per 1.1.2019	11	11	39	61
<i>Sentralitet (p-verdi = 0,897)</i>				
Nivå 3	0	0	2	2
Nivå 4	1	1	7	9
Nivå 5	4	2	11	17
Nivå 6	6	8	19	33
<i>Folketall (p-verdi = 0,637)</i>				
20 000 innb. eller mer	1	0	4	5
[10 000 – 19 999] innb.	0	1	6	7
[5 000 – 9 999] innb.	1	2	7	10
[2 000 – 4 999] innb.	4	5	16	25
Under 2 000 innb.	5	3	6	14

Kommunene ble videre spurt om i hvilken grad de opplever at dagens LIS1-ordning bidrar til rekruttering til fastlegeyrket. Tabell 10.5 som viser hva de 61 kommunene med LIS1 tilsatt per 1.1.2019 svarte på spørsmålet, avdekker at det mest vanlige svaret var *hverken/eller*. Det er heller ikke her noen statistisk signifikante assosiasjoner knyttet til kommunenes sentralitet eller folketall. Hvis vi legger til grunn at turnustjenesten tidligere har vært en viktig rekrutteringskilde til fastlegestillinger, bør svarene vekke bekymring. Svarene på dette spørsmålet kan tyde på at kommunene ikke har tatt inn over seg at det nye systemet med lokal, søknadsbasert rekruttering til LIS 1-stillingene, forutsetter en mer aktiv holdning til selve rekrutteringsarbeidet.

Flere kommuner har kommentert at de LIS1-legene som blir i kommunen som fastleger, gjerne blir der kortere tid enn det som var tilfelle tidligere. Det er også kommentarer om at det er for få LIS1-stillinger til å dekke kommunenes rekrutteringsbehov til fastlegetjenesten. En informant kommenterer dette slik:

«Det er gjennom LIS1 kandidater i kommunen at vi har hatt flest vellykkede rekrutteringer av nye fastleger. Vi har imidlertid for få LIS1 plasser i kommunen. Vi skulle gjerne hatt flere, men vi har fått forståelsen av at det ikke er kapasitet til å ta flere på lokalsykehuset.»

Tabell 10.5: I hvor stor grad opplever kommunen at dagens LIS1-ordning bidrar til rekruttering til fastlegeyrket? Totalt og fordel etter kommunens sentralitet og folketall

	Stor eller svært stor grad	Hverken/eller	Liten eller svært liten grad	Totalt
Alle kommuner med LIS1 per 1.1.2019	23	26	12	61
<i>Sentralitet (p-verdi = 0,232)</i>				
Nivå 3	2	0	0	2
Nivå 4	2	3	4	9
Nivå 5	7	6	4	17
Nivå 6	12	17	4	33
<i>Folketall (p-verdi = 0,521)</i>				
20 000 innb. eller mer	3	1	1	5
[10 000 – 19 999] innb.	3	2	2	7
[5 000 – 9 999] innb.	2	5	3	10
[2 000 – 4 999] innb.	10	13	2	25
Under 2 000 innb.	5	5	4	14

10.5 Utvikling i driftsformer

Tabell 10.6 viser hva respondentene i nordnorske kommuner har svart på spørsmål om hvor mange fastlegehjemler/-stillinger som var besatt i kommunen per 1.1.2015 og per 1.1.2019 fordelt på driftsform. Det skilles mellom fire ulike driftsformer: 1) privat næringsdrift etter hovedmodellen, 2) privat næringsdrift med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller hjelpepersonell, 3) fast lønn med bonus og 4) fast lønn. Her gir det ikke mening å analysere tallene på kommunenivå fordi mange kommuner har fastleger med ulike driftsformer (jfr. kapittel 11). Det totale antallet fastlegehjemler/-stillinger som kommunene har oppgitt, stemmer ikke alltid overens med tall fra HELFO. Fra noen kommuner inkluderer respondentene ledige hjemler/stillinger i sine svar. Tross unøyaktighetene, antar vi at tallene gir et relativt godt bilde av fordelingen av fastlegehjemler/-stillinger på ulike driftsformer.

Den mest vanlige av de fire driftsformene var på begge tidspunkt privat næringsdrift etter hovedmodellen. Majoriteten av fastleger hadde imidlertid en annen driftsform på begge tidspunkt. I løpet av de fire årene mellom målepunktene, har det skjedd en markant dreining fra privat næringsdrift med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller hjelpepersonell over mot fastlønn med bonus. Dette bekrefter data fra andre undersøkelser (KS, Ipsos 2018) som viser at Nord-Norge avviker vesentlig fra resten av landet mht. fastlegenes driftsform, i den forstand at hovedmodellen basert på ren næringsdrift her er langt mindre utbredt, og at de senere års utvikling forsterker denne trenden mot blandingsmodellen.

Tabell 10.6: Fastlegehjemler/-stillinger i nordnorske kommuner fordelt på driftsform per 1.1.2015 og per 1.1.2019. Tall i prosent.

	1.1.2015	1.1.2019
Privat næringsdrift (Hovedmodellen)	36	38
Privat næringsdrift med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller hjelpepersonell	32	19
Fast lønn med bonus	17	28
Fast lønn	15	15
Totalt prosent	100	100
Totalt antall (n)	539	572

10.6 Omsetning av fastlegepraksiser

Det er forsket lite på omsetning av fastlegepraksiser⁸. Det finnes derfor lite kollektiv og åpen kunnskap om dette temaet. Kommunene ble i denne undersøkelsen spurt om i hvilken grad det er problemer med å omsette fastlegepraksiser til en pris som er gjensidig akseptabel for kjøper og selger. Tabell 10.7 viser at spørsmålet ikke er relevant for det store flertallet av kommuner i Nord-Norge. Det henger sammen med at mange fastlegelister eies av kommunen og derfor ikke omsettes i markedet.

Tabell 10.7: I hvilken grad er det i din kommune problemer med å omsette private fastlegepraksiser til en pris (goodwill) som er gjensidig akseptabel for kjøper og selger? Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet og folketall

	Stor grad	Middels grad	Liten grad	Vet ikke	Ikke relevant	Totalt
Alle kommuner	9	2	4	11	49	75
<i>Sentralitet (p-verdi < 0,001)</i>						
Nivå 3	0	0	0	2	0	2
Nivå 4	6	0	0	1	2	9
Nivå 5	1	0	3	2	12	18
Nivå 6	2	2	1	6	35	36
<i>Folketall (p-verdi < 0,001)</i>						
20 000 innb. eller mer	3	0	0	2	0	5
[10 000 – 19 999] innb.	3	0	2	1	1	7
[5 000 – 9 999] innb.	1	0	0	3	6	10
[2 000 – 4 999] innb.	2	1	1	2	21	27
Under 2 000 innb.	0	1	1	3	21	26

Svaret på spørsmålet er ellers assosiert med både kommunens sentralitet og folketall. Det er kommunene med sentralitetsnivå 4 og kommuner med mer enn 10 000 innbyggere som i størst grad svarer at omsetning er problematisk.

⁸ Vi kjenner til en masteroppgave om tema: Dahl A, Swensson OB. *Hvordan prises fastlegepraksiser, og hva er implikasjonene av dette?* Masteroppgave fra Norges handelshøgskole.

Fra de to mest sentrale kommunene (nivå 3) er det i begge tilfeller svart *Vet ikke* på spørsmålet. Fra den ene kommenteres spørsmålet slik:

«[Kommunen] tar ikke del i forhandlingene rundt pris, og ønsker heller ikke å være en del av dette. Vi registrerer at det i noen tilfeller tar lang tid å rekruttere. Vi vet ikke om pris er det som forhindrer rekrutteringen, eller om det er andre årsaker. Vi antar noen ganger at prisen er en medvirkende årsak.»

En av kommunene med sentralitetsnivå 4 kommenterte spørsmålet slik:

«Markedet for salg av legelister har fullstendig kollapset i [kommunen]. Det har ikke vært et rent salg på mange år her. Dette betyr at vi har 4 lister nå i private sentre som ikke blir solgt. I tre av disse listene har vi gjort avtale med listeeier og aktuelt legesenter om å få ha fastlønnen ALIS i listen i påvente av salg. Kommunen har måttet stille med kommunalt betalt vikar i disse private listene hvor man ikke har funnet ny kjøper. Markedsmodellen fungerer ikke lengre hos oss.»

Fra en kommune med sentralitetsnivå 5 er spørsmålet ledsaget av følgende kommentar:

«Listene er ikke salgbare. Forsøkt tidligere, ingen ville kjøpe liste.»

Fra en av de minst sentrale kommunene (nivå 6) ble spørsmålet kommentert slik:

«Dette er en håpløs ordning som aldri skulle vært innført, hvertfall ikke i mindre kommuner hvor privatpraksis en såkalt 8.2 praksis hvor legen er såkalt privatpraktiserende med driftstilskudd, mens kommunen har alt ansvar for hjelpepersonell, kontor, programvare, IKT-løsninger m.m. I vår kommune fikk legene tildelt en praksis ved innføring av fastlegeordningen uten vederlag, som de nå kan selge mot vederlag. Ordningen medfører store unødvendige problemer ved rekrutteringen. Markedssituasjonen tvinger kommunen opp i et hjørne hvor kommunen må kjøpe lister og fastleger selger dem med fortjeneste. Siden ingen vil etablere seg med å kjøpe en liten liste til noe særlig pris, så må kommunen ta ansvar for vurdere å kjøpe listen for så å dele den ut gratis til en lege som i neste omgang kan selge den.»

Kommunene er også spurt om de har kjøpt eller har planer om å kjøpe ledige fastlegelister. Tabell 10.8 viser at det bare er fem kommuner i landsdelen som svarer bekreftende. Alle disse er kommuner på sentralitetsnivå 4, og kommuner med mer enn 5 000 innbyggere. Fra fire av de fem kommunene ledsages spørsmålet med følgende kommentarer:

«Kommunen har kjøpt i år en privat fastlegepraksis som omgjøres til fastlønnen stilling.»

«[Kommunen] har kjøpt to private fastlegehjemler med stort hell for rekrutteringen i disse.»

«Kommunen kjøper fastlegeavtalen hvis overtakende lege vil ha fastlønn.»

«2 hjemler omgjort til fastlønnede stillinger i 2017 og 2018. Oppretting av ytterligere 1 fastlønnnet stilling planlagt.»

Tabell 10.8: Har kommunen kjøpt eller planer om å kjøpe ledige legelister? Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet og folketall

	Ja	Nei	Totalt
Alle kommuner	5	70	75
<i>Sentralitet (p-verdi < 0,001)</i>			
Nivå 3	0	2	2
Nivå 4	5	4	9
Nivå 5	0	18	18
Nivå 6	0	46	46
<i>Folketall (p-verdi)</i>			
20 000 innb. eller mer	2	3	5
[10 000 – 19 999] innb.	2	5	7
[5 000 – 9 999] innb.	1	9	10
[2 000 – 4 999] innb.	0	27	27
Under 2 000 innb.	0	26	26

10.7 Plan for legetjenesten

Kommunene er spurt om de har en plan for legetjenesten som inkluderer dimensjonering, rekruttering, utdanning og stabilisering av leger. Tabell 10.9 viser at det mest vanlige svaret fra de nordnorske kommunene er *Nei*, uavhengig av kommunens sentralitet og folketall. Målt i antall er det i de nest-minst og minst sentrale kommunene og de minst folkerike kommunene det finnes flest planer for legetjenesten. De fleste av disse planene oppgis å være nye (gjeldende fra 2018 og 2019) og ha en varighet fra tre til ti år.

Tabell 10.10 viser hva kommunene som ikke har en plan for legetjenesten (jfr. tabell 10.9), har svart på spørsmålet om de har en plan for legetjenesten som er under utarbeidelse. Igjen er det et mindretall blant kommunene som svarer bekreftende.

Tabell 10.9: Har din kommune en plan for legetjenesten som inkluderer dimensjonering, rekruttering, utdanning og stabilisering av leger? Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet og folketall

	Ja	Nei	Totalt
Alle kommuner	15	63	78
<i>Sentralitet (p-verdi = 0,361)</i>			
Nivå 3	1	1	2
Nivå 4	1	8	9
Nivå 5	5	13	18
Nivå 6	8	41	49
<i>Folketall (p-verdi = 0,962)</i>			
20 000 innb. eller mer	1	4	5
[10 000 – 19 999] innb.	2	5	7
[5 000 – 9 999] innb.	2	8	10
[2 000 – 4 999] innb.	5	22	27
Under 2 000 innb.	5	24	29

Tabell 10.10: Plan for legetjenesten er under utarbeidelse. Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet og folketall

	Ja	Nei	Totalt
Alle kommuner	27	34	61
<i>Sentralitet (p-verdi = 0,045)</i>			
Nivå 3	0	1	1
Nivå 4	6	2	8
Nivå 5	8	5	13
Nivå 6	13	26	39
<i>Folketall (p-verdi = 0,245)</i>			
20 000 innb. eller mer	3	1	4
[10 000 – 19 999] innb.	4	1	5
[5 000 – 9 999] innb.	4	4	8
[2 000 – 4 999] innb.	9	13	22
Under 2 000 innb.	7	15	22

Hvis vi slår sammen de kommunene som svarte at de har en plan og de som svarte at de har en plan under utarbeidelse, så kommer kommuner med sentralitetsindeks 4 og 5 best ut. Der vil de fleste etter hvert ende opp med en plan. Det at en av de mest sentrale og folkerike kommunene i landsdelen hverken har, eller utarbeider, en slik plan, er bemerkelsesverdig. Sju kommuner på sentralitetsnivå 5 og 6, oppga at plan for legetjenesten inngår i annet planverk (som Helse- og omsorgsplan, Helse- og sosialplan).

Det kan i første omgang synes noe paradoksalt at de folkerike og sentrale kommunene, med antatt større kompetanse og kapasitet for planlegging, i så liten grad allerede har laget slike planer, eller har planer under arbeid. Antagelig er dette uttrykk for at disse kommunene, med en form for næringsdrift som vanligste driftsmodell, har hatt – og fremdeles har - et noe distansert forhold til fastlegetjenesten, og dermed i begrenset grad har inntatt noen styringsrolle.

10.8 Spesialistutdanning i allmenntmedisin

Kompetanseforskriften⁹ pålegger kommunen å sikre at fastleger som er tilsatt etter 1. mars 2017, er spesialister i allmenntmedisin eller under slik spesialisering. Spesialistutdanningen for leger er samtidig lagt om. Den omfatter nå del 1 (som må gjennomføres i LIS1-stillinger) og del 3 (som kan, men ikke må, gjennomføres i tilrettelagte ALIS-stillinger).

Tabell 10.11 gir en oversikt over antall og andel fastleger som er spesialister i allmenntmedisin eller under slik spesialisering i nordnorske kommuner. Litt over halvparten av fastlegene oppgis å være spesialister i allmenntmedisin, mens drøyt en tredel er under slik spesialisering. Det er klare forskjeller assosiert både med sentralitetsnivå og folketall. Det er i de mest sentrale og mest folkerike kommunene vi finner flest fastleger som er spesialister i allmenntmedisin. Siden turnover er høyere og gjennomsnittlig tjenestetid er kortere i små og perifere kommuner, er det mange som flytter før de rekker å bli spesialist. Derav følger at en større andel av legene er disse kommunene er under spesialisering. Samlet sett er hele 89 prosent av fastlegene enten spesialister eller i gang med spesialistutdanning.

Kommunene ble også bedt om å oppgi hvor mange fastleger de har avtale med som ikke har gjennomført LIS1. Det var totalt sett 33 leger (6%). På undersøkelsestidspunktet utgjorde de nær én av fem fastleger i kommuner med mellom 5 000 og 9 999 innbyggere og nær én av ti fastleger i de minst sentrale kommunene. Det er skrevet noen få kommentarer knyttet til leger som ikke har gjennomført LIS1. Disse handler om at noen av legene har utenlandsk utdanning og ikke krav om å gjennomføre LIS1.

⁹ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-02-17-192> Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Tabell 10.11: Status mht. fastlegenes kompetanse. Totalt og fordelt etter kommunenes sentralitet og folketall

	Antall fastlege- hjemler/- stillinger	Antall (andel) spesialister i allmennmedisin	Antall (andel) under spesialisering i allmennmedisin	Antall (andel) fastleger uten LIS1
Totalt	578	296 (51%)	219 (38%)	33 (6%)
<i>Sentralitet</i>				
Nivå 3	121	78 (64%)	28 (23%)	0
Nivå 4	153	89 (58%)	47 (31%)	12 (8%)
Nivå 5	151	76 (50%)	73 (48%)	7 (5%)
Nivå 6	153	53 (35%)	71 (46%)	14 (9%)
<i>Folketall</i>				
20 000 innb. eller mer	204	128 (63%)	52 (26%)	0
[10 000 – 19 999] innb.	98	53 (54%)	38 (39%)	3 (3%)
[5 000 – 9 999] innb.	91	44 (48%)	36 (40%)	17 (19%)
[2 000 – 4 999] innb.	126	54 (43%)	58 (46%)	9 (7%)
Under 2 000 innb.	59	17 (29%)	35 (59%)	4 (7%)

Den nye spesialistutdanningen bygger på læringsmål som fortløpende vurderes oppnådd av veiledere og lokal lege som yter supervisjon. Med læringsmål menes hva en legespesialist skal forstå, kunne eller være i stand til å utføre. Spesialistutdanningen i allmennmedisin (del 1 og del 3) omfatter praktisk tjeneste, teoretisk undervisning og andre læringsaktiviteter i minst seks og et halvt år etter tildelt autorisasjon eller lisens. Den nye spesialistutdanningen stiller krav om at det utarbeides individuelle utdanningsplaner for fastleger under spesialisering i allmennmedisin. Kommunene er spurt om det er utarbeidet individuell utdanningsplan for fastlegene som er under spesialisering. Tabell 10.12 viser at flertallet av kommunene enten har gjort dette eller er i gang med dette arbeidet. Det er de minst sentrale og minst folkerike kommunene som i størst grad oppgir at de har utarbeidet eller er i gang med å utarbeide slike individuelle planer. Flere av de som har svart nei på spørsmålet, har kommentert at de har leger som følger gammel spesialistutdanning og at det ikke er krav i den om å lage individuelle utdanningsplaner.

Tabell 10.12: Er det utarbeidet individuell utdanningsplan for fastlegene som er under spesialisering, eller skal i gang med spesialisering i allmennmedisin? Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet og folketall

	Ja	Under arbeid	Nei	Totalt
Alle kommuner	21	26	30	77
<i>Sentralitet (p-verdi = 0,080)</i>				
Nivå 3	0	1	1	2
Nivå 4	1	1	7	9
Nivå 5	5	4	9	18
Nivå 6	15	20	13	48
<i>Folketall (p-verdi = 0,023)</i>				
20 000 innb. eller mer	1	1	3	5
[10 000 – 19 999] innb.	1	0	6	7
[5 000 – 9 999] innb.	2	2	6	10
[2 000 – 4 999] innb.	5	12	10	27
Under 2 000 innb.	12	11	5	28

Omleggingen av spesialistutdanningen tildeler kommunen ansvar å registrere seg som utdanningsvirksomhet, og legge til rette for at fastleger under spesialisering i allmennmedisin (ALIS) kan gjennomføre utdanningsløpet og oppnå nødvendige læringsmål. Kommunene ble spurt om de ville søke Helsedirektoratet om å bli registrert som utdanningsvirksomhet innen 1. juni 2019. Tabell 10.13 viser at flertallet hadde intensjon om det. Svaret hang sammen med kommunenes sentralitet og folketall i den forstand at det var de mest sentrale og mest folkerike kommunene som i størst grad hadde slike intensjoner.

Tabell 10.13: Vil din kommune søke om å bli registrert som utdanningsvirksomhet innen 1. juni 2019? Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet og folketall

	Ja	Nei	Totalt
Alle kommuner	58	18	76
<i>Sentralitet (p-verdi = 0,010)</i>			
Nivå 3	2	0	2
Nivå 4	19	0	9
Nivå 5	17	1	18
Nivå 6	30	17	47
<i>Folketall (p-verdi = 0,084)</i>			
20 000 innb. eller mer	5	0	5
[10 000 – 19 999] innb.	7	0	7
[5 000 – 9 999] innb.	9	1	10
[2 000 – 4 999] innb.	21	6	27
Under 2 000 innb.	16	11	27

Kommunene ble videre spurt om de har behov for å inngå samarbeid med helseforetak om gjennomføring av ALIS-løpet for sine leger. Tabell 10.14 viser at flertallet av kommunene svarte ja på dette spørsmålet. Men det er ikke noen signifikant assosiasjon med verken sentralitet eller folketall. Det at såpass mange svarer *Nei* eller *Vet ikke*, kan tyde på at kommunene kanskje ikke er helt klar over hva deres nye rolle i spesialistutdanningen vil innebære. Noen har gitt kommentarer til sitt svar. Her framgår det at det allerede eksisterer samarbeid med sykehus om gjennomføring av spesialistutdanning som man vil bygge videre på. Flere av de mest folkerike kommunene kommenterer at de har kommunale enheter som sykehjem, KAD og korttidsavdelinger hvor de mener aktuelle læringsmål kan oppnås. En av de mest folkerike kommunene påpekte imidlertid at det ikke er ønskelig å ha dette som eneste alternativ:

«Det blir for "smalt" og lite. Vi må kunne møte de som har andre kompetanseønsker enn det som kan tilbys innfor kommunale institusjoner, samt at vi ser det som viktig å bli kjent i og med helseforetak (helst lokalt).»

Tabell 10.14: Har din kommune behov for å inngå samarbeid med helseforetak om gjennomføring av ALIS-løpet? Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet og folketall

	Ja	Nei	Vet ikke	Totalt
Alle kommuner	44	11	21	76
<i>Sentralitet (p= 0,969)</i>				
Nivå 3	2	0	0	2
Nivå 4	5	1	3	8
Nivå 5	10	3	5	18
Nivå 6	27	7	13	47
<i>Folketall (p-verdi = 0,312)</i>				
20 000 innb. eller mer	4	0	1	5
[10 000 – 19 999] innb.	4	0	3	7
[5 000 – 9 999] innb.	3	3	4	10
[2 000 – 4 999] innb.	19	2	6	27
Under 2 000 innb.	14	6	7	27

Helsedirektoratet har de siste årene utlyst av rekrutterings- og stabiliseringstilskudd til fastlegetjenesten som alle landets kommuner kan søke på. Kommunene er spurt om de har, eller vil søke om slike midler (årets søknadsfrist gikk ut 15. mai 2019, dvs. i det tidsrommet vår undersøkelse ble gjennomført). Tabell 10.15 viser at halvpartene av kommunen svarte ja, mens halvparten av kommunene svarte nei. Det var i størst grad de mest folkerike og de mest sentrale kommunene som svarte bekreftende på spørsmålet.

Kommunene ble videre spurt om de hadde søkt om deltakelse i ALIS Nord-prosjektet. Tabell 10.16 viser at noe over halvparten av kommunene svarte bekreftende om at de *Tabell 10.15: Har eller vil din kommune søke om midler til rekruttering og utdanning av fastleger i 2019? Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet og folketall*

	Ja	Nei	Totalt
Alle kommuner	38	38	76
<i>Sentralitet (p-verdi = 0,148)</i>			
Nivå 3	2	0	2
Nivå 4	7	2	9
Nivå 5	8	10	18
Nivå 6	21	26	47
<i>Folketall (p-verdi = 0,006)</i>			
20 000 innb. eller mer	5	0	5
[10 000 – 19 999] innb.	6	1	7
[5 000 – 9 999] innb.	2	8	10
[2 000 – 4 999] innb.	11	16	27
Under 2 000 innb.	14	13	27

hadde søkt. Svaret er signifikant assosiert både med kommunens sentralitet og folketall. Det er de minst sentrale kommunene og kommunene med lavest folketall som i minst grad oppga å ha søkt seg med i ALIS Nord-prosjektet. De kommunen som svarte *Nei* på spørsmålet om de hadde søkt om deltakelse i ALIS Nord-prosjektet, ble bedt om å begrunne sitt svar. Blant disse 37 kommunene, var det 20 kommuner som oppga at de har god legedekning, 5 kommuner har liten tro på at ALIS Nord er løsningen, 4 mangler veiledningskompetanse, 4 syns det var for kort frist for å søke mens 14 krysset av for andre grunner.

Tabell 10.16: Har din kommune søkt om deltakelse i ALIS Nord-prosjektet? Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet og folketall

	Ja	Nei	Totalt
Alle kommuner	39	37	76
<i>Sentralitet (p-verdi = 0,021)</i>			
Nivå 3	2	0	2
Nivå 4	7	2	9
Nivå 5	12	6	18
Nivå 6	18	29	76
<i>Folketall (p-verdi = 0,026)</i>			
20 000 innb. eller mer	5	0	5
[10 000 – 19 999] innb.	6	1	7
[5 000 – 9 999] innb.	4	6	10
[2 000 – 4 999] innb.	14	13	27
Under 2 000 innb.	10	17	27

Tabell 10.15 og 10.16 viser at de større kommunene er mer aktive søkere, både mht. statlige rekrutterings-tilskudd og mht. deltagelse i ALIS-Nord-prosjektet. Dette faktum har mulige fordelingskonsekvenser i disfavør av småkommuner, og er en problemstilling som bør settes på dagsorden når de nye regionale ALIS-kontorene er etablert. En helhetlig tilnærming til rekruttering og utdanning av fastleger, forutsetter overordnede, samlende grep der det sørges for at alle kommunene blir inkludert og ivare tatt.

10.9 Samarbeid om legetjenester

Kommunene ble bedt om å oppgi om de samarbeider med andre kommuner om ulike legetjenester. Tabell 10.17 viser omfanget av ulike typer av slikt samarbeid. Av de typene samarbeid som er spesifisert, tyder tallene på at det er mest vanlig å samarbeide om legevakt og minst vanlig å samarbeide om veiledning av LIS-leger.

Tabell 10.17: Samarbeid med andre kommuner om ulike legetjenester. Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet og folketall

	Lege- vakt	Leger i KAD, inter- medi- ære tilbud	Sam- arbeid smitte- vern, folke- helse- arbeid o.l.	Kommune- overlege	Fastlege- arbeid på dagtid	Veiled- ning av LIS-leger	Totalt
Alle kommuner	49	20	14	12	8	7	78
<i>Sentralitet</i>							
Nivå 3	1	1	1	0	0	0	2
Nivå 4	8	1	0	1	0	1	9
Nivå 5	11	5	2	6	3	2	18
Nivå 6	29	13	11	5	5	4	49
<i>Folketall</i>							
20 000 innb. eller mer	4	1	1	0	0	0	5
[10 000 – 19 999] innb.	6	1	1	2	1	2	7
[5 000 – 9 999] innb.	7	2	1	3	1	0	5
[2 000 – 4 999] innb.	16	8	4	5	2	2	27
Under 2 000 innb.	17	8	7	2	4	3	29

Tabell 10.18: Planlagt samarbeid med andre kommuner om ulike legetjenester. Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet og folketall

	Lege- vakt	Leger i KAD eller andre inter- mediære tilbud	Samarbeid om smittevern, folkehelse- arbeid o.l.	Kommune- overlege	Fastlege- arbeid på dagtid	Veiledning av LIS- leger	Totalt
Alle kommuner	4	1	4	2	0	3	9
<i>Sentralitet</i>							
Nivå 3	0	0	1	0	0	1	1
Nivå 4	0	0	0	0	0	0	0
Nivå 5	1	0	0	0	0	0	1
Nivå 6	3	1	3	2	0	2	7
<i>Folketall</i>							
20 000 innb. eller mer	0	0	1	0	0	1	1
[10 000 – 19 999] innb.	0	0	0	0	0	0	0
[5 000 – 9 999] innb.	0	0	0	0	0	0	0
[2 000 – 4 999] innb.	2	1	0	1	0	0	2
Under 2 000 innb.	2	0	2	1	0	1	6

Samarbeid om ulike legetjenester foregår på alle sentralitetsnivå og i både de folkerike og mindre folkerike kommunene.

Det var totalt 21 kommuner som ikke samarbeider med andre kommuner om noen av de spesifiserte legetjenester. Det store flertallet av disse (14 kommuner) er på sentralitetsnivå 6, seks er på nivå 5 og én er på nivå 4. Det er grunn til å anta at manglende samarbeid for en stor del skyldes store geografiske avstander til nabokommuner; hele 9 av disse 21 kommunene er i Finnmark.

Kommunene er videre spurt om de planlegger samarbeid med andre kommuner om ulike legetjenester. Tabell 10.18 viser at det er svært få, bare ni kommuner, som har slike planer. Det var i hovedsak kommuner på sentralitetsnivå 6 og kommuner med under 2 000 innbyggere som planla nye samarbeidstiltak om legetjenester.

Sett i sammenheng, viser tabellene 10.17 og 10.18 at det, med unntak for legevakt, er begrenset samarbeid mellom kommuner om legetjenesten. Det er videre et begrenset

antall kommuner som har planer om å utvide dette samarbeidet. Selv om geografiske avstander setter grenser for samarbeid om tjenester, er det grunn til å anta at det for flere kommuner finnes et betydelig uutnyttet potensiale. Det gjelder i enda høyere grad om vi trekker inn mulighetsrommet for virtuelt samarbeid (ulike digitale e-helseløsninger).

10.10 Øvrig personell på legekantor

Det er totalt 141 ulike legekantor fordelt på de 78 kommunene som deltar i undersøkelsen. For tre av disse kommunen med totalt 12 legekantor, var svarene om personellet som er tilsatt på legekantorene så mangelfull at det er utelatt fra analysen.

Tabell 10.19 (på neste side) viser personell i tillegg til fastleger på de 129 legekantorene som det er svart tilfredsstillende om. Tallene viser at nær samtlige legekantor har helsesekretærer tilgjengelig. Det er også relativt vanlig å ha sykepleiere ved legekantorene, bortsett fra i de mest sentrale og mest folkerike kommunene. Annet helsepersonell som jordmor, bioingeniører, psykolog og fysioterapeut er relativt uvanlig, men mer vanlig jo mindre sentral og mindre folkerik kommunen er.

Det var totalt 21 kommuner som ikke samarbeider med andre kommuner om noen av de spesifiserte legetjenester. Det store flertallet av disse (14 kommuner) er på sentralitetsnivå 6, seks er på nivå 5 og én er på nivå 4. Det er grunn til å anta at manglende samarbeid for en stor del skyldes store geografiske avstander til nabokommuner; hele 9 av disse 21 kommunene er i Finnmark.

At det – med unntak av legesekretærer - er mer uvanlig med annet helsepersonell ansatt ved legekantor i de større kommunene, henger sammen med at hovedmodellen for drift av legetjenester, gjør det økonomisk lite attraktivt å ansette slikt personell. Det kan i denne sammenheng nevnes at allmennlegene i Nederland får full takst uavhengig av hvilken personellgruppe på kontoret som utfører en gitt prosedyre. I Nederland har man også etablert såkalt koplet betaling (bundled payment) for å stimulere tverrfaglig samarbeid.¹⁰

¹⁰ Anders Grimsmo og Jon Magnussen: Norsk samhandlingsreform i internasjonalt perspektiv. Oppdragsgiver EVASAM – Norges Forskningsråd, 2015.

Tabell 10.19: Hvor mange av fastlegekontorene i kommunen har følgende typer hjelpepersonell tilgjengelig? Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet og folketall

	Totalt	Med helse- sekretær(er)	Med sykepleier(e)	Med jordmor	Med bioingeniør(er)	Annet personell (fysioterapeut psykolog o.l.)
Antall legekontor	129	126	69	28	18	24
<i>Sentralitet</i>						
Nivå 3	24	24	2	2	0	2
Nivå 4	25	25	14	1	4	0
Nivå 5	25	24	20	3	10	4
Nivå 6	55	55	33	22	4	18
<i>Folketall</i>						
20 000 innb. eller mer	40	40	7	2	3	2
[10 000 – 19 999] innb.	10	10	9	0	4	0
[5 000 – 9 999] innb.	19	18	12	3	4	5
[2 000 – 4 999] innb.	32	30	23	11	7	7
Under 2 000 innb.	28	28	18	12	0	10

10.11 Hvilke endringer bør gjøres for å forbedre fastlegeordningen?

Til slutt i spørreskjemaet ble kommunene – gjennom åpne spørsmål – invitert til å komme med forslag om forbedringer av fastlegetjenesten. Det ble i spørsmålene skilt mellom forslag adressert til henholdsvis nasjonale myndigheter, helseforetakene, regionrådene og kommunene selv. Disse spørsmålene ble ikke besvart av alle kommunene, og en klart større andel av respondentene fra de folkerike og sentrale kommunene besvarte spørsmålene om forbedringer. Kommunene adresserte flest tiltak til eget nivå, men nesten like mange adresserte tiltak på nasjonalt nivå. Det var også en betydelig andel av kommunene som kom med forslag om tiltak adressert til helseforetakene, mens svært få nevnte tiltak på regionrådsnivå; disse var primært små kommuner med sentralitetsindeks på nivå 6 (mest perifere).

Det synes ellers ikke å være noe klart mønster i svarene når man sammenligner de forslag som kommer fra kommuner med ulik befolkningsstørrelse og sentralitet. Vi

presenterer derfor forslagene samlet, men gruppert for de fire nivåene som adresseres: nasjonale myndigheter, helseforetak, regionråd¹¹ og kommuner.

10.11.1 Forbedringstiltak adressert til nasjonale myndigheter

Ikke uventet har nordnorske kommuner i sine svar framhevet behovet for bedre *finansieringsordninger* for fastlegetjenesten. Dette faktum må vurderes mot en bakgrunn hvor flertallet av kommuner i nord subsidierer denne tjenesten ut over det som følger av hovedmodellen. Konkret foreslås det bedre finansiering av utdanningsløpet for fastleger, både for LIS 1 (tidligere turnustjeneste) og ALIS-stillinger, øking av – og geografisk gradering av - basistilskuddet, generell styrking av tilskuddet til kommunene, samt kompensasjon for oppgaveoverføring fra sykehus og økte krav til dokumentasjon.

Flere kommuner ser *oppgaveoverføringen* fra sykehus som utfordrende, uten at den direkte knyttes til manglende finansiering; disse kommunene ønsker primært å redusere volumet av oppgaver som overføres.

Spesialistutdanningen for fastleger ønskes ikke bare bedre finansiert, men også generelt bedre tilrettelagt. Her adresseres dette kravet til de nasjonale myndigheter som for øvrig i de nye forskriftene om spesialistutdanning allerede har stilt dette kravet til kommunene. Mange kommuner nevner også behovet for flere LIS1-stillinger, som historisk har vist seg å være viktig for rekruttering av fastleger i Nord-Norge.

Behovet for å *redusere listelengden* er av de tiltak som nevnes av flest kommuner, til tross for at listelengden for fastleger i Nord-Norge er betydelig kortere enn gjennomsnittet for landet. Dette tilsynelatende paradoks må forstås mot en bakgrunn hvor fastlegene i Nord-Norge gjennomgående har større belastninger knyttet til legevakt og andre kommunale oppgaver i tillegg til listen.

10.11.2 Forbedringstiltak adressert til helseforetakene

Med adresse til helseforetakene, har mange kommuner de samme forbedringsinnspill som til de nasjonale helsemyndigheter. Det må forstås som at kommunene både anmoder staten som sykehuseier å stille disse krav til spesialisthelsetjenesten og adresserer de samme krav direkte til helseforetakene. Det gjelder særlig tiltak knyttet til *oppgaveoverføring* fra sykehus til kommuner og tilretteleggende tiltak rettet mot gjennomføring av sykehustjeneste som ledd i spesialistutdanningen i allmennmedisin. Bedre *tilgang for fastleger til LIS-stillinger* i sykehus fremstår som svært viktig, sett fra kommunene.

¹¹ Regionråd er ikke organ med formell myndighet. I ny kommunelov som trår i kraft når kommunestyrene konstitueres, er disse beregnet som «interkommunalt politisk organ» som det er frivillig for kommunene å etablere. Når vi likevel har redegjort for svarene fra kommunene mht. hvilken rolle regionrådene skal ha på dette felt, er det fordi det er spurt om det i undersøkelsen.

En tredje hovedkategori av forbedringstiltak som kommunene har adressert til helseforetakene, dreier seg om faglige tiltak, inkludert styrking av faglige samarbeidsorganer. Mange kommuner er opptatt av at sykehusene skal bidra til å styrke felles faglige fora og nettverk, og at de prioriterer deltagelse i flere samarbeidsmøter med førstelinjen. Videre dreier innspillene seg om faglige spørsmål som epikrisetid, maler for henvisning, etablering av faglige team på tvers av nivåer, bedre tilgjengelighet til vakthavende leger i sykehus, ambulanseberedskap mv.

10.11.3 Forbedringstiltak adressert til regionrådene

Som allerede nevnt, kommer kommunene med relativt få innspill rettet mot regionrådene, og flertallet av disse innspillene kommer fra de minst sentrale kommunene. Innspillene retter seg mot samarbeid mellom kommuner om rekruttering, stabilisering, LIS 1-tjenesten og ALIS-tjenesten (inkludert veiledning). Andre forslag dreier seg om ønsker om samarbeid om folkehelse, kommuneoverlege, legevakt og psykiatri/rus.

10.11.4 Forbedringstiltak adressert til eget nivå i egen regi

Forslagene til forbedringstiltak i kommunal egenregi fremstår som innbyrdes langt mer forskjellige og heterogene enn tiltakene adressert til øvrige nivåer. Det er likevel noen gjengangere som også er rettet mot andre adressater; det gjelder behovet for flere fastleger, kortere lister (særlig nevnt av kommuner på sentralitetsnivå 4 og 5), redusert vaktbelastning og behovet for kommunal tilrettelegging av rekruttering og spesialistutdanningen.

For øvrig har flere kommunale helselederne i sine svar framhevet behovet for å lage planer for legetjenesten, å inkludere legene mer i planlegging og organisering, og å forankre legetjenesten bedre i kommunens øverste ledelse; en kommune foreslår å knytte kommuneoverlegen opp mot rådmannens stab, en annen foreslår å etablere en dedikert administrativ leder av helsetjenesten. Dette viser at det også i mange kommuner erkjennes at legetjenesten må planlegges og ledes på en mer profesjonell måte og i samarbeid med legene. Men ikke alle innspill går i samme retning: der én betoner behovet for å styrke legenes autonomi, påpeker en annen behovet for å gi kommunene samme styringsrett overfor legene som vis a vis annet helsepersonell.

Noen av de kommunale helselederne påpeker behovet for bedre praktisk og økonomisk tilrettelegging for at legene skal trives og bli lengre tid i sine stillinger/hjemler. Det kan dreie seg om å dekke kostnader til kurs, hospitering og konferanser, helt eller delvis dekke kostnader til hjelpepersonell og utstyr, gjenkjøpsgaranti av lister som ikke blir solgt og andre økonomiske ordninger som kan hjelpe nyutdannede leger.

Noe overraskende, er det få som nevner faglige tema knyttet til folkehelse og frisklivssentraler. Dette er et funn som samsvarer godt med kunnskapsoppsummeringer og fokusintervju med allmennleger og kommuneoverleger.¹²

Det konstateres ellers at bare en av de kommunale helselederne som – med adresse til kommunene – foreslår sterkere satsning på interkommunalt samarbeid, noe som må tolkes som at kommunene primært søker løsninger i egen regi.

10.12 Oppsummering

Andelen ledige fastlegehjemler har økt noe i løpet av de siste årene, særlig i de folkerike og sentrale kommunene i Nord-Norge. Samtidig melder denne typen kommuner om at de har behov for å opprette flere fastlegehjemler/-stillinger. Samlet sett er behovet anslått til om lag 12 prosent flere fastleger sammenliknet med dagens nivå. I Nord-Norge har det de senere år skjedd en dreining vekk fra næringsdriftavtaler med kommunal leieavtale mot flere fastlegeavtaler basert på fastlønn med bonus. De folkerike og sentrale kommunene melder om et manglende marked for omsetning av fastlegepraksiser. Få kommuner har utarbeidet planer for legetjenesten og det samarbeides i liten grad om annet enn legevakt kommunene imellom. Kommunene er i varierende grad forberedt på sitt nye ansvar for å sørge for spesialistutdanningen av egne leger. Når det gjelder spørsmålet om hva som bør forbedres i fastlegeordningen, fremhever de nordnorske kommunene at det er behov for en bedre finansieringsordning som omfatter både det pasientrettede legearbeidet og utdanningen av leger. De er videre opptatt av at helseforetakene må gi fastlegene bedre tilgang til å kunne gjennomføre den delen av spesialistutdanningen i allmenntidisin hvor læringsmålene oppnås ved sykehustjeneste og av at helseforetakene deltar i faglige fora og nettverk. Kommunene har ganske ulike oppfatninger av hva de selv kan gjøre annerledes i sin forvaltning av ansvaret for fastlegetjenesten. Flere kommunale helseledere fremhever behovet for planer for legetjenesten som inkluderer fastlegene og er forankret i kommunens øverste ledelse.

¹² Rønnevik, DH, Pettersen, B, Grimsmo, A. Fastlegenes rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid. Oslo: KS-rapport september 2019.

11. Kartlegging av innholdet i fastlegeavtaler i kommuner i Nord-Norge

11.1 Hvordan data er innhentet - metode for kartlegging

I arbeidsgruppens regi er det gjennomført en kartlegging av innholdet i fastlegeavtaler i kommunene i Finnmark, Troms og Nordland. Data er i hovedsak innhentet fra kommuneoverlegene i de ulike kommunene. Det er gjennomført telefonintervjuer hvor det er brukt en felles intervjuguide. Guiden er begrenset til følgende tema; økonomi, avspaseringsordninger og legevakt- herunder organisering, belastning og avlønning.

Der det ikke er oppnådd kontakt med kommuneoverlegene, har man intervjuet andre leger i kommunen eller ledere for legetjenesten. Gruppen har valgt å innhente data fra legene selv, da flere tidligere undersøkelser om fastlegeordningen er basert på besvarelser fra helseledere i kommunen. Informasjon om innholdet i fastlegeavtalene anses i ulik grad som sensitiv informasjon blant legeinformantene. I noen tilfeller har vi ikke fått informasjon fra dem om lønnsnivå. Ved å innhente informasjon fra legene selv har det vært mulig å få bedre kjennskap til hvordan legene selv oppfatter sin arbeidssituasjon og har slik sett gitt oss mulighet til å «ta temperaturen» på fastlegeordningen i Nord-Norge. Denne informasjonen nedfeller seg ikke nødvendigvis eksplisitt i dette kapittel, men inngår som viktig del av fortolkningsrammen for flere av arbeidsgruppens vurderinger, slik de fremkommer i rapporten.

Det tas forbehold om at det kan forekomme unøyaktigheter i de data som i dette kapittel presenteres om fastlegeavtalene med kommunene i Nord-Norge. Vi presenterer ikke data for hver enkelt kommune, og er rimelig trygge på at de hovedmønstre som presenteres i dette kapittel gir et godt bilde av fastlegeavtalene i landsdelen som helhet.

11.2 Avtaletyper som er i bruk

Den store majoriteten av fastleger i alle tre fylker har klinisk kurativ praksis med utgangspunkt i en pasientliste og annet allmennt medisinsk kommunalt arbeid, i tillegg til legevaktarbeid. Avtaletypene som er i bruk, er:

- 1) Næringsdriftavtale etter hovedmodellen
- 2) Næringsdriftsavtale med kommunal subsidiering (dvs. leieavtale for lokaler, utstyr og/eller hjelpepersonell, går gjerne også under benevnelsen 8.2 avtale)
- 3) Fastlønnsavtale med bonus
- 4) Fastlønnsavtale

I noen tilfeller kombineres de ulike avtaletypene, for eksempel næringsdriftavtale for fastlegearbeid kombinert med fastlønn for kommunal bistilling. Det er også mange

kommuner som bruker de ulike avtaletypene parallelt, hvor noen fastleger har næringsdriftavtale mens andre har en fastlønnsavtale. Kommunene bruker også goder som ekstra ferie med lønn, fri med lønn til kurs og permisjonsrettigheter med lønn. Disse godene framkommer i beskrivelsene under. I de aller fleste tilfeller kompenseres arbeid med legevakt særskilt. I beskrivelsene under, er kompensasjon for legevakt holdt utenom for å redusere kompleksiteten.

11.3 Fastlegeavtaler i Finnmark

Finnmark har 19 kommuner og alle inngår i denne kartleggingen. Det er stor variasjon kommunene imellom med hensyn til hvordan fastlegene kompenseres for det arbeidet de gjør. Det er ingen kommuner som har like avtaler, bortsett fra to tilfeller hvor to nabokommuner samarbeidet om legetjenester.

Avtaletypene som er i bruk i Finnmark, er:

- 1) næringsdriftsavtaler med kommunal subsidiering (8.2 avtale)
- 2) fastlønnsavtaler med bonus
- 3) fastlønnsavtaler

Det er ingen kommuner i Finnmark som har næringsdriftavtale etter hovedmodellen. I det videre beskrives de tre avtaletypene som brukes i Finnmark med vekt på å få fram variasjonsbredden både i karakteristika ved kommunene, legetjenestene, økonomiske godtgjøringer og andre goder.

11.3.1 Næringsdriftsavtaler med kommunal subsidiering i Finnmark

Tabell 11.1 viser at det er tre kommuner i Finnmark som har næringsdriftsavtaler med kommunal subsidiering med sine fastleger, såkalt 8.2 avtale¹³. Dette er de tre mest folkerike kommunene i fylket. Den kommunale subsidieringen er i én kommune begrenset til subsidiert husleie, mens det i de to andre praktiseres «all inclusive» avtaler for lokaler, hjelpepersonell og medisinsk teknisk utstyr hvor prisen for fastlegene ligger under den faktiske kostnaden for kommunen. I en kommune praktiseres rundsummer, mens den andre kommunen justerer prisen med listelengde. I en av disse kommunene, er det mulig for fastlegene å selv velge om de heller vil ha fastlønn. Nesten halvparten av fastlegene har valgt det. Variasjonsspennet for fastlønn som er oppgitt i tabellen, er dekkende for legene på fastlønn og for legene med næringsdrift som har kommunale bistillinger for å gjøre annet allmennlegearbeid for kommunen. Alle fastleger i de tre kommunene har årlig rett til to uker ekstra ferie med lønn og to uker fri til kurs med lønn. I en kommune opparbeider de rett til to måneder permisjon med lønn hvert tredje år, mens legene i de to andre kommunene opparbeider seg rett til fire måneder permisjon med lønn hvert tredje år. Sistnevnte

¹³ Det formelle grunnlaget for en slik praksis finnes i AS 3410 punkt 8.2.

permisjonsomfang går under betegnelsen *Nord-Norgepermisjon*. Det er mange leger i vaktturnus, så vaktbelastningen på den enkelte lege er ikke veldig høy. To av kommunene er sykehuskommuner, mens den tredje har 2 timer reisetid til sykehus. Gjennomsnittlig reisetid til sykehus for de tre kommunene er 56 minutter (jfr. Tabell V7 i Gaski og Abelsen 2018).

Tabell 11.1: Kjennetegn ved næringsdriftavtaler med kommunal subsidiering i Finnmark

Antall kommuner	Befolkning per 1.1.2019	Antall fastleger	Gjennomsnittlig listelengde	Antall legekontor	Antall leger i vakt	Kommunal subsidiering	Fast løn	Ekstra ferie per år	Fritilkuers per år	Permisjonsrettigheter
3	[10 156 – 20 665]	[11 – 24]	[755 – 863]	[1 – 4]	[12 – 26]	[subsidiert husleie – «all inclusive» for lokaler, personell og med.tekn. utstyr til under faktisk kostnad]	[0, 75 – 1] mill kr	2 uker med lønn	2 uker med lønn	[2 – 4] mnd fri med lønn hvert 3. år

11.3.2 Fastlønsavtaler med bonus i Finnmark

Tabell 11.2 på neste side viser at det er 12 kommuner¹⁴ som har fastlønsavtaler med bonus¹⁵. Dette er en blanding av kommuner med lavt folketall og de mellomstore kommunene i fylket. Listelengden er relativt moderat. Avtalene skiller som regel mellom ikke-spesialister og spesialister. Fastlønnsspennet mellom de lavest og høyest lønnede ikke-spesialistene er på 690 000 kroner, mens tilsvarende spenn for spesialister er på hele 1,14 millioner kroner. I fire av kommunene har kommuneoverlegen fast lønn som varierer mellom 1,15 og 2,3 millioner kroner¹⁶. I én kommune har kommuneoverlegen en bonusavtale, mens den andre legen der har fast lønn (1,1 millioner kroner) uten bonus.

¹⁴ Herunder de to kommunene som samarbeider om organisering av fastlegetjenesten

¹⁵ Hovedtariffavtalen kap 3.6 åpner for denne ordningen som tiltak for å øke produktivitet/effektivitet eller brukerorientering.

¹⁶ En av kommuneoverlegene har 20 % kurativ virksomhet hvor alle inntekter går til kommunen. Kommuneoverlegen med høyest fast lønn, er kommuneoverlege i 40 % stilling kombinert med 60 % fastlegepraksis hvor 67 % av egen inntjening i form av HELFO-refusjoner og egenandeler fra pasienter tilfaller legen.

Tabell 2 viser at det er stor variasjon med hensyn til hvordan bonusdelen er utformet. Noen leger får en andel av all inntjening (HELFO-refusjoner og egenbetaling fra pasienter) ved legekantoret, mens andre får en andel av sin egen inntjening. Det er også eksempel på at fastleger får en andel av LIS1-leges inntjening. En annen variant av slike bonusavtaler er en avgrensning hvor legene får en andel av HELFO-refusjonene (egen eller kantorets), mens egenandeler fra pasientene tilfaller kommunen. En tredje variant, er at legene får 100 % av egen inntjening, etter at de har tjent inn nok til å dekke egen fastlønn. Flere steder er bonusandelen høyere for spesialister sammenliknet med ikke-spesialister. Innslaget av andre goder varierer.

Tabell 11.2: Kjennetegn ved fastlønsavtaler med bonus i Finnmark

Antall kommuner	Befolkning per 1.1.2019	Antall fastleger	Gjennomsnittlig listelengde	Antall leger i kontor i kommunen	Antall leger i vakt	Fastlønns-del	Bonus	Ekstra ferie per år	Fritilkuks per år	Permisjonsrettigheter
12	[917 - 5 894]	[2 - 9]	[300 - 750]	[1 - 2]	[4 - 15]	ikke-spesialister: [0,81 - 1,5] mill. kr spesialister: [0,86-2] mill. kr KOL*: [1,15-2,3] mill. kr	[30 - 100] % av all inntjening [50-100] % av HELFO refusjoner 100% av all inntjening etter at fastlønner dekket inn	[0 - 6] uker med lønn	[2 - 4] uker med lønn	[Ingen - 4 mnd fri med lønn hvert 3. år hvor permisjonstiden teller ved opptjening av ny permisjon]

*KOL: Kommuneoverlege

Alle så nær som én kommune, gir fri til kurs med lønn varierende fra to til fire uker årlig. Ekstra ferie med lønn gis i sju av kommunene varierende mellom en og seks uker årlig. Fem kommuner gir rett til permisjon i 4 måneder; fire av dem etter tre år og en etter fem år. I en av disse kommunene teller permisjonstiden med i opptjeningen til ny permisjon. I en sjettede kommune er det mulig å få utdanningspermisjon, mot at det dokumenteres hva man har brukt permisjonstiden til. En kommune som har en del fastleger i deltidsstillinger som ikke er fastboende, dekker legenes reiser til og fra jobb til en kostnad på ca. 100 000 kroner per år. Det er stor variasjon med hensyn til antall leger i vakt kommunene imellom. Kommunen med flest leger i vakt, er i et interkommunalt legevaktsamarbeid med en folkerik kommune. Kommunene har samlet sett i snitt 3 timer reisetid til sykehus (jfr. Tabell V7 i Gaski og Abelsen 2018).

11.3.3 Fastlønnsavtaler i Finnmark

Tabell 11.3 viser at det er fire kommuner i Finnmark som har fastlønnsavtaler med sine leger. Dette er kommuner med lavt folketall, få leger og i hovedsak korte lister. Én av disse kommunene praktiserer Nordsjøturnus (to uker på og fire uker av) hvor flere ulike leger betjener samme (relativt lange liste). Når legene er på, tar de all legevakt. Legevakt er inkludert i fastlønnen. Den høyeste fastlønnen oppgitt i tabellen er for fastlege som er spesialist i allmenntilleggsmedisin. Samme kommune har oppgitt at kommuneoverlegen har en fastlønn på 1,75 millioner kroner. I tre kommuner har legene rett til to uker ekstra ferie med lønn, mens de i den fjerde kan få mellom tre og fem uker ferie med lønn. I denne kommunen får ikke legene permisjon med lønn og det er uklart om de har rett til fri til kurs med lønn. De tre øvrige kommunene gir fri til kurs med lønn i minst to uker. En av disse gir ingen permisjonsrettigheter med lønn, en annen gir fire måneder permisjon med lønn etter tre år, mens i den siste kommunen har en av legene rett til fire måneder permisjon med lønn etter tre år, mens den andre legen har fått en kompensasjon for manglende permisjonsrettigheter på 100 000 kroner per år.

Tabell 11.3: Kjennetegn ved fastlønnsavtaler i Finnmark

Antall kommuner	Befolkning per 1.1.2019	Antall fastleger	Gjennomsnittlig listelengde	Antall legekontorer	Antall leger i vakt	Fastlønn	Ekstra ferie per år	Fri til kurs per år	Permisjonsrettigheter
4	[981 - 2 673]	[3 - 5]	[321 - 990]	1	[1 - 5]	[1 - 1,41] mill. kr KOL* : [1,3- 1,751] mill. kr	[2 - 5] uker med lønn	[2 - 4] uker med lønn	[Ingen - 4 mnd fri med lønn hvert 3. år]

Det er få leger i vaktturnus, så vaktbelastningen på den enkelte lege er høy. Kommunene har i snitt 3 timer og ett kvarter reisetid til sykehus (jfr. Tabell V7 i Gaski og Abelsen 2018).

11.4 Fastlegeavtaler i Troms

Det er totalt 24 kommuner i Troms og alle er med i denne kartleggingen. En del av kommunene i Troms samarbeider om legetjenester. Dette gjelder: 1) Lenvik, Torsken, Berg og Tranøy (Senjalegen), 2) Salangen, Lavangen og Ibestad (Astafjordlegen), 3) Sørreisa og Dyrøy og 4) Skånland som samarbeider med Evenes og Tjeldsund kommune i Nordland. I den videre beskrivelsen, teller de tre førstnevnte kommunesamarbeidene som én kommune hver. Skånland er plassert under beskrivelsen av fastlegeavtaler i Nordland. Det vil si at beskrivelsen om Troms under, omfatter totalt 17 «kommuner».

Alle de fire avtaletypene brukes i Troms. Kommunene i Troms benytter i større grad enn kommunene i Finnmark, flere ulike avtaletyper parallelt. Av de 17 «kommunene», er det åtte som benytter to eller tre avtaletyper parallelt. Det mest vanlige er en kombinasjon hvor noen fastleger har næringsdriftavtaler med kommunal subsidiering (8.2 avtale) og de resterende har fastlønn med bonus, noe seks av de åtte «kommunene» har. Én av de fem benytter i tillegg fastlønnsavtale. To av de åtte kombinerer næringsdriftavtaler med kommunal subsidiering (8.2 avtale) og fastlønnsavtale. Bruken av ulike typer avtaler i en og samme kommune tyder på den ene siden på at kommunene til en viss grad skreddersyr avtaler til den enkelte fastlege, på den andre siden at kommunens avtalepraksis videreføres selv om kommunen innlemmes i interkommunalt legetjenestesamarbeid.

I det videre beskrives de fire avtaletypene som brukes i Troms med vekt på å få fram variasjonsbredden både i karakteristika ved kommunene, legetjenestene, økonomiske godtgjøringer og andre goder.

11.4.1 Hovedmodellen i Troms

De to mest folkerike kommunene i Troms har fastlegeavtaler som i hovedsak følger hovedmodellen (se tabell 11.4). De to kommunene tilbyr bare denne avtaletypen. I den mest folkerike av disse kommunene har fastlegene relativt lange lister i gjennomsnitt, mens de i den andre har en langt lavere gjennomsnittlig listelengde. Sistnevnte kommune praktiserer en variant av hovedmodellen hvor de gir 30 prosent høyere basistilskudd per listeinnbygger for å gjøre fastlegepraksis mer attraktivt. Denne kommunen dekker også utgifter til spesialistutdanning fra et eget utdanningsfond og tar ansvar for å skaffe vikar når fastleger tar sykehusåret som del av spesialiseringen i allmennmedisin. Begge kommuner har sykehus og mange leger som deler legevakt. Den minst folkerike kommunen har tre leger ansatt i fulle legevaktstillinger for å redusere vaktbelastningen på de øvrige fastlegene. Fastlønnsnivået for kommunalt

legearbeid ligger på et relativt moderat nivå. Spennet mellom høyeste og laveste nivå er på 400 000 kroner. Befolkningen i de to kommunene i Troms med denne typen avtale har i gjennomsnitt 15 minutters reisetid til sykehus (jfr. Tabell V7 i Gaski og Abelsen 2018).

Tabell 11.4: Kjennetegn ved hovedmodellavtaler i Troms

Antall kommuner	Befolkning per 1.1.2019	Antall fastleger	Gjennomsnittlig listelengde	Antall legekontor	Antall leger i vakt	Kommunal subsidiering	Fast lønn	Ekstra ferier per år	Fritilkurs per år	Permisjonsrettigheter
2	[24 829 – 76 649]	[32-74]	[720 – 1077]	20	15	En av kommunene gir 30% høyere basistilskudd per listeinnbygger + dekker legenes utgifter til spesialistutdanning	[0,7-1,1] mill. kr	Ingen	Ingen	Ingen

11.4.2 Næringsdriftavtaler med kommunal subsidiering i Troms (8.2 avtaler)

Næringsdriftavtaler med kommunal subsidiering (8.2 avtaler) er den avtaletypen som brukes i flest kommuner i Troms (se tabell 5). Fire kommuner tilbyr bare denne avtaletypen. Den brukes både i kommuner med lavt og relativt høyt folketall. Sammenliknet med kommunene med hovedmodellen i Troms, er gjennomsnittlig listelengde gjennomgående lavere. Sju av de 11 kommunene som har denne typen avtaler, har en eller to andre avtaletyper i tillegg. Avtalene er i all hovedsak «all inclusive» hvor fastlegene betaler et fast månedlig beløp til kommunen for lokaler, personell og medisinskteknisk utstyr som ligger under den faktiske kostnaden. En av disse kommunene gir botilskudd til en fastlege som pendler, mens en annen gir en årlig bonus for hvert år legene praktiserer i kommunen (maksimal bonus er kr 100 000 per år). I tredje variant er at fastlegene deler 50 prosent av LIS1-legenes inntjening (HELFO-refusjon og pasienters egenandeler). I en kommune praktiseres nullavtale, hvor kommunen beholder basistilskuddet mot at legen(e) får lokaler, personell og medisinskteknisk utstyr uten annet vederlag. To kommuner gir to og en kommune gir tre ekstra ferieuker, to kommuner gir to uker fri med økonomisk kompensasjon til

kurs, mens tre kommuner gir legene regelmessig permisjon med lønn. Det er relativt stor variasjon i fastlønnsnivået for kommunalt legearbeid. Det mangler imidlertid opplysninger om fastlønnsnivået for fem av de 11 kommunene. Spennet mellom høyeste og laveste nivå er på 650 000 kroner. Kommunene i Troms med denne typen avtaler har i gjennomsnitt drøyt to timer reisetid til sykehus (jfr. Tabell V7 i Gaski og Abelsen 2018).

Tabell 11.5: Kjennetegn ved næringsdriftavtaler med kommunal subsidiering i Troms

Antall kommuner	Befolkning per 1.1.2019	Antall fastleger	Gjennomsnittlig listelengde	Antall legekontor	Antall leger i vakt	Kommunal subsidiering	Fast lønn	Ekstra ferie per år	Fritilkuks per år	Permisjonsrettigheter
11	[1 105 - 15 011]	[2 - 8]	[455 - 914]	[1 - 3]	[3 - 28]	«all inclusive» for lokaler, personell og med. tekn. utstyr til under faktisk kostnad/0-avtale / (+ botilskudd) / (+ bonus per år max 100 000 kr) / 50% av LIS-legens inntjenning	[0,75 - 1,4] mill. kr	[Ingen - 3 uker med lønn]	Ingen - ikke spesifisert fri	Ingen - 4 mnd fri med lønn hvert 3. år

11.4.3 Fastlønn med bonus i Troms

Fastlønn med bonus brukes i sju kommuner i Troms (se tabell 11.6). Dette er både kommuner med lavt og relativt høyt folketall. Den gjennomsnittlige listelengden i disse kommunene er gjennomgående lavere enn i kommunene med næringsdriftavtaler (se tabell 4 og 5). To kommuner tilbyr bare denne avtaletypen. Fastlegene som har fastlønn med bonus inngår i legevakt med få eller mange andre leger. Fastlønnsdelen varierer noe i disse avtalene, og ligger på et relativt moderat nivå sammenliknet med

det som er tilfelle i Finnmark. I ett tilfelle er fastlønsdelen for en kommuneoverlege som har fastlønn med bonus, spesifisert til å være 1,1 millioner kroner. Spennet mellom høyeste og laveste fastlønsdel er på 350 000 kroner. Bonusdelen varierer mellom 20 og 35 prosent av legens egen inntjening. Ingen av disse kommunene gir ekstra ferie, men tre kommuner gir fri med lønn til kurs (i to av dem er denne typen fri avgrenset til to uker i året). Fire kommuner dekker legens utgifter til spesialistutdanning. I en kommune har legene rett til fire måneder permisjon hvert tredje år, men dette oppgis å være vanskelig å få tatt ut. Kommuner med denne typen avtaler i Troms har i gjennomsnitt nær to og en halv time reisetid til sykehus (jfr. Tabell V7 i Gaski og Abelsen 2018). I en av disse kommunene deles en liste mellom tre fastleger som betjener den i Nordsjøturnus samtidig som de sammen med turnuslegen tar all legevakt i kommunen.

Tabell 11.6: Kjennetegn ved fastlønsavtaler med bonus i Troms

Antall kommuner	Befolkning per 1.1.2019	Antal fastleger	Gjennomsnittlig listelengde	Antall leger - kontor	Antall leger i vakt	Fastlønsdel	Bonus	Ekstraferie per år	Fri til kurs per år	Permisjonsrettigheter
7	[1 202 - 15 011]	[2 - 14]	[433 - 783]	[1-2]	[3-28]	[0,75-1,1] mill. kr KOL*: 1,1 mill kr	[20-35] % av all inntjening	Ingen	[Ingen - 2 uker]	Ingen - 4 mnd. hvert 3. år]

*KOL = Kommuneoverlege

11.4.4 Fastlønn i Troms

Det er fem kommuner i Troms som har fastlønsavtaler (se tabell 11.7). To av disse tilbyr bare fastlønsavtale, mens de øvrige også tilbyr næringsdriftavtaler med kommunal subsidiering (8.2 avtale). En av disse tilbyr i tillegg fastlønn med bonus. Kommunene med fastlønsavtaler har lavt folketall, få fastleger og lav gjennomsnittlig listelengde. Fastlønsnivået er noe høyere enn det som er tilfelle for de øvrige avtaletypene i Troms. Spennet mellom høyeste og laveste nivå er på 600 000 kroner. To kommuner gir to uker ekstra ferie, to kommuner gir 2 uker fri til kurs, mens fire kommuner dekker legenes utgifter til spesialistutdanning. Ingen kommuner gir legene rett til permisjon med lønn. Kommuner med denne typen avtaler i Troms har i gjennomsnitt nær to timer reisetid til sykehus (jfr. Tabell V7 i Gaski og Abelsen 2018).

Tabell 11.7: Kjennetegn ved fastlønnsavtaler i Troms

Antall kommuner	Befolkning per 1.1.2019	Antall fastleger	Gjennomsnittlig listelengde	Antall legekontor	Antall leger i vakt	Fast løn	Ekstra ferie per år	Fri til kurs per år	Permisjonsrettigheter
5	[1105-6805]	[2-7]	[455-745]	[1-3]	[3-28]	[0, 8 - 1,4] mill kr	[Ingen-2 uker]	[Ikke spesifisert - 2 uker]	Ingen

11.5 Fastlegeavtaler i Nordland

Det er totalt 44 kommuner i Nordland. I denne kartleggingen inngår informasjon om 34 av dem. Kartleggingen omfatter dermed fastlegeavtaler som dekker 91 prosent av befolkningen i Nordland. Blant kommunene som ikke inngår, er det fem med under 2 000 innbyggere, fire med mellom 2 000 og 5 000 innbyggere og en kommune med over 10 000 innbyggere. Kartleggingen omfatter to samarbeidskonstellasjoner: 1) Evenes, Tjeldsund og Skånland¹⁷ og 2) Nye Narvik kommune¹⁸ (Narvik, Ballangen og deler av Tysfjord). I den videre beskrivelsen, teller de to kommunesamarbeidene som én kommune hver. Det vil si at beskrivelsen om Nordland under, omfatter totalt 32 «kommuner».

Som i Troms, er det også i Nordland relativt vanlig at kommunene benytter flere ulike avtaletyper parallelt. I Nordland benytter 10 av de 32 «kommunene» i kartleggingen to eller tre ulike avtaletyper med sine fastleger. Tre av disse har hovedmodellen og fastlønnsavtaler, to har hovedmodellen og fastlønn med bonus, fire har næringsdrift med kommunal subsidiering (8.2 avtale) og fastlønn med bonus, mens en har næringsdrift med kommunal subsidiering (8.2 avtale), fastlønn med bonus og fastlønn. I det videre beskrives de fire avtaletypene som brukes i Nordland med vekt på å få fram variasjonsbredden både i karakteristika ved kommunene, legetjenestene, økonomiske godtgjøringer og andre goder. Data om antall leger i vakt mangler for noen «kommuner».

11.5.1 Hovedmodellen i Nordland

Hovedmodellen brukes i de fem mest folkerike kommunene i Nordland (se tabell 11.8). Den gjennomsnittlige listelengden i disse kommunene er relativt lang og det er mange leger som deler på legevakt. Det er ingen kommuner som bare bruker hovedmodellen. Ingen av kommunene med hovedmodellen tilbyr legene ekstra ferie. En kommune gir fri til kurs, mens to kommuner gir permisjonsrettigheter i inntil fire måneder hvert

¹⁷ Skånland kommune ligger i Troms.

¹⁸ Nye Narvik kommune etableres 1.1.2020.

tredje år. Kommunale bistillinger lønnes relativt moderat. Fastlønnsnivået varierer innenfor et spenn på 320 000 kroner. En kommune er behjelpelig med å skaffe vikar ved lengre tids fravær. Flere av disse kommunene har sykehus og befolkningen har i gjennomsnitt under en halvtime reisetid til sykehus (jfr. Tabell V7 i Gaski og Abelsen 2018).

Tabell 11.8: Kjennetegn ved hovedmodellavtaler i Nordland

Antall kommuner	Befolkning per 1.1.2019	Antal fastleger	Gjennomsnittlig listelengde	Antall leger - kontor	Antall leger i vakt	Kommunal subsidiering	Fast lønn	Eks tra ferie per år	Fri til kurs per år	Permisjonsrettigheter
5	[9595-50024]	[9-40]	[1031-1139]	[3-13]	[10-17]	Kommunene er behjelpelig med å ansette vikar	[0,68-1] mill. kr	Ingen	[Ingen - fri til kurs]	[Ingen - 4 mnd perm, hvert 3. år]

11.5.2 Næringsdriftavtaler med kommunal subsidiering i Nordland (8.2 avtaler)

Tabell 11.9 viser at det er ni kommuner i Nordland som har næringsdriftavtaler med kommunal subsidiering (8.2 avtaler). Tre av dem tilbyr bare denne typen avtale. Dette er både kommuner med lavt og relativt høyt folketall. Gjennomsnittlig listelengde ligger lavere og legevakt deles på færre leger enn i kommuner med hovedmodellen. I en kommune er leger alene på vakt deler av døgnet. Fem av de ni kommunene har nullavtaler (dvs. at kommunen beholder basistilskuddet mot at legen(e) får lokaler, personell og medisinskteknisk utstyr uten annet vederlag). En kommune gir et driftstilskudd på 400 000 kroner per fastlege. Nivået på avlønning for kommunal bistilling ligger noe over nivået i kommuner med hovedmodellen. Variasjonen mellom høyeste og laveste nivå er på 370 000 kroner. En kommune har en kommuneoverlege med 40 prosent 8.2-avtale og 60 prosent fastlønn som er lønnet veldig høyt (1,87 millioner kroner for 100 prosent stilling). En kommune gir en uke ekstra ferie. To kommuner gir fri til kurs, den ene i inntil 2 uker per år. I en kommune har legene fire måneder permisjon hvert tredje år. Kommuner med denne typen avtaler i Nordland har i gjennomsnitt en og en halv time reisetid til sykehus (jfr. Tabell V7 i Gaski og Abelsen 2018).

Tabell 11.9: Kjennetegn ved næringsdriftavtaler med kommunal subsidiering i Nordland

Antall kommuner	Befolkning per 1.1.2019	Antall fastleger	Gjennomsnittlig listelengde	Antall legekontor	Antall leger i vakt	Kommunal subsidiering	Fast lønn	Ekstra ferie per år	Fri til kurs per år	Permisjonsrettigheter
9	[508-11480]	[1-14]	[452-952]	[1-3]	[1-17]	5 av 9 kommuner har nullavtaler ----- --- En kommune gir 0,4 mill i tilskudd per lege per år	[0,73-1,1] mill .kr KO L*: 1,87 mill kr	[Ingen-1 uke]	[Ingen – 2 uker]	[Ingen – 4 mnd per. Hvert 3. år]

*KOL = Kommuneoverlege

11.5.3 Fastlønn med bonus i Nordland

Det er 14 kommuner i Nordland som tilbyr fastlønn med bonus (se tabell 11.10). Seks av dem tilbyr bare denne typen avtale. Avtaletypen brukes både i kommuner med lavt og relativt høyt folketall og i kommuner hvor minst tre leger deler på legevakt. Det er stor variasjon i lønnsnivå på fastlønnsdelen. Differansen mellom høyeste og laveste lønnsnivå er på 1,03 millioner kroner. Fastlønnsnivået for kommuneoverleger ligger gjennomgående høyere enn for vanlige fastleger, men lønnsspennet er mindre og ligger på 375 000 kroner. Bonusdelen varierer fra kommune til kommune og i enkelte tilfeller mellom legene i en og samme kommune. I en kommune har ikke-spesialister en bonusandel på 25 prosent, mens spesialister i allmenntillegene har en bonusandel på 30 prosent. En kommune gir 300 000 kroner i engangsbonus når leger oppnår spesialitet i allmenntillegene. Sju kommuner gir legene ekstra ferie, to uker i seks kommuner og en uke i en kommune. Sju kommuner gir fri til kurs i inntil 2 uker. Tre kommuner gir permisjon inntil fire måneder hvert tredje år. Kommuner med denne typen avtaler i Nordland har i gjennomsnitt drøyt en og en halv time reisetid til sykehus (jfr. Tabell V7 i Gaski og Abelsen 2018).

11.5.4 Fastlønn i Nordland

Fastlønn brukes i 15 kommuner i Nordland (se tabell 11.11). I ti av dem er fastlønn det eneste avtalealternativet. Dette er i hovedsak kommuner med lavt folketall, åtte av de ti har under 2 000 innbyggere. Tre av de fem kommunene som tilbyr andre avtaletyper enn fastlønn, har over 10 000 innbyggere. I kommunene som bare tilbyr fastlønnsavtale, varierer fastlønnsnivået mellom 800 000 og 1 010 000 kroner.

Tabell 11.10: Kjennetegn ved fastlønnsavtaler med bonus i Nordland

Antall kommuner	Befolkning per 1.1.2019	Antall fastleger	Gjennomsnittlig liste-lengde	Antall legekontor	Antall leger i vakt	Fastlønnsdel	Bonus	Ekstraferie per år	Fri til kurs per år	Permisjonsrettigheter
14	[1022-23025]	[2-14]	[479-1071]	[1-3]	[3-14]	[0,73-1,76] mill. kr KOL*: [1,025-1,4] mill. kr	[10-50]% av all inntjening	[Ingen - 2 uker]	[Ingen - 2 uker]	[Ingen - 4 mnd perm hvert 3. år]

*KOL = Kommuneoverlege

I disse kommunene er det få fastleger og få som deler på legevakt. I enkelte tilfeller er det snakk om bare en lege, med svært begrensede muligheter til å ta ut ekstra ferie eller ta permisjon selv om de har slike rettigheter. Selv om legevakt lønnes særskilt, må lønns-kompensasjonen for den tiden disse legene investerer i jobben og det ansvaret de aksler på seg sies å være lavt. Seks av de 15 kommunene tilbyr inntil 2 uker ekstra ferie. I en av disse kommunene gjelder dette bare for kommuneoverlegen. Ni kommuner tilbyr fri til kurs i inntil fire uker per år. Fem kommuner gir permisjonsrettigheter inntil fire måneder hvert tredje år. I tre av disse kommunene er permisjonsrettigheter forbeholdt kommuneoverlege(r). Kommuner med denne typen avtaler i Nordland har i gjennomsnitt nær to timer reisetid til sykehus (jfr. Tabell V7 i Gaski og Abelsen 2018). Hvis vi bare tar med kommunene med under 10 000 innbyggere i denne kategorien øker den gjennomsnittlige reisetiden til sykehus til drøyt to timer og ti minutter.

Tabell 11.11: Kjennetegn ved fastlønnsavtaler i Nordland

Antall kommuner	Befolkning per 1.1.2019	Antall fastleger	Gjennomsnittlig liste-lengde	Antall legekontor	Antall leger i vakt	Fast lønn	Ekstraferie per år	Fri til kurs per år	Permisjonsrettigheter
15	[456-50024]	[1-10]	[432-1139]	[1-2]	[1-17]	[0,68-1,1] mill. kr KOL: [1,03-1,83] mill. kr	[Ingen - 2 uker]	[Ingen - 4 uker]	[Ingen-4 mnd perm hvert 3. år]

11.6 Oppsummering – fastlegeavtaler i Nord-Norge

Kartleggingen viser at det bare er sju kommuner i Nord-Norge som har fastlegeavtaler etter hovedmodellen. Den store majoriteten av kommuner i Nord-Norge har altså inngått andre avtaletyper med sine fastleger enn hovedmodellen. Innholdet i disse avtalene er til dels svært forskjellig fra kommune til kommune. Det er også ulike avtaler i bruk i en og samme kommune. Det kan være gode grunner til at de lokale avtalene blir utformet på denne måten. Det er rimelig å anta at avtalene til en viss grad skreddersys og tilpasses den enkelte fastlege og særegne lokale forhold.

Sett i lys av stabilitetsutfordringene i fastlegetjenesten i Nord-Norge, er det grunn til å spørre hvilken rolle de mangefasetterte fastlegeavtalene mellom kommunen og fastlegene spiller. Avtalene synes å være markedsstyrte og er ofte det eneste og sterkeste kortet kommunene har for å rekruttere og beholde fastleger. Det er derfor viktig at kommunene har spillerom. Kompleksiteten i innhold og mangel på åpenhet og transparens som det synes å være rundt disse avtalene, kan tenkes å virke både positivt og negativt inn både på rekruttering og stabilisering av fastleger. Sett utenfra, er det et uklart maktforhold mellom lege og kommune. Særlig for ferske og uerfarne fastleger, kan det tenkes at avtaleforhandlingene er krevende. Kan hende opplever noen at avtaler de i utgangspunktet trodde var gode, framstår annerledes når man får kjennskap til hvilke betingelser mer erfarne fastlegekolleger har. Dette er forhold det snakkes lite åpent om og som det derfor finnes lite systematisert kunnskap om. På den andre siden kan individuelt tilpassede avtaler, og kanskje særlig avtaler som er tilpasset hele fastlegepraksisen og den lokale konteksten i kommunen ha stor positiv betydning for å skape stabilitet.

Vi vet fra tidligere at enkelte av kommunene med gode lønnsvilkår, over flere år har slitt med rekruttering og stabilitet i legetjenesten. Vi ser også at enkelte små kommuner som har god stabilitet med leger som har vært der i over 10-20 år tilbyr relativt moderate økonomiske avtaler. Dette indikerer at lønn alene ikke er avgjørende for rekruttering og stabilitet, men at andre forhold (arbeidstid, vaktbelastning, faglig tilrettelegging og utvikling mv) kan være like viktige. Hvorvidt kommuner som - gjennom moderate økonomiske avtaler - hittil har klart å holde på legene, vil makte å opprettholde samme stabilitet når nåværende leger forlater kommunen, vites ikke.

Vi har ikke kartlagt hvor mye kommunene egenfinansierer utover den ordinære finansieringen av fastlegeordningen i hovedmodellen. Men en del av fastlegeavtalene, særlig en del av fastlønsavtalene med bonus, synes å være kostbare for kommunene. Andre fastlønsavtaler synes å være relativt rimelig sett i forhold til ansvaret og tidsbindingen de innebærer for fastlegene. Innholdet i avtalene basert på fastlønn tyder på at kommunene og fastlegene burde hatt mer å støtte seg til for å arbeide fram en normering hvor det ble mer tydelig hva det er rimelig å legge i potten for fastlegenes arbeid. Større åpenhet om innholdet i disse avtalene og mer oppmerksomhet fra helsemyndighetenes side om at det er fire ulike avtaletyper som er i bruk, ville trolig

vært til hjelp her. Fastlegestatistikken fra Helsedirektoratet skiller bare mellom to typer; næringsdrift og fastlønn. Dette gir etter vårt syn en for lite nyansert beskrivelse av de avtalene som er i bruk dette markedet.

12. ALIS-Nord og etablering av regionale ALIS-kontor

ALIS-Nord er et 5-årig prosjekt for å styrke fastlegeordningen i Nord-Norge med Bodø kommune som prosjekteier. Prosjektet er finansiert av Helsedirektoratet med støtte fra fylkesmennene i Nord-Norge, og med en egenandel fra deltakerkommunene. Det er ansatt prosjektleder i full stilling og etablert en styringsgruppe med representanter fra Helse-Nord, KS, Legeforeningen, NSDM og en representant fra kommunene i hver av de fire helseforetaksområdene i Nord-Norge. Lederen av helsetjenesten i Bodø kommune er leder av styringsgruppen.

12.1 Målsetting med ALIS-Nord

- 1) Sikre rekruttering og stabilitet i fastlegestillinger og –hjemler i nordnorske kommuner
- 2) Utvikle utdanningsstillingsmodeller for nordnorske forhold som passer for både fastlønn og næringsdrift
- 3) Sikre at nye fastleger i Nord-Norge får et kvalitetssikret og effektivt spesialiseringssløp i allmenntidisin, herunder sikre tilrettelegging, forutsigbarhet og fleksibilitet knyttet til oppnåelse av læringsmål i spesialisthelsetjenesten («sykehusåret»)
- 4) Utvikle kommunens rolle og kompetanse som tilrettelegger for legers spesialistutdanning i allmenntidisin og gjøre dem mer attraktiv som arbeidsgiver.
- 5) I tillegg skal prosjektet generere kunnskap som sentrale myndigheter, andre kommuner og helseforetak kan nyttiggjøre seg.

12.2 Status for ALIS-Nord i juni 2019

Ved søknadsfristens utløp 1. april 2019 hadde ALIS-Nord mottatt 35 søknader fra til sammen 45 kommuner i Nord-Norge med totalt 365.845 innbyggere*. Søknadene fordeler seg slik mellom de fire helseforetaksområdene (OSO-områdene):

- Finnmark: 8 søknader som inkluderer 9 kommuner med 61.142 innb.*
- UNN: 11 søknader som inkluderer 19,5 kommuner med 168.673 innb.*
- Nordland: 7 søknader som inkluderer 7,5 kommuner med 76.522 innb.*
- Helgeland: 9 søknader fra 9 kommuner med 59.508 innb.*

*(*SSB statistikk per 1. januar 2018)*

ALIS-Nord mottok søknader fra 52 prosent av kommunene i Nord-Norge (45 av 87), og befolkningen i søknadskommunene utgjør 75 prosent av landsdelens innbyggere. Dette betyr at det ikke bare er små distriktskommuner som opplever rekrutteringssvikt og manglende stabilitet i fastlegestillinger. Problemene i fastlegeordningen er godt

dokumentert også i de store kommunene som bl.a. Tromsø, Bodø, Rana, Harstad, Narvik, Alta og Hammerfest.

Kriterier for valg av ALIS-Nord-kommuner:

1. 6 kommuner (kommunegrupper) bør rekrutteres fra hvert helseforetaksområde
2. De utvalgte kommunene bør til sammen være representative for fastlegeordningen i Nord-Norge
3. ALIS-Nord bør rekruttere tilstrekkelig mange kommuner som ønsker å utprøve «ALIS-næring» for å bidra til utvikling av hovedmodellen i fastlegeordningen
4. Kommuner som har avtale om - eller planlegger - interkommunalt samarbeid om utvikling av legetjenester, bør prioriteres
5. ALIS-Nord bør ha med kommuner som inngår i forvaltningsområde for samisk språk
6. ALIS i prosjektet bør ikke være ansatt eller allerede ha inngått avtale med kommunen før 1. januar 2019
7. Ingen kommune bør få støtte til mer en to (2) ALIS i prosjektet
8. ALIS bør gjennomføre spesialistutdanning i allmennmedisin etter ny modell i spesialistforskriften
9. Søknaden bør inneholde de mest sentrale opplysningene som det ble spurt om i invitasjonsbrevet. Det viktigste for den enkelte ALIS er:
 - a. Egen pasientliste
 - b. Eget kontor
 - c. Gode rammer for daglig supervisjon
 - d. Garanti for strukturert veiledning 3 timer per måned 10,5 måneder per år
 - e. Rimelig vaktbelastning
 - f. Bakvakt på legevakt
10. Andre forhold som vil bidra til stabilitet i ALIS-stillingen/hjemmelen

Følgende kommuner har fått tilbud og bekreftet at de ønsker å delta i prosjektet (f = ALIS-fastlønn, n = ALIS-næring, total 32 ALIS):

- **Finnmark:** Vadsø (1-f), Tana/Nesseby (1-f), Karasjok (1-f), Hammerfest (1-f + 1-n), Sør-Varanger (1-n) og Alta (1-f)
- **UNN:** Harstad (2-n), Tromsø (2-n), Narvik/Ballangen/Tysfjord-Øst (1-n + 1-f), Skånland/Evenes/Tjeldsund (1-n), Målselv (1-n), Bardu (1-f) og Lenvik (1-f)
- **Nordland:** Vestvågøy (1-f), Øksnes (1-f), Beiarn (1-f), Bodø (2-n), Hamarøy (1-f) og Steigen (1-f)
- **Helgeland:** Rana (2-n), Sømna (1-f), Brønnøy (1-f), Vega (1-f), Vefsn (2-n) og Dønna (1-f)

Flertallet av søkerkommunene ønsket å utprøve en ny modell med ALIS-fastlønn. Siden ALIS-Nord også skal bidra til utvikling av en ny modell for ALIS-næring, ble det avgjørende for hvilke kommuner som får støtte til to ALIS. Som det framgår av oversikten, er det hovedsakelig de store kommunene som har erfaring med, og ønsker å videreutvikle, en modell for ALIS-næring, men også noen mellomstore kommuner ønsker denne modellen.

Prosjektet er åpent for at kommunene kan endre avtale fra næring til fastlønn, eller fra fastlønn til næring, for å sikre rekruttering og stabilitet i legetjenesten. Begrunnelsene for valg av arbeidsavtale skal dokumenteres godt fordi dette er et sentralt punkt i ALIS-Nord.

Med utgangspunkt i søknaden, tilleggsopplysninger og kriteriene for valg av ALIS-kommuner har følgende kommuner fått avslag på sin søknad:

- **Finnmark:** Porsanger og Nordkapp
- **UNN:** Kvæfjord, Kåfjord, Nordreisa og Salangen (med Lavangen og Ibestad)
- **Nordland:** Bø
- **Helgeland:** Rødøy, Bindal og Hemnes

I tråd med prosjektplanen for ALIS-Nord, er det utlyst fire 30 prosent-prosjektmedarbeider-stillinger, en for hvert av de fire helseforetaksområdene. Ved søknadsfristens utløp 30. juni var det en søker fra Finnmark, to fra UNN-området og to fra Nordlandssykehuset område. Det var ingen søkere fra Helgeland.

Ansettelsesprosessen har trukket ut pga. av sommerferien, men den vil for de tre nordligste helseforetaksområdene bli avsluttet i begynnelsen av september. Det arbeides aktivt med å rekruttere prosjektmedarbeider fra Helgelandsområdet så raskt som mulig. Når alle de fire regionale prosjektmedarbeiderne er på plass, og alle ALIS forhåpentligvis er rekruttert i løpet av høsten 2019, vil ALIS-Nord-prosjektet for alvor være i gang.

12.3 ALIS Nord – fordeling etter kommunens sentralitet og folketall

Tabellen nedenfor viser hvordan kommuner og kommunesammenslutninger fordeler seg med hensyn til hvilken status de har i ALIS Nord. Status er inndelt i tre kategorier: 1) de har søkt og kommet med, 2) de har søkt og fått avslag og 3) de har ikke søkt. Tallene viser at status i ALIS Nord er de mest sentrale og de mest folkerike kommunene som i størst grad er inkludert i ALIS Nord. Det er også disse som i størst grad har søkt seg til prosjektet.

Det er ni kommuner blant de som er kommet med i ALIS Nord, som har rapportert om legemangel ved årsskiftet per 1.1. i 2015, 2017 og/eller 2019 (jfr. kap. 10.2). Tre av disse kommunene er blant de fem kommunene i Nord-Norge som trolig kan

karakteriseres med kronisk legemangel, fordi de har manglet fastleger ved alle de tre målepunktene nevnt over.

Blant kommunene som har søkt og ikke kommet med i ALIS Nord, er det to kommuner som har rapporter om legemangel ved ett eller flere av de nevnte målepunktene over. En av disse kan karakteriseres med kronisk legemangel.

Flertallet av kommunene som er kommet med i ALIS Nord, er kommuner som ikke har rapportert om legemangel per 1.1. hverken i 2015, 2017 eller 2019.

Tabell 12.1: Kommuner og kommunesammenslutningers status i ALIS Nord prosjektet. Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet og folketall.

	Søkt og kommet med	Søkt og fått avslag	Ikke søkt	Totalt
Alle kommuner	25	10	40	75
<i>Sentralitet (p-verdi < 0,001)</i>				
Nivå 3	2	0	0	2
Nivå 4	6	1	2	9
Nivå 5	10	2	6	18
Nivå 6	7	7	32	46
<i>Folketall (p-verdi < 0,001)</i>				
20 000 innb. eller mer	5	0	0	5
[10 000 – 19 999] innb.	6	0	1	7
[5 000 – 9 999] innb.	4	0	6	10
[2 000 – 4 999] innb.	6	8	12	26
Under 2 000 innb.	4	2	21	27

12.4 Etableringa av ALIS-kontorer i alle helseregioner

I april 2019 fikk Helsedirektoratet oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å foreslå en prosess for etablering av 4-5 ALIS-kontorer for å dekke hele landet.

Helsedirektoratet har foreslått at det opprettes 5 ALIS-kontorer som til sammen skal dekke hele landet. Kontorene er foreslått lagt til Bodø, Trondheim, Bergen, Kristiansand og Hamar. De tre førstnevnte skal dekke kommunene i hhv. Helse-Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest. I Helse Sør-Øst er det gjort en desentralisert plassering av kontorene. Kontorene må jobbe sammen for å dekke hele regionen inkludert samarbeid med Oslo.

Arbeidsgiveransvaret knyttes til vertskommunen.

Kontorene må ha et kontaktnett med alle kommunene i sin region. De må finne en hensiktsmessig måte å oppnå dette, for eksempel gjennom kommunenes overordnede samarbeidsorgan (OSO) med helseforetakene.

12.4.1 Foreslåtte oppgaver for ALIS-kontorene

1) ALIS-avtaler

ALIS-kontorene skal bistå kommunene i planlegging, etablering og oppfølging av ALIS-avtaler.

ALIS-avtaler er et særskilt rekrutteringstiltak som går utover og kommer i tillegg til plikter og rettigheter, for både LIS og kommunen, som følger av spesialistforskriften. Tillegget kan bestå av bl.a. mer veiledning enn kravet i forskriften tilsier, fri etter legevakt, sykefraværsforsikring, inntektsgaranti/fastlønn og/eller kompensasjon for lave innbyggerlistetall.

ALIS-kontorene skal:

- Bistå med å formulere og inngå kontrakter
- Rådgi om tiltak i avtalene
- Innhente og formidle erfaringer med avtalene og tiltakene

2) Utdanningsplaner

ALIS-kontorene skal, i den grad det er kapasitet, gi støtte og rådgivning til kommunene mht. implementering av HelseDirektoratets anbefalte utdanningsplan i allmenntidmedisin.

Dette innebærer:

- Bistå i arbeidet med helhetlig utdanningsløp (læringsarenaer)
- Etablere gode samarbeidsformer mellom kommunene
- Etablere gode samarbeidsformer med helseforetak/sykehus i egen region om utdanningsstillinger for LIS i allmenntidmedisin inkl. å bistå i utarbeidelse av avtaler mellom kommuner og mellom kommuner og foretak.

Bistå kommuner med å skaffe kvalifiserte veiledere

- Formidle individuelle veiledere der dette ikke er tilgjengelig ev. opprette en veilederpool.
- Bistå ved utdanning/kvalifisering av veiledere for eksempel ved formidling av aktuelle, eksisterende tilbud og/eller ved å gjennomføre egne veiledersamlinger.

Bistå kommunene med regionalt/nasjonalt å utvikle, gjennomføre og koordinere læringsaktiviteter

- Utvikle maler for, og være rådgiver for gjennomføring av læringsaktiviteter for felles kompetansemål (FKM) og for kliniske læringsmål utover kurs som arrangeres i regi av Legeforeningen.

Bistå Helsedirektoratet med å gi råd og veiledning til kommunene som ledd i oppfølging av registrerte virksomheter jf. Spesialistforskriftens §28.

12.4.2 Samarbeidsforhold

Kontorene skal samarbeide seg imellom og bytte på å ha en nasjonal koordinerende funksjon. Dette skal bidra til å dele erfaringer, sikre nasjonal lik utdanning på tvers av regioner og unngå dobbeltarbeid. Koordinerende rolle roterer mellom ALIS-kontorene med funksjonstid på 2 år.

Koordinerende ALIS-kontor vil ha følgende oppgaver:

- Ta initiativ til fordeling av oppgaver mellom kontorene som kan deles på tvers.
- Tverr-regional sekretariatsfunksjon
 - Sørge for innkalling, møteledelse og referat fra fellesmøter
 - ansvar for å oppdatere, arkivere felles rutiner og prosedyrer som utarbeides av de 5 ALIS-kontorene.

ALIS-kontorene skal etablere gode samarbeidsformer med Legeforeningen og med de regionale utdanningssettene for helseforetakene og ha faste møter med Helsedirektoratet. ALIS-kontorene skal utvikle og vedlikeholde en felles nettside for LIS i kommunehelsetjenesten/spesialitetene allmenntidmedisin.

12.4.3 Økonomi

Hvert ALIS-kontor blir tilført ressurser tilsvarende to årsverk. Vertskommunene bestemmer selv arbeidsform og lokalisering for de to stillingene i samråd med kommunenes overordnede samarbeidsorgan (OSO).

Det er gitt 46 mill. til gjennomføring av veiledning i allmenntidmedisin. Det er gitt 64 mill. til rekruttering/stabilisering av fastleger og spesialistutdanning i allmenntidmedisin (ALIS-prosjekt). Deler av disse midlene er avsatt til ALIS-avtaler.

13. Drøftelse av mulige forbedringstiltak

13.1 Viktig å tilrettelegge for alternative driftsmodeller

Prinsippene for fastlegeordningen ble i hovedsak utformet på grunnlag av hovedmodellen (privat næringsdrift), og denne modellen er fortsatt den dominerende tilpasningsform for det store flertall av fastleger i Norge. Situasjonen i Nord-Norge er imidlertid avvikende fra dette nasjonale mønsteret, noe som er godt dokumentert, både gjennom Ipsos-undersøkelsen i regi av KS, og vår ferske kommuneundersøkelse (se kap.10.5). Sistnevnte undersøkelse viser at bare 38 prosent av fastlegeavtalene i Nord-Norge ved siste årsskifte var næringsdrifts-avtaler etter hovedmodellen, og at slike avtaler bare finnes i sju kommuner (se kap. 11).

Videre er det 19 prosent av fastlegene som hadde kombinasjon av næringsdrift og kommunale leieavtaler (subsidiert av lokaler, utstyr og hjelpepersonell). I løpet av de siste årene er det imidlertid flere kommuner som har konvertert denne typen fastlegeavtaler til fastlønnsavtaler med bonus; denne varianten utgjør nå 28 prosent av fastlegeavtalene i Nord-Norge, mens 15 prosent av fastlegene i Nord-Norge har rene fastlønnsavtaler. Det antas at slike alternativer til hovedmodellen også er utbredt i andre utkantkommuner utenfor Nord-Norge.

Arbeidsgruppen konstaterer at det i dag mangler tilpassede nasjonale finansieringsordninger for å understøtte de ulike modeller for praksisorganisering som i dag er i bruk. Det anbefales at også alternativer til hovedmodellen inkluderes i framtidige finansieringsordninger, slik at de ivaretar hensyn, både til variasjoner mellom kommuner (mht. befolkningsstørrelse, sentralitet mv.) og til legenes praksispreferanser. Det innebærer at virkemidlene må differensieres og tilpasses ulike kommunaløkonomiske kontekster.

Arbeidsgruppen erkjenner nødvendigheten av å modernisere hovedmodellen på måter som kan gjøre det mer attraktivt for unge leger å etablere praksiser. Alternativet er å øke risikoen for ekspansjon av helprivate løsninger utenom det offentlige helsevesen, noe som vil føre til et todelt helsevesen. Samtidig er det viktig at moderniseringen av hovedmodellen gjøres på måter og i et tempo som ivaretar geografiske fordelingshensyn og ikke skaper økt ubalanse i legemarkedet.

Arbeidsgruppen vil i denne sammenheng ellers presisere at den ikke ser det som sin oppgave å ta standpunkt til lønnspolitiske problemstillinger knyttet til fastlegenes generelle lønnsnivå; det er et anliggende mellom partene. Vårt anliggende har vært å drøfte lønn og takster som ett av flere virkemidler for rekruttering, stabilisering og regional fordeling av fastleger.

13.2 Fordelingskonsekvenser av ubalanse i arbeidsmarkedet for fastleger

Det er dokumentert at det er relativt flere eldre fastleger i sentrale strøk og øvrige landsdeler enn det er i Nord-Norge. Som følge av aldersbetinget avgang (pensjonering) blir det derfor i kommende 5-10 årsperiode et betydelig antall ledige fastlegestillinger i sentrale strøk utenom Nord-Norge. Vi har i tillegg dokumentert at det er langt høyere gjennomtrekk (turnover) i fastlegestillinger i Nord-Norge enn i resten av landet, og at det fortsatt er en betydelig mobilitet av fastleger som flytter fra Nord-Norge til andre deler av landet. Samlet sett bidrar disse faktorene til å gjøre fastlegetjenesten i Nord-Norge enda mer markedsutsatt i årene framover, i den forstand at det åpner seg stadig bedre karrieremuligheter (=ledige stillinger/hjemler) utenfor landsdelen.

Det er derfor viktig at denne aldersbetingede økning av antall ledige hjemler i sentrale strøk «sørpå», ikke forsterkes ytterligere gjennom for rask ekspansjon i nye fastlegehjemler i disse geografiske områder. Risikoen for at dette vil kunne skje er betydelig, ettersom også fastleger i sentrale strøk – og særlig de yngre fastlegene – ønsker kortere listelengder.

Etter avreguleringen av legemarkedet i 2013, har myndighetene ingen direkte virkemidler for styring og fordeling av legestillinger mellom geografiske og funksjonelle områder. Det er derfor bare gjennom indirekte virkemidler det er mulig å påvirke denne fordelingen. Eksempler på slike indirekte virkemidler kan være endringer i utdanningskapasitet for leger, inkludert LIS-1 stillinger og andre utdanningsstillinger for fastleger, men også endringer i takster og andre finansieringsordninger som gjør det mer eller mindre attraktivt for kommunene å opprette nye fastlegehjemler/stillinger.

Blant de forslag som er spilt inn i kommuneundersøkelsen vår, er å øke basistilskuddet for hver enkelt listepasient. Hvis dette gjøres generelt, uten noen differensiering, vil det kunne utløse en generell vekstimpuls og legge til rette for ekspansjon av fastlegehjemler også i folkerike, sentrale strøk. En geografisk differensiering av dette tilskuddet kan tenkes å redusere den ubalansen i legemarkedet som vil kunne oppstå om de generelle stimulanser for ekspansjon i antall fastleger ble for sterke.

13.3 Finansieringsordninger og takster som virkemidler for å styrke fastlegetjenesten

Som allerede nevnt (kap. 4.3), leverer Helsedirektoratet en egen utredning om alternative finansieringsordninger for fastlegetjenesten. Det forventes at det i denne utredningen fra direktoratet vil bli gjort en grundig gjennomgang og konsekvensanalyse av ulike ordninger og prinsipper for finansiering. Arbeidsgruppen vurderer det derfor slik at dette er for komplekse og krevende problemstillinger til at de kan belyses på en kvalifisert og systematisk måte i vår rapport. I dette avsnittet

presenteres likevel noen resonnementer der det legges vekt på hensynet til total kostnader, geografiske fordelingsvirkninger og etableringsstærker for unge fastleger.

En generell heving av basistilskuddet for alle fastleger, antas å bli kostbar for samfunnet og vil dessuten kunne gi uheldige fordelingsvirkninger. En slik generell heving vil favorisere fastleger med lange lister, og dermed fastleger i sentrale strøk av landet; altså vil dette kunne virke sentraliserende. Arbeidsgruppen har derfor drøftet forslag om geografisk differensiering av basistilskuddet, der perifere kommuner med lavt folketall tilgodeses med høyere basistilskudd. En slik ordning er imidlertid allerede indirekte innbakt i dagens system gjennom utjamningstilskuddet som etter fastsatte kriterier tildeles kommuner med mindre enn 5000 innbyggere.¹⁹ For å kompensere for skalaulempene hos særlig små kommuner, kunne man videre tenke seg en ordning med ytterligere differensiering av utjamningstilskuddet innrettet mot kommuner med mindre enn 2000 innbyggere²⁰, gjerne avgrenset til kommuner med lang avstand til nabokommuner. Spørsmålet om hvorvidt faktiske kostnadsulempene for småkommunene tilsier en økning av utjamningstilskuddet, bør også drøftes. Det trengs videre en drøftelse av hvilke konsekvenser kommunesammenslåinger kan medføre; eksemplifisert ved at utjamningstilskuddet bortfaller, uten at næringsgrunnlaget for fastlegene nødvendigvis er forbedret.

For å forhindre en urimelig favorisering av fastleger med lange lister, kunne man også tenke seg å etablere et «knekkpunkt» for basistilskuddet, slik at dette tilskuddet er høyere per pasient for eksempelvis de første 6-800 pasientene, og lavere for det antall pasienter som overstiger denne grensen; det kunne også tenkes en ordning med flere knekkpunkt, slik at basistilskuddet gradvis avtrappes når listelengden øker. Dette vil ikke bare være til gunst for utkantkommuner med korte legelister, men også for unge leger som vil etablere en fastlegepraksis. Begrunnelsen for en slik differensiering vil være at marginalkostnaden for drift av en praksis er synkende jo flere pasienter man har på listen.

En oppgradering av basistilskuddets relative størrelse, på bekostning av den aktivitetsbaserte finansiering (Helfo-refusjoner og pasientenes egenandel), vil tilgodese både utkantkommuner med korte lister og unge fastleger under etablering. For unge leger som ønsker å etablere seg i byer, der kostnader til kjøp av praksiser (goodwill) og kostnader ved drift av en praksis er høye, ville en relativ styrking av basistilskuddet, være et positivt økonomisk insitament. I dag utgjør basistilskuddet ca. 25 prosent av fastlegenes inntektsgrunnlag, mens den aktivitetsbaserte finansiering utgjør 75 prosent. Til sammenligning er det aktivitetsbaserte tilskuddet til sykehusene 50 prosent. Hensynet til produktivitet tilsier at privat organiserte fastlegepraksiser

¹⁹ Utjamningstilskuddet gis til kommuner med mindre enn 5000 innbyggere forutsatt at gjennomsnittlig listelengde er lavere enn 12 00 personer.

²⁰ Hele 42 prosent av kommunene i Nord-Norge har i 2019 mindre enn 2000 innbyggere.

fortsatt bør ha en betydelig aktivitetsbasert komponent. Det bør likevel være mulig å fortsatt ivareta hensynet til produktivitet, selv om basistilskuddet oppjusteres noe på bekostning av den aktivitetsbaserte finansieringen.

Det kan ellers konstateres at basistilskuddet for fastleger ikke er risikojustert; det er med andre ord ikke tatt hensyn til sammensetningen av fastlegenes pasientpopulasjon mht. alder, kjønn, morbiditet eller sosioøkonomisk status. Dette er en åpenbar svakhet ved dagens system som bør justeres; det finnes i dag rimelig gode systemer for risikojustering som kan tas i bruk.

Den generelle styrking av fastlegetjenesten som helsemyndighetene nå legger opp til, må finansieres, det være seg gjennom takster, særskilte tilskudd eller rammeoverføringer til kommunene; mest sannsynlig ved en kombinasjon av slike ordninger. Arbeidsgruppen vil påpeke det særlige behovet for at utdanningen av allmennleger (ALIS), inkludert kostnader til veiledning, finansieres på lik linje med utdanning av sykehusspesialister.

13.4 Behovet for flere fastleger og redusert listelengde

I den kommuneundersøkelsen vi har gjennomført, svarer et flertall (60 %) av kommuner at de har tilstrekkelig antall fastlegehjemler dersom alle hjemlene er besatt. Blant de mest perifere kommunene (sentralitetsnivå 5 og 6) er det hele 70 prosent som svarer bekreftende på dette spørsmålet. Derimot uttrykker samtlige 11 kommuner på sentralitetsnivå 3 og 4 at de har behov for flere fastlegehjemler/-stillinger. I disse kommunene innehar fastlegehjemlene mange pasienter, og kommunen kan ha økende utfordringer med å få søkere til disse. Samlet oppgir kommunene i Nord-Norge at de allerede i dag har behov for ca. 65 nye hjemler/stillinger. Dette tilsvarer en økning i antallet fastleger på ca. 12 prosent.

Analysen fra Menon Economics, som det tidligere er redegjort for, har estimert tilsvarende behov for landet som helhet til ca. 1000 nye fastlegehjemler i 2018. I samme analyse, rekvirert av Legeforeningen, er behovet for fastleger i 2040 estimert til å være 30-100 prosent høyere enn i dag; det høyeste anslaget innebærer en nær dobling. Det er ellers ikke uvanlig å legge til grunn at en fastlege som pensjonerer seg må erstattes av minst 1,5 fastleger for å utføre samme arbeid, bl.a. som følge av at yngre leger har andre preferanser mht. arbeidstid mv.

Tidsbruksundersøkelsen som i 2018 dokumenterte fastlegenes selvrapporterte arbeidstid til gjennomsnittlig 55,6 timer (inklusive legevakt), er også en indikasjon på at dagens listelengde ikke gjør det mulig å opprettholde en mer normal arbeidstid, og samtidig ivareta de samlede oppgaver fastlegen i dag forutsettes å ivareta. Dagens listelengde er heller ikke forenlig med å gjøre fastlegejobbene attraktive, verken for

stabile eller nyutdannede leger. Det er derfor behov for en til dels betydelig økning av antallet fastleger i årene framover.

Arbeidsgruppen anbefaler at det store behovet for å øke antallet fastleger gjennomføres med støtte i en prioritert nasjonal opptrappingsplan for fastleger, i første omgang for perioden 2020-2023. Gjennom en slik plan kunne man kanskje også redusert risikoen for at ekspansjonen skulle få uheldige geografiske fordelingsvirkninger. At en slik plan kan være krevende å realisere innen rammen av det kommunale selvstyret, bør ikke være til hinder for å initiere et slikt arbeid, for eksempel gjennom trepartssamarbeidet. Et planarbeid for perioden 2020-23, bør likevel ikke utsette nødvendige og hensiktsmessige tiltak som kan iverksettes på kortere sikt, eksempelvis på utdanningssiden.

13.5 Konkurransen om leger mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegetjenesten

I løpet av de siste 50-60 år har det hele tiden vært konkurranse om legene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Slik har det vært under ulike regimer for ansvar og organisering av disse tjenestene; i spesialisthelsetjenesten både før og etter sykehusloven (1970), før og etter helseforetaksloven (2002); i kommunehelsetjenesten både under det statlige distriktslegeordningen fram til 1984, i perioden fram til fastlegeordningen i 2001, og i perioden etter at fastlegeordningen trådte i kraft. I alle disse periodene, uavhengig av organisering og ansvar, har spesialisthelsetjenesten forsynt seg med flest leger.

I flere av disse periodene har det derfor – med varierende grad av suksess - vært innført ulike regulatoriske regimer for å sikre en bedre fordeling av leger, både geografisk og mellom ulike deler av helsetjenesten. Etter at den siste av disse ordninger ble avvirket i 2013, er det fortsatt store forskjeller mellom legetilveksten i de to systemene. Ifølge statistikkbanken i SSB, var det i femårsperioden 2013-2018 en vekst på 3250 årsverk i spesialisthelsetjenesten, mens det i fastlegetjenesten var en vekst på 437 årsverk, altså 7,4 ganger større vekst i spesialisthelsetjenesten. Ser vi på femårsperioden (2008-2013) før reguleringen opphørte, var veksten henholdsvis 2541 legeårsverk i spesialisthelsetjenesten og 347 årsverk i fastlegetjenesten, tilsvarende 7,3 ganger større vekst i spesialisthelsetjenesten. For hele 10-årsperioden 2008-2018 var også den relative veksten markant større i spesialisthelsetjenesten (52%) enn i fastlegetjenesten (20%).²¹

Det er tidligere argumentert for å øke antallet LIS1-stillinger, ettersom slik tjeneste er nødvendig for å gå inn i en utdanningsstilling (ALIS) for å bli spesialist i allmenntjenestemedisin. Det er videre argumentert for å en vesentlig økning av antallet ALIS-stillinger for styrke nødvendig nyrekruttering til fastlegetjenesten. Hvis legeårsverkene

²¹ Hvis man ser på veksten i samtlige kommunale legestillinger (fastleger, rene administrative stillinger, sykehjemsleger mv.), kan den beregnes til nær 32 prosent for hele perioden 2008-2018.

i sykehus fortsetter å vokse som før, er det imidlertid en viss risiko for at fastlegetjenesten ikke får tilført det antall nye fastleger som det er behov for de nærmeste årene; det vises til den store aldersbetingede avgang og behovet for færre pasienter på legelistene.

Etter at reguleringen av legefordelingen opphørte, har nasjonale helsemyndigheter bare indirekte virkemidler til disposisjon for å bremse stillingsveksten i spesialisthelsetjenesten, for eksempel gjennom fastsettelse av årlig vekst i rammetilskottet til helseforetakene. Å gjeninnføre et statlig regime for legefordeling, sitter nok langt inne. I dagens system finnes det likevel et regime for å regulere ressursfordelingen mellom delsektorer, nemlig «Den gyldne regel» som tilsier at veksten innen psykisk helse og rus skal være større enn innen somatikk. Med dette som referanse, foreslo en ledende helsejournalist²² nylig at det burde vurderes å innføre en «Gylden regel II» med tilsvarende ordning for allokering av leger mellom sykehus og allmennlegetjenesten.

Det er i kapittel 9 vist at en stor andel av de legene som har sluttet i fastlegestillinger i Nord-Norge den siste tiden, er gått over i LIS-stillinger ved sykehus, antagelig for å bli sykehusspesialist. Mange ledige, og arbeidsmessig mer attraktive LIS-stillinger i sykehus, er følgelig en vanlig exit ut av fastlegeyrket. Det er mot denne bakgrunn at arbeidsgruppen foreslår å begrense veksten i LIS-stillinger (for gjennomføring av del 2 og 3 av spesialistutdanningen) i helseforetakene inntil situasjonen i fastlegetjenesten er bedre konsolidert.

13.6 Målrettet tilrettelegging for systematisk rekruttering og stabilisering av fastleger i Nord-Norge

Resonnementene ovenfor viser hvor krevende det kan være å ivareta regionale fordelingshensyn i mangel av et nasjonalt regulatorisk regime. Selv om Nord-Norge – og eventuelt utkantkommuner i andre landsdeler – skulle få nasjonal drahjelp i form av indirekte virkemidler (finansiering, takster mv.), må vi i hovedsak stole på egne krefter mht. å rekruttere og stabilisere de fastleger det er behov for. Det er derfor av avgjørende betydning at det i nordnorske kommuner legges særlig godt til rette for fastlegenes utdanningsløp og at legene knyttes sammen i faglige nettverk på tvers av enheter og nivåer.

I denne sammenhengen vises til rammeverket *Recruit & Retain - Making it work (The Making it Work framework for Sustainable Rural Remote Workforce)*²³ (se vedlegg 9) som NSDM har utviklet sammen med et internasjonalt nettverk. Rammeverket beskriver ni strategiske gjøremål som kommuner kan benytte seg av for å sikre

²² Anne Hafstad, Dagens medisin, under konferanse om fastlegetjenesten 30. august 2019 i Bergen.

²³ <https://www.nsdmm.no/wp-content/uploads/2019/01/RR2-8page-Norway.pdf>

rekruttering og stabilisering av leger og andre arbeidstakere. God planlegging av tjenesten og tilrettelegging for faglig utvikling og utdanning er her viktige bestanddeler.

13.6.1 Turnustjenesten (LIS 1) som rekrutteringsinstans

Det er liten tvil om at turnustjenesten – siden den ble innført i 1954 – i betydelig grad har bidratt til å rekruttere allmennleger til kommunene. Inntil for få år siden, var det loddtrekning for den rekkefølge legene kunne velge turnustjeneste. Det hadde som konsekvens at mange unge leger kom til kommuner de aldri hadde tenkt seg til, men likevel ble værende i etter endt turnustjeneste. Sett i dette bakspeilet, er det noe overraskende at bare en tredel av kommunene i Nord-Norge vurderer nåværende LIS1- tjeneste som en sterk rekrutteringsmekanisme. Men kanskje kan det like gjerne være uttrykk for at bevisstheten om denne sammenhengen mellom LIS1-tjeneste og rekruttering er blitt svekket.

I 2013 ble turnusordningen avløst av en søknadsbasert ordning til LIS 1-stillinger. Siden LIS 1-tjenesten ved sykehus avtjenes før tjenesten i kommunene, sendes søknadene til sykehus som i sin tur er koplet mot enkeltkommuner eller grupper av kommuner for etterfølgende kommunetjeneste. På grunn av stort underskudd på slike stillinger, sender flertallet av nyutdannede leger svært mange søknader på slike stillinger. Dermed blir det ganske transaksjonskrevende for sykehus og kommuner å sortere og prioritere blant det høye antallet søkere; det høye volumet kan svekke fokuset mot de søkere som er mest interessante fra et mer langsiktig rekrutteringsperspektiv.

En konsekvens av at legene sender mange søknader på LIS1-stillinger, er at sykehusene/kommunene sitter hver for seg og vurderer de samme søkerne. I tillegg til å styrke kompetansen rundt håndtering av søknadene, kan det være behov for å utvikle bedre verktøy og rutiner rundt disse prosessene.

Den nye turnusordningen forutsetter at helseforetak og kommuner evner å samstyre ordningen. Abelsen og Gaski (2017) har vist at samstyringen mange steder er fraværende. Det kan være mye å hente ved at kommunene deltar mer aktivt både i utvelgelsesprosess, intervju og selve ansettelsen, og å holde kontakt med LIS1 både når de er i kommunen og når de er i sykehustjeneste.

Det gjelder generelt ved rekruttering, men kanskje særlig ved rekruttering av fastleger til perifere kommuner med lavt folketall, at det blir ekstra viktig å lete etter kandidater med personlige kjennetegn (bakgrunn, interesser mv) som matcher stedets særtrekk. Slike hensyn tilsier også at kommunene bør delta mer aktivt i rekrutteringen til LIS1-stillinger. Blant leger som har stått for den gode og stabile rekrutteringen til Nordkapp understrekes betydningen av at kandidatene som søkes rekruttert forventes å passe

inn i det miljøet de skal virke i. Det innebærer at man ikke ensidig søker etter «duksene», men etter personer som etter en allsidig vurdering forventes å passe inn.

Som følge av høy turnover - og stor eksport av leger ut av landsdelen - blant leger i Nord-Norge, er det behov for å utdanne og rekruttere flere leger i denne landsdelen. Siden LIS1-stillinger har vist seg å være så viktige for rekrutteringen, trenger vi derfor flere LIS-1-stillinger, både i sykehus og i kommunehelsetjenesten. Dette er krevende å få til, særlig i sykehusene, men tilretteleggende tiltak for å gjøre det mulig, bør prioriteres.

13.6.2 Behovet for en langsiktig og systematisk satsing på utdanning av nye fastleger

Erfaringen har vist at Nord-Norge for en stor del må utdanne sine egne leger; leger som er utdannet i Tromsø og leger som har tilknytning til landsdelen har større tilbøyelighet til å bli værende i Nord-Norge (Forsdahl et al 1988, Aaraas et al 2015, Aaraas 2016, Gaski et al 2017). Det gjelder også fastleger. Likevel må det legges aktivt til rette for rekruttering og spesialistutdanning av allmenntillegger; dette krever tiltak på flere nivåer, både nasjonalt, regionalt og lokalt i den enkelte kommune.

Flere tiltak er under utvikling. ALIS Nord er allerede etablert, i første omgang som et dedikert prosjekt med nasjonal finansiering; 30 kommuner er inkludert i dette prosjektet. Som det allerede er redegjort for, har sentrale helsemyndigheter dessuten foreslått å etablere ALIS-kontor i samtlige regioner; disse gis ansvar for å samordne spesialistutdanningen i allmenntillegger for samtlige fastleger under utdanning. Her bør det bygges videre på de erfaringer som allerede er gjort i ALIS Vest og de erfaringer som nå gjøres i ALIS Nord. Arbeidsgruppen vil generelt understreke behovet for etablering og finansiering av tilstrekkelig antall gruppeveiledere i allmenntillegger.

Gjennom ALIS-Nord prosjektet etableres 32 ALIS-stillinger i kommunene. For å ivareta det fremtidige behovet for fastleger i Nord-Norge, vil det være behov for etablering av ytterligere 60-70 ALIS-stillinger i løpet av de nærmeste årene (2020-2021).²⁴ De regionale organisatoriske strukturer som nå er under etablering gjennom regionale ALIS-kontorer, vil bidra til å styrke kommunene i arbeidet med å organisere og gjennomføre utdanningsløpet for fastlegene. Likevel er det kommunene som er gitt ansvaret for selve gjennomføringen. Det er derfor viktig at samtlige kommuner aktivt tar dette ansvaret og griper de muligheter som den nye organiseringen innbyr til. Dette kan skje i egenregi, i samarbeid med andre kommuner og med støtte fra de regionale ALIS-kontorer; for deler av utdanningen er det dessuten viktig å samarbeide med helseforetakene.

²⁴ Grovt estimert på grunnlag av årlig turnover av leger samt kommunenes oppgitte behov for flere fastlegehjemler/stillinger.

I henhold til den nye forskriften har kommunene ansvar for å utarbeide individuelle utdanningsplaner for fastleger som er under spesialisering, eller som skal i gang med spesialisering i allmennmedisin. Vår spørreundersøkelse viser at bare 21 av kommunene i Nord-Norge hadde utarbeidet slike planer (mai 2019). I noen grad kan dette gjenspeile at ordningen er ny, men arbeidsgruppen vurderer det som viktig at kommunen i tiden framover viser initiativ og handlekraft mht. å håndtere det nye ansvaret for fastlegenes spesialistutdanning. Nordnorske kommuner bør heller ligge foran enn etter andre kommuner mht. aktiv tilrettelegging for rekruttering og utdanning.

13.6.3 Fastlegenes behov for tilgang til LIS-stillinger i sykehus

For å bli spesialist i allmennmedisin har det hittil vært krav om ett års sykehustjeneste; slik vil det fortsatt være for de allmennleger som startet sin spesialistutdanning før den nye forskriften trådte i kraft. I det nye systemet for spesialistutdanning er kravet til tjenestetid nedtonet til fordel for realisering av læringsmål. Det vil antagelig også være mulig å ivareta kravet til mer spesialiserte tjeneste i enheter utenfor sykehus, eksemplifisert med spesialiserte sykehjem, distriktsmedisinske sentre (DMSer) og andre intermediær-enheter, rehabiliteringsinstitusjoner mv. Fortsatt vil det likevel være behov for at fastlegene må gjennomføre en betydelig del av denne tjenesten i sykehus. Overføringen av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommuner øker i så måte også fastlegenes behov for sykehuspraksis. Det er derfor viktig å legge til rette for at fastleger under utdanningsløpet gis tilgang til relevant sykehustjeneste.

Konkurransen om tilgang til LIS-stillinger i sykehus er tiltagende, blant annet som følge av at en stor andel av disse stillingene er omgjort fra midlertidige til faste stillinger. Det har hatt som konsekvens at sykehusene prioriterer sine egne utdanningsbehov; dermed er det blitt vanskeligere for fastleger i utdanning å få tilgang til slike stillinger. Slik situasjonen er i dag, finnes det i Nord-Norge ikke øremerkede LIS-stillinger for allmennleger, slik AHUS allerede har gjort gjennom å etablere flere 6-måneders-hjemler dedikert til fastleger. Arbeidsgruppen ser det som ønskelig at lignende tiltak også blir iverksatt ved helseforetakene i Nord-Norge. Helseforetakene bør gjennom oppdragsdokument pålegges å etablere slike ordninger. Samtidig bør det utløse en statlig medfinansiering å påta seg en oppgave for utdanning av personell til kommunehelsetjenesten. Arbeidsgruppen anbefaler at helseforetakene i Helse Nord i løpet av 2020-21 etablerer 30-40 LIS-stillinger i sykehus øremerket for allmennlegenes spesialistutdanning.

Mange leger har forblitt i spesialisthelsetjenesten etter å ha avsluttet sykehusåret. Denne risikoen er større for fastleger under utdanning i Nord-Norge som følge av at lange avstander til sykehus gjør det vanskelig å dagpendle til sykehustjeneste. For å opprettholde kontakten med hjemkommunen, har det derfor vært foreslått at fastleger under utdanning kan gjennomføre sykehustjenesten i tremåneders-bolker. I

utgangspunktet er dette en god ide; spørsmålet er om sykehusene ser seg tjent med å tilsette LIS-leger for så kort tid, blant annet fordi det vil være mer krevende å la disse 3-månederslegene inngå i ordinære vaktturnuser. Arbeidsgruppen er derfor tilbøyelig til å anbefale 6-måneders tjeneste som hovedregel, men ser det ellers som ønskelig at alternative modeller for gjennomføring av slik tjeneste utprøves og evalueres.

Arbeidsgruppen vil anbefale at allmennlegenes sykehustjeneste gjennomføres på grunnlag av minst to års tjeneste i kommunal ALIS-stilling. Med en slik ballast vil allmennlegene gjøre mer nytte for seg og være mer anvendelige for flere typer tjeneste i sykehus. Det er viktig at sykehusene legger til rette for at allmennlegene får en mest mulig variert og relevant sykehustjeneste.

13.6.4 Rekruttering til og stabilitet i fastlegestillingene – to sider av samme sak

I de analysene som ble gjort i NSDM-rapporten fra mai 2018, og de oppdateringer som er gjort i kapittel 8, er det dokumentert at turnover av fastleger i nord-norske kommuner er vesentlige høyere enn i resten av landet. I kapittel 9 er det vist at de fastlegene som sluttet i nordnorske kommuner i perioden oktober 2017-mars 2019 og gikk over i annen stilling, hadde en gjennomsnittlig ansiennitet i stillingene på så vidt over 4 år; mange sluttet etter kortere tid.

Selv om betydningen av å sikre større stabilitet blant fastlegene flere ganger er omtalt, er det hittil i dette kapitlet viet større og mer eksplisitt oppmerksomhet mot tiltak som kan styrke rekruttering av fastleger. Gitt ovennevnte dokumentasjon, kan dette tilsynelatende fremstå som et noe paradoksalt fokus på rekruttering, når det største problemet er å sikre stabilitet; med lavere turnover i stillingene, reduseres behovet for rekruttering av nye fastleger.

Arbeidsgruppen vil her argumentere for at rekruttering til fastlegestillinger og det å få legene til å bli værende lenger i stillingene, som regel er to sider av samme sak. De tiltak som kan bidra til å gjøre fastlegetjenesten attraktiv for unge leger, er i hovedsak de samme som vil kunne få dem til å bli i stillingene. Det dreier seg om akseptabel arbeidstid, gode arbeidsvilkår, forutsigbar økonomi og faglig utvikling. Det faktum at mange slutter som fastleger relativt tidlig i sine yrkeskarrierer, indikerer at de finner arbeidsforholdene lite attraktive sammenlignet med sykehustjeneste. For å øke sannsynligheten for at fastlegene blir værende lenger i sine stillinger, er det derfor viktig at de første års erfaringer som fastlege ikke virker avskrekkende mht. å velge og forbli fastlege på lengre sikt. Tiltak som kan få unge fastleger til å fortsette som fastleger, bør følgelig ha høy prioritet.

Middelaldrende og eldre fastleger kan riktignok i noen henseender ha interesse av andre ordninger enn de yngre, eksemplifisert med finansieringsordninger og takster; de befinner seg i en annen livsfase, med konsolidert økonomi og med en erfaring som

tilsier at de ofte jobber mer effektivt og dermed har økonomisk fordel av aktivitetsbasert finansiering. På den annen side er også fastleger i denne livsfasen avhengig av at de får yngre kolleger som ønsker å forbli i fastlegestillingene over tid, slik at de slipper å hele tiden drive opplæring av ferske leger. I denne forstand har også middelaldrende og eldre fastleger en felles interesse i at vilkårene legges til rette for at yngre kolleger velger fastlegeyrket. Men også i denne aldergruppen antas mange å ønske færre pasienter på legelisten og en mer overkommelig hverdag.

Som allerede nevnt flere ganger, forutsetter den nye spesialistutdanningen for allmennleger en betydelig opptrapping av kapasiteten for veiledning og supervisjon. Det innebærer samtidig tilsvarende økte belastninger for erfarne fastleger. Det er derfor viktig at dette ikke øker den samlede arbeidsbelastning for disse legene, og at det etableres godtgjørelsesordninger som stimulerer erfarne fastleger til å påta seg denne viktige oppgaven. Videre bør det legges til rette for at fastleger i denne livsfasen generelt gis mulighet for en viss tilpasning av arbeidsoppgavene til deres særlige kompetanse, erfaring og interesser.

13.7 Virkemidler innrettet mot unge leger som vil bli fastleger

Hovedutfordringen for fastlegeordningen i Nord-Norge, er å rekruttere og holde på de unge legene. Dette gjelder ikke bare utkantdistrikter, men i økende grad også i byene. Det dreier seg blant annet om økonomiske terskler for etablering, som i byene særlig knytter seg til prisen for å kjøpe praksiser og høye driftskostnader; men generelt dreier det seg også om lang arbeidstid, høy vaktbelastning og manglende faglig tilrettelegging. Derfor må de samlede sett av virkemidler bedre imøtekomme unge legers forventninger på disse punkter.

Det er allerede redegjort for slike tiltak på utdannings siden (organisering av ALIS mv.) og mht. faglig tilrettelegging gjennom å styrke nettverk og samarbeid mellom kommuner og med helseforetakene.

I kommuner der næringsmodellen fortsatt skal legges til grunn for driften, kan det være nødvendig at også de økonomiske virkemidlene innrettes mot yngre leger, enten i form av etableringstilskudd, eller særskilte takster i etableringsfasen (de første 3-5 år). For å understøtte rekrutteringen til ALIS-næring, er det viktig at også disse legene gis økonomisk støtte til sine spesialiseringsløp. Det kan her nevnes at Harstad kommune har etablert et kommunalt utdanningsfond der det bevilges 200 000 kr. per ALIS over fire år. Gjennom dette fondet får disse legene dekt kr 5000 per dag for praksisfravær, det være seg fravær for kurs eller deltagelse i veiledningsgruppe. Slike virkemidler bør vurderes som del av en totalpakke for å rekruttere unge leger til fastlegetjenesten.

13.8 Behovet for en mer profesjonell ledelse og planlegging av legetjenesten i kommunene

Ved innføringen av fastlegeordningen i 2001, ble den overveiende del av allmennlegetjenesten organisert etter en hovedmodell basert på privat næringsdrift. Denne organisasjonsformen bidro antagelig til å svekke forankringen av legetjenesten i den kommunale toppledelsen, og dermed også kommunenes innsikt i og ledelseskompetanse vis a vis denne tjenesten. Om enn fra noe ulike innfallsvinkler, ble denne utfordring etter hvert erkjent i trepartssamarbeidet, og dokumentert gjennom utredninger fra både KS og Legeforeningen. I begge disse utredningene, fra henholdsvis 2016 og 2018, framheves behovet for å styrke og profesjonalisere kommunenes ledelse av legetjenesten. (Se vedlegg 3 og vedlegg 5).

I vår spørreundersøkelse til kommunale helseledere er det flere som tar opp denne problemstillingen. Noen påpeker behovet for å knytte kommuneoverlegen tettere opp mot rådmannens ledergruppe, mens andre betoner behovet for bedre samarbeid mellom leger og kommunens ledelse, og for en mer profesjonell planlegging og ledelse av legetjenesten. I samme undersøkelse dokumenteres at bare 20 prosent av kommunene i Nord-Norge har laget en plan for legetjenesten, men at en noe større andel har en slik plan under utarbeidelse.

Arbeidsgruppen vil anbefale at kommunene styrker sin planlegging og ledelse av legetjenesten gjennom målrettede tiltak av organisatorisk, ledelsesmessig og kompetansemessig art. Dette kan skje i egenregi eller i samarbeid med andre kommuner.

13.9 Behov for økt samarbeid mellom kommuner innbyrdes og mellom kommuner og helseforetak.

Hele 57 (66%) av kommunene i Nord-Norge er på sentralitetsnivå 6, og 42 prosent av kommunene har mindre enn 2000 innbyggere. Det sier seg selv at slike små enheter blir ekstra sårbare på kompetansesiden. Men unntak av legevakt, der over halvparten av kommunene deltar i samarbeid, er det begrenset samarbeid mellom kommuner om andre legetjenester, og det er få kommuner som oppgir å ha planer om å utvide denne type samarbeid.

Arbeidsgruppen ser behovet for at flere kommuner samarbeider innbyrdes om funksjoner som planlegging og utredning, samfunnsmedisin (kommuneoverlege), rekruttering og utdanning (ALIS), samt intermediaertilbud (KAD-senger, rehabilitering mv.). Slikt samarbeid kan også organiseres virtuelt, gjennom utstrakt bruk av videobaserte og andre e-helseløsninger. Regionrådene kan være egnede organer for å initiere slike løsninger i samarbeid med tilhørende kommuner.

56 prosent av kommunene uttrykker behov for å samarbeide med helseforetakene for å ivareta den delen av spesialistutdanningen som forutsetter sykehustjeneste (Jf. Kap.13.5.3) . Dette er en viktig samarbeidsoppgave, men arbeidsgruppen vil her peke på at samarbeidet med helseforetakene bør favne langt bredere og inkludere felter som fagutvikling, hospitering, veiledning og rekruttering. Slikt samarbeid bør konkretiseres og forankres i OSO-ene gjennom forpliktende avtaler og planer. Gjennom slik bredding av samarbeidsflatene mellom enheter og nivåer, vil det kunne skapes faglige nettverk mellom fastleger, sykehusleger og annet helsepersonell og dermed gjøre også små fagmiljøer mer robuste.

Praksiskonsulentordningen, basert på fastleger tilsatt i deltidstillinger i helseforetakene, er opprettet med særlig oppgave å ivareta og fasilitere samhandlingen mellom kommuner/ fastleger og sykehus. Sammenlignet med Helse Sør-Øst og Helse Vest, har denne ordningen i utgangspunktet vært svakt utbygd i Helse Nord, og i løpet av de senere årene er den ytterligere svekket, primært som følge av at det har vært vanskelig å rekruttere til disse stillingene. For å styrke rekrutteringen av praksiskonsulenter til helseforetakene, bør det vurderes å øke stillingsbrøken²⁵, sørge for konkurransedyktig lønnsnivå og å kople denne yrkesgruppen bedre mot klinikkledere.

13.10 Organisasjonsmodeller

Organisasjonsmodellene for fastlegetjenesten må tilpasses kommunenes størrelse (både mht. utstrekning og folketall), avstand til nabokommuner og topografi. Det er allerede tilløp til at kommuner fellesorganiserer fastlegetjenesten gjennom samarbeid med nabokommuner, som for eksempel i Senjalegen. Der avstander gjør det praktisk mulig, bør flere kommuner vurdere slike løsninger.

Der innbyrdes avstander til andre kommuner er store, trengs imidlertid andre løsninger. Våre analyser av flyttemønster hos fastleger som har sluttet i nordnorske kommuner, viser at nesten alle flytter til større og mer sentralt beliggende kommuner, med den konsekvens at stabiliteten er langt dårligere i småkommunene.

For noen få kommuner har svaret på rekrutterings- og stabiliseringsutfordringen vært å etablere såkalt Nordsjø-turnus med faste leger i tidsavgrensede økter. Flere kommuner har ordninger med kombinasjoner av basisbemanning gjennom stedlige leger og leger i Nordsjø-turnus. Legene i Nordsjø-turnus bidrar blant annet til å redusere vaktbelastningen på de stedlige legene.

Det er ofte henvist til Nordkapp-modellen som en svært vellykket måte å organisere legetjenesten på. Med utgangspunkt i store utfordringer i legetjenesten i begynnelsen

²⁵ Flere av praksiskonsulentene har i dag stillingsbrøker på bare 10 prosent, anslagsvis 3,5 time per uke. Det er for lite til å gjøre stillingene attraktive, og det er for lite til å gi noen vesentlig effekt.

av 1980-årene, er det i Nordkapp kommune i løpet av de siste 30 årene etablert en av de mest stabile og vellykkede allmennlegetjenestene i Nord-Norge. Dette er gjort gjennom innovativt entreprenørskap i kommuneoverlegens regi, og i nært samarbeid og forståelse med kommunens administrative og politiske ledelse. 6 stabile fastleger betjener nå en befolkning på 3200 innbyggere, gjennom en solidarisk og felles inntjening basert på både fastlønn og næringsinntekt²⁶, felles legeliste og håndtering av legevakt og permisjoner uten bruk av eksterne vikarer. Fastlegene i Nordkapp har dessuten drevet en betydelig fagutvikling i egen regi, driftet en avansert sykestue og ivarettatt en rekke oppgaver som vanligvis utføres i spesialisthelsetjenesten. Arbeidsgruppen vil anbefale kommuner i størrelsesorden 3000-5000 innbyggere å se nærmere på denne modellen for organisering av fastlegetjenester.

13.11 Stor variasjon mellom kommuner mht. innhold i fastlegeavtalene

I kapittel 11 er det dokumentert store variasjoner i de avtalene som er inngått mellom nordnorske kommuner og fastlegene. Det dreier seg om variasjoner mellom kommuner mht. driftsmodell, men også betydelige variasjoner i ordninger innen samme driftsmodell. Forskjellene gjelder lønnsnivå og permisjonsordninger, ulik grad av subsidiering av lokaler, utstyr og personell mv. At det foreligger slike variasjoner, er ikke overraskende, ettersom kommunene til dels er innbyrdes ganske forskjellige. Den dokumenterte variasjonen kan være uttrykk for ulikheter i de enkelte kommuners markedssituasjon og forhandlingsstyrke, men kan også være en konsekvens av at kommunene håndterer avtalene hver for seg, og med begrenset innbyrdes eller kollektiv læring. Avtaleinngåelser dreier seg også om lederskap, organisering, kunnskap og kompetanse. Også i denne sammenheng kan det vises til Nordkappmodellen der legene er organisert med høy grad av forpliktelse til å ivareta tjenesten sammen.

Akkurat som tilfellet er for klinisk variasjon, kan man reise spørsmålet om berettiget og uberettiget – eventuelt rimelig versus urimelig - variasjon også når det gjelder fastlegeavtaler. Kommunene må selvfølgelig ha mulighet til å inngå fleksible og konteksttilpassede avtaler, men vil samtidig kunne ha stort utbytte av å ha større kunnskap om andre kommuners erfaringer og avtaler. Arbeidsgruppen vil derfor anbefale at kommunene i større grad deler informasjon og lærer av hverandres erfaringer i arbeidet med å utforme og fornye fastlegeavtalene. For å legge til rette for denne læringen, bør nasjonale helsemyndigheter se det som sin oppgave å oppdatere informasjon om de ulike avtaletypene, blant annet gjennom publisering av offentlig statistikk om fastlegeordningen.

²⁶ Fastlegenes del av næringsinntekten fordeles legene imellom uavhengig av hvem som har stått for inntjeningen, slik at leger som gjør annet arbeid enn konsultasjoner ikke kommer dårlig ut økonomisk. Leger som ikke er spesialister i allmennmedisin får 2/3 av spesialistenes næringsinntekt.

13.12 Gjennomgang og avklaring av arbeidsdelingen mellom sykehus og fastleger

I vedlegg 4 til denne rapporten har vi i sin helhet tatt med anbefalingen om samarbeid mellom fastleger og sykehus som er utarbeidet av Norsk forening for allmennmedisin (NFA). Dette dokumentet inneholder relativt konkrete og detaljerte anbefalinger om hvordan fastleger og sykehusleger skal samarbeide og utføre sine oppgaver på en gjensidig forpliktende og forutsigbar måte. Dokumentet har vært drøftet i Helse Nords samhandlingsutvalg som generelt har vurdert anbefalingene som et godt utgangspunkt for videre håndtering og behandling i våre ulike samhandlingsorganer, fastlegeråd, overordnet samarbeidsorgan (OSO) mv.

I de samarbeidsorganer som er etablert mellom kommuner/fastleger og Helse Nord RHF, er det i de senere år kommet stadig flere kritiske merknader til sykehuslegenes bruk av fastleger som sekretærer for kommunikasjon og henvisninger mellom spesialiteter og avdelinger innen sykehus. Disse kritiske merknadene dreier seg videre om at fastleger forventes å skrive ut sykemeldinger og attester i tilknytning til polikliniske besøk og skrive ut resepter f.eks. ved medikamentendring i forkant av kirurgisk inngrep. Mange legekantor opplever videre at pasienter tar kontakt for å få bestilt tilrettelagt transport ved planlagt undersøkelse eller behandling ordinert av lege i spesialisthelsetjenesten.

Den siste tiden har det i et av fastlegerådene vært behandlet flere saker knyttet til at oppgaver overføres fra sykehus til fastlege, uten at dette er drøftet og avtalt på forhånd. Eksempler på dette er visse typer hudbehandling og Botox-injeksjoner. Innspillene om forbedringer, adressert til helseforetakene, som fremkommer i vår kommuneundersøkelse, bekrefter denne kritikken samt tendensen til oppgaveoverføring.

I UNN-området er det nedsatt et klinisk samarbeidsutvalg bestående av fastleger og sykehusleger som på oppdrag fra OSO tilpasser NFAs anbefalinger til eget foretaksområde. Forslag til normgivende rutiner vedrørende oppgave- og ansvarsfordeling vil, før behandling i OSO, sendes på høring til alle fastleger, kommuneoverleger og sykehusleger i UNN-området for å sikre forankring. Fastlegerådet er foreslått som behandlingsorgan ved tvister og uenighet, og som rådgivende organ og drøftingsarena i forbindelse med ønsker om oppgaveoverføring.

Arbeidsgruppen ser det som viktig at retningslinjer for arbeidsdeling og samarbeid er likeverdig forankret på begge nivåer. Vi anbefaler at foreliggende dokument fra Norsk forening for allmennmedisin bearbeides og tilpasses lokale forhold i samarbeid mellom partene, tilsvarende prosessen som er startet i UNN-området.

13.13 Tverrfaglige team og annet helsepersonell som kan avlaste fastlegene.

I internasjonalt perspektiv er fastlegedekningen i Norge, målt per capita, rimelig god med referanse til nasjoner vi ellers sammenligner oss med; eksempelvis har allmennlegene i både Nederland og England omtrent dobbelt så mange pasienter på sine lister. Norges geografi, med store innbyrdes avstander og mange små kommuner, innebærer at vi trenger relativt flere fastleger enn folkerike nasjoner med større folketetthet og kortere innbyrdes avstander.

Når fastlegene i Norge opplever arbeidssituasjonen som stadig mer krevende, kan det ha sammenheng med at de håndterer en større oppgaveportefølje. Det kan videre dreie seg om arbeidsdelingen med spesialisthelsetjenesten, men også om arbeidsdeling mellom personellkategorier. Anders Grimsmo har vist til at fastlegekontorene i Norge i mindre grad ansetter annet helsepersonell enn andre nasjoner. I en sammenlignende studie med flere andre land, var det i Norge 2,1 yrkesgrupper ansatt ved legekontorene, mens det i de øvrige land var en variasjonsbredde mellom 4 og 7 yrkesgrupper²⁷. Dette kan indikere at annet støttepersonell i disse landene utfører oppgaver som fastlegen gjør hos oss.

I vår kommuneundersøkelse er det spurt om annet helsepersonell ved legekontorene i Nord-Norge. Nesten alle legekontorene har helsekretærer og halvparten har ansatt sykepleiere, mens svært få har jordmor, bioingeniører eller annet personell (psykologer, fysioterapeuter mv). Ved legekontorene i Tromsø og Bodø (sentralitetsnivå 3) er det knapt ansatt annet personell enn helsesekretærer, mens det er mer utbredt med slikt personell i små, perifere kommuner. Antagelig følger dette av at hovedmodellen for praksisorganisering (næringsdrift) i liten grad oppmuntrer til å ansette annet personell; det koster for mye, slik normaltariiffen er utformet i dag. Der kommunene dekker hele eller deler av kostnaden ved å ansette annet personell ved legekontorene, er følgelig slike løsninger mer utbredte.

Tverrfaglige team blir stadig mer vanlig innen helsetjenesten, særlig vis a vis storforbrukere, kronisk syke pasienter og pasienter med flere sykdommer. Primærhelsemeldingen (Meld. St. 26 (2014-2015)) slo fast at sykdomsutviklingen i befolkningen stiller økte krav til både kapasitet og kompetanse i primærhelsetjenester. Det er behov for personell med mer kompetanse, delvis også med annen kompetanse enn i dag, og for mer samarbeid. Meldingen konkluderte med at det er behov for en mer teambasert tjeneste og en tverrfaglig tilnærming for å skape helhet og kontinuitet og varslet at det ville bli etablert primærhelseteam ved å utvide fastlegekontor med andre personellgrupper og oppfølgingsteam i kommunehelsetjenesten.

²⁷ Final Report Summary – QUALICOPC (Quality and costs of primary care in Europe) European Commission 2015.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, utprøver nå Helsedirektoratet både primærhelseteam og oppfølgingsteam. Primærhelseteam prøves nå ut i ni kommuner og 13 legekantor, mens oppfølgingsteam prøves ut i seks kommuner, hvorav to i Nord-Norge. Primærhelseteam innebærer tilførsel av sykepleierressurser til fastlegekontor og utprøving av to ulike modeller for å finansiere sykepleiernes arbeid. Formålet med begge typer team er primært å forbedre kontinuiteten og kvaliteten på tjenestene og nå brukere med store behov og svak etterspørselsevne; i hvilken grad teamene også avlaster fastlegene, vet vi foreløpig lite om.

Det vil være ønskelig med gode analyser og utredninger for å kunne avklare hvilke fastlegeoppgaver som kunne løses av annet personell i en norsk kontekst. Når en slik avklaring om mulig jobbglidning er gjort, følger så spørsmålet om i hvilken grad andre personellkategorier er tilgjengelige i markedet. Når det gjelder sykepleiere, en yrkesgruppe som er aktuell for å avlaste legene, vet vi at det allerede er stor knapphet på sykepleiere, både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Det er viktig at finansieringsordninger understøtter en rasjonell arbeidsdeling mellom personellgrupper, og teamorganisert samarbeid der det øker kvaliteten på helsetjenestene og gir helseeffekt for pasienter. Slike ordninger er etablert i andre land, eksempelvis i Nederland der takstene er profesjonsnøytrale; det innebærer at samme prosedyre eller aktivitet betales likt uavhengig av hvilken profesjon som utfører den.

Arbeidsgruppen ser behovet for at det etableres finansieringsordninger (driftstilskudd, takster mv.) som inkluderer flere grupper av helsepersonell, der dette på en faglig forsvarlig måte bidrar til mer optimal bruk av arbeidskraft. Dette vil kunne bidra til bedre finansiering av prosedyrer og oppgaver som utføres av personell som allerede finnes ved mange legekantor i Nord-Norge. Det kan gjøres ved at annet hjelpersonell får samme takster som om legene gjorde disse oppgavene, eller ved innføring av tidstakster for slikt personell når de utfører særlig tidkrevende prosedyrer og oppgaver (spirometeri, oppfølging av diabetespasienter, sårstell, infusjoner mv.). Etablering av slike finansieringsordninger vil dessuten være et insitament for flere kommuner til å ansette slikt personell. De større kommunene, der hovedmodellen (næringsdrift) for praksisorganisering er dominerende, vil trenge bedre finansieringsordninger for å kunne tilsette annet helsepersonell som kan understøtte og avlaste fastlegene. Disse kommunene, bør også i egen regi vurdere i større grad å medfinansiere kostnader²⁸ for annet helsepersonell som kan understøtte og avlaste fastlegene.

²⁸ I denne sammenheng viser vi til at flertallet av kommuner i Nord-Norge – og særlig mindre og mellomstore kommuner.- subsidierer fastlegetjenesten utover det som følger av næringsmodellen.

Resultatene fra evalueringen av det pågående forsøket med primærhelseteam vil gi verdifull informasjon om hvordan teamarbeid og arbeidsdeling mellom ulike yrkesgrupper kan innpasses i en allmennt medisinsk kontekst.

13.14 Betydningen av enkle og tilgjengelige digitale løsninger for fastlegenes kommunikasjon og informasjonsutveksling med pasienter og fagmiljøer i Nord-Norge

Den nordnorske geografien er som skapt for telemedisin og e-helse, med dagens terminologi for digital kommunikasjon mellom enheter og nivåer. For fastleger og pasienter i distrikter med stor avstand til sykehus, er det av stor betydning å ha tilgang til slike digitale hjelpemidler. Helse Nord RHF var tidlig ute med å ta i bruk Nordnorsk Helsenett, kople opp fastlegene og implementere digitale løsninger for henvisning og epikrise. Senere er det gjennom meldingsløftet – i nord for en stor del implementert gjennom FUNNKe-prosjektet i regi av Helse Nord/Nasjonalt senter for telemedisin- utviklet pleie- og omsorgsmeldinger mellom sykehus og kommuner. Likevel er potensialet for ytterligere forbedringer stort.

Digitale dialogmeldinger mellom fastleger og sykehus har stått på dagsorden i snart 15 år, men er fremdeles ikke implementert i Nord-Norge. Når dette trekker ut i tid, er det bl.a. fordi det vurderes som nødvendig å videreutvikle den løsningen som er pilotert av Helse Vest. Når dialogmeldingene er på plass – inkludert dialogmeldinger med pasientene - forventes disse å effektivisere og kvalitativt forbedre dialogen om og med pasienten. Planen er at dette skal være fullt implementert i løpet av 2020-2021.

Det er startet opp en rekke prosjekter om medisinsk avstandsoppfølging i alle foretaksområder. Helseforetakene er godt i gang med å videreutvikle og harmonisere sine digitale plattformer, men også dette tar lengre tid enn opprinnelig planlagt. Utfordringen for kommunehelsetjenesten er imidlertid langt større, som følge av små og innbyrdes lite koordinerte enheter. Det er derfor et stort behov for sterkere, samordnende grep.

Helse Nords arbeid med elektronisk samhandling – inkludert tiltak overfor kommuner og allmennleger - har for en stor del vært finansiert gjennom midler fra nasjonale tiltaksplaner. Fra og med 2012 overtok Norsk Helsenett tilskudsforvaltningen for kommunene, mens allmennlegenes IKT-løsninger ble organisert gjennom «EPJ-løftet». Det tas nå sterkere nasjonale styringsgrep, med forankring i Nasjonal e-Helsestrategi, og fra 2020 vil staten etablere en ny finansieringsmodell i form av tvungen samfinansiering av viktige nasjonale tjenester både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Det arbeides nå med en ny kommunal løsning i regi av «En innbygger – en journal». Helse Nord RHF har i langsiktig investeringsplan prioritert betydelige midler for realisering av e-Helsestrategien. Det gjenstår å se om kommunal sektor i Nord-Norge evner å finansiere tilsvarende aktiviteter i egen regi.

Det bør være en høyt prioritert oppgave å gi fastlegene i Nord-Norge tilgang til enkelt tilgjengelige digitale løsninger for beslutningsstøtte, booking, kontakt og kommunikasjon både med pasienter og med fagmiljøer på ulike nivåer. Det er av avgjørende betydning at viktig og tidskritisk journalinformasjon gjøres tilgjengelig på tvers av enheter og nivåer. Gode og tilgjengelige digitale løsninger for fastleger er viktige verktøy for å ivareta hensynet til kvalitet, trygghet og pasientsikkerhet, og for å kople fastlegene til større faglige nettverk.

Det er dessverre flere eksempler på at digitale løsninger medfører mer plunder og heft for leger og annet helsepersonell. Derfor er det viktig at den digitale verktøykassen tas i bruk når løsningene er modne nok til å forbedre logistikken, effektiviteten og kvaliteten i arbeidet.

13.15 Betydningen av desentraliserte utdanningsmodeller for rekruttering av fastleger

Det medisinske fakultet ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet, ble i sin tid etablert for å styrke rekrutteringen av leger i Nord-Norge. Som del av rekrutterings-strategien, er 60 prosent av studieplassene i medisin reservert til studenter med vesentlig geografisk tilknytning til Nord-Norge. Også i gjennomføringen av studiet vektlegges eksponering for distriktene, inkludert tjeneste i allmennlege-tjenesten. I løpet av de siste 10 år har det videre skjedd en desentralisering av medisinerutdanningen, ved å la en del av studentene gjennomføre 5. og 6. året av studiet i Bodø og Finnmark (Hammerfest, Alta og Karasjok).

Det er ønskelig at denne ordningen etter hvert også utvides til å inkludere Helgeland, et geografisk område som også har betydelige rekrutteringsutfordringer. Generelt bør det også vurderes å styrke kontakten mellom medisinerutdanningen og landsdelens kommuner og helseforetak, med sikte på å forberede og eksponere studentene for relevante distriktsmedisinske problemstillinger.

13.16 Kommunenes ansvar for å ivareta hensynet til språk og kultur for samiske pasienter

I vårt mandat heter det at «arbeidsgruppen skal sørge for at det samiske perspektivet innarbeides, slik at hensynet til språk og kulturforståelse ivaretas vis a vis samiske pasienter». For å besvare dette punktet i mandatet, gjorde arbeidsgruppen en henvendelse til i alt 18 kommuner, både kommuner i tradisjonelt samiske kjerneområder og flere bykommuner der det antas å bo et betydelig antall personer med samisk bakgrunn. Det er mottatt skriftlige svar fra 13 kommuner, mens det er gitt muntlige svar over telefon fra flere kommuner, særlig bykommuner.

Svarmønstrene er relativt tydelige; i de samiske kjerneområdene har de fleste kommunene ivaretatt hensynet til samisk kultur, men også her er det unntak. Det er bare Karasjok og Kautokeino kommune som oppgir at de har samisktalende leger. Når det gjelder byene, er det knapt noen som kan sies å ha organisert og tilrettelagt sine fastlegetilbud slik at hensynet til språk og kulturforståelse ivaretas overfor samiske pasienter. Dette gjelder også Tromsø som må antas å være en av kommunene i Nord-Norge med flest samiske innbyggere. Heller ikke byene i Finnmark har noen tilrettelagt tjeneste for samiske pasienter. Noen bykommuner svarer at de ikke har vurdert det som et behov å etablere slike tjenester, og andre sier at de ved (sjeldne) behov anvender tolketjeneste.

Det konstateres at det fremdeles gjenstår betydelige utfordringer mht. å ivareta hensynet til samiske pasienter i noen av de samiske kjerneområdene. Det kan nok delvis skyldes problemer med å rekruttere fastleger med kjennskap til samisk språk og kultur. Når det gjelder byene, er det arbeidsgruppens vurdering at det er behov for grundigere undersøkelser om både status og behov for tilpassede tjenester som ivaretar samiske pasienter. Arbeidsgruppen anbefaler at en slik systematisk kartlegging gjennomføres i regi av en uavhengig forskningsinstitusjon, på bestilling fra nasjonale helsemyndigheter. Når kartleggingen er gjennomført, bør det iverksettes nødvendige tiltak i de kommuner der det er dokumentert behov, men uten at det foreligger tilrettelagte tjenester for samiske pasienter.

14. Forslag til konkrete tiltak

På grunnlag av de drøftelser som er gjort i kapittel 13, presenteres her en rekke konkrete forslag om tiltak, adressert til flere aktører på ulike nivåer. Ideelt sett, hadde det vært ønskelig å presentere tiltakene sekvensielt ved å samle tiltakene adressert til hver enkelt aktør. Når dette likevel ikke gjøres, er det fordi mange av tiltakene forutsetter samarbeid mellom flere aktører. Vi finner det derfor mest hensiktsmessig å ordne tiltakene i åtte tematiske hovedgrupper som innholdsmessig henger sammen; samlet fremmes det forslag om 34 enkelttiltak. For hvert enkelt tiltak markeres derfor i parentes de aktører som tillegges et ansvar og forutsettes å samarbeide.

14.1 Overordnet nasjonalt ansvar: Forslag om opptrappingsplan for fastlegetjenesten

I tilknytning til Helse- og omsorgsdepartementets framleggelse av den bebudede handlingsplan for allmennlegetjenesten våren 2020, foreslår arbeidsgruppen at det gjennom trepartssamarbeidet utarbeides *en fireårig nasjonal opptrappingsplan (2020-2023) for fastlegetjenesten*. Det anbefales at en slik plan gjennomføres med en innretting, progresjon (tempo) og på måter som samtidig ivaretar geografiske fordelingshensyn. En slik plan må likevel ikke bli utsettende for enkelttiltak som ligger til rette for iverksetting på kortere sikt. Flere av de tiltak som listes i det følgende, kan også tenkes å inngå i opptrappingsplanen. (*Ansvar:* Helse- og omsorgsdepartementet, KS, kommuner, Legeforeningen).

14.2 Tiltak rettet mot utdanning og rekruttering

14.2.1. Av hensyn til flyt og progresjon i rekrutteringsarbeidet, øke antall LIS-1 stillinger i Nord-Norge så raskt som mulig, og med en akseptabel medfinansiering, som insitamenter for kommunene og helseforetakene. (*Ansvar:* Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Fylkesmannen, helseforetak, kommuner).

14.2.2. Sikre at kommunene i samarbeid og samstyring med helseforetakene deltar mer aktivt og på en likeverdig måte i rekrutterings- og ansettelsesprosessene for LIS 1-stillingene i Nord-Norge, og sørge for at utdanningselementet i disse stillingene ivaretas på en god måte. (*Ansvar:* Kommuner, helseforetak).

14.2.3. Utvikle gode utdanningsløp for allmennleger i kommunene, med særlig vekt på å styrke veiledningsfunksjonen, herunder sørge for adekvat godtgjøring av veiledning og daglig supervisjon. (*Ansvar:* Regionale ALIS-kontor, kommuner, helseforetak, Legeforeningen).

14.2.4. Vurdere å gi allmennleger under utdanning (ALIS) tilbud om å velge mellom fastlønn og næringsmodell som avlønningsform i utdanningsperioden. (*Ansvar:* Kommuner, regionale ALIS-kontor).

14.2.5. Opprette ytterligere 60-70 nye kommunale ALIS-stillinger – i tillegg til de 32 ALIS-stillingene som er etablert i regi av ALIS-Nord – i løpet av 2020-2021. (Helse- og omsorgsdepartementet, kommuner).

14.2.6. Sørge for at det i Nord-Norge utdannes og etableres tilstrekkelig antall og geografisk godt fordelte gruppeveiledere i allmennmedisin. (Ansvaret: Legeforeningen, Helsedirektoratet, kommuner, regionale ALIS-kontor).

14.2.7. Etablere 30-40 øremerkede utdanningsstillinger for ALIS i spesialisthelsetjenesten fordelt på alle helseforetak i Nord-Norge i løpet av 2020-2021. (Ansvaret: Helse- og omsorgsdepartementet, helseforetak).

14.2.8. Det anbefales at ALIS-tjenesten i sykehus gjennomføres i etterkant av minst 2 års kommunal ALIS-tjeneste, og at helseforetakene legger til rette for en tilpasset og relevant sykehustjeneste. (Ansvaret: Helse- og omsorgsdepartementet, helseforetak).

14.2.9. Begrense veksten i LIS-stillinger (for gjennomføring av del 2 og 3 av spesialistutdanningen) i helseforetakene inntil situasjonen i fastlegetjenesten er bedre konsolidert. (Ansvaret: Helse- og omsorgsdepartementet, helseforetak).

14.3 Tiltak innrettet mot finansieringsordninger, takster og legeavtaler

14.3.1. Legge til rette for at finansieringsordningene understøtter ulike praksismodeller, tilpasset både variasjoner mellom kommuner (folketall, sentralitet, geografiske avstander mv.) og legenes praksispreferanser. Det kan gjøres gjennom målrettede finansierings- og tilskuddordninger, ved differensiering av basistilskuddet, for eksempel ved å etablere «knekkpunkt» for basistilskuddet, relatert til listelengde. (Ansvaret: Helse- og omsorgsdepartementet, KS, kommuner, Legeforeningen).

14.3.2. Vurdere å øke basistilskuddets relative andel av den samlede finansiering. (Ansvaret: Helse- og omsorgsdepartementet, Legeforeningen, KS).

14.3.3. Risikojustere basistilskuddet til fastlegene på grunnlag av kjønns- og aldersfordeling, morbiditet mv. knyttet til den enkelte fastleges listepopulasjon. (Ansvaret: Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, KS, Legeforeningen).

14.3.4. Gjennom etableringstilskudd eller særskilte takster gjøre det enklere for unge leger å tre inn i fastlegepraksis basert på næringsdrift. (Ansvaret: Helse- og omsorgsdepartementet, KS, kommuner, Legeforeningen).

14.3.5. Sørge for at kommunene gis et bedre kunnskaps- og beslutningsgrunnlag for inngåelse, utvikling og fornyelse av fastlegeavtaler gjennom mer transparent dokumentasjon. Det kan bl.a. skje ved at både helsemyndigheter og KS tar ansvar for å etablere en bedre offentlig statistikk om fastlegeordningen generelt og ulike typer fastlegeavtaler spesielt. *(Ansvar: Helse- og omsorgsdepartementet, KS, Legeforeningen)*

14.3.6. Ta i bruk den erfaring som foreligger fra kommuner som anvender ulike avtaletyper og som organiserer fastlegetjenesten ulikt, med sikte på gjensidig læring og for at beslutninger om avtaler kan skje på et mer informert grunnlag. *(Ansvar: KS, kommuner)* .

14.4 Tiltak som kan avlaste fastlegene

14.4.1. Foreta kritiske vurderinger av oppgaveroverføringer fra sykehus til kommuner og fastleger, og styrke felles oppgaveløsning og samarbeid der det er til pasientens beste. *(Ansvar: Helseforetak, kommuner, Legeforeningen)*.

14.4.2. Sørge for at fastlegene ikke belastes med administrative oppgaver knyttet til internhenvisninger mellom enheter i sykehus eller resepter og sykemeldinger for polikliniske pasienter. *(Ansvar: Helseforetak)*.

14.4.3. Legge til rette for at arbeidsoppgaver og prosedyrer som utføres av hjelpepersonell ved fastlegekontorene, finansieres gjennom Helfo-systemet ved bruk av de samme takster som gjelder for legene, eventuelt ved etablering av tidstakster for tidkrevende prosedyrer og oppgaver. *(Ansvar: Helse- og omsorgsdepartementet, KS, Legeforeningen)*.

14.4.4. Når pågående evalueringer av tverrfaglige team er gjennomført, vurderes å iverksette finansieringsordninger som understøtter tverrfaglig samarbeid på områder der resultatene er positive for kvalitet og/eller ressursutnyttelse. *(Ansvar: Helse- og omsorgsdepartementet, KS, Legeforeningen)*.

14.4.5. Legge til rette for å gi fastlegene bedre og mer tilgjengelige digitale løsninger for beslutningsstøtte, og kommunikasjon med pasienter og fagmiljøer i ulike deler av helsetjenesten. *(Ansvar: Helse- og omsorgsdepartementet, Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet, kommuner, helseforetak)*.

14.5 Tiltak rettet mot organisering og ledelse av legetjenesten i kommunen

14.5.1. Vurdere fellesorganisering av legetjenester i samarbeid med andre kommuner, eventuelt etablere samarbeid med andre kommuner om utvalgte legeoppgaver *(Ansvar: Kommuner, regionråd)*.

14.5.2. Ta i bruk rammeverket «Recruit and Retain – Making it work» (vedlegg 9) som kunnskapsgrunnlag for rekruttering og stabilisering av fastleger I Nord-Norge. (*Ansvar:* Kommuner).

14.5.3. Kommunene, særlig de små kommunene, må være mer aktive mht. å søke på ulike tilskuddordninger i regi av departementer, direktorater og fylkesmannen. Der det ligger til rette for det, er det ønskelig at slike søknader utformes og sendes i samarbeid med andre kommuner. (*Ansvar:* Kommuner).

14.5.4. Styrke planleggings- og utredningskompetansen rettet mot helse- og omsorgstjenester og legetjenester, og prioritere arbeidet med å utarbeide en plan for legetjenesten, enten i egen regi eller i samarbeid med andre kommuner. (*Ansvar:* Kommuner, regionråd).

14.5.5. Styrke helselederkompetansen i kommunene, og sørge for at helseledelsen er tett koplet mot toppledelsen i kommunen. (*Ansvar:* KS, kommuner, universiteter).

14.5.6. Utvikle ledelsen av det enkelte fastlegekontor. (*Ansvar:* Legeforeningen, Helsedirektoratet).

14.6 Tiltak rettet mot å styrke samarbeidet mellom fastleger og helseforetak

14.6.1. Styrke samarbeidet mellom kommuner og helseforetak på områder som rekruttering, fagutvikling, planlegging, IKT mv. (*Ansvar:* Helseforetak, kommuner, Overordnede samarbeidsorgan (OSOer)).

14.6.2. Med utgangspunkt i Norsk forening for allmennmedisins anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus, implementere lokalt tilpassede retningslinjer for slikt samarbeid gjennom gode forankringsprosesser blant leger på begge nivåer. (*Ansvar:* Helseforetak og kommuner, med støtte av fastlegerådene).

14.6.3. Styrke praksiskonsulentordningen i helseforetakene, gjennom opprettelse av flere (deltids-) stillinger, bedre tilrettelegging og mer aktiv rekruttering blant landsdelens fastleger. (*Ansvar:* Helseforetak).

14.6.4. Styrke samarbeidet mellom fastleger og sykehus gjennom aktiv bruk av fastlegerådene og andre kliniske samarbeidsutvalg (KSUer) som etableres i regi av OSOene. (*Ansvar:* Helseforetak, kommuner).

14.7 Tiltak for bedre ivaretagelse av hensynet til språk og kultur i fastlegetjenesten vis a vis samiske pasienter

14.7.1. Det anbefales å gjennomføre en systematisk kartlegging av status for fastlegenes ivaretagelse av samiske pasienter i kommuner der det antas å bo samer med slike behov. (*Ansvar:* Kunnskapsdepartementet, Fylkesmannen, universiteter, Samisk helseforskning).

14.7.2. Når kartleggingen er gjennomført, bør det iverksettes nødvendige tiltak i kommuner der det foreligger behov for – men ikke er etablert – fastlegetjenester som er språklig kulturelt tilpasset samiske pasienters behov. (*Ansvar:* Kommuner, Fylkesmannen).

14.8 Tiltak rettet mot utdanningskapasitet og desentraliserte utdanningsmodeller

14.8.1. Tilrettelegge for økt utdanningskapasitet av leger ved UIT- Norges arktiske universitet, og av sykepleiere ved UiT og Nord Universitet, herunder etablere en desentralisert utdanningsmodell for medisinstudiet for Helgeland. (*Ansvar:* Kunnskapsdepartementet, universiteter, helseforetak, kommuner).

14.8.2. Legge enda bedre til rette for desentrale utdanningsmodeller, og for at studentene under utdanningen blir enda mer eksponert for arbeid i kommunehelsetjenesten. (*Ansvar:* Kunnskapsdepartementet, universiteter, helseforetak, kommuner).

14.9 Innbyrdes prioritering av tiltak

Arbeidsgruppen har ikke foretatt noen systematisk innbyrdes prioritering av de tiltakene som er foreslått. Det er likevel enighet i arbeidsgruppen om at tiltak rettet mot rekruttering og utdanning av unge leger til fastlegetjenesten bør ha høy prioritet; i slike tiltak inngår også finansieringsordninger og takster som senker terskelen for unge leger som ønsker å gå inn i en legepraksis.

Generelt er det et langsiktig arbeid å konsolidere og videreutvikle fastlegetjenesten. Tiltakene må derfor gradvis fases inn i aktivt samspill mellom nasjonale myndigheter, kommuner og andre parter (KS, Legeforeningen mv.). For å sikre den langsiktige gjennomføringen av nødvendige tiltak, vil en nasjonal opptrappingsplan for fastlegetjenesten – i regi av trepartssamarbeidet – kunne være et viktig virkemiddel.

15. Referanser

Aaraas IJ, Halvorsen PA, Aasland OG. Supply of doctors to a rural region: Occupations of Tromsø medical graduates 1979–2012. *Medical Teacher*, 2015, 26: 1–5.

Aaraas IK. Legeutdanning i og for distriktene. *Uniped*, 2016, 4: 293-303.

Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere. NSDM-rapport 2016. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.

Abelsen B, Brandstorp H. Oppfyller kommunene kompetansekrav i akuttmedisinforskriften? Krav til leger i vakt og trening i samhandling. NSDM-rapport 2018. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.

Abelsen B, Gaski M. Ny turnustjeneste for leger. En studie om implementering og samstyring. NSDM-rapport 2017. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet

Agenda Kaupang. 2016. Kommunal legetjeneste – kan den ledes? Oslo: KS-rapport.

Forsdahl A, Grundnes O, Eliassen E, Gamnes J, Hagland R, Ytrehus I. Hvor blir Tromsølegene av? *Tidsskrift for den norske legeforening* 1988; 108: 1225-1230

Gaski M, Halvorsen PA, Aaraas IJ, Aasland OG. Utdanner Universitetet i Tromsø leger til å arbeide i distrikter? *Tidsskr Nor Legeforen* 2017; 137: 1026 – 31.

Gaski M, Abelsen B. Fastlegetjenesten i Nord-Norge. NSDM-rapport 2018. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.

Gjems Theie M, Lind LH, Haugland LM, Skogli E. Fastlegeordningen i krise – hva sier tallene. *Menon-publikasjon nr. 83/2018*.

Grimsmo A, Magnussen J. 2015. Norsk samhandlingsreform i internasjonalt perspektiv. Oppdragsgiver EVASAM – Norges Forskningsråd.

Høydal, E. Ny sentralitetsindeks i kommunene. Notat 2017/4. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse. 2018. Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen. Oslo: KS-rapport.

Rebnord IK, Eikeland OJ, Hunskår S, Morken T. 2018. Fastlegers tidsbruk. Rapport. NKLM, Uni Research Helse, Bergen.

Rønnevik DH, Pettersen B, Grimsmo A. 2019. Fastlegenes rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid. Oslo: KS-rapport.

16. Vedlegg

16.1 Vedlegg 1: Fastlegers tidsbruk – Undersøkelse gjennomført av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin for Helsedirektoratet (januar 2018)

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført en kartlegging av fastlegers tidsbruk. Kartleggingen ble gjort ved hjelp av et elektronisk spørreskjema og kartla totalarbeidstid og tidsbruk på ulike arbeidsoppgaver (pasientrettet arbeidstid, drift av praksis, legevakt, kommunalt og annet arbeid (som forskning, undervisning etc), veiledning, diverse oppgaver som kurs, smågruppe, fagmøte, tillitsvalgt møter og andre kommunale møter) i løpet av en arbeidsuke i januar 2018.

Av 4 716 leger som ble invitert med i undersøkelsen, var det 1 954 (41,4 prosent) som svarte. Blant disse var det 1 876 fastleger som ble inkludert i analysen. Forfatterne konkluderer med at resultatene er basert på et representativt utvalg av landets fastleger.

Fastlegene som deltok i kartleggingen, oppga en gjennomsnittlig totalarbeidstid den aktuelle uken på 55,6 timer. Selv om resultatene er spesifisert for kommunestørrelse, er det dessverre ikke mulig å identifiser svargivernes regionale tilknytning; følgelig er der i rapporten ikke mulig å sammenligne svarene fra fastleger i Nord-Norge med resten av landet.

En inndeling etter folketall i kommunene som fastlegen har avtaler med, viser at fastleger i kommuner med inntil 5 000 innbyggere oppga en gjennomsnittlig totalarbeidstid på 70,3 timer den aktuelle uken. Tilsvarende i kommuner med mellom 5 000 og 25 000 innbyggere var 57,3 timer, i kommuner med mellom 25 001 og 100 000 innbyggere var 53,5 timer, mens den i kommuner med mer enn 100 000 innbyggere var 52,6 timer. Legevaktaktivitet der både tilstedevakt, bakvakt og hjemnevakt er inkludert, bidro til høy totalarbeidstid i de minst folkerike kommunene.

En inndeling etter driftstype, viser at fastleger med driftstypen fastlønn med bonus oppga en gjennomsnittlig totalarbeidstid på 80 timer den aktuelle uken. Tilsvarende for selvstendig næringsdrivende var 54,4 timer, for selvstendig næringsdrivende med diverse avtaler var 61,6 timer, mens den for fastleger med fastlønn var 58,1 timer. Tre av fire fastleger med driftsformen fastlønn med bonus hadde legevaktarbeid. Bakvakt og hjemnevakt bidro til den høye totalarbeidstiden blant disse.

Rapporten konkluderer med at totalarbeidstiden for de fleste fastlegene er svært lang, og har økt mye sammenlignet med tidligere undersøkelser.

16.2 Vedlegg 2: Ny spesialistutdanning i allmenntidisin - sammendrag og vurdering av rapporter fra Helsedirektoratet

1. mars 2017 trådte ny spesialistforskrift i kraft og høsten 2018 kunne kommunene hilsa første kull med LIS1 velkommen. Samtidig som man fikk ny spesialistutdanning, kom kompetansekravforskriften som fastsatte at alle leger som arbeider klinisk i kommunen skal spesialisere seg. Først mars i 2019 trådte forskrift om ny spesialistutdanning i kraft fullt ut. Bestemmelser for spesialisering i allmenntidisin del 3 ble da gjeldene.

I større grad enn tidligere er kommunene nå forpliktet til å legge til rette for at alle leger i klinisk allmenntidisinsk arbeid blir spesialister.

Under ASA-konferansen i januar 2019, arrangert av Helsedirektoratet, presenterte de nye kravene i forskriften; god og oversiktlig informasjon på Helsedirektoratets nettsider lot imidlertid vente på seg. Dette kan nok ha vært utfordrende for kommunene som i løpet av de siste månedene har måttet sette seg godt inn i spesialiseringsforløpet, et forløp som tidligere har vært et nærmest privat anliggende for den enkelte lege under utdanning.

I ny forskrift må alle kommuner som ønsker å utdanne leger registrere seg som utdanningssted. Her må helseledelsen i grove trekk beskrive hvilke læringsmål som kan oppnås i kommunen. Kommunen må samtidig utpeke en person til å ha ett koordineringsansvar for utdanningen. Det er anbefalt at man oppretter ett vurderingskollegium bestående av veiledere, supervisører og øvrig ledelse som følger opp sine LIS-leger.

Det har i tidligere ordninger, som ved EU-godkjenning av allmenntidiser, vært krav om individuell veiledning. Lignende ordning er videreført i den nye utdanningen og LIS3 trenger nå individuell veiledning gitt av spesialist i allmenntidisin, totalt 31,5 timer per år. Det kreves også supervisjon av legens arbeid. Disse kravene har vist seg å bli utfordrende for små kommuner i Nord- Norge som ofte kan ha få eller ingen spesialister i allmenntidisin kombinert med generell legemangel. Enkelte kommuner har derfor sett seg nødt til innhente nødvendig kompetanse og veiledningsressurs fra større kommuner.

Nye oppgaver tilføres ett fastlegekorps som allerede har knapt med rom i timeplanen. Det er nærliggende å tenke at de nye kravene vil fremtvinge ett behov for å lempe på andre legeoppgaver for å frigjøre tid og ressurser til veiledning. Igjen vil vi se behovet for flere fastleger.

Der veiledningskravet for godkjenning som allmenntidiser var nokså begrenset i tid, skal veiledning nå tilbys i hele spesialiseringsforløpet. Helsedirektoratet har satt av 46 millioner kroner til de kostnader kommunene har i forbindelse med veiledning og

supervisjon. Trolig er det flere kommuner i Nord-Norge som ikke har fått søkt på disse midler.

De fleste kommuner som har hatt LIS1 har allerede fått gjort seg kjent med begrepene læringsmål og læringsaktiviteter. Dette er en liste forskriftsfestede mål og aktiviteter LIS skal gjennom. På samme måte som for LIS1, har nå LIS3 i allmenmedisin fått sine egne obligatoriske mål. Det er de øvrige legene på kontoret som får ansvaret for å supervisere og attestere for legens måloppnåelse. Som nevnt over vil dette kreve en økt grad av legeressurs. Som for veiledning anbefales det av nevnte rapporter at også supervisjon godtgjøres. -Hvordan er opp til hver enkelt kommune. Det blir interessant å følge med på hvordan småkommuner i Nord-Norge, med få leger, vil kunne løse oppgaven med supervisjon på egenhånd.

I tidligere spesialiseringsregler har det vært krav om 12 måneders tjeneste ved institusjon. Dette har vært svært utfordrende for gravgrendte kommuner i Nord- Norge som så ofte har måtte se sine fastleger forlate kommunen til fordel for ett liv som sykehusleger i mer sentrale strøk. Vi har flere eksempler i Nord-Norge hvor fastleger i distrikt med flere års erfaring ikke oppnår sin spesialisttittel på grunn av manglende sykehusår. Disse legene har kanskje funnet det for vanskelig å bryte opp familie og hverdag for ett år på sykehus langt hjemmefra. I ny forskrift har man nå lempet på kravet om institusjonstjenesten. I stedet har man nå fått læringsmål og aktiviteter hvor legen skal jobbe med en selektert populasjon. Det er fortsatt krav om tjeneste i spesialiserte helsetjenester, men lengden på tjenesten er redusert til 6 måneder og kan deles opp i to bolker om nødvendig. Forskriften åpner også for at disse målene kan oppnås i kommunal regi, i.e. kommunal rehabiliteringsinstitusjon med spesialist. Kommunene har fått ett stort ansvar og som nevnt tidligere stilles det krav om en kunnskap og oversikt over utdanningsløpet, som kommunene i mange tilfeller ikke har eller har hatt.

Ansvaret er stort og kommunene i Nord- Norge er små. Flere kommuner har allerede inngått interkommunalt samarbeid for å løse disse nye oppgavene, og slikt samarbeid antas å bli mer vanlig i tiden framover. Bedre samhandling med helseforetakene er også en nødvendighet. Enkelte steder i regionen har helseforetak opprettet stillinger øremerket for allmennleger i spesialisering. Det vil allikevel bli nødvendig å få på plass bedre avtaler mellom kommune og foretak.

Kilder:

Forskrifter- Lovdata og helsedirektoratet.no

Rapporter og Utredninger:

- Spesialistutdanningen i allmenmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin. Helsedirektoratet- juni 2017
- Spesialistutdanning i allmenmedisin. Helsedirektoratet 01.07.18
- Allmennleger i spesialisering (ALIS) Del 2 av 2. Helsedirektoratet. 01.11.18

16.3 Vedlegg 3: Legeforeningens forslag til videreutvikling av fastlegeordningen

Legeforeningen har i løpet av de siste årene utarbeidet tre viktige dokumenter for å videreutvikle fastlegeordningen og styrke den samlede helse- og omsorgstjenesten i kommunene. De to første dokumentene ble publisert i oktober 2017, og det siste i mai 2019. I tillegg har Menon Economics, på oppdrag fra legeforeningen, utarbeidet en rapport om fastlegekrisen som ble publisert i januar 2019:

1. Pasientens primærhelsetjeneste må ledes – om ledelse av det medisinske tilbudet i kommunene: <https://beta.legeforeningen.no/om-oss/rapporter/pasientens-primarhelsetjeneste-ma-ledes/>
2. Riktig diagnose til rett tid – fastlegen som helsetjenestens portner: <https://beta.legeforeningen.no/om-oss/rapporter/pasientens-primarhelsetjeneste-ma-ledes/>
3. Fastlegeordningen i krise – hva sier tallene: <https://beta.legeforeningen.no/om-oss/rapporter/fastlegeordningen-i-krise-hva-sier-tallene/>
4. Utviklingsplan for fastlegeordningen: <https://beta.legeforeningen.no/contentassets/88a40e68b11e44ea9d0853f7d1a3fdfb/utviklingsplan-fastlegeordningen-varuke-2019-full.pdf>

Legeforeningens formål med de to første rapportene er å bygge et best mulig kunnskapsgrunnlag for *utvikling av et moderne medisinsk tilbud i kommunene* med gode brukeropplevelser. I følge Legeforeningen kan kommunenes medisinske tilbud defineres som tjenester som har til hovedformål å tilby individrettet forebyggende og helsefremmende helsearbeid, inkludert diagnostikk, behandling, og (re)habilitering. Dette inkluderer helsestasjon, helsestasjon for ungdom, skolehelsetjeneste, frisklivssentraler, *legevakt*, *fastlegekontor*, fysioterapi, psykisk helsetilbud/kommune-psykologer, fengselshelsetjeneste, flyktningshelsetjeneste mm. Det utføres også viktige medisinske tjenester i omsorgstjenesten, f.eks. av leger i sykehjem, helsehus og i hjemmebasert omsorg.

Kommunenes omsorgstilbud og medisinske tilbud er i ulik grad vevet i hverandre, og variasjonen mellom kommunene er stor. I følge Legeforeningen er det et fellestrekk at det ikke er medisinsk kompetanse (legekompetanse) i ledelseslinjen, og at øverste leder har et stort og komplekst ledelsesområde. Mangel på medisinsk kompetanse i ledelsen fører til at de forskjellige tjenestene i for liten grad blir samordnet. Det vanskeliggjør helsepersonellens viktige oppgave med å gjøre gode prioriteringer og behovsavklaringer. Dette øker sannsynligheten for over- og underbehandling, forsinket behandling og feilbehandling, og *uhensiktsmessig bruk av spesialisthelsetjenesten*.

Legeforeningen hevder det er godt dokumentert at kommunene har et stort mulighetsrom for bedre ledelse av medisinske tjenester og viser bl.a. til rapporten fra *Agenda Kaupang*:

- Det er store forskjeller mellom kommunene når det gjelder organisering, oversikt over styringsdata, oppfølgingsregimer mm. av legene.
- Ledelse av legetjenesten prioriteres ikke på samme måte som andre deler av helse- og omsorgstjenesten i kommunene
- Kommuneoverlegestillingene, sammen med resten av lederskapet for helsetjenesten er betydelig underdimensjonert for å kunne ha en proaktiv rolle i ledelsen av legene.
- I følge Legeforeningen vil styrket medisinsk faglig ledelse *profesjonalisere kommunen som avtalepart* overfor næringsdrivende fastleger og fysioterapeuter, og som en effektiv leder av de øvrige medisinske tjenestene i kommunen. Fortsatt overflytting av sammensatte og avanserte medisinske tjenester (*oppgaveroverføring*) fra helseforetakene til kommunene øker behovet for medisinsk kompetanse i kommunene.

Legeforeningen erkjenner at for å få leger i kommunene har nødvendig lederkompetanse og interesse for ledelse. Det ønsker Legeforeningen å endre på ved å bidra til at flere leger får spesialistkompetanse både i allmenn- og samfunnsmedisin, pluss formell lederkompetanse.

Strategiske planer for drift og utvikling av legetjenesten i kommunen er et sentralt avtalefestet ledelsesverktøy som få kommuner har tatt i bruk. Legeforeningen mener den nye helselederen bør ha hovedansvar for utvikling og rullering av slike planer. (Blant de 45 nordnorske kommunene som søkte om deltakelse i ALIS-Nord er det bare Bodø og Hammerfest som har en oppdatert og politisk vedtatt plan for legetjenesten).

Legeforeningen mener ledelse av fastlegekontorene må styrkes og at kommunene, staten og Legeforeningen sammen må utvikle incentiver for bedre ledelse legesentrene, ikke minst for å styrke samhandlingen med helseforetakene. Interne på fastlegekontorene er det en rekke *driftsoppgaver, kvalitetsoppgaver, utdanning- og opplæringsbehov* samt *strategisk planlegging* som må prioriteres høyere. Fastlegekontorene har også eksterne ledelsesoppgaver som *forhandler- og representasjonsoppgaver*. Legeforeningen ønsker å bidra til at alle fastlegekontor har ett administrativt kontaktpunkt inn (en felles e-postadresse) som samarbeidsaktørene kan nå legekontoret (*slik at kontoret framstår som en medisinsk tjenesteleverandør, og ikke som en samling av solopraktikere*).

I rapporten om fastlegen som helsetjenestens portner har Legeforeningen følgende hovedsynspunkter:

Fastlegen er befolkningens hovedinngang til helsetjenesten. Som portner har fastlegen ansvar for å utrede og behandle, eller henvise videre når det er nødvendig. Riktig diagnose til rett tid er hjørnesteinen i dette medisinske arbeidet. I portnerrollen er fastlegen avhengig av bred kompetanse og gode verktøy for å gi sikre og effektive tjenester. Det er pasientens behov som skal være førende for fastlegens arbeidsform.

- Det viktigste elementet for å stille riktig diagnose til rett tid er *fastlegens langvarige og personlige relasjon til pasienten*. Legeforeningen mener sviktende rekruttering, høy vikarbruk og stadige utskiftninger truer denne kjerneverdien. Tiltak for å motvirke denne utviklingen må på plass.
- Kommuner som legger godt til rette for at unge leger blir spesialister i allmenntilleggsmedisin øker sjansen for å rekruttere godt og sikre seg en stabil fastlegeordning lokalt. Derfor må kommunene prioritere dette arbeidet.
- For å sikre lokal stabilitet må fastlegene inngå i solide faglige nettverk. Systematisk forbedringsarbeid bør være sentralt i disse nettverkene. Kommuner og fastleger bør bruke SKIL (Senter for kvalitet i legekontor AS) for å utvikle og bredde systemer for lokalt kvalitetsarbeid.
- Riktig bruk av nyere medisinsk-teknisk utstyr vil gjøre at fastlegene kan avklare og behandle flere pasienter selv. Dette krever mer ressurser til investeringer og etterutdanning.
- Ved oppfølging av pasienter med alvorlig og langvarig sykdom må fastlegekontoret ofte samarbeide med andre kommunale tjenester. Flerfaglige team er en av flere måter å sikre dette på. Det må gis nok ressurser så man kan sikre at enkeltpasientene har faste og stabile team å forholde seg til.
- Teamorganisering er kostnadskrevende og bør bare velges når dette er vist å gi bedre resultater for pasienten.

Fastlegens portnerrolle må styrkes og moderniseres. Nye behandlingstilbud, medisinsk teknologi og helseprofesjonene selv gjør helsetjenesten stadig mer kompleks og spesialisert. Dette gir nye muligheter for å helbrede eller lindre sykdom, men utfordrer samtidig pasientens mulighet for selv å orientere seg i de ulike helsetilbudene.

Særlig de sykeste i befolkningen er i økende grad avhengig av en lege som de kjenner over tid og har tillit til. Disse pasientene trenger en navigatør og koordinator når de må ha hjelp fra spesialisthelsetjenesten og andre kommunale tjenester enn fastlegens.

En effektiv portner har høy diagnostisk presisjon, tilbyr selv et bredt spekter av undersøkelser og behandling, og henviser til riktig spesialist til riktig tid. Da er fastlegen bærebjelken som bidrar til en effektiv samlet helsetjeneste med høy kvalitet og et likeverdig tilbud til hele befolkningen.

Menon Economics rapport om krisen i fastlegeordningen har følgende funn og hovedkonklusjon:

- Arbeidspresset i fastlegeordningen har økt dramatisk. Fastlegene jobber nær 60 timer i uken i snitt
- Fastlegene behandler samtidig færre pasienter på samme tid, grunnet et stadig mer komplekst sykdomsbilde
- Allerede i dag har Norge et underskudd på 1000 fastleger om vi skal sikre pasientene en bærekraftig tjeneste og fastlegene en forsvarlig arbeidsuke

Funnene i analysen viser at fastlegenes arbeidspress har økt. Først og fremst har det vært en økning i den totale mengden arbeidsoppgaver, målt som konsultasjoner. Analysen viser at årsaken bak den økte arbeidsbelastningen er at hver enkelt konsultasjon har blitt mer krevende å gjennomføre. Demografisk utvikling, medisinske fremskritt og ikke minst overføring av oppgaver og ansvar som følge av reformer og tiltak har ført til at arbeidsomfanget for hver enkelt konsultasjon har økt. Til tross for at hver enkelt fastlegene i gjennomsnitt møter færre antall konsultasjoner har kompleksiteten i oppgavene økt slik at den totale arbeidsbelastningen har også økt. Dette kan vi se ved å studere takstbruken per konsultasjon: en gjennomsnittlig konsultasjon utløser flere og mer kompliserte takster i dag enn i 2010 (Texmon, 2018).

Enkle framskrivninger av situasjonen for fastlegene illustrerer at problemet ser ut til å forsterkes i årene fremover. Avhengig av hvilke forutsetninger som legges til grunn kan det forventes et behov på mellom 30 prosent flere fastlegeårsverk og over dobbelt så mange fastlegeårsverk frem mot 2040.

Dersom man ikke evner å sikre at dette behovet dekkes vil dette kunne få alvorlige konsekvenser. Økt arbeidsbelastning må gi utslag på en eller annen måte. Så langt ser dette ut til og har gitt utslag i høy arbeidstid for fastlegene.

Omfanget av arbeidsoppgavene som fastlegen utfører, særlig innenfor pasientrettet arbeid, kan sies å være styrt utenfor fastlegens kontroll. For eksempel kan det offentlige pålegge fastlegen økt ansvar for å løse mer komplekse behov hos sine pasienter. Dette betyr at økt arbeidsbelastning, som følge av økt omfang av eksisterende arbeidsoppgaver, i stor grad er pålagt fastlegen. Dersom trenden med økt arbeidspress fortsetter vil trolig fastlegene ikke ha annet valg enn å redusere sine pasientlister slik at behovet for fastleger vil øke.

Legeforeningens utviklingsplan for fastlegeordningen fra mai 2019 inneholder følgende hovedpunkter:

- Det må rekrutteres 500 nye ALIS (Allmennleger i spesialisering) årlig for å dekke dagens og fremtidige legebehov.
- Det må lages en nasjonal ordning for ALIS som sikrer fastleger med god kompetanse. Kommunene må sikre god gjennomføring av spesialistutdanningen.

- Normtallet for et årsverk i fastlegeordningen må reduseres fra 1500 til 1000 pasienter og finansieringsmodellen justeres, slik at fastlegene kan bruke mer tid på hver pasient.
- Finansieringen må styrkes for å dekke det økte oppgavetilfanget og legge til rette for en håndterbar arbeidstid. Det må legges til rette for kortere lister gjennom etablering av et knekkpunkt for basistilskuddet.
- Antall LIS1-stillinger må økes med 200 slik at LIS1-flaskehalsen reduseres.
- Det må opprettes lokale arenaer som regulerer oppgave- og ansvarsfordeling mellom fastleger, kommune- og spesialisthelsetjeneste i hele landet. Direktørene for de regionale helseforetakene og trepartssamarbeidet (KS, Legeforeningen og staten v/ helseministeren) må i tillegg møtes to ganger i året for å bli enige om ansvarsfordeling og tiltak på nasjonalt nivå.
- Kommunene må utvikle en egen helselederrolle for kommunenes medisinske tilbud. *Helselederen må være en del av rådmannens ledergruppe.*
- Senter for kvalitet i legekontor (SKIL) må breddes nasjonalt. Det vil gi betydelig kvalitetsheving i fastlegeordningen
- Det må legges til rette for ansettelse av annet helsepersonell på legekontor. Dette vil gjøre fastlegekontoret i bedre stand til å ivareta pasienter med alvorlig og sammensatt sykdom og funksjonssvikt, og de som ikke selv oppsøker fastlegen. Helsepersonell ansatt i fastlegekontor må kunne utløse egne takster.
- Det må sikres at fastlegene kan prioritere administrasjon, ledelse og fornyelse av medisinskteknisk utstyr og teknologiske løsninger. Innovasjon og utvikling vil sikre enda bedre behandling, samhandling og tilgjengelighet for pasientene.

16.4 Vedlegg 4: Norsk forening for allmenntmedisin – notat fra faggruppe for samhandling - mars 2018 - Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus

Innledning

God samhandling mellom leger er avgjørende for trygg pasientbehandling.

For å styrke utviklingen av medisinsk samhandling, etablerte Norsk forening for allmenntmedisin (NFA) en faggruppe for samhandling i 2017. Denne gruppen har laget anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus. Gruppen har tatt utgangspunkt i liknende anbefalinger utviklet blant annet på Møteplass Oslo og SUFF (Samarbeidsutvalg for fastleger) i Østfold.

Målsetting med anbefalingene er å beskrive en hensiktsmessig modell for arbeids- og ansvarsfordeling mellom leger i og utenfor sykehus. Pasientens beste skal være førende for samarbeidet.

NFA tilrår at anbefalingene legges til grunn ved utvikling av forpliktende samarbeid i ulike deler av landet. Det bør være rom for å gjøre lokale tilpasninger basert på organisering av sykehus og kommunehelsetjenester.

Utvikling og endringer i helsetjenesten vil føre til at anbefalingene løpende må kunne oppdateres. Eksempler er innføring av nye elektroniske løsninger for samhandling som dialogmeldinger, PLO-meldinger, Multidose i E-resept og Pasientens legemiddelliste.

1. Henvisning

- 1.1. Anvende EPJ-mal for god henvisning.
- 1.2. Tilstreb å gi god og poengtert informasjon.
- 1.3. Bruk av prioriteringsveilederen bidrar til at henvisningen kan rettighetsvurderes og avslag unngås.
- 1.4. Sørg for oppdatert LiB-liste i henvisningen.
- 1.5. Henvisningen sendes elektronisk.
- 1.6. Nødvendige vedlegg som ikke kan kopieres inn, ettersendes pr post
- 1.7. Svar fra relevant billeddiagnostikk kopieres inn i henvisningen. Det må framgå hvor undersøkelsene er gjort. Det bør avtales lokalt, gjerne ved bruk av PKO, om henvisende leger eller sykehus skal ha ansvar for å fremskaffe bildene som ønskes brukt. Faktorer av betydning er sykehusenes størrelse, henvisningsstruktur, organisering av poliklinikker, omfang av private laboratorier og muligheter for elektronisk overføring av bilder.

2. Utskrivning

2.1. Epikrise og polikliniske notat

- 2.1.1. Fastlege får epikrise og kopi av poliklinisk notat med mindre pasienten motsetter seg det, også fra avtalespesialister.

- 2.1.2. Samme-dags-epikrise og kopi av polikliniske notater er et mål for alle pasienter som trenger oppfølging hos fastlege og må gjelde uten unntak for pasienter som utskrives til institusjon eller mottar pleie-og-omsorgstjenester.
- 2.1.3. Epikrisen skal oppgi kontaktinformasjon for eventuell kontaktlege.
- 2.1.4. Epikrisen bør gi poengtert oppsummering av sykehusopphold, korrekt LiB- liste og videre plan for behandling og kontroll.
- 2.1.5. Det bør tydelig fremkomme hvem som har ansvar for hvilke oppfølgingsoppgaver.
- 2.1.6. Dersom ansvar for kontroll skal overføres til fastlege, angis målsetting med kontrollene. Det gis råd om innhold, hyppighet og varighet av kontrolloppfølgingen.

2.2. Timebestilling

- 2.2.1. Pasienten får som hovedregel ansvar for å bestille time hos fastlege etter sykehusopphold, men pasienter som trenger det, får hjelp på sykehuset til dette.
- 2.2.2. Dersom det er nødvendig med rask oppfølging, må sykehuset bidra til å sikre at pasienten får time på fastlegekontoret.
- 2.2.3. Kontrolltime hos fastlege må særlig sikres for pasienter som har multidose.
- 2.2.4. Epikrisen informerer om hvilken løsning som er valgt for timebestilling.
- 2.2.5. Fastlegen bør ikke få ansvar for innkalling av pasienter gjennom beskjed i epikrisen, fordi det kan forsinke nødvendig oppfølging. Det bryter også med prinsippet om pasientautonomi.

2.3. Resepter, samstemming og vedlikehold av Legemidler i Bruk (=LiB) liste

2.3.1. Partenes felles ansvar

- 2.3.1.1. Ved endringer i pasientens medisiner, må aktuelle lege oppdatere reseptformidleren med fokus på å registrere seponeringer, unngå dobbeltforskrivninger og farlige interaksjoner.
- 2.3.1.2. Spør pasientene om de bruker naturpreparater eller uregistrerte legemidler.
- 2.3.1.3. Husk øyendråper og inhalasjonsmedisiner.

2.3.2. Fastlege sørger for

- 2.3.2.1. Samstemming av LiB ved mottak av epikriser/informasjon om endring i legemiddelbehandling.
- 2.3.2.2. At pasientene har oppdatert LiB-liste som skrives ut ved konsultasjoner og ellers ved behov.

2.3.2.3. At det er samsvar mellom LiB- liste og eventuelt ordinasjonskort Multidose.

2.3.2.4. At pasienten får resept på faste medisiner ved behov.

2.3.3. Sykehus, avtalespesialister og andre samarbeidsparter sørger for

2.3.3.1. Å etterspørre LiB-listen og samstemme LiB (følge sykehusets prosedyrer), både ved innleggelser og polikliniske kontakter.

2.3.3.2. Å gi korrekt LiB-liste i epikriser, med begrunnelse for endringer i LiB.

2.3.3.3. Å gi resept på nye legemidler, ved endret dosering, skifte av legemidler og oppdatere reseptformidleren.

2.3.3.4. Vanskelig tilgjengelige medikamenter gis med ved utskrivning for de første dagene.

2.3.3.5. Ved utskrivning av multidose(MD)- pasienter må sykehuset sikre at pasienten får trygg legemiddelbehandling inntil ny MD er levert hjemme hos pasienten. Lokale avtaler mellom sykehus, fastleger og hjemmetjeneste må beskrive hvordan dette skal skje.

2.4. Blodprøver og andre prøver

2.4.1. Legen som stiller indikasjonen for prøven skal skrive rekvisisjon, vurdere svaret og som hovedregel sørge for at prøven blir tatt på eget laboratorium.

2.4.2. Legen som stiller indikasjon og rekvirerer prøven har ansvaret for oppfølging og informasjon til pasienten når svaret foreligger.

2.4.3. Prøver som er rekvirert av sykehuslege kan tas på fastlegekontoret dersom dette åpenbart er best for pasienten, for eksempel ved lang reisevei til sykehus.

2.4.3.1. Pasienten kontakter i så fall fastlegekontoret for å avtale slik prøvetaking.

2.4.3.2. Pasienten må ha ferdig utfylt rekvisisjon med seg.

2.4.4. Prøver som er rekvirert av fastlege tas som regel på fastlegekontoret, med mindre prøven krever spesiell ivaretagelse (f. eks frysing). Fastlege avklarer med pasienten hvor prøven i så fall skal tas.

2.5. Sykmelding

2.5.1. Legen som stiller indikasjon for sykmelding, skriver første sykmelding.

2.5.2. Det anbefales å følge Helsedirektoratets Sykemelderveileder.

2.5.3. I forbindelse med behandling på sykehus, f. eks. innleggelser og operasjoner, skriver sykehuslegen sykmelding – om nødvendig for hele perioden hvor det, uavhengig av pasientens arbeidsoppgaver, er et absolutt medisinsk behov for avlastning.

2.5.4. Tidspunkt for eventuell kontroll for oppfølging av sykemelding hos fastlege angis i epikrisen. Dersom mulig, anslås forventet varighet av

sykemeldingen i epikrisen. Pasienten får ansvar for å bestille kontrolltiden.

- 2.5.5. Fastlegen bør ha ansvaret for sykemelding der det er aktuelt med tilpasset arbeid og/eller gradert sykemelding.
- 2.5.6. For pasienter som behandles langvarig på sykehus/poliklinikk og hos fastlege parallelt kan sykemelding ivaretas av fastlegen når dette er hensiktsmessig for pasienten. Forutsetninger:
 - 2.5.6.1. Fastlegen holdes løpende oppdatert om sykdomsutviklingen og forventet prognose gjennom epikriser.
 - 2.5.6.2. Fastlege og behandlingsansvarlig lege/kontaktlege rådslår ved behov om sykemeldingens omfang og varighet.

3. Pasienttransport

- 3.1. Ved henvisning til sykehus vurderer fastlegen pasientens behov for transport og lager eventuelt rekvisisjon
- 3.2. Ved videre behandling og kontroller i sykehusets regi, vurderer sykehuset behovet for transport og lager eventuelt rekvisisjoner. Dette må framgå i innkallingsbrev. Kilde: <https://pasientreiser.no/helsepersonell/rekvirere-transport#hvem-kan-rekvirere-transport?>
- 3.3. Sykehus som videre-henviser pasienten til annen institusjon, må sørge for transportrekvisisjon.

4. Samarbeid ved kompliserte, sammensatte lidelser

Enkelte pasienter behandles parallelt; i flere avdelinger i samme sykehus, i mer enn ett sykehus, hos private avtalespesialister og hos fastlege

- 4.1. For pasienter som har kontaktlege: Kontaktlegen er medisinsk faglig ansvarlig for pasientforløpet og holder oversikt over hvilke behandlingenheter som er involvert i behandlingen av den aktuelle tilstanden.
- 4.2. Epikrise (-kopi) sendes elektronisk til fastlege og alle som er involverte i behandlingen av den aktuelle tilstanden.
- 4.3. Fastlege samstemmer/oppdaterer LiB-liste og gir pasienten kopi av relevante journalnotat som kan fremvises ved oppmøtene hos spesialist.
- 4.4. Innspill og råd om behandlingen:
 - 4.4.1. Rådslagning mellom spesialistene dokumenteres i journal og konklusjon om videre behandling sendes alle elektronisk som brev.
 - 4.4.2. Fastlege bør gi innspill ved å ringe eller sende brev (post inntil elektronisk kommunikasjon er mulig) til pasientens behandlingsansvarlige lege eller kontaktlege når vesentlige momenter bør deles.
 - 4.4.3. Behandlingsansvarlig lege eller kontaktlege kan kontakte fastlege ved å ringe eller sende brev elektronisk.

- 4.5. Ved behov holdes beslutningsmøter hvor fastlege deltar sammen med øvrige behandlere.
- 4.6. Samarbeidet må sikre at pasientens rett til informasjon, medvirkning og samvalg blir ivaretatt.

5. Parallell henvisning til flere avdelinger

- 5.1. Som hovedregel må den legen som stiller indikasjon for en utredning, ta ansvar for at den blir gjennomført.
- 5.2. Leger i sykehus har ansvar for å henvise til samarbeidende avdelinger/spesialister når dette er nødvendig for medisinsk ivaretagelse av pasienten.
- 5.3. Ved usikkerhet om indikasjon bør sykehuslegen anmode fastlegen om å vurdere behovet i epikrisen, eventuelt rådslå om behovet pr telefon.

6. Rådgivning og gjensidig tilgjengelighet pr telefon

- 6.1. Når fastleger trenger konferering med leger i sykehus:

Det tilrådes å lage lokale rutiner tilpasset det enkelte sykehusområde blant annet ved hjelp av PKO, som gjelder for:

- 6.1.1. akuttinnleggelser
- 6.1.2. forespørsler om pasienter, f. eks etter innleggelser.
- 6.1.3. råd om medisinske spørsmål, f. eks. hjertesviktbehandling
- 6.2. Når leger i sykehus trenger konferering med fastleger for informasjon ved akuttinnleggelser, avtaler ved utskrivelser eller råd om felles pasienter.
 - 6.2.1. Mange fastlegekontor har publisert «Hvis det haster telefonnumre» på NHN adresseregister. Hastenumre oppgis også av telefonsvarere når man ringer vanlig nummer til fastlegekontorene.
 - 6.2.2. I noen av sykehusområdene vedlikeholder PKO lister med direkte telefonnummer til fastleger.

7. Tverrfaglig samarbeid

- 7.1. Den som ser behovet tar initiativ og involverer andre faggrupper i tverrfaglig samarbeid.
- 7.2. Fastlege i kommunen og behandlingsansvarlig lege eller kontaktlege på sykehus har ansvar for å sikre at samarbeidende faggrupper har nødvendig medisinsk informasjon.
- 7.3. Når sykehus tar initiativ til møte:

Behandlingsansvarlig lege eller kontaktlege foreslår hvilke leger som bør delta i tverrfaglige møter i sykehusets regi og avklarer om fastlege skal inviteres.

- 7.4. Når kommunen tar initiativ til møte:
 - 7.4.1. Fastlege deltar i møter der medisinsk ivaretagelse er et vesentlig element. Fastlegene bør være faste medlemmer i ansvarsgrupper og oppfølgingsteam.

- 7.4.2. Fastlege eller øvrig kommunehelsetjeneste kan foreslå deltakere fra sykehus der dette ikke allerede er avklart fra sykehussiden.
- 7.5. Innkalling til møter hvor fastlege skal delta bør om mulig sendes ut senest to uker i forveien. Ved behov for møte raskt bør fastlege innkalles pr telefon.
- 7.6. Det kan ofte være hensiktsmessig at møtet holdes på fastlegekontoret.

8. Oppgaveoverføring

Overføring av nye behandlings- eller kontrolloppgaver fra sykehus til fastleger bør drøftes i en likeverdig dialog på egnede møteplasser, for eksempel i PKO-drevne fora, allmennlegeutvalg, Møteplass Oslo og SUFF Østfold. Større endringer må forankres i formelle samhandlingsfora mellom sykehus og kommuner.

16.5 Vedlegg 5: Kommunal legetjeneste – kan den ledes? Rapport februar 2016 Agenda Kaupang for KS

Bakgrunn

FoU-prosjektet har hatt som målsetting å vurdere om kurativ legetjeneste i kommunene kan ledes. I rapporten presenterer vi funn fra hvordan 15 kommuner vurderer problemstillingen og analyser tilknyttet disse. Totalt er det intervjuet 134 informanter, hvorav de fleste kommer fra kommunene. Det er også gjennomført studiebesøk i Finland. Agenda Kaupang har også intervjuet representanter fra berørte fagorganisasjoner, direktorater mv. Datagrunnlaget i rapporten er hentet fra dokumentstudier, spørreundersøkelser og dybdeintervjuer i kommuner.

Endringer innen helse- og omsorgstjenestene gir kommunene et behov for å lede legetjenesten i en retning som er ønskelig for det kommunale tjenestetilbudet. Erfaringsmessig er dette krevende i mange kommuner.

Et overordnet mål for dette FoU-prosjektet, har derfor vært å kartlegge og analysere i hvilken grad kommunenes handlingsrom for å utøve god ledelse av sin legetjeneste er tilstrekkelig, og hvorvidt kommunene benytter seg av dette handlingsrommet.

Problemstillingene KS ønsket å få belyst, var:

- Hvordan leder kommunene legetjenesten, hvem er legenes administrative leder og hvor i organisasjonen er dette forankret? Hvordan forankres ledelse av legetjenesten inn mot politisk og administrativ ledelse i kommunen?
- Hvilke virkemidler har kommunene tilgjengelig til å lede legetjenesten, og hvordan tar de i bruk dette? Har kommunene tilstrekkelig handlingsrom for å lede legetjenesten i ønsket retning?
- Hvordan ønsker kommunene at ledelsen av legetjenesten skal foregå, og ser kommunene behov for endringer av virkemiddelapparatet for å kunne lede tjenestene i ønsket retning?
- Enkelte kommuner ansetter fastleger på fastlønn. Hva er årsaken til dette, hvilke ledelsesmuligheter/-begrensninger gir dette, og hvilke resultater (positive og negative) oppnår kommunene ved å fastsette, fremfor å bruke fastlegeavtaler?

Kommunal legetjeneste – kan den ledes?

Umiddelbart kan det være fristende å svare nei på spørsmålet om det er mulig å lede legetjenesten, sett i lys av funnene i utvalgs kommunene. I tillegg er det populært å hevde at det er umulig å styre og lede legene. Et slikt svar er imidlertid defensivt og lite proaktivt. Vårt svar er derfor at det er mulig å styre og lede den kommunale legetjenesten, men det handler til en viss grad om at legene selv vil la seg lede.

Samhandlingsreformen har tydeliggjort behovet for et langt tettere samarbeid mellom fastlege, kommune og spesialisthelsetjenesten. Samtidig er oppgavene tillagt fastlegene

i endring, som en konsekvens av nye statlige føringer. Fastlegen får en stadig mer sentral rolle.

Denne undersøkelsen har vist at kommunene i dag leder og styrer legetjenesten i liten grad. Dette skyldes lav bevissthet om hvordan legetjenestene kan styres, og lite tid og ressurser avsatt hos den kommunale ledelsen til denne oppgaven.

Dersom kommunene skal lykkes i å lede den kommunale legetjenesten, må de sørge for at det avsettes tilstrekkelig ressurser til ledelse, og prioritere hva som må gjøres i oppfølgingen av den enkelte lege. I dette arbeidet er utarbeidelse av en plan og strategier for styring og ledelse av legene viktig. Dette bør gjøres i nært samarbeid med legene i kommunen og de formelle samarbeidsorganene SAMU og ALU.

Intervjuene viser at kommunenes forventninger til fastlegeordningen er at det i «per capita-tilskuddet» ligger rammer for fortløpende dialog og samhandling om pasienter, mellom kommunens ansatte og legene. Ansatte i kommunene opplever det som problematisk, dersom legen krever ekstra lønnskompensasjon for denne typen arbeid. Informantene fremhever samtidig at avklaring av hva det er behov for av samarbeidsmøter, dialog og samhandling, i stor grad bestemmes av legen. De informantene som tar opp dette problemet, mener legen har for stor makt i avgjørelsen av disse spørsmålene. Kommunens reelle styring av de næringsdrivende legene på dette området oppleves å være svak.

Kommunene bør systematisk og regelmessig samle inn aktuell styringsdata og informasjon fra fastlegene/fastlegekontorene. Dette vil gi kommunene en oversikt over hvordan den kurative legetjenesten fungerer og utvikler seg i kommunen. Hvilken informasjon som skal rapporteres, bør avgjøres i dialog mellom kommunens ledelse og fastlegene. Samtidig bør rapporteringen gjøres på en måte som ikke medfører mye ekstra arbeid for fastlegene/fastlegekontorene. Dersom departementet sørger for at § 29 i fastlegeforskriften trer i kraft, vil det bli langt enklere for kommunene å få til en tilpasset rapportering av styringsinformasjon. Videre bør KS og Den norske legeforening utarbeide en veileder knyttet til styring og ledelse av legene, inkludert rapportering av styringsinformasjon.

Kommunestørrelse, kommuneledelsens prioriteringer, kommuneoverlegens rolle og funksjon, andel av fastlegene som er næringsdrivende, er særtrekk som har betydning for hvordan ledelsen bør tilpasses og legges opp i de ulike kommunene. Holdninger og innstillinger hos den enkelte fastlege og samarbeidskultur er også av stor betydning. Vår kartlegging viser at det er enklere å få til god ledelse og styring i mindre kommuner med kun fast ansatte leger. Det vil være mer krevende å etablere god ledelse og styring i større bykommuner med hovedsakelig næringsdrivende leger, hvor kommunen ikke har en plan for oppfølging av legetjenesten og ressursene til ledelse av legene er relativt små i forhold til i mindre kommuner.

I dette FoU-prosjektet har intervjuene vist at ledelse og styring av legene forutsetter at kommunene er bevisste på at ledelse er en påvirkningsprosess hvor resultatene skapes i en relasjon mellom leder og medarbeider. Dette forholdet er viktig i all ledelse, og muligens enda viktigere i ledelse av næringsdrivende fastleger. I våre utvalgskommuner kan mye tyde på at styring og ledelse av legene forutsetter at legene selv vil bli ledet.

Departementet bør sørge for at § 29 i fastlegeforskriften, om krav til rapportering av nødvendige data til styrings- og kvalitetsformål, trer i kraft. Dette vil forenkle kommunenes mulighet til å avgjøre hva som må gjøres, og det vil sikre at legene gjør det de skal. En forutsetning er imidlertid at kommunene etablerer et nettverk av mennesker og relasjoner som kan lede og styre fastlegene.

16.6 Vedlegg 6: Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – Ipsos-rapport mai 2018 laget for KS

På oppdrag fra KS har Ipsos i samarbeid med Samfunnsøkonomisk analyse kartlagt omfang, innretning, formål, merkostnader og resultat av kommuners egenfinansiering/subsidieringsløsninger for fastlegeordningen. Kartleggingen ble gjort i april 2018 og er i hovedsak basert på data fra en spørreundersøkelse rettet til alle kommuner. Sammendraget her er basert på rapporten og en presentasjon gitt til arbeidsgruppen 8. februar 2019 av Lena Rathe, en av forfatterne bak rapporten, hvor relevante resultater for Nord-Norge ble fremhevet.

Det var ønskelig at en leder med økonomisk ansvar for fastlegeordningen i den enkelte kommune skulle svare på spørreundersøkelsen på vegne av kommunen. Undersøkelsen er basert på svar om 241 kommuner (57 prosent av alle kommuner). De mest sentrale og mest folkerike kommunene er noe overrepresentert blant respondentene i undersøkelsen, men skjevheten ble ikke vurdert å være stor nok til at det var nødvendig å vekte datamaterialet.

Når det gjelder omfang svarte 68 prosent av respondenter ja på følgende spørsmål: Egenfinansierer/subsidierer din kommune fastlegeordningen utover den ordinære fastlegeordningen (hovedmodellen), dvs. utover basistilskuddet og eventuelle utjamningstilskudd? Blant respondentene fra Nord-Norge, var det 89 prosent som svarte ja på spørsmålet.

Når det gjelder innretning, ble respondentene bedt om å svare på følgende spørsmål: Hvilke typer egenfinansiering/subsidieringsløsninger av fastlegeordningen har din kommune? Her var følgende svaralternativ gitt med mulighet for å krysse av for flere: 1) bruk av fastlønn, 2) gunstige avtaler om leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende, 3) avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell, 4) ekstra lønn eller andre goder til fastleger ved pliktig legevaktjeneste, 5) bonusavtaler, 6) ekstra fridager, 7) bruk av vikarer og vikarbyrå, 8) vet ikke. Det var også mulig å spesifisere annet. Alternativ 1, 2 og 3 ble hyppigst krysset av, henholdsvis av 55, 58 og 57 prosent av respondentene. Respondenter fra Nord-Norge krysset hyppigst av for alternativ 1, 6 og 7, henholdsvis av 67, 55 og 52 prosent av respondentene.

For å undersøke kommunenes formål med egenfinansiering/subsidieringsløsninger ble respondentene bedt om å krysse av for ett eller flere ulike alternativ: 1) rekruttere fastleger, 2) behold fastleger over tid, 3) bedre styring/ledelse av fastlegetjenesten, 4) stimulere til bedre integrasjon av fastlegetjenesten og øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste, 5) bedre dekke andre allmennlegeoppgaver, 6) få leger til å veilede leger under spesialisering, 7) få flere leger til å gå legevakt, 8) tilrettelegge for kompetanseheving, 9) vet ikke. Det var også mulig å spesifisere annet. Alternativ 2, 1 og 5 ble hyppigst krysset av, henholdsvis av 91, 70 og 49 prosent av respondentene.

Respondentene fra Nord-Norge krysset hyppigst av for alternativ 2, 6 og 7, henholdsvis av 100, 55 og 38 prosent.

Blant respondentene som bekreftet at kommunene egenfinansierte/subsidierte fastlegeordningen, var det 74 prosent (både på landsbasis og i Nord-Norge) som svarte at dette innebærer merkostnader for kommunen. Disse merkostnadene er på landsbasis totalt estimert til 387 millioner kroner i 2017 (95 % konfidensintervall: [288 – 466] millioner kroner). For Nord-Norge er merkostnadene totalt estimert til 139 millioner kroner i 2017 (36 prosent av estimerte merkostnader på landsbasis).

Blant respondentene som bekreftet at kommunen egenfinansierte/subsidierte fastlegeordningen, var det 40 prosent som mente dette fungerte meget godt og 47 prosent som mente det fungerte ganske godt. Svarfordelingen var lik på landsbasis og i Nord-Norge.

Rapporten konkluderer med at merkostnadene utgjør en ikke-ubetydelig kostnad for kommunesektoren. Kostnader i denne størrelsesorden må forventes å gi utslag i form av omprioriteringer for andre tjenesteområder i kommuner med en presset økonomi. Resultatene fra kartleggingen tyder på at fastlegeordningens hovedmodell ikke gir tilstrekkelige insentiver for at fastleger lar seg rekruttere og bli over tid.

Det er ikke kommentert i rapporten, men Nord-Norge har med en befolkning som utgjorde 9 prosent av landsbasis, 36 prosent av de totale estimerte merkostnadene for fastlegeordningen i 2017 som er synliggjort i rapporten.

16.7 Vedlegg 7: Fastlegetjenesten i Nord-Norge – sammendrag av NSDMs rapport fra mai 2018

Formålet med denne studien har vært å tegne et bilde av hvordan fastlegetjenesten i Nord-Norge ser ut i kommuner og i regioner med hensyn til bemanning, organisering, driftsformer og avstandsutfordringer, og videre oppsummere krav og forventninger som nye leger har til fastlegejobben. Med bakgrunn i dette, bildet peker vi på rekrutteringsutfordringen som fastlegetjenesten i Nord-Norge står ovenfor, og skisserer mulige tiltak som kan danne grunnlag for en videre diskusjon. Det er Helse Nord RHF som har tatt initiativ til studien. Bakgrunnen er en bekymring for fastlegetjenesten sett i relasjon til en stadig aldrende befolkning, som vil kreve økt tilgang på fastlegetjenester.

Metoder og datamateriale

Rapporten er basert på data fra offentlig statistikk og nettsider, i tillegg til reanalyse av allerede innsamlet data fra andre studier ved NSDM. Ved analyse av data er det benyttet tre ulike typer inndelinger av de 87 kommunene i Nord-Norge: SSBs indeks for sentralitetsnivå, regioninndeling etter regionråd og lokalsykehusområde. Dimensjonering av fastlegetjenesten. Det har i perioden 2010-2017 blitt relativt sett flere fastlegelister å fordele befolkningen på både i Nord-Norge og også i landet som helhet.

Stabilitetsforskjeller og turnover

Data fra de 13 første årene med fastlegeordning (vi har ikke tilgang på data fra de fire siste årene) viser betydelige stabilitetsforskjeller i fastlegetjenesten mellom Nord-Norge og landsgjennomsnittet (1.5.2001-1.5.2013). Mens den mediane lengden på en fastlegeavtale i Nord-Norge var 3,8 år, var den på landsbasis 5,9 år. Varigheten av fastlegeavtaler i Nord-Norge varierte med kommunenes sentralitet, og var kortest i minst sentrale kommuner.

Regionene med kortest median varighet av fastlegeavtaler var Vesterålen, Indre Finnmark og Midt-Troms. Lokalsykehusområdene som hadde lavest varighet av fastlegeavtaler var Vesterålen og Sandnessjøen. Samtidig økte den årlige utskiftningsandelen (turnoverandelen) blant fastleger i Nord-Norge fra 11,4 prosent i 2002 til 12,8 prosent i 2013, og lå på et høyere nivå enn utskiftningsandelen på landsbasis (som økte fra 6,4 prosent i 2002 til 7,3 prosent i 2013).

Eldre fastleger

15,4 prosent av fastlegene i Nord-Norge var 60 år eller eldre per oktober 2017. Dette er en lavere andel enn for hele landet (24 prosent), og variasjonen mellom regionene i Nord-Norge var stor. I Ofoten var andelen hele 45,4 prosent. Ingen andre regioner hadde større andel fastleger 60 år eller eldre enn 21,6 prosent. Vi fant ingen klar sammenheng mellom andelen eldre fastleger og kommunenes sentralitet.

Spesialister i allmennmedisin

48 prosent av fastlegene i Nord-Norge var per oktober 2017 spesialister i allmennmedisin, mot 57 prosent på landsbasis. Forskjellen i spesialistandel mellom kvinner og menn var større i Nord-Norge enn på landsbasis; andelen kvinnelige spesialister i allmennmedisin i Nord-Norge var 37 prosent (50 prosent på landsbasis) og kun 22 prosent i de minst sentrale kommunene. Andelen spesialister i allmennmedisin var høyest i lokalsykehusområdene Rana, fulgt av Mosjøen og Tromsø. I kun fem kommuner, som alle er lite folkerike med en til tre fastleger, var alle fastlegene spesialister i allmennmedisin.

Fastlegenes listelengde

Gjennomsnittlig fastlegelistelengde i Nord-Norge (834 per oktober 2017) var knapt 300 lavere enn landsgjennomsnittet. Mannlige fastleger hadde lengre lister enn kvinnelige fastleger, fastleger 60 år eller eldre hadde i gjennomsnitt lengre lister (909), og gjennomsnittlig listelengde var mye lengre jo mer sentral kommune. Gjennomsnittlig listelengden varierte mellom regionene; lengst i Tromsø- (1 042) og Bodøregionen (999).

Lister uten lege og vikarbruk

Det var vikar på 81 av de 532 listene med fastlege i Nord-Norge per oktober 2017. I tillegg var 26 lister uten fastlege i Nord-Norge, hvorav 11 hadde vikar (data fra MinFastlege). Det vil si at 81 prosent av de nordnorske fastlegelistene var betjent med fastlegen som var innehaver av listen. Data fra NSDMs spørreundersøkelser viser at antall ledige fastlegestillinger i Nord-Norge hadde økt fra 1.1.2015 til 1.1.2017 (fra 32 til 43 ledige stillinger). I 2015 var de fleste ledige stillingene i de minst sentrale kommunene, mens det i 2017 også var ledige stillinger i de mest sentrale kommunene.

Driftsformer

I Nord-Norge, som i landet forøvrig, er privat næringsdrift etter hovedmodellen den mest vanlige driftsformen. Fastlønnsavtaler er mer vanlig i takt med redusert sentralitet for kommunen. Per 1.1.2015 var det ikke noen private næringsdriftsavtaler etter hovedmodellen i Finnmark, Midt-Troms, Vesterålen og Sør-Helgeland. I Helgeland og Indre Finnmark var alle fastlegeavtalene basert på fast lønn. I Tromsøregionen hadde en stor majoritet private næringsdriftsavtaler etter hovedmodellen. I Ofoten, Indre-Helgeland, Bodø/Salten og Sør-Troms hadde også et flertall slike avtaler.

Andre allmennlegeoppgaver

Deltidsstilling for fastlegenes utførelse av andre allmennlegeoppgaver lønnes av kommunen, men registreringen av de at legeårsverk per 10 000 innbyggere til annet allmennlegearbeid steg fra 2,7 årsverk i 2002 til 3,3 årsverk i 2016 i de nordnorske kommunene. Det var vekst i årsverksomfanget i alle sentralitetskategorier, og de minst sentrale kommunene hadde det høyeste årsverksomfanget og også størst variasjon. Det er grunn til å anta at deler av annet allmennlegearbeid i noen grad er uavhengig av

kommunens innbyggertall. Det kan også tenkes at et lavt innbyggertall kan gjøre at annet allmennlegearbeid dimensjoneres opp for å fylle en fastlegestilling. Når behovet for ytterligere rekruttering av fastleger til arbeid i sykehjem i årene som kommer vurderes, er det et poeng å ha i mente honoreringen av denne typen arbeid, som i dag er dårlig sammenlignet med kurativt arbeid.

Legevakt

For å få til levelige vaktordninger for legene og tilgang til legevakt uten for store avstandsutfordringer for kommunens innbyggere, har mange mindre folkerike og usentrale kommuner relativt mange fastleger og tilhørende lister med få listeinnbyggere. Per juni 2016 var det 52 legevakter i Nord-Norge. 63 prosent var kommunale, noe som var en langt høyere andel enn på landsbasis (45 prosent), mens 37 prosent var interkommunale. I de nordnorske kommunene deltok 79 prosent av alle fastleger i legevaktordningen per 1.1.2017, mot 64 prosent på landsbasis. En studie med data fra 2014 viste at andelen kommunale legevakter som hadde leid inn vikar kun for å dekke legevakt, var kun 11 prosent i Nord-Norge mot i 25 prosent i hele landet. Den økonomiske kompensasjonen for legevakt varierer mye mellom legevaktene. Legevakter for små populasjoner kan innebære mye bundet tid med lav kompensasjon for legene.

Avstand og reisetid til sykehus Basert på viten om at pasienter i vertskommunene for sykehus bruker poliklinikk og dagbehandling mer enn andre pasienter, er det desto viktigere å ha på plass en god fastlegetjeneste på steder der det er lang avstand til sykehus. Dette gjelder alle kommunene i Indre Finnmark og Sør-Helgeland (henholdsvis minimum 2 timer og 38 minutter, og 3 timer og 17 minutter reisetid til sykehus). 15 enkeltkommuner spredt over flere regioner har minst 200 minutter (3 timer og 20 minutter) reisetid til nærmeste sykehus.

Legers krav og forventninger til fastlegejobben

De to dominerende hypotesene i forskningslitteraturen om hva som bidrar til å rekruttere leger til arbeid i distrikt handler om det å ha oppveksterfaringer fra distrikt, og det å møte pasienter og lære i distriktsmedisinske settinger. Medisinstudiet ved UiT Norges arktiske universitet (UiT) har vært fremhevet som et unntak i europeisk sammenheng. Studier har vist at UiT-utdannede leger per 2013 bemannet 44 prosent av fastlegestillingene i Nord-Norge, men at disse fastlegene var sterkt sentralisert rundt utdanningsstedet Tromsø. Studier som vi har gjennomgått, har avdekket betydelige kjønnsforskjeller i inntektssystempreferansene blant unge leger, gitt at de skal jobbe som fastleger med fritt valg av inntektssystem. De unge kvinnelige legene har en sterkere preferanse for fast lønn enn de unge mannlige legene, og en relativt liten andel blant de unge kvinnelige legene har preferanse for dagens inntektssystem i privat næringsdrift. Et eksperiment viste at nær 20 prosent av unge leger ville foretrekke en fastlegejobb i distrikt framfor i en by, hvis de kunne sikres arbeidsforhold hvor muligheten til å kontrollere arbeidstiden var *svært god*, mulighet for faglig utvikling var *svært god*, praksisstørrelsen lå på mellom *tre og fem leger* og

inntekten lå på nivå med *gjennomsnittlig lønn blant unge sykehusleger*. Alle de tre første forholdene måtte være til stede for å velge distrikt.

Rekrutteringsbehovet

Under ulike gitte forutsetninger har vi estimert et årlig rekrutteringsbehov på 94 nye fastleger for å betjene eksisterende lister, og i tillegg en ytterligere ikke tallfestet økning på grunn av en større eldreandel i befolkningen, en større andel kvinnelige fastleger og nye leger med andre preferanser som erstatter de eldste legene med lange lister. Videre har vi gjort beregninger som viser hvordan rekrutteringsbehovet øker hvis fastlegens listelengde reduseres. Med henholdsvis 5, 10 og 15 prosent reduksjon i listelengde, er rekrutteringsbehovet beregnet til 15, 31 og 48 nye fastleger, og vil hovedsakelig være i de mellomsentrale kommunene .

Mulige løsninger

Nøkkelen til å redusere rekrutteringsbehovet er å øke stabiliteten blant fastlegene, da det ikke er «forgubbing» men turnover blant yngre leger som er den store utfordringen i fastlegetjenesten i Nord-Norge. Avslutningsvis har vi pekt på fem mulige tiltak som kan danne grunnlag for en videre diskusjon om hvordan rekrutteringsbehov for fastleger i Nord-Norge kan møtes i årene fremover:

- 1) Alternativ organisering av legetjenesten basert på pendling kan være en løsning på sviktende rekruttering og stabilisering, og vi har trukket frem to ulike ordninger hvor fastlegene pendler henholdsvis på dagtid til utekontor, eller pendler i form av Nordsjøturnus.
- 2) Videre har vi trukket frem Nordkappmodellen som en langsiktig modell som fjerner vikarbehov, bygger opp fagkompetanse og innebærer mindre vaktbelastning. Denne studien viser at spesialister i allmenntmedisin er et knapphetsgode, særlig i mindre sentrale kommuner. Nye kompetansekrav gjør spesialisering i allmenntmedisin så å si obligatorisk. Turnustjenesten som rekrutteringskilde for kommunene er endret. Ordningen er nå søknadsbasert. Dette innebærer en mulighet for kommunene, alene eller i samarbeid, til å sikre gode spesialiseringssløp i allmenntmedisin. Helseforetakene har tatt den førende rollen i ansettelsen. De bør sørge for gode og fleksible løsninger for å gjennomføre sykehusåret, som en obligatorisk del av spesialiseringen i allmenntmedisin.
- 3) Et tredje mulig tiltak gjelder mer effektiv koordinering mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten, gjennom at helseforetakene forbedrer sine systemer for utsending av epikrise slik at disse sendes samtidig som pasienten skrives ut, og sparer fastlegen for unødvendig ekstra arbeid med å spore opp informasjon.
- 4) Et fjerde mulig tiltak er å ta grep om helheten i fastlegens arbeid når

arbeidsbelastning vurderes og stillinger utformes. I offentlig statistikk om fastlegeordningen er det bare arbeidet med egen listepopulasjon som synliggjøres. Vi argumenterer for at også annet lege- og legevaktarbeid må legges til grunn som en del av helheten i fastlegearbeidet.

5) Til slutt peker vi på at et utdanningstiltak for å øke rekrutteringen av leger til distrikt vil være å fortsette satsingen med underavdelinger av medisinstudiet ved UiT Norges arktiske universitet lokalisert andre steder enn på campus i Tromsø, for å gi studentene praktisk erfaring fra arbeid på disse stedene.

16.8 Vedlegg 8: Spørreskjema til kommunale helseledere om fastlegetjenesten - undersøkelse om fastleger i Nord-Norge

Fastlegeordningen som ble etablert i 2001 har langt på vei vært en suksess, men trues nå av sviktende rekruttering og lavere stabilitet i stillingene. Dette gjelder landet som helhet, men i enda større grad for kommuner i Nord-Norge. Nasjonalt er det satt i gang flere utredninger om fastlegeordningen, men de historiske erfaringene har lært oss at de særskilte utfordringene i nord ofte må møtes med regionalt tilpassede tiltak.

I forlengelsen av fjorårets rapport (mai 2018) om fastlegeordningen, utarbeidet av Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) på bestilling fra Helse Nord RHF, er det derfor etablert en arbeidsgruppe med mandat å fremme forslag om strategier og tiltak som kan styrke fastlegeordningen i Nord-Norge. Arbeidsgruppen er sammensatt med deltagelse fra fylkesmannen i Nordland, fylkesmannen i Troms og Finnmark, fastleger/kommuneoverleger fra Nord-Norge, KS Nord-Norge, Helse Nord RHF, UNN HF og NSDM. Arbeidsgruppen har som ambisjon å ferdigstille sin rapport innen sommeren 2019, adressert til både nasjonale, regionale og kommunale myndigheter.

Målet med denne spørreundersøkelsen, er både å få en mest mulig oppdatert status for situasjonen i Nord-Norge, og å fange inn relevante vurderinger og innspill tiltak fra kommunale helseledere.

Resultatene benyttes som underlagsmateriale for den rapporten som skal lages. Svarene fra den enkelte kommune vil ikke kunne identifiseres i rapporten.

Eventuelle spørsmål til undersøkelsen eller utfylling av skjemaet, kan rettes til Guri Moen Lajord (mobil 91384527, guri.moen.lajord@unn.no) eller Finn Henry Hansen (mobil 95721825, fhh@helse-nord.no).

Svarfrist er 20. mai 2019.

Takk for hjelpen!

1. Informasjon om deg

Kommunens navn/evt. navn på kommunene som samarbeider om legetjenesten (f.eks. "Senjalegen"):

Skjema utfylt av:

Utfyllers e-post:

Utfyllers mobiltlf.

Utfyllers stilling:

2. 1. Hvor mange fastlegestillinger/-hjemler var besatt i din kommune per 1.1.2019?

a) Antall fastleger med ren privat næringsdrift

b) Antall fastleger med privat næringsdrift og kommunal leieavtale (for lokaler, utstyr og/eller hjelpepersonell)

c) Antall fastleger med fastlønn og bonus (andel av egen inntjening av refusjon og/eller egenandel)

d) Antall fastleger med fast lønn

e) Antall fastleger i kombinasjon med kommuneoverlegestilling

Kommentar:

3. 2. Hvor mange av øvrige legestillinger var besatt i din kommune per 1.1.2019?

a) Antall LIS1

b) Antall kommuneoverleger i hel stilling

c) Antall sykehjemsleger i hel eller deltidsstilling (ikke i kombinasjon med fastlegeavtale)

Kommentar:

4. 3. Om ledige fastlegestillinger/-hjemler

a) Hvor mange fastlegestillinger/-hjemler var ledige per 1.1.2019?

Kommentar:

b) Hvor mange av de ledige fastlegestillingene var dekket av vikar per 1.1.2019?

5. 4. Om vaktbelastning og kompensasjonsordninger

a) Hvor mange av kommunens leger deltar fast i legevakt?

b) Hva er vakthyppigheten for den enkelte lege ved legevakta?

c) Hvilken kompensasjonsordning har kommunen for vaktlegene?

6. 5. Om hjelpepersonell på fastlegekontor

a) Hvor mange av fastlegekontorene i kommunen har følgende typer hjelpepersonell tilgjengelig:

Antall fastlegekontor som har helsesekretær:

Antall fastlegekontor som har bioingeniør:

Antall fastlegekontor som har sykepleier

Antall fastlegekontor som har jordmor

Antall fastlegekontor som har annet* (fysioterapeut, psykolog osv.)

b) Er hjelpepersonellet kommunalt ansatt?

- Ja
- Nei
- Delvis

Kommentar:

7. 6. Om fastlegedekning utfra behov

a) Er det tilstrekkelig antall fastlegehjemler/-stillinger i kommunen, når alle hjemlene er besatt?

- Ja
- Nei
- Usikker

b) Hvis nei, hvor mange nye fastlegehjemler/-stillinger er det behov for?

Kommentar

8. 7. Har din kommune en plan for legetjenesten som inkluderer dimensjonering, rekruttering, utdanning og stabilisering av leger?

a) Kommunen har en plan for legetjenesten

- Ja
- Nei

Hvis ja, hvilken periode gjelder planen for? (Oppgi årstall fra - til)

b) Plan for legetjenesten er under utarbeidelse

- Ja
- Nei

c) Plan for legetjenesten inngår i annet planverk

- Ja
- Nei

Hvis plan inngår i annet planverk, utdyp:

Øvrige kommentarer:

9.

Kompetanseforskriften pålegger kommunen å sikre at fastleger som er tilsatt etter 1. mars 2017, er spesialister i allmenntjenestemedisin eller under slik spesialisering. Spesialistutdanningen for leger ble samtidig lagt om. Den omfatter nå del 1 (som må gjennomføres i LIS1-stillinger) og del 3 (som kan, men ikke må, gjennomføres i tilrettelagte ALIS-stillinger).

8. Om status på antall spesialister i allmenntjenestemedisin

a) Hvor mange av kommunens fastleger er i dag spesialister i allmenntjenestemedisin?

b) Hvor mange av kommunens fastleger er under spesialisering i allmenntjenestemedisin?

c) Hvor mange av kommunes fastleger har ikke gjennomført LIS del 1? (Med unntak av leger p.t. i LIS 1-stilling)

Kommentar:

10.

9. Er det utarbeidet individuell utdanningsplan for fastlegene som er under spesialisering, eller skal i gang med spesialisering i allmenmedisin?

- Ja
- Nei
- Under arbeid

Kommentar:

11. 10. Om læringsarenaer for ALIS

Omleggingen av spesialistutdanningen tildeler kommunen ansvar for å registrere seg som utdanningsvirksomhet, og legge til rette for at fastleger under spesialisering i allmenmedisin (ALIS) kan gjennomføre utdanningsløpet.

a) Har din kommune behov for å inngå samarbeid med helseforetak om gjennomføring av ALIS-løpet?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

b) Dersom det ikke er behov slike behov, antas det at kommunen har tilgang til alternative læringsarenaer som gjør det mulig å oppnå læringsmålene for å bli spesialist i allmenmedisin.

Spesifiser hvilke:

11. Vil din kommune søke om å bli registrert som utdanningsvirksomhet innen 1. juni 2019?

(Jfr. endring gjeldende fra 01.03.2019 i forskrift 1482 «Spesialistforskriften»)

- Ja
- Nei

12. Har, eller vil, din kommune søke om midler til rekruttering og utdanning av fastleger i 2019?

(Jfr. «Spesialistforskriften», og utlysning av rekrutterings- og stabiliseringstilskudd fra Helsedirektoratet med søknadsfrist 15. mai 2019)

- Ja
- Nei

12.

13. Har din kommune søkt om deltakelse i ALIS Nord-prosjektet?

- Ja
- Nei

Hva er begrunnelsen for ikke å søke?

- Har god legedekning
- Mangler veiledningskompetanse
- Har liten tro på at ALIS Nord er løsningen på rekrutterings- og stabiliseringsutfordringene
- For kort søknadsfrist
- Andre grunner for ikke å søke: _____

13. 14. Om eventuelt samarbeid med andre kommuner om legetjenester

Kommunen har etablert samarbeid med andre kommuner om:

- Legevakt
- Kommuneoverlege
- Fastlegearbeid på dagtid
- Leger i kommunal akutt døgnetenhet (KAD) eller andre Intermediære tilbud
- Veiledning av LIS-leger
- Annet type samarbeid (f.eks. smittevern, folkehelsearbeid o.a.):

Hvilke kommuner samarbeider dere eventuelt med:

Kommunen planlegger samarbeid med andre kommuner om:

- Legevakt
- Kommuneoverlege
- Fastlegearbeid på dagtid
- Leger i kommunal akutt døgnetenhet (KAD) eller andre Intermediære tilbud
- Veiledning av LIS-leger
- Annet type samarbeid (f.eks. smittevern, folkehelsearbeid o.a.):

Hvilke kommuner planlegger dere å samarbeide med:

14. 15. Om LIS 1-ordningen

I hvor stor grad opplever kommunen at det er vanskelig å få tilsatt lege i LIS 1-stilling?

- Svært stor grad
- Stor grad
- Verken/eller
- Liten grad
- Svært liten grad

I hvor stor grad opplever kommunen at dagens LIS 1- ordning bidrar til rekruttering til fastlegeyrket?

- Svært stor grad
- Stor grad
- Verken/eller
- Liten grad
- Svært liten grad

Kommentar:

15. 16. Om goodwill/omsetning av fastlegepraksis

a) I hvilken grad er det i din kommune problemer med å omsette private fastlegepraksiser til en pris (goodwill) som er gjensidig akseptabel for både kjøper og selger?

- Stor grad
- Middels grad
- Liten grad
- Vet ikke
- Ikke relevant

b) Har kommunen kjøpt, eller har planer om å kjøpe ledige legelister?

- Ja
- Nei

Kommentar:

16. 17. Hvilke endringer bør gjøres for å forbedre fastlegeordningen?

a) På nasjonalt nivå (finansieringsordninger, normering av listelengde, regulering av legemarkedet, spesialistutdanningen o.l):

b) På helseforetaksnivå:

c) På regionrådsnivå:

d) På kommunalt nivå:

e) Andre kommentarer/råd:

Takk for hjelpen!

Rapport vil bli sendt til kommunens postmottak når arbeidet er ferdigstilt.

16.9 Vedlegg 9: Sammendrag - Recruit & Retain – Making it Work - Den norske case-studien

Den norske case-studien i EU-prosjektet Recruit & Retain – Making it Work har hatt mål om å bidra til: 1) å forbedre rekruttering og stabilitet av fastleger i tre case-kommuner, 2) identifisere vellykkede strategier for rekruttering og stabilisering og 3) formidle disse strategiene til andre liknende kommuner.

Tre kommuner

De tre kommunene som deltok i det norske case-studien, var Meløy i Nordland, Odda i Hordaland og Årdal i Sogn og Fjordane. Disse kommunene ønsket selv å være med i den norske case-studien og meldte aktivt sin interesse for deltakelse. Ved starten av prosjektet hadde kommunene det til felles at de i løpet av de siste tiårene hadde opplevd både nedgang og aldring i befolkningen. De hadde også hatt langvarige problemer med å rekruttere og stabilisere fastleger.

Tre lokale Recruit & Retain prosjekt

Som deltakere i prosjektet, har alle de tre case-kommunene planlagt og gjennomført sitt eget lokale Recruit & Retain prosjekt. De har satt egne prosjektmål og bestemt egne arbeidsmetoder. NSDM har støttet de tre lokale prosjektene med oppdatert og relevant vitenskapelig kunnskap om rekruttering og stabilisering av leger. NSDM har også gjennom den tre år lange prosjektperioden, arrangert to workshops. Målet med disse var å la representanter fra de tre case-kommunene møte andre med relevant erfaringskompetanse for gjensidig inspirasjon, erfaringsutveksling og kunnskapsdeling. I den første workshop'en var alle deltagerne norske. Året etter, var det også internasjonal deltagelse fra Skottland, Sverige og Island.

Medieoppmerksomhet og kommunikasjon

Gjennom hele perioden har NSDM sørget for medieoppmerksomhet rundt prosjektet gjennom sitt kommunikasjonsarbeid, i tillegg til målrettet informasjonsarbeid overfor sentrale nasjonale parter: Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Legeforeningen og KS.

Hovedresultat

Det viktigste resultatene som trekkes fram i alle tre case-kommuner, er at de gjennom deltakelse i Recruit & Retain – Making it Work har vært i stand til å etablere og gjennomføre et lokalt prosjektarbeid som har satt fokus på rekruttering og stabilisering av fastleger, og som har vært forankret, forstått og hatt sterkt støtte på administrativt og politisk toppnivå i kommunen.

Det neste viktige resultatet, oppnådd i alle tre case-kommuner, er at de som del av sitt lokale prosjekt, har evaluert og endret sin lokale fastlegetjeneste. Alle har endt opp med å utvide antallet fastleger for å redusere arbeidsbelastningene på den enkelte lege.

I løpet av prosjektperioden har alle de tre case-kommuner også lyktes med å redusere antall ledige fastlegehemler/-stillinger.

Viktige lærdommer

Den viktigste lærdommen case-kommunene selv rapporterer at de sitter igjen med etter endt prosjektgjennomføring, er at:

1. Prosessen lokalt har vært like viktig som resultatet
2. Det å sikre fleksible arbeidsforhold for fastleger blir stadig viktigere for å beholde dem
3. Det er langt lettere å rekruttere enn å beholde fastleger

Anbefalinger for å oppnå stabilitet

Denne rapporten presenterer til slutt anbefalinger for det kontinuerlige arbeidet med å oppnå et stabilt fastlegekorps, basert på de tre case-kommunene og et rammeverk for arbeid med å rekruttere og stabilisere sentrale fagfolk i rurale områder, utviklet av det internasjonale partnerskapet bak prosjektet Recruit & Retain – Making it Work (*The Making it Work framework for Sustainable Rural Remote Workforce*). Vi tror anbefalingene også kan være gode råd til andre kommuner som sliter med rekruttering og stabilisering av fastleger.