

Gjennomgang av allmennlegetjenesten

Ekspertutvalgets 59 forslag for en bærekraftig allmennlegetjeneste

| # | Organisering |
|-----|---|
| 1. | En eventuell overføring av finansieringsansvaret for fastlegeordningen til kommunene, bør utredes nærmere. |
| 2. | Rammene for hvordan fastlegetjenesten organiseres bør åpne for større grad av handlingsfrihet og tilpasning av tjenesten. |
| 3. | Kommunen bør kunne inngå avtale med fastlegeselskap. |
| 4. | Det bør stilles krav til eiere av fastlegeselskap, og til at hver enkelt lege i selskapet fortsatt skal ha oppfølgings- og behandlingsansvaret for en liste med innbyggere. |
| 5. | Det bør tilrettelegges for at kommunene kan drifte kommunale fastlegekontor etter samme modell som for fastlegeselskap, og hvor listeansvaret formelt ligger til kommunen. |
| 6. | Avtaleverket knyttet til dagens ordning for gruppepraksis bør gjennomgås, for å tydeliggjøre hvilke elementer i dagens avtale mellom fastlege og kommune som i stedet kan inngå i en gruppepraksisavtale. |
| 7. | Fratredende fastleges rett til å selge sin praksis bør reguleres, for å fjerne alle uklarheter rundt når kommunen kan gi innbyggerne i hjemmelen en annen fastlege. |
| 8. | Det bør innføres krav til helprivate allmennlegetjenester om rapportering om virksomheten og aktiviteten til nasjonale registre. |
| 9. | Kveldtakst for e-konsultasjon i fastlegepraksis bør fjernes, og det bør innføres forhåndsbetaling av egenandelen før innsending av tekstlig konsultasjon. |
| 10. | For å tilrettelegge bedre for drøfting og utdyping av henvisninger mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten, mener ekspertutvalget det bør vurderes å endre pasient- og brukerrettighetsloven. |

| # | Finansiering |
|-----|--|
| 11. | Utvalgets flertall anbefaler at basistilskuddets andel av finansieringen økes til 50 prosent. |
| 12. | Utvalgets flertall mener at det bør innføres en kvalitetsjustering av basistilskuddet. At fastlegen er spesialist i allmenntilmedisin, vil være et sentralt element i en kvalitetsjustering. |
| 13. | Det pasienttilpassede basistilskuddet som innføres 1. mai 2023, bør få virke i noen år før man vurderer å gjøre justeringer. |
| 14. | En videreutvikling av det pasienttilpassede basistilskuddet bør rettes mot indikatorer for sykdom, helsetilstand og sosioøkonomisk status på individnivå. |
| 15. | Takstsystemet bør gjennomgås, med henblikk på en forenkling og reduksjon av antall takster. Det kan også vurderes om takstene kan benyttes mer aktivt for å stimulere til ønsket aktivitet og prioritering i tjenestene. |
| 16. | Det bør innføres et midlertidig rekrutteringstilskudd til fastleger i kommuner med særlige rekrutteringsvansker. |
| # | Tverrfaglighet |
| 17. | Det bør legges til rette for at flere helsepersonellgrupper kan jobbe på fastlegekontoret, og at fastlegetjenesten i større grad deler oppgavene med annet helsepersonell i øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste. |
| 18. | Takstsystemet bør legge til rette for økt grad av delegering innenfor fastlegekontor. |
| 19. | Profesjonsnøytrale takster bør innføres og forbeholdes fastlegeselskap og kommunale fastlegekontor med en definert ledelse. |
| 20. | Det bør utarbeides en nasjonal veileder for oppgavedeling innenfor fastlegetjenesten. |
| 21. | Med utvidet mulighet for delegering på fastlegekontoret og innføring av profesjonsnøytrale takster, vil det være nødvendig at det samtidig innføres tiltak for kostnadskontroll. |
| 22. | Det bør følges med på utviklingen for å kartlegge tilsiktede og utilsiktede virkninger av økt delegering og profesjonsnøytrale takster, for å kunne vurdere justeringer i innretningen på finansieringsordningen. |

| # | Fastlegers arbeid med attester |
|-----|---|
| 23. | Det bør lovfestes at egenmelding skal benyttes før sykmelding. |
| 24. | Antall sammenhengende egenmeldingsdager for arbeidstakere bør økes, slik at de tilsvarer arbeids-giverperioden. Kun arbeidsgiver bør kunne kreve legeattest i denne perioden, og skal da også finansiere denne. |
| 25. | Det bør forskriftsfestes hvilke attester fastlegene plikter å skrive. Attester som ikke er forskriftsfestet, skal ikke fastlegene bruke tid på. |
| 26. | Det må være forsikringsbransjens ansvar å sørge for nødvendige undersøkelser og dokumentasjon for tegning av privat helseforsikring. |
| 27. | Henvisninger for privat helseforsikring bør ikke finansieres, verken direkte eller indirekte, med offentlige midler. Fastlegene bør ikke henvise til undersøkelser betalt av privat helseforsikring. |
| 28. | Fraværsattester for grunnskolen, videregående opplæring, universiteter og høyskoler skal ikke utstedes av fastlege. |
| # | Legevakt |
| 29. | Det bør etableres rammer for hvor mye legevaktarbeid fastleger kan pålegges. |
| 30. | Det bør tilrettelegges for økt bruk av andre leger enn fastleger i legevakt, for å bidra til redusert arbeidstid i legevakt for fastleger og økt rekruttering til fastlegeordningen. |
| 31. | Gjennomført LIS1 eller tilsvarende bør være tilstrekkelig for å jobbe selvstendig i legevakt. Dette medfører at de særlige kompetansekravene og kravet om bakvakt for disse legene bortfaller. |
| 32. | Det bør tilrettelegges for bruk av videokonsultasjon ved alle legevaktsentraler og legevakter. |
| 33. | Legevaktsentraler bør sentraliseres. I tillegg bør bemanningen forsterkes med fast tilstedeværende lege, og det bør tilrettelegges for videokonsultasjon. |
| 34. | Det bør opprettes desentraliserte akutttilbud, med støtte fra forsterkede legevaktsentraler som er bemannet med lege og tilrettelagt for videokonsultasjon. |
| 35. | Triagerings- og prioriteringsverktøy i legevaktsentral og legevakt bør gjennomgås og evalueres, og ved behov bør det utvikles/videreutvikles og testes et egnet verktøy. |
| 36. | Lege i legevakt bør ikke måtte være alene i aktiv vakt, men ha tilgang til annet personell ved behov. |
| 37. | Det bør prøves ut drift av legevakt i helseforetakene på natt, der samlokalisering eller nær plassering allerede foreligger. |
| 38. | Det bør gis statlig tilskudd/finansiering av samarbeidsordninger mellom forvaltningsnivå i den prehospitale kjede, for å fremme bedre ressursutnyttelse lokalt. |

| | |
|-----|---|
| 39. | Fastlønn bør benyttes mer for alt legevaktarbeid. |
| 40. | For å kompensere for smådriftsulemper i legevakt, bør gradert tilskudd inngå i kostnadsnøkkel for primærhelsetjenester i inntektssystemet for kommunene. |
| 41. | Finansieringssystemet for legevakt bør gjennomgås for å fjerne hindringer for etablering av interkommunal legevakt. |
| # | Kompetanse |
| 42. | Det bør stilles krav til veiledet praksis (LIS1) etter grunnutdanningen for å praktisere selvstendig som lege i alle deler av helsetjenesten. |
| 43. | Krav om spesialisering i allmenntidmedisin bør begrenses til fastleger og leger i faste stillinger i kommunen. |
| 44. | Antall koblede LIS1-stillinger som pålegges sykehus og kommuner, må økes. |
| 45. | Sykehus og kommuner bør i tillegg få mulighet til å lyse ut egne LIS1-stillinger innenfor egne budsjetter. Det kan vurderes å knytte statlig tilskudd også til disse stillingene, særlig for kommuner med lav legedekning |
| 46. | I dagens situasjon hvor mange leger i påvente av LIS-1 har tilegnet seg betydelig arbeidserfaring, bør det åpnes opp for at arbeidsgiver ved ansettelse i egne opprettede LIS1-stillinger, kan gjøre en vurdering av om rekkefølgekravet skal opprettholdes eller ikke. |
| 47. | Søkere som trekker seg fra kommunedelen av en koblet LIS1-stilling, bør ikke kunne ta en LIS1-stilling i en ny kommune før ved neste ordinære utlysning. |
| 48. | Sykehus og kommuner bør i fellesskap gis ansvar for å vurdere behovet for og opprettelsen av knyttede LIS1-stillinger til videre spesialiseringsløp i allmenntidmedisin. |
| 49. | Kravene knyttet til at veileder må være spesialist i allmenntidmedisin, og til gjennomføring av institusjonstjeneste, bør mykes opp. |
| 50. | Kravet til stillingsprosent ved gjennomføring av to års åpen uselektert allmenntidpraksis bør fjernes. |
| 51. | Det bør opprettes utdanningsstillinger der ALIS er ansatt og jobber på andre legers liste. |
| 52. | Veiledning av medisinstudenter, LIS1 og ALIS bør sidestilles med fastlegens deltakelse i andre allmenntidlege oppgaver. |
| 53. | Det kan legges til rette for økonomisk kompensasjon for faglig oppdatering. Dagens krav om sentral godkjenning av detaljerte etterutdanningsaktiviteter for å kunne opprettholde spesialisttakst kan vurderes avvirket. |
| 54. | Det bør legges til rette for at kommunene kan ivareta sitt ansvar som utdanningsvirksomhet, på tvers av kommunegrensene. |

| # | Digitalisering, innovasjon, forskning og ledelse |
|-----|--|
| 55. | Staten bør ha en førende og tydelig rolle i digitalisering av helsetjenester, i kompaniskap med KS/kommunene og private leverandører. |
| 56. | For at fastlegene lettere skal kunne prioritere sin kapasitet i tråd med pasientenes medisinske behov, anbefales innføring av et digitalt triageringsverktøy for alle fastlegekontor. |
| 57. | Det bør utvikles en statlig nettside, inspirert av den som eksisterer i Nederland, som kan gi helse råd til befolkningen. Det kan vurderes om et slikt lavterskeltilbud bør bygges ut med en døgnåpen allmennmedisinsk tjeneste med chat, telefon- eller videokonsultasjonstjeneste. |
| 58. | Datagrunnlaget for allmennlegetjenesten bør forbedres, både for å styrke planlegging og beredskap, og for raskere å kunne vurdere situasjoner knyttet til mangler ved fastlegeordningen og iverksette treffende tiltak. |
| 59. | Staten bør bidra med stabile, tilstrekkelige og uavhengige finansieringskilder for forskning på allmennlegetjenestene og i allmennmedisin. |