

Partssammensatt gruppe

# Oppfølging etter protokoll av 1.10.2018

01.03.2019

## Innholdsfortegnelse

1. Bakgrunn .....	2
2. Organisering av arbeidet.....	3
3. Pågående prosesser relatert til fastlegen oppgaver .....	4
4. En fastleges arbeidshverdag.....	7
4.1. Innledning .....	7
4.2. En fastleges arbeidshverdag før og nå .....	7
4.3. Utdyping av noen temaer .....	9
5. Data om utvikling i aktivitet (nøkkeltall) .....	15
5.1. Kort oppsummering av aktivitetsdata .....	15
5.2. Data om noen særskilte oppgaver .....	18
6. Oppsummering .....	21
7. Særmerknader.....	23
7.1. Legeforeningens særmerknad .....	23
7.2. Staten/KS/RHF sin særmerknad.....	23

## 1. Bakgrunn

Følgende protokoll ble inngått 1. oktober 2018:

*Protokoll mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Den norske legeforening*

*Forhandlinger mellom staten, KS og de regionale helseforetakene på den ene side og Den norske legeforening på den andre side om revisjon av avtalen om økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og legespesialister med avtalepraksis (Statsavtalen) for perioden 1. juli 2018 - 30. juni 2019 endte uten enighet mellom partene. Staten fastsatte derfor økonomien i fastlegeordningen i tråd med siste tilbud. Dette innebar at per capita-tilskuddet (listetilskuddet) ble økt med 100 mill. kroner som en delvis kompensasjon i form av kostnadsdekning for konkrete myndighetspålegg av varig karakter som ikke tidligere er kompensert. I tillegg ble det lagt inn en inntektsvekst tilsvarende 2,8 pst. i 2018. Listetilskuddet økte således med 35 kroner (7,8 pst.) til 486 kroner*

*Det er viktig at helse- og omsorgstjenesten virker i tråd med LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå). Myndighetstiltak i forbindelse med samhandlingsreformen, som betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter, la til rette for endringer i oppgavedelingen mellom omsorgsnivåene. Dette, samt nye nasjonale faglige retningslinjer, er eksempler på myndighetstiltak som har medført at fastlegene har fått mer arbeid per pasient. Partene viser til økt tidsbruk knyttet til at pasientene har mer sammensatt og komplisert sykdom og til økt volum på pasientrelaterte oppgaver uten at pasienten er tilstede. Slike oppgaver har medført en kostnadsøkning for en gitt listelengde. Partene mener det har skjedd en økning i arbeidstid for den enkelte fastlege.*

*For å beholde dagens fastleger, samt legge til rette for økt rekruttering av fastleger, er partene enige om at det er behov for å kartlegge omfanget av oppgaver av varig karakter som ikke tidligere er kompensert. Partene vil derfor nedsette en partssammensatt arbeidsgruppe for å beskrive hvilke oppgaver dette gjelder. Arbeidet skal ferdigstilles innen 1.3.2019.*

*Med utgangspunkt i dette arbeidet vil regjeringen, basert på samarbeidet mellom partene, vurdere tiltak for å rekruttere flere fastleger og ev. andre tiltak for å redusere arbeidsbelastningen for fastlegene. Dersom denne prosessen også fører til at listelengde reduseres, vil regjeringen tilføre ordningen ressurser.*

*Partene vil se dette arbeidet i sammenheng med evalueringen av fastlegeordningen og arbeidet med å utvikle en handlingsplan for allmennlegetjenesten.*

*Denne protokollen innebærer at Legeforeningen slutter seg til statsavtalen som ble inngått 29. juni 2018.*

For å følge opp protokollen, har partene nedsatt en partssammensatt arbeidsgruppe som har utarbeidet dette dokumentet som sin sluttrapport.

## 2. Organisering av arbeidet

Protokollen angir mandatet for den partssammensatte arbeidsgruppen.

Arbeidsgruppen er satt sammen av representanter fra staten (Helse- og omsorgsdepartementet og Finansdepartementet), KS, de regionale helseforetakene og Den norske legeforening på den andre siden. Helsedirektoratet har bistått i arbeidet.

Det ble i perioden 5. november 2018 til 1. mars 2019 avholdt syv arbeidsgruppemøter i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

Det var enighet om at gruppen skal levere fra seg en felles sluttrapport som produkt av arbeidet, og at det i den vil kunne være markert ulike syn fra partene.

### **Deltakere fra staten, KS, RHF og Helsedirektoratet:**

Avdelingsdirektør Maren Skaset; HOD (leder)  
Seniorrådgiver Pia Braathen Schønfeltd, HOD  
Seniorrådgiver Øystein Sand, HOD  
Seniorrådgiver Atle Gøhtesen, HOD  
Underdirektør Olav Johan Gjestvang, HOD  
Underdirektør Ida Ringdal, FIN  
Førstekonsulent Liv-Kristin Korssjøen, FIN  
Seniorrådgiver Liv Overaae, KS  
Spesialrådgiver Anne Tøndevold, KS  
Fagleder Sigrid Askum, KS  
Fagsjef Gro Vik Knutsen, HSØ-RHF  
Assisterende fagdirektør Kristian Onarheim, HMN-RHF  
Seniorrådgiver Knut Berglund, Hdir

### **Deltakere fra den norske legeforening:**

Styremedlem i Allmennlegeforeningen Torgeir Hoff Skavøy, Dnlf  
Nestleder i Norsk forening for allmenntillegemedisin Ståle Sagabråten, Dnlf  
Forhandlingsøkonom Pål Alm Kruse, Dnlf  
Spesialrådgiver/advokat Espen Slettmyr, Dnlf

Første møte ble avholdt i HOD 5. november 2018. Det ble enighet mellom partene om å holde en bred og åpen tilnærming initialt i arbeidet med den hensikt å sikre et godt utgangspunkt for videre diskusjon i gruppen. Det var enighet om at det kalles inn til jevnlig møter i arbeidsgruppen i perioden frem til 1. mars 2019. Det ble videre besluttet at HOD skal være ansvarlig for dialog mot berørte sektorer og deres tilhørende departement.

Andre arbeidsgruppemøte ble avholdt 28. november i HOD. I dette møtet presenterte HOD innledningsvis en oversikt over pågående prosesser og utredninger på fastlege- og legevaktsfeltet med relevans for oppfølging av protokollen. Det meste av tiden ble brukt på at Legeforeningen orienterte om oppgaver som har økt i omfang inkl. ev. årsaker til økt total arbeidsomfang. HOD/Hdir presenterer en sammenstilling av utvalgte aktivitetstall.

Tredje arbeidsgruppemøte ble avholdt i HOD 12. desember 2018. I dette møtet ble arbeidsgruppen enig om disposisjon til sluttrapport, det ble gitt en kort oppsummering av presentasjoner av aktivitetstall/arbeidsoppgaver fra forrige møte med påfølgende diskusjon rundt fortolkning.

Fjerde møte ble avholdt 16. januar. I forkant av møtet hadde Legeforeningen og HOD spilt inn tekstutkast til rapporten. Formålet med møtet 16.1 var å diskutere tekstinnspillene på et overordnet nivå.

Også det femte møtet avholdt 6. februar, det sjette møtet avholdt 15. februar og det syvende møtet avholdt 26. februar ble brukt til å diskutere sluttrapporten.

### **3. Pågående prosesser relatert til fastlegen oppgaver**

#### Evaluering av fastlegeordningen

Helsedirektoratet fikk i 2018 i oppdrag å anskaffe en evaluering av fastlegeordningen. Evalueringen skal blant annet svare ut utvikling i oppgaver og ansvar oppgaveportefølje og oppgavemengde, og svare ut årsaker til oppgave økning. Evaluering av fastlegeordningen skal leveres 1. september 2019, og forventes å gi kunnskap om status og utfordringer i fastlegeordningen i dag sett fra ulike ståsted.

#### Finansieringsmodeller FLO

Trepartssamarbeidet har nedsatt en partssammensatt arbeidsgruppe, som ledes av Helsedirektoratet på vegne av HOD, med mandat til å utrede alternative finansieringsmodeller for fastlegeordningen. Det forventes at en utredning av fremtidige finansieringsmodeller ser på hvordan ulike finansieringsmodeller vil understøtte endringer i fastlegers oppgaveportefølje og arbeidsdeling med annet personell over tid. Rapporten skal leveres 1. september 2019.

#### Kvalitet og innovasjon i allmennlegetjenesten

Trepartssamarbeidet har blitt enige om at kvalitet og innovasjon bør inngå som et tema i handlingsplanen for allmennlegetjenesten. Det er derfor gitt et oppdrag fra partene om at det skal nedsettes en partssammensatt arbeidsgruppe ledet av Helsedirektoratet som skal beskrive status og utrede aktuelle tiltak innenfor kvalitet og innovasjon. Arbeidet skal være slutført 15. oktober 2019.

#### Allmennleger i spesialisering

Trepartssamarbeidet nedsatte en partssammensatt arbeidsgruppe som skulle utrede alternative modeller for strukturerte utdanningsløp for allmennleger i spesialisering (ALIS), fremskrive et behov for allmennleger ved ulike framtidsscenarioer og utrede hvilke konsekvenser krav om kompetanseøkning har for kommuner og fastleger. Helsedirektoratet fikk i oppdrag å lede arbeidet på vegne av HOD. Rapporten ble levert til HOD 31. oktober 2018.

#### Arbeidsgruppe KS og Legeforeningen

KS og Legeforeningen har i forbindelse med kommunelegeavtalen SFS 2305/protokoll nr. 8 nedsatt en arbeidsgruppe som skal gjennomgå gjennomførte kartlegginger av samlet arbeidstid og arbeidsbelastning for leger i kommunehelsetjenesten, særlig på legevakt.

### Pilotering av primærhelseteam

Primærhelseteam innebærer at helsepersonell skal jobbe tverrfaglig for å gi bedre helse-tjenester til de som trenger det mest. Organiseringen i primærhelseteam er ment å løse flere utfordringer, framfor alt bedre oppfølging av, og flere legetjenester til brukere med store og sammensatte behov. Kjernen i primærhelseteam skal bestå av fastlege, sykepleier og helsesekretær. Teamarbeid rundt pasienten vil endre oppgavedelingen mellom fastlegene og annet personell. Pilotprosjektet startet opp 1. april 2018 og varer i tre år, og evalueres av ekstern evaluator.

### Pilotering av oppfølgingsteam

Oppfølgingsteam er en systematisk måte å arbeide tverrfaglig på, med utgangspunkt i dagens tjenestetilbud og krav om koordinerende enhet, koordinator og arbeid med individuell plan. I piloten skal det prøves ut et nytt elektronisk risikokartleggingsverktøy som kan bidra til en enklere oppsporing av pasienter og brukere med store- og sammensatte helsetjenestebehov og gi disse forsterket oppfølging i samarbeid med kommunal omsorgstjeneste. Piloten startet opp 1. september 2018 og varer i tre år.

### Legevaktspilot

Legevaktspiloten er en ny måte å organisere legevaktsarbeidet på. Sentralt i legevaktspiloten står en forsterket legevaktstasjon og legevaktsentral der lege er tilgjengelig for avklaringer og kan være beslutningsstøtte for annet helsepersonell i de deltakende kommunene som utfører oppdrag for legevakten. Legen kan ved behov være bakvakt for andre leger i distriktet. Pilotprosjektet startet 1. september 2018 og varer i tre år.

### Medisinsk avstandsoppfølging

Avstandsoppfølging er bruk av teknologiske løsninger som gjør at pasienten kan følges opp av helse- og omsorgstjenesten utenfor de tradisjonelle stedene der pasienten møter helsepersonell. Første runde med utprøving av medisinsk avstandsoppfølging ble avsluttet våren 2018. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å gjennomføre en ny utprøving av medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke, der fastlegen er sterkere involvert enn første runde med utprøving. Utprøvingen skal gjennomføres i perioden 2018-2020.

### EPJ-løftet

EPJ-løftet er et pågående utviklingsarbeid som har til hensikt å gjøre EPJ systemene bedre tilpasset dagens krav som hjelpemiddel til effektiv virksomhet ved legekontorene. Dette omfatter blant annet bedre oversikter, rapportering og kommunikasjon.

### E-konsultasjon

Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse fikk i oppdrag å utrede hvordan e-konsultasjon kan tas i bruk i allmennpraksis. Direktoratene skulle se oppdragene i sammenheng og leverte felles rapport til HOD 1. desember 2018.

### Felles journalløsning for kommunal helse- og omsorgssektoren

Direktoratet for e-helse har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet en konseptvalgutredning (KVU) som vurderer mulige konsepter for etablering av en nasjonal

journalløsning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utredningen ble overlevert i juli 2018. Utredningen anbefaler konsept 7, som innebærer at det etableres en nasjonal journal- og samhandlingsløsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Målet er at alle kommuner og selvstendig næringsdrivende avtaleparter til kommunene som fastleger og fysioterapeuter, utenfor Midt-Norge, tar i bruk løsningen. Utredningen har vært til ekstern evaluering, som støtter at konseptalternativ 7 velges. Konseptvalgutredningen og kvalitets-sikringsrapporten er til behandling i Helse- og omsorgsdepartementet.

#### Pasientens legemiddelliste

Pasientens legemiddelliste er en nasjonal oppdatert oversikt over den enkeltes legemiddelbehandling. Formålet med dette er økt kvalitet i pasientbehandlingen og økt pasientsikkerhet ved at helsepersonell gis informasjon om hvilke legemidler deres pasienter faktisk skal benytte, gjennom én felles, nasjonal oversikt. En begrenset utprøving av legemiddellisten planlegges 2020, med plan om nasjonal innføring fra 2022.

#### Dialog RHF - DNLF

Det pågår en dialog mellom Legeforeningen og regionale helseforetak (RHF) om oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og fastleger. Helse Midt Norge RHF holder i dette.

#### Dialog HOD - ASD

Det har vært en økning i legearbeid i forbindelse med sykefravær etter at NAV reformen ble igangsatt. HOD er i dialog med Arbeids og Sosialdepartementet (ASD) om dette temaet.

#### Dialog HOD - KD

Fraværsattestene for elever i videregående skole har ført til målbar økning i antall konsultasjoner hos fastlege for denne aldergruppen. Fraværsattester til elever i videregående skole representerer først og fremst et prioriteringsspørsmål for fastlegene av listeinnbyggere jf. fastlegeforskriftens bestemmelser. HOD er i dialog med Kunnskapsdepartementet (KD) om dette tema.

#### Helseattest for personer over 75 år

Vegdirektoratet og Helsedirektoratet har på oppdrag fra Samferdselsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet utredet ordninger som kan erstatte dagens ordning med krav til helseattest for personer som har fylt 75 år. Arbeidet er ferdigstilt.

#### Nasjonal Helse- og sykehusplan (NHSP)

Samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er et sentralt tema i arbeidet med NHSP. De øvrige tre tema er kompetanse, teknologi og psykisk helse og rus.

## **4. En fastleges arbeidshverdag**

### **4.1. Innledning**

Arbeidsgruppens medlemmer fra Legeforeningen beskriver nedenfor sin forståelse av hvordan en fastleges arbeidshverdag har endret seg over tid. Beskrivelsen gjengitt under tar utgangspunkt i allmennlegenes kunnskap og erfaring. Disse er igjen basert på innspill fra en bredt sammensatt referansegruppe med leger i ulike alder, kjønn, driftsform og praksisprofil, hvor både by og land er representert.

### **4.2. En fastleges arbeidshverdag før og nå**

Fastlegeordningen (FLO) ble innført 1. juni 2001 og anses som en vellykket helsereform. Den førte til høyere grad av kontinuitet i lege-pasientforholdet, bedre tilgjengelighet og mer likeverdige legetjenester i hele landet.

Siden innføringen har det skjedd endringer i samfunnet, befolkningen og helse- og omsorgstjenestene. Disse har fått innvirkninger på fastlegens arbeidshverdag. Endringene er skjedd på flere plan: Endringer i sykdomsforståelse og arbeidsmetoder, endringer i oppgaveportefølje, og endringer i forventninger og krav fra pasienter, samarbeidspartnere og myndigheter. Samlet har det blant annet ført til mer arbeid med hver enkelt pasient i gjennomsnitt.

Reduksjon i arbeidsmengde kan oppnås ved å redusere listelengden. Fastlegens listestørrelse beror på avtale mellom fastlegen og kommunen og skal reguleres i fastlegeavtalen mellom legen og kommunen, jf. fastlegeforskriften § 30 andre ledd. Fastlegens mulighet for reduksjon i listelengden er nærmere regulert i fastlegeforskriften § 35 og rammeavtalene mellom Legeforeningen og KS/Oslo kommune i henholdsvis pkt. 10.7 og pkt. 10.6. Det følger av fastlegeforskriften § 35 andre ledd at krav om reduksjon i listetaket skal meldes til kommunen, og at fristen kommunen har til å gjennomføre listejusteringen, i utgangspunktet er seks måneder, men at det kan avtales en annen frist. Fristen for kommunen på seks måneder er satt for at kommunen skal kunne ha mulighet for å forberede reduksjonen, og eventuelt avtale nødvendig listeplass med andre fastleger.

Foreliggende tall fra Helsedirektoratet viser at det har skjedd en beskjeden reduksjon i gjennomsnittlig listelengde. Årsakene til at listelengden ikke er redusert ytterligere er sammensatte. Det er flere faktorer som kan forklare dette. Reduksjon i listelengde forutsetter ledig kapasitet hos andre fastleger i kommunen, eller at kommunen utvider kapasiteten ved å rekruttere flere fastleger inn i ordningen. Av hensyn til listeinnbyggeren vil det være en fordel om reduksjonen i størst mulig grad skjer ved naturlig frafall, ved at vedkommende strykes fra listen på grunn av flytting, bytte av fastlege, dødsfall mv. På grunn av de økende utfordringene med å rekruttere nye fastleger, opplever mange fastleger at en reduksjon av listelengde i mange tilfeller vil være vanskelig å gjennomføre i praksis. Fastleger som reduserer listelengden for å redusere arbeidsmengden, vil få en tilsvarende reduksjon i basistilskuddet. For å opprettholde inntektsnivået, må fastlegene da øke aktiviteten for å kompensere for tapt basistilskudd, men det vil igjen medføre økt arbeidsmengde. Mange fastleger velger derfor å opprettholde eksisterende listelengde for å unngå et økonomisk tap.



Fastlegene opplever at de har havnet i en utfordrende "spagat" hvor de må forholde seg til økte krav og forventninger fra pasientene, økt samhandling med stadig flere aktører og flere oppgaver med stadig mer avanserte medisinske problemstillinger. Gjennomsnittlig arbeidsmengde per listepasient har økt i omfang, og fastlegene må jobbe mer for å fortsatt kunne oppfylle ansvaret for sine pasienter.

En ønsket utvikling med økt brukermedvirkning har i større grad ført til at legen involverer pasientene i sykdomsforståelse, utredning og behandling. Et økende antall pasienter bruker ulike digitale verktøy til å orientere seg før legekonsultasjoner, og har ofte mange spørsmål og forslag til utredning og behandling. Isolert sett er dette positivt, men det er tidkrevende.

Mulighetene for undersøkelser og behandlinger er større. Fastlegene bruker mer tid på å lære seg nye systemer, rutiner, retningslinjer og hvilke behandlingssteder som kan tilby hva, på hvilken måte og innenfor hvilke rammer.

Forventninger til tilgjengelighet og enkel pasientkontakt har endret seg betydelig på grunn av den teknologiske utviklingen. Elektronisk samhandling, e-konsultasjoner og elektronisk timebestilling er nå en klar forventning fra pasienter.

#### *Fastlegens arbeidsoppgaver i endring*

Hver enkelt konsultasjon har blitt mer tidkrevende å gjennomføre. Konsultasjonen inneholder flere problemstillinger, og krever mer oppfølging enn tidligere. Demografisk utvikling, pasientens økte forventninger, nye retningslinjer, overføring av oppgaver og økt informasjonsflyt til og fra andre aktører, har ført til at arbeidsomfanget i mange konsultasjoner har økt.

I tillegg til at mange konsultasjoner er mer tidkrevende, har også for- og etterarbeidet i de siste årene økt betraktelig i omfang. Ofte blir dette arbeidet gjort på kveldstid og i helger.

Utredninger, avanserte undersøkelser, kartlegginger og behandlinger gjøres nå i større grad av fastlegen. Pasientene hos fastlegen har flere, mer omfattende, mer alvorlige sykdommer enn tidligere, sykdommer som man må vurdere i sammenheng, og ikke isolert ut fra en endiagnosetilnærming, såkalt multisyke. Selve sykdomsforståelsen har også endret seg, fra en typisk reduktiv sykdomsforståelse til en større forståelse av bio-psyko-sosiale faktorerens betydning for sykdom og helse, dvs. at "livet går i kroppen". Hele pasienten må vurderes og behandles. Generalistkompetansen er blitt viktigere, samtidig som innholdet er blitt mer sammensatt. Kunnskapsdybden er større for hver enkelt sykdom, behandlingen som gis er mer avansert og krever mer monitorering.

Siden 2001 har det skjedd en overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til fastlegen, blant annet som følge av samhandlingsreformen. For eksempel er en rekke kreftkontroller overført til fastlegene. Dette krever gode systemer for oppfølging, logistikk, innkalling og vurderinger. Fastlegene gjorde normalt ikke slike kontroller tidligere. Mye av arbeidet må også gjøres utenom konsultasjon, uten pasienten til stede.

Kroniske sykdommer ble i 2001 i større grad behandlet på sykehus. I dag har store sykdomsgrupper innenfor betennelsestilstander i fordøyelsessystemet, hud og i muskel-

skjelett systemet behandling utenfor sykehus. Medisinske fremskritt har gjort det mulig. I tillegg til at disse pasientgruppene krever hyppig og regelmessig kontroller, har endringen krevd betydelig kompetanseøkning hos fastlegene. Stadige endringer gjør at dette er kompetanse som må vedlikeholdes

Det er blitt et økende omfang av det som kalles funksjonelle lidelser. Dette er sykdomstilstander med et vidt spenn. I noen tilfeller invalidiserende, mens andre tilstander kan være mer plagsom enn alvorlig. Utredning og oppfølging av disse tilstandene er krevende, da de ofte er sammensatte, og kan ikke påvises eller utelukkes med enkle tester. Det spesialiserte helsevesenet møter ikke alltid behovene til denne pasientgruppen. Det er en oppgave for fastleger å følge opp disse. Oppgaven tar tid og krever tett oppfølging.

### *Informasjonstilfang*

En av de største endringene på fastlegekontorene i dag er tilgangen på informasjon, og strømmen av informasjon som kommer til fastlegen.

Endringene i kommunikasjonsmulighetene mellom samhandlende aktører fører til at fastlegen i større grad får tilgang til, og er mottaker av, informasjon. I dag er det slik at fastlegen får informasjon fra en rekke aktører på områder hvor man som fastlege ikke er rekvirent eller nødvendigvis en behandlende part. Hva som kreves av fastlegen vet han/hun ikke før han/hun har gått gjennom og lest korrespondansen.

### *Koordinatorrollen*

Fastlegene har siden ordningen ble etablert i 2001 hatt ansvar for medisinsk faglig koordinering for sine listeinnbyggere. Fastlegen som koordinator og kontinuitetsbærer i helsevesenet er et gode for befolkningen. Innbyggerne har en lege å forholde seg, enten man er pasient, pårørende eller samarbeidspartner. I andre sammenhenger har ulike instanser en lege å forholde seg til når man skal hente ut lovpålagte helseopplysning, som skole, barnevern, politi e.l.

Samfunnsendringer med økende krav om dokumentasjon øker også krav om legeerklæringer i mange sammenhenger. Dette arbeidet tilfaller stort sett fastlegene. I kraft av sin koordinatorposisjon brukes det i dag mer tid på ulike former for dokumentasjon som er etterspurt.

Kontinuitet gir trygghet og tillit for pasienten. Det er flere undersøkelser som viser dette. Denne kontinuiteten er en av bærebjelkene i fastlegeordningen. Både for pasient og lege gir dette lege-pasient-forholdet styrke og kvaliteter som tidvis kan være vanskelig å kvantifisere. Fastlegene representerer kontinuiteten gjennom ulike sykdomsforløp for den enkelte pasient. Fastlegens rolle er lik, men oppgavene har blitt flere, og det er flere instanser å forholde seg til. Pasientrettighetene er blitt gradvis styrket, noe som også gjør det nødvendig for fastlegene å ha god kjennskap til ulike regelverk.

### **4.3. Utdyping av noen temaer**

I dette punktet beskrives noen av de større endringene som fastlegene har fått erfare fra innføringen av fastlegeordningen og til i dag.

### **Kreft-etterkontroller**

De siste årene, blant annet som følge av nasjonale handlingsprogrammer for kreft, har en del av kontrollene av kreftpasienter blitt overført fra sykehuspoliklinikkene til fastlegene. Kontrollene krever god tid i selve konsultasjonen. Legene må foreta klinisk undersøkelse, og gjennomføre samtale med pasienten om eventuelle ettervirkninger og psykiske reaksjoner på kreftsykdommen. Kontrollene krever også at legene har satt seg inn i ulike retningslinjer for oppfølging av kreftsykdommer. Fastlegene må være oppdatert på en rekke ulike kreftformer, som tykktarmskreft, brystkreft til hudkreft. Før hver kontroll må fastlegen på forhånd sette seg inn i de siste oppdaterte retningslinjene for å være sikker på at det ikke er gjort endringer i anbefalte undersøkelser, labprøver og radiologiske undersøkelser. Dette er tidsbruk som skjer uten at pasienten er til stede på kontoret. For å unngå at selv konsultasjonen blir for langvarig, bruker legen ofte tid i etterkant på å rekvirere forhåndsprøver og radiologi som skal tas før neste kontroll.

### **Pakkeforløp**

28 pakkeforløp for kreft og 31 diagnoseveiledere for fastlegene ble etablert i 2015. Pakkeforløp for kreft skal gi forutsigbarhet og trygghet for pasientene gjennom bedre pasientforløp ved mistanke om kreft.

Ordningen ble 1.1.19 utvidet til rus og psykiatri.

Helsedirektoratet har laget elektroniske veiledere med beskrivelse av fastlegens oppgaver i forbindelse med pakkeforløp. Fastlegene bruker mye tid på å sette seg inn i de ulike pakkeforløpene slik at utredning og henvisning kvalitetssikres. For sykehusene som skal utrede pasientene videre, er det svært viktig at fastlegene har sendt tilstrekkelig med opplysninger slik at sykehusene ikke må bruke ekstra tid og ressurser på å hente inn nødvendige opplysninger for at utredningen skal kunne foregå innen forventet tid. Fastlegenes oppdatering gjøres uten at pasientene er til stede.

### **Medikamentlister og multidose**

E-resept ble innført for å blant annet å gi sikrere og bedre legemiddelhåndtering, effektivisere legemiddelforskrivning, ekspedering og refusjon, samt å gi bedre pasientsikkerhet. Ordningen har blant annet gitt elektronisk forskrivningsstøtte, redusert muligheten til å forfalske resepter og gitt apotekene en mer effektiv ekspedering av reseptbelagte legemidler.

Fastlegene opplever at e-resept og multidose ennå ikke har gitt noen entydig effektiviseringsgevinst. Fastlegene har fått et redigeringsansvar i den elektroniske legemiddellisten, og selve forskrivningen. Selv om Statens legemiddelverk oppfordrer alle forskrivere til å ta et felles ansvar for å rydde i legemiddellistene ("legemidler i bruk"), faller hovedansvaret for å oppdatere, unngå dobbeltføringer og sletting av utgåtte resepter på fastlegene. Spesielt fører kommunenes økende bruk av multidose til mye ekstraarbeid. Multidose blir oftest brukt hos pasienter med mange sykdommer/tilstander og mange medisiner – kalt multimorbiditet og polyfarmasi. Slike pasienter er også ofte i kontakt med ulike deler av helsevesenet. Det er tidkrevende å sørge for en løpende oppdatering av legemiddellistene – spesielt når fastlegene ofte må forholde seg til fire ulike legemiddellister som skal samstemmes: Hjemmesykepleiens liste fra eget fagsystem (f.eks. Cosdoc), multidoseleverandørens liste, siste

epikrise fra andrelinjetjenesten med legemiddelendringer, og fastlegenes egen elektroniske legemiddelliste. Når endringene i den elektroniske legemiddelliste er gjort, må det sendes PLO-melding til hjemmesykepleien om endringene, og utskrift av notat til apoteket som leverer multidose må sendes via telefaks.

### ***Oppfølging av pasienter med psykiske lidelser***

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser har fått økt tilgang til allmennlege etter at fastlegeordningen ble innført. I samme periode har antall sengeplasser i psykiatriske sykehus gått ned og innleggelsene har blitt kortere. For eksempel skrives pasienter med kronisk schizofreni ofte raskt ut av sykehusene etter akuttinnleggelse, uten at de har noe tilbud om poliklinisk oppfølging over tid. Dette fordi behandlingspotensialet anses som så lavt at de derfor best ivaretas i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Som gruppe er pasienter med psykiske lidelser dårlige etterspørrere etter helsetjenester. Lang tid mellom hver konsultasjon hos fastlegen kan ofte bety forverring og økt symptombelastning, som i verste fall kan ende opp i en akuttinnleggelse. Det er derfor viktig at fastlegen sørger for å ha gode rutiner rundt oppfølgingen av disse pasientene, gjerne i tett samarbeid med psykisk helse i kommunen. Fastlegen må være i tett dialog med psykisk helse gjennom telefonsamtaler, dialogmeldinger og møter for å sørge for at disse pasientene har en best mulig hverdag, herunder oppfølging av medisiner, boforhold og aktivitet.

Medisineren alene krever mer oppfølging enn tidligere, siden det er kommet økt kunnskap om legemidlers ulike nedbrytning i kroppen slik at det hyppigere gjøres måling av medikamentspeil samtidig som nyre og leverfunksjon må følges. Disse pasientene har i tillegg dels som konsekvens av sykdommen og dels som konsekvens av behandlingen, økt hyppighet av somatisk sykdom som overvekt, diabetes og hjerte-karsykdom, som krever oppfølging parallelt om ikke dette skal gå utover deres livskvalitet og forventede levealder.

I tillegg har det vært en stor utvikling i behandlingen av pasienter med depresjon og angst i fastlegenes regi. Blant annet er det kommet til en rekke SSRI (selektiv serotonin reopptaksinhibitor) som skrives ut av fastlegene og følges opp av i førstelinjen.

Mange fastleger har tatt i bruk kognitiv terapi i sin behandling av pasienter med denne typen lidelser. I tillegg kommer ansvaret fastlegene har fått for utredning og behandling av pasienter med ADHD, spesielt voksne med ADHD hvor nå det meste av oppfølgingen er overlatt til fastlegene, inkludert medikamentforskrivning og oppfølging av anbefalte somatiske kontroller.

Med de nye pakkeforløpene for rus og psykiatri som ble innført fra 1.1.2019 legges det opp til at fastlegen vil få enda mer av ansvaret for denne pasientgruppen, både når det gjelder utredning før henvisning og oppfølgingen i etterkant av avklaring i sykehus og poliklinikker i andrelinjetjenesten.

### ***Oppfølging av "risikanter"***

Fastlegen opplever å ha fått en økt arbeidsmengde knyttet til såkalte "risikanter" – personer som ikke er syke, men som er definert å ha risiko for å kunne utvikle fremtidig sykdom og

som derfor bør letes opp og følges opp. Fastlegene opplever også økt pågang fra pasienter som er engstelige for sykdom etter oppslag i media om at "du bør sjekke deg for...".

Nye retningslinjer eller anbefalinger kan endre grensen for intervensjon, enten i form av undersøkelse eller behandling. Eksempler på dette er den nye retningslinjen for svangerskapsdiabetes, hvor 70% av alle gravide må gjennom en glukosebelastningstest. Testen er tidkrevende og tar minimum to timer. Endringen gir betydelig mer arbeid for fastlegene. Tilsvarende økt belastning ser vi også når intervensjonsgrenser senkes for primærprofylakse, for eksempel når man skal ha blodtrykksmedisiner eller kolesterolsenkende medisiner. En liten endring i anbefaling, gir mange flere risikanter som skal oppdages og følges opp.

Fastlegene bruker mye tid på å berolige og forklare hvorfor ikke alltid mer diagnostikk og behandling er bedre. Det er viktig at de som henvender seg med slike spørsmål, føler at de blir tatt på alvor og får en skikkelig forklaring og gis et godt grunnlag for å gjennomføre, eller avstå fra å ta en test som kan si noe om fremtidig risiko.

### ***Ressursbesparende samhandling***

Liggetiden på sykehus blir stadig kortere. Fastlegen følger i økende grad opp utredning som ikke er blitt slutført under innleggelsen. Ofte er dette hensiktsmessig for både pasient og sykehus, for eksempel at en pasient som ikke lenger trenger sykehusinnleggelse kan sendes hjem i påvente av nye prøver eller undersøkelser som kan foregå poliklinisk eller overlates til fastlegen.

Dette lar seg kanskje best illustrere med en nokså typisk pasienthistorie:

Kristian (75) kontaktet fastlegen sin med ønske om en undersøkelse sammen dag på grunn av nyoppstått, unormal tungpustethet selv ved lettere fysiske anstrengelser de siste par ukene. Undersøkelsen og laboratorieprøver ga mistanke om blodpropp i lungene. Han ble samme dag innlagt på lokalsykehuset hvor videre undersøkelser med CT-bilder av lungene bekreftet diagnosen lungeembolisme. Blodprøvene og røntgenbildene ga ikke mistanke om annen sykdom. Det ble startet behandling med blodfortynnende medikamenter og allerede neste dag ble pasienten planlagt sendt hjem fra en overfylt indremedisinsk avdeling. Men før avreise, ringer overlegen fastlegen og forteller at de er nødt til å skrive pasienten ut til helgen før de er helt ferdige med den lille utredningen som alltid gjøres i slike tilfeller: Dette gjøres for å avdekke eventuelt bakenforliggende kreftsykdom når pasienter i denne alderen brått får en blodpropp uten kjent disponerende årsak. Overlegen har en liste med alle fastlegenes direktenummer som praksiskonsulentene på sykehuset har skaffet til veie ved behov for telefonkonferanse. Overlegen spør fastlegen om han har et par minutter og selv om han er forsinket og sitter midt i en konsultasjon, sier han "ja", nikker unnskyldende til pasienten og forlater kontoret for å kunne snakke uten at noen hører. Fastlegen vet at selv om disse samtaler ikke honoreres slik som når for eksempel hjemmesykepleien ringer for å rådføre seg, er de viktige for vellykkede pasientforløp og blir derfor prioritert. Overlegen oppsummerer utredning og funn. Hun ber om at fastlegen slutfører malignitetsutredningen med et sett avføringsprøver som de ikke har tid til å vente på. Pasienten skal få med seg en foreløpig epikrise, men overlegen regner med at den endelige epikrisen foreligger elektronisk innen pasienten dukker opp til timen de avtaler rett over helgen.

To dager senere kommer pasienten til avtalt time. Han føler seg bedre og når han hører at blodprøvene fastlegen har tatt, viser fall i CRP er han fornøyd. Han får med seg utstyr til å ta prøve av avføringen til analyser for å fange opp ørsmå mengder blod som tegn på at det foreligger en blødende svulst i tarmkanalen. Pasienten mener han skal kunne klare å levere de tre prøvene fra ulike dager til laboratoriet tre dager senere. Han holder ord, men får ikke levert prøvene før oppunder stengetid tre dager senere og analysen foreligger først dagen etter. Fastlegen veksler noen ord med pasienten på venterommet når han avleverer prøvene og lover å ringe ham neste dag så snart prøvene er klare. Fastlegen synes ikke han kan skrive noe regningskort for den lille praten siden han ikke kan gi noe svar på prøvene. Så fort labben åpner neste dag får han svarene: Alle tre prøvene er positive, noe som gir mistanke om svulst. Fastlegen ringer pasienten og forteller om funnene - og at det derfor må henvises til en kikkertundersøkelse av tarmen, en coloskopi. Pasienten lurte på om det kan være noe skummelt som ligger bak og fastlegen må bruke litt tid på så skånsomt som mulig forklare at det kan være mange årsaker til blod i avføringen, men at en svulst er en mulighet og at den kan være ondartet. Fastlegen forteller at det i slike tilfeller hvor en kreftsvulst kan være en mulighet, kan henvises til noe som heter "pakkeforløp" – noe som innebærer at det vil bli kort ventetid før han vil få denne undersøkelsen. Pasienten takker for informasjonen og hjelpen så langt. Fastlegen ser på klokken og merker seg at telefonsamtalen har tatt nesten 10 minutter når han legger på røret. Fastlegen vil at sykehuset skal få henvisningen til vurdering samme formiddag og setter seg ned og åpner henvisningsmalen "den gode henvisning". Fastlegen tenker han vil bruke bare drøyt fem minutter på å skrive henvisningen, men er ikke helt sikker på hvilke ting som skal være med i henvisningsteksten for akkurat dette pakkeforløpet og må gjøre oppslag i på Helsedirektoratets nettsider for å kvalitetssikre henvisningen. Brått har det gått nesten 10 minutter før han får sendt henvisningen.

### **Drift**

Siden 2001 og frem til i dag har drift av legekontor endret seg. Det er færre solopraksiser. Praksiser lokaliserer oftere i moderne næringslokaler og utarbeides universelt for at alle pasienter skal kunne benytte seg av det legekantoret man måtte ønske. Kontorene er blitt noe større og mange har en infrastruktur med høyere kvalitet enn tidligere. Endringer i regelverk har også lagt føringer for driften av legekantoret. Mange av endringene gjelder ikke bare for fastleger, men generelt for næringsdrivende.

- Legesentrene har høyere krav til generell drift og sikkerhet i lokalene. Brannforskrifter, evakueringsplaner, internkontrollsystemer, bedriftshelsetjeneste, elektrisitetssikkerhet e.l.
- Helsepersonelloven, Norm for informasjonssikkerhet og personopplysningsloven legger strenge krav til informasjonssikkerhet og gode systemer for behandling og oppbevaring av helseopplysninger og andre personopplysninger.
- Krav til internkontrollsystem og drift av eget selskap er skjerpet. Krav til HMS-systemer, bedriftshelsetjeneste, organisering og ivaretagelse av egne ansatte krever mer i dag enn det gjorde i 2001.
- Fastlegeforskriften med krav om tilgjengelighet på telefon og elektronisk timebestilling har ført til økte forventninger og forpliktelser.
- Økte investeringskostnader i medisinskteknisk utstyr, IKT-utstyr, digital infrastruktur, programvare mv.

Økt digitalisering har også medført endringer i driften av legekantoret. I 2001 hadde fastlegene hjelpepersonell som kunne gjøre en del arbeidsoppgaver som legen kvalitetssikret og signerte. Henvendelser ble håndtert i resepsjon og bare de oppgavene som legen faktisk måtte ta hånd om, tok legen del i. Med økt digitalisering har dette endret seg. De fleste oppgaver og digitale forsendelser skal signeres digitalt, og må håndteres av fastlegen selv. Eksempler er elektroniske reseptbestillinger, henvendelser fra hjemmesykepleie som ønsker legetime for en pasient, henvendelse fra NAV som ønsker møte eller endringer møteinnkalling. Mange av henvendelsene er av ren administrativ art.

## 5. Data om utvikling i aktivitet (nøkkeltall)

Helsedirektoratet fikk i et oppdrag fra HOD om å bistå partene/arbeidsgruppen i å innhente aktivitetsdata fra HELFO, SSB, fastlegestatistikken og SAMDATA. Aktivitetsdata ble levert HOD 26. november og presentert for arbeidsgruppen i møte den 28. november 2018.

### 5.1. Kort oppsummering av aktivitetsdata

Fra 2010 til 2017 ser vi følgende trender:

Det har vært vekst i antall konsultasjoner hos fastlegen per innbygger (4,5 %), men reduksjon i antall konsultasjoner per fastlege (2 %). Det har vært en økning i antall takster per konsultasjon (18 %), og fastlegens bruk av tidstakst og prosedyretakster har økt.

Fastlegene kommuniserer stadig mer med annet helsepersonell/omsorgstjenester (46 %), men på en mer effektiv måte ved bruk av dialogmeldinger. Fastlegene har hyppigere kontakt med listeinnbyggerne i form av enkle kontakter (25 %).

Fastleger utfører mindre annet allmennlegearbeid. Det er flere fast ansatte allmennleger i kommunen nå enn tidligere som ivaretar allmenntedisinske oppgaver.

Fastlegene har hatt en økning i oppgaver for NAV.

Tidligere utskrivning fra sykehus og mer bruk av heldøgnsomsorg i egen bolig øker behovet for fastlegetjenester hos hjemmeboende eldre.

Økt aktivitet i sykehus, spesielt i poliklinikk, øker antall prøvesvar og epikriser som må følges opp av fastlege. Det er økt bruk av ØHD-senger i kommunene.

Fastlegene har fått endrede oppgaver i forhold til førerkortattest, som følge av endringer i regelverket for førerkort. Flere elever i videregående skole trenger attest for å begrunne fravær for å få vitnemål. Det siste vises ved økt bruk av lege blant unge mellom 16 og 19 år.

#### Relevant aktivitetsdata er presentert nedenfor

Tall fra Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) viser vekst i antall konsultasjoner per innbygger fra 2010 til 2017 på 4,5 prosent. Samtidig har fastlegenes listelengde hatt en gjennomsnittlig reduksjon på 6 prosent, og en reduksjon i antall konsultasjoner per fastlege i perioden på 2 prosent.

Gruppe	Antall takster i tusen 2010	Antall takster i tusen 2017	Prosentvis vekst
Enkle kontakter	10 563	14 890	41,0
Konsultasjoner	12 782	14 416	12,8
Sykebesøk	88	89	1,8
<b>Totalt</b>	<b>23 432</b>	<b>29 396</b>	<b>25,4</b>

Fastlegene har total 25 prosent økning i bruk av pasientkontakttakster, som tilsier at de har hyppigere kontakt med pasientene enn tidligere.



Tallene fra takstbruk viser at fastlegene kommuniserer mer (46 prosent økning) med den kommunale helse- og omsorgstjenesten, men på en mer effektiv måte ved bruk av elektroniske dialogmeldinger.

	2010	2017	% endring
Takst 1f	1 100 000	1 700 000	46%

Det har i perioden 2010 til 2017 vært en økning i antall tids- og prosedyretakster på omtrent 18 prosent.

Tabell: Viser bruk av konsultasjonstakst og tilleggstakster

Type kontaktform/takst	Antall takster i tusen 2010	Antall takster i tusen 2017
Totalt antall konsultasjoner	12781	14416
Tidstakst 2cd	4272	5668
Andre tilleggstakster <sup>1</sup>	229	357
<b>Antall takster totalt</b>	<b>17283</b>	<b>20441</b>
Prosent vekst 2010-2017		<b>18,3</b>

Tall fra SSB viser at fastlegen utfører mindre allmennlegeoppgaver på vegne av kommunene nå enn tidligere. Dette støttes også av funn i tidsbruksundersøkelsen til Helsedirektoratet, referert innledningsvis. Det har vært en vekst i antall årsverk i allmennlegetjenesten på oppunder **23 prosent**. Veksten har vært sterkest i de øvrige delene av det kommunale legearbeidet, dvs. i legetjeneste ved institusjoner for eldre og funksjonshemmede, i skolehelse- og helsestasjonstjeneste og i annet forebyggende arbeid. Når om lag 120 årsverk fra ØHD også regnes med her, har veksten fra 2010 til 2017 i de øvrige allmennlegeoppgavene vært på nesten **39 prosent**.

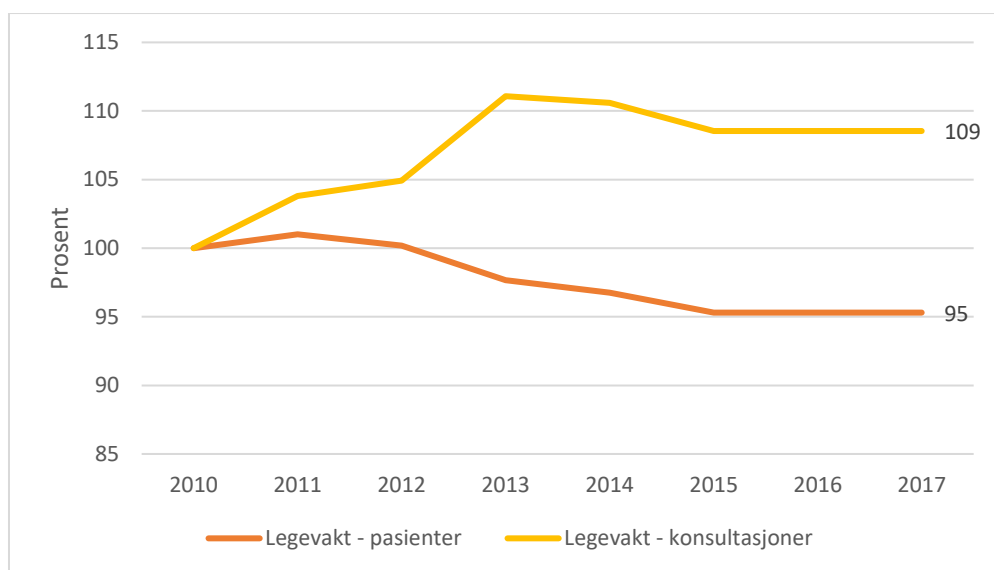
Tabell: viser endring i listelengde og endring i legeårsverk og fastlegeavtaler.

	2010	2017	Prosent endring 2010-2017
Listelengde per fastlege	1178	1106	-6,1%
Antall fastlegeavtaler	4129	4760	<b>15,3%</b>
Antall avtalte årsverk allmennlegetjenesten	4746	5823	22,7%
Antall avtalte årsverk diagnose behandling	3898	4647	<b>19,2%</b>
Antall avtalte årsverk annet, forebygging, institusjoner	848	1176	38,7%

På legevaktsiden har det fra 2011 til 2017 vært en økning på 9 prosent i konsultasjonsrate i legevakt, men en nedgang på 5 prosent i pasientraten i samme periode. Det er spesielt de over 80 år som bruker legevakten mer nå enn tidligere.

<sup>1</sup> Bidraget fra andre typer tillegg har gitt såpass små utslag at de ikke er spesifisert enkeltvis i tabell, bare samlet. For øvrig er det enkelte takster som holdes utenfor beregningene, først og fremst de som har med legens kompetanse å gjøre (videre- eller etterutdanning, samt doktorgrad) og som ikke kan tenkes å ha betydning for arbeidsmengden ved konsultasjonene.

Tabell: Prosent endring i pasient- og konsultasjonsrater i legevakt 2010-2017 (korrigert for befolkningsendringer). (100 prosent: 2010)



Statistikk fra SAMDATA viser tidligere utskrivning fra sykehus, og mer bruk av heldøgns omsorg i egen bolig i kommunene. Dette er en utvikling som fører til økt behov for fastlegjetjenester hos hjemmeboende eldre.

Tabell: Endringer omsorgstjenester i kommunene.

	Antall brukere 2017	Prosentvis endring 2013-2017
<b>I alt</b>	<b>282 302</b>	<b>4,0</b>
Bare praktisk bistand	35 489	-13,4
Bare helsetjenester i hjemmet	90 924	21,2
Både praktisk bistand og hjemmetjenester i hjemmet	63 107	-1,1
Tidsavgrenset opphold i institusjon	9359	3,1
Langtidsopphold i institusjon	32 733	-3,6
Andre tjenester til hjemmeboende	50 690	4,5
	Antall plasser	
Helse og omsorgsinstitusjoner <sup>2</sup>	40 401	-2,5

Omlegging av drift fra døgn til dagbehandling/poliklinikk i spesialisthelsetjenesten og samtidig økt aktivitet for både dag, poliklinikk og døgn i sykehus gir flere epikriser og prøvesvar som fastlegene må forholde seg til. Det var i perioden 2011 til 2017 omtrent 20 prosent økning i antall polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten.

<sup>2</sup> Langtids og tidsbegrensa plasser i sykehjem og aldershjem. Ikke inkludert omsorgsbustad og andre typer bustader

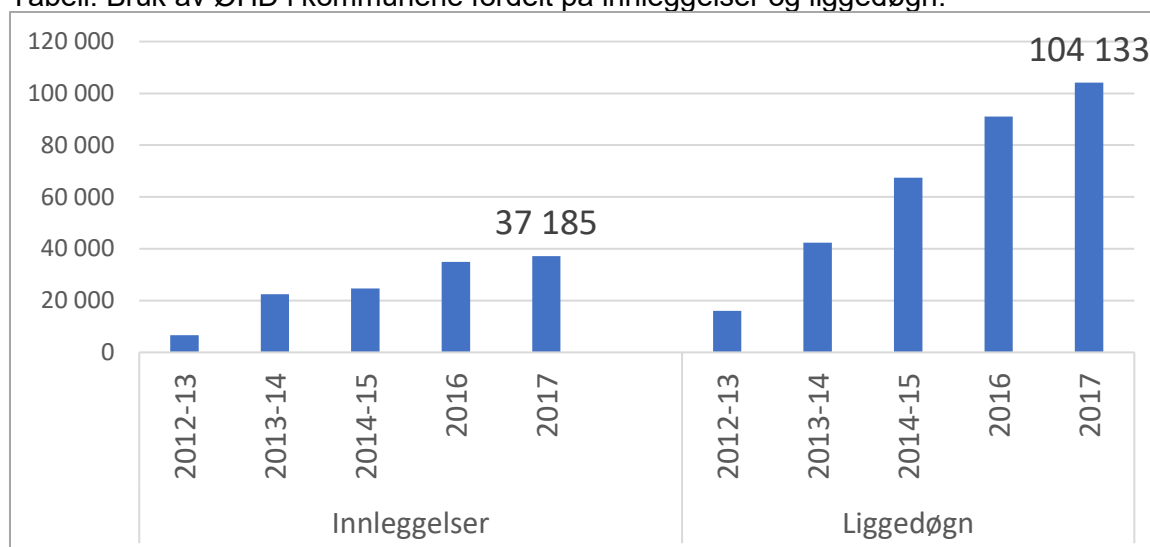
Tall fra Norsk pasientreiser viser at fastlegene skriver 25 prosent av alle rekvisisjoner for pasientreiser, og at det har vært en økning i dette på 28 prosent siden 2011. Fastlegene utstedte over 1 millioner reiserekvisisjoner i 2017.

#### Endring i reiserekvisisjoner fra fastlege, pasientreiser 2011-2017

Årstall	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Summer av RekNr. (distinkt antall) dvs aktivitet målt i antall rekvisisjoner							
Fra fastlege	793219	853155	921717	953394	981810	1009771	1012593
<b>Prosentvis endring</b>		<b>8</b>	<b>16</b>	<b>20</b>	<b>24</b>	<b>27</b>	<b>28%</b>

Statistikken viser økt bruk av ØHD tilbudet i kommunene og at mer enn halvparten (53 prosent) av pasientene i ØHD-senger er over 80 år. 6 av 10 blir henvist fra legevakt og 3 av 10 fra fastlege. To tredjedeler av pasientene skrives ut til hjemmet, mens 15 prosent henvises videre til sykehus. Tallene viser at 87% av pasientene innlegges fra hjemmet og 65% skrives ut fra ØHD til hjemmet.

Tabell. Bruk av ØHD i kommunene fordelt på innleggelser og liggedøgn.



## 5.2. Data om noen særskilte oppgaver

### NAV

Tall fra HELFO viser at fastlegene har hatt en økning i oppgaver på vegne av NAV. Spesielt viser tallene økning i forhold til erklæringer/oppfølging av sykemeldte og dialogmøter i perioden 2010 til 2017. Sum refusjon har imidlertid økt mer enn antallet takster som utløses.

Tabell: Endring i fastlegers L-takstbruk(NAV)

Periode	Vekst	Prosentvis vekst	Årlig gj.snitt.
2010-2017	541 837	17,0 %	2,4 %
2014-2017	423 085	12,8 %	4,3 %

Takst		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	%
L1	Sum refusjon	37 033	39 370	41 136	42 023	43 531	47 108	49 901	53 642	44
	Antall takster	141	470	833	728	069	309	815	070	16
		2 556 853	2 624 698	2 659 782	2 626 483	2 642 243	2 771 077	2 855 730	2 980 119	
L4	Sum refusjon	20 188	17 747	21 080	22 800	24 839	26 490	28 258	33 067	63
	Antall takster	336	759	261	294	894	789	664	010	36
		326 294	275 781	317 464	333 010	355 269	370 637	387 430	444 023	
L8	Sum refusjon	2 026 110	2 439 434	2 733 458	3 715 514	4 222 051	5 625 204	7 337 504	9 608 254	374
	Antall takster	16 721	19 362	21 124	27 944	30 959	40 156	51 154	65 141	289
L35a	Sum refusjon		33 594	1 042 180	2 135 166	2 534 472	2 757 152	3 005 372	3 183 182	200*
	Antall takster		33	1 010	2 057	2 407	2 555	2 743	2 831	180*
L35ad	Sum refusjon		19 380	965 904	1 791 017	2 123 109	2 438 341	2 866 359	3 469 906	250*
	Antall takster		17	838	1 537	1 779	1 973	2 253	2 629	213*
L36	Sum refusjon	4 616 121	5 460 043	6 754 339	5 852 244	5 117 650	5 027 192	4 620 184	4 618 848	0
	Antall takster	9 069	10 727	13 161	11 276	9 732	9 318	8 437	8 218	-10
L36d	Sum refusjon	595 280	3 554 230	6 270 818	6 793 919	6 510 676	6 795 033	7 097 135	7 136 470	50
	Antall takster	1 063	6 274	10 910	11 649	10 916	10 985	11 161	10 820	72
L40	Sum refusjon	94 622	100183	97 923	112780	114038	111867	113787	114994	21
	Antall takster	480	019	306	602	358	584	532	716	0
		154 440	157 033	149 370	167 022	164 670	157 524	156 443	154 005	

L1 sykemelding

L4 Utdypende opplysninger 7,17,39 uker

L8 Tilleggsopplysninger eller søknad om unntak for arbeidsgiveransvar

L40 Legeerklæring ved arbeidsuførhet

L36 Deltagelse i dialogmøte

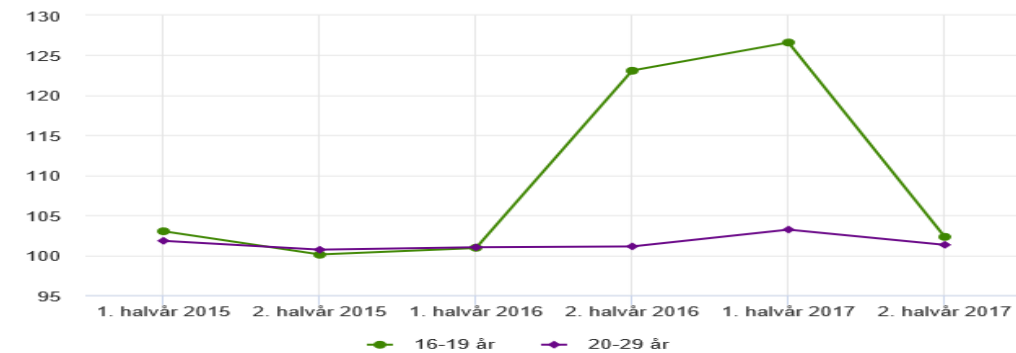
L35a Dialogmøte avlyst

L36d Deltagelse i dialogmøte spesialist

L35ad Dialogmøte avlyst

### Attest fravær i videregående skole

Tall fra SAMDATA viser at det fra 2015 til 2017 var en oppgang i bruk av lege blant de unge mellom 16 og 19 år. Det siste årets økning var på oppunder 15 prosent vekst i antall konsultasjoner per person når hele skoleåret ses under ett.



Kilde: Allmennelegetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

### Attest AMS

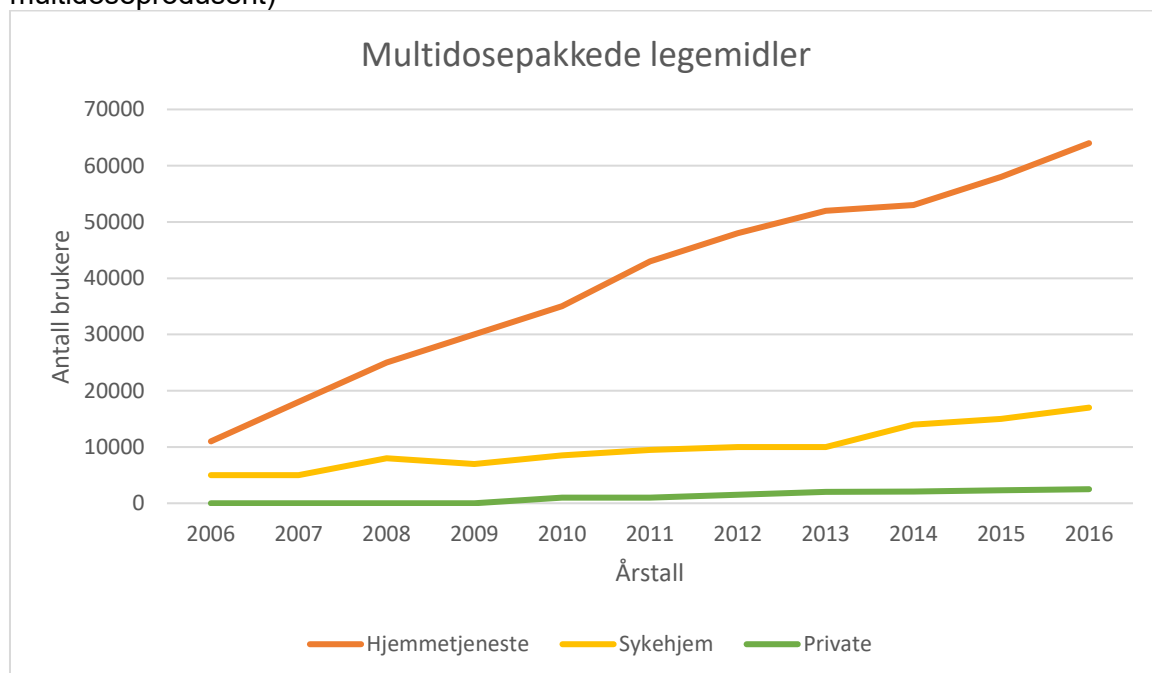
Tall fra NVE viser at omtrent 4800 brukere (0,23 prosent av målepunktene) har fått fritak med legeattest.

### Fører kortforskrift

Fører kortforskriften ble endret 1. oktober 2016. Endringen innebar at det ble fastsatt tydeligere kriterier for vurdering av helsekravene. Antall attester per år er ikke påvirket av dette, men endringen førte til at antall dispensasjonssaker til fylkesmannen ble redusert til mellom 5 og 10 % av tidligere nivå. Kravet til attestarbeidet er ikke endret. Førerkortattester er underlagt fri prissetting. Fastlegene tar et honorar for arbeidet fra pasienten.

### Multidosepakninger legemidler

Økning i andel pasienter som får multidose, spesielt i hjemmetjenesten, men også sykehjem. Figur: Antall pasienter som mottar multidosepakkede legemidler (innhentet fra multidoseprodusent)



## 6. Oppsummering

Partene er enige om at den brede og åpne prosessen man valgte, med å beskrive en fastleges arbeidshverdag, har vært svært nyttig for arbeidet i gruppen. Den har gitt partene bedre grunnlag for å forstå ulike sider av utfordringsbildet og innsikt i hvordan fastlegenes arbeidsdag har endret seg over tid.

Beskrivelsene viser et komplekst bilde, som ikke er et resultat av at enkeltoppgaver har endret seg på et gitt tidspunkt. Snarere er det summen av mange ulike faktorer som gradvis har økt fastlegenes arbeidsbelastning. Etter å ha forsøkt å besvare mandatet fullt ut, har partene sammen kommet frem til at det ville være en svært vanskelig oppgave. Det er vanskelig å peke på enkeltoppgaver og dernest vurdere i hvilken grad disse er helt, delvis eller ikke kompensert. Hvilke oppgaver som er finansiert, og i hvilken grad, er blant annet avhengig av at partene har lik fortolkning av gjeldende finansieringssystem.

Videre er partene enige om at et forsøk på å besvare mandatet fullt ut, vil ha en mer begrenset verdi. Formålet med trepartssamarbeidet er å bidra til å forbedre og modernisere fastlegeordningen. Et viktig mål for arbeidet er å legge til rette for at leger ønsker å gå inn i fastlegeordningen, at de etablerte fastlegene ønsker å bli, og at innbyggerne får et faglig godt og moderne tjenestetilbud. Hvis man skal oppnå dette, mener partene at det er viktig å ha med seg det komplekse utfordringsbildet. Dette samlede utfordringsbildet må løses med tiltak på kort og lang sikt gjennom et helhetlig arbeid for å forbedre og modernisere fastlegeordningen. Dette arbeidet er i gang. Trepartssamarbeidet er reetablert. Partene har igangsatt flere viktige utredninger. En større evaluering av ordningen ferdigstilles 1.9.19. Regjeringen vil legge frem en handlingsplan for allmennlegetjenesten våren 2020.

I lys av de økende utfordringene med rekruttering i fastlegeordningen de senere årene, er det behov for tiltak både for å rekruttere og stabilisere, blant annet for å skape en lavere terskel for å gå inn i fastlegeordningen. Å tilrettelegge for spesialistutdanning og økt trygghet for de nyutdannede er tiltak som viser effekt. ALIS Vest og Nord er eksempler på slike tiltak, som allerede er igangsatt med tilskudd fra HOD. Partene viser også til at HOD yter tilskudd til kommuner for å rekruttere flere fastleger, herunder etableringstilskudd til leger som går inn i 0-listen. Tilskuddet dekker også stabiliseringstiltak. I 2019 er det satt av 64 millioner kroner til formålet.

Det er viktig å se på arbeidsdelingen mellom fastleger og annet personell, slik at knappe ressurser brukes best mulig i årene fremover. Det vises til dialogen mellom Legeforeningen, KS og RHF om arbeidsdelingen mellom fastleger og sykehusleger og arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan, der samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten er et sentralt tema. Videre kan tilrettelegging for nye og mer effektive arbeidsformer være aktuelt, blant annet ved digitalisering. I tillegg må det vurderes om det er behov for eller ønskelig å endre finansieringsmodellen som et ledd i å forbedre og modernisere fastlegeordningen. Partene viser her til pågående partsarbeid knyttet til finansieringsmodellen for fastlegeordningen.

Partene er enige om at beskrivelsen av fastlegenes hverdag og de fakta som for øvrig er beskrevet i rapporten, herunder Helsedirektoratets tidsbruksundersøkelse, viser at fast-

legenes arbeidstid har økt. Nøyaktig omfang er ikke mulig å fastslå, blant annet på grunn av stor variasjon innad i gruppen. Gjennomsnittlig listelengde har de siste årene gått litt ned. Det er videre en reduksjon i antall konsultasjoner pr fastlege, samtidig som det er en økning i antall taster som utløses per konsultasjon. Fremfor alt har bruken av tidstakst og prosedyretakster økt. Fastlegene kommuniserer mer med annet helse- og omsorgspersonell enn tidligere og har hyppigere enkle kontakter med pasientene. Data viser også en økning i fastlegenes oppgaver for NAV og i antallet reiserekvisisjoner utstedt av fastlege. Det har vært en reduksjon i annet offentlig allmennlegearbeid utført av fastleger, som følge av flere hel-/deltidsstillinger for leger i kommunene som ivaretar disse oppgavene.

Utviklingen har samlet medført at fastlegene nå bruker mer tid enn tidligere i forbindelse med pasientkonsultasjon, uten pasient tilstede. Dette kan skyldes blant annet nye retningslinjer og handlingsprogrammer som gjør at fastleger må sette seg inn i hva de skal gjøre av utredning før henvisning, eller hva de er forventet å følge opp (eks kreftkontroller). I tillegg mottar fastleger mer informasjon enn tidligere fra ulike aktører, som epikriser, prøvesvar og annet, som de må gå gjennom uten pasienten tilstede. Fastlegene rapporterer også om økt tidsbruk på samhandling og dialog med andre deler av helse- og omsorgstjenesten om blant annet pasienter med store og sammensatte behov. Dette kan ses i sammenheng med tidligere utskrivning fra sykehus og mer bruk av heldøgns omsorg i egen bolig, som øker behovet for fastlegetjenester hos hjemmeboende eldre. Det vises til protokollen inngått 1.10.2018, der det i tråd med dette påpekes at fastlegene har fått mer arbeid per pasient, økt tidsbruk knyttet til at pasientene har mer sammensatt og komplisert sykdom og til økt volum på pasientrelaterte oppgaver uten at pasienten er tilstede.

Arbeidsgruppens rapport belyser hvorfor og hvordan fastlegenes arbeidshverdag har endret seg siden fastlegeordningen ble etablert i 2001. Rapporten underbygger og beskriver ulike årsaker til det protokollen fastslår, dvs. en økning i arbeidstid for fastlegene. Dette er blant annet knyttet til at pasientene har mer sammensatt og komplisert sykdom og økt volum på pasientrelaterte oppgaver uten at pasienten er tilstede. Protokollen viser til at slike oppgaver har medført en kostnadsøkning for en gitt listelengde. Partene mener tiltak for å rekruttere flere fastleger, for derigjennom legge til rette for kortere lister, og andre tiltak for å redusere arbeidsbelastningen for de etablerte fastlegene, er viktig. Partene er enige om at utfordringene i fastlegeordningen må løses med tiltak på kort og lang sikt gjennom et helhetlig arbeid.

## **7. Særmerknader**

### **7.1. Legeforeningens særmerknad**

Arbeidsgruppens rapport viser et tydelig bilde hvor fastlegene har fått en betydelig økning i arbeidsomfang. Dette underbygges også av Helsedirektoratets tidsbruksundersøkelse. Inntekts- og kostnadsundersøkelsen for inntektsåret 2016 viser ikke en inntektsøkning fra denne økte tidsbruken, slik man kunne forvente. Dette viser at økningen i fastlegenes arbeidsomfang ikke er fulgt opp med finansiering. Dagens finansieringsordning har med andre ord ikke klart å fange opp disse endringene. Resultatet er at fastlegeordningen er underfinansiert.

Ved innføringen av fastlegeordningen ble det forutsatt at finansieringssystemet måtte justeres i samsvar med endringer i demografi, oppgaver og medisinsk utvikling. Dette ble også avtaleregulert i Statsavtalen pkt. 2.3.1. En slik justering har likevel ikke skjedd til tross for krav fra Legeforeningen gjennom flere oppgjør.

En viktig årsak til at fastlegeordningen likevel har fungert så godt i mange år, er at den enkelte fastlege har tatt unna den økende oppgavemengden, både ved å effektivisere driften og ved å arbeide mer. Flere kommuner har også bidratt med betydelige midler for å sikre rekruttering og stabilitet.

### **7.2. Staten/KS/RHF sin særmerknad**

Staten/KS/RHF viser til protokoll av 1.10.18 og enigheten om at fastlegenes arbeidstid har økt. Staten/KS/RHF mener at det ikke foreligger dokumentasjon som kan fastslå det konkrete omfanget av denne økningen.

Partene har i normaltarifforhandlingene hvert år vært enige om både den samlede rammen for oppgjøret og fordelingen på per capita og takster. Den norske legeforeningen har således stilt seg bak det økonomiske opplegget i oppgjørene, sammen med de øvrige partene. Veksten i rammen har vært på nivå med øvrige grupper i samfunnet. Oppgjøret fastsettes ved signering av statsavtalen, som dermed har vært vurdert hvert år.

I 2018 ble ordningen ekstraordinært tilført 100 millioner kroner utenfor rammen.