



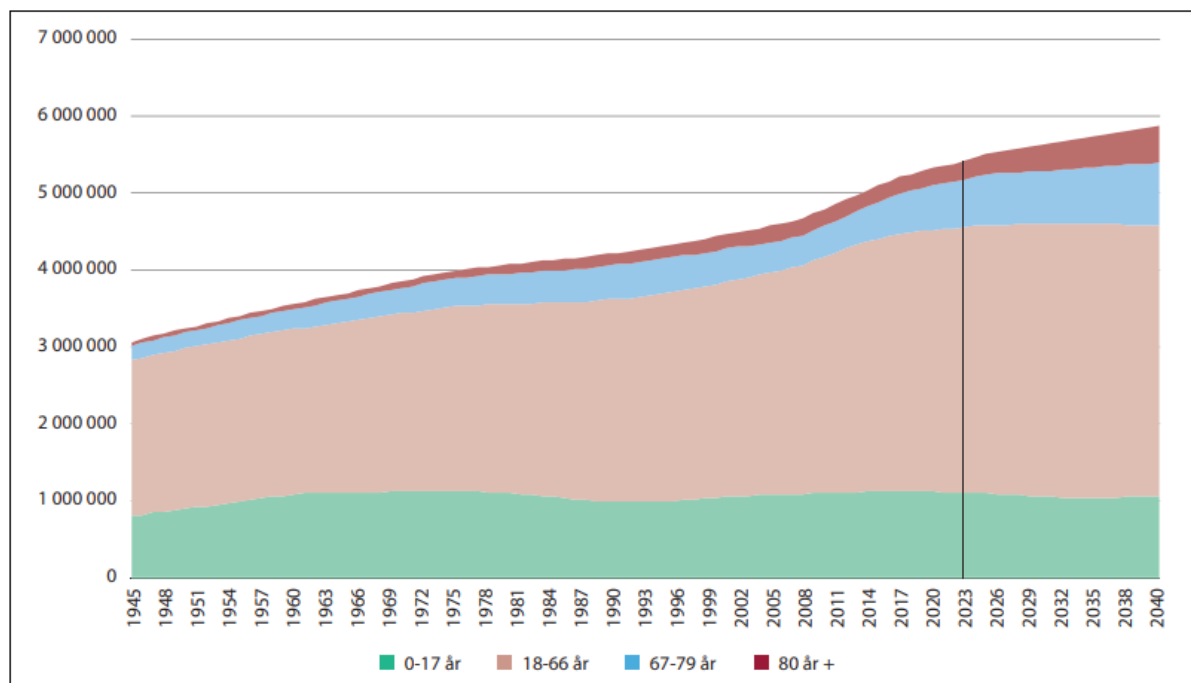
## Utfyllende tekst. Utfordringsbildet.

### Plan for legetjenester.

#### Bærekraftige helsetjenester

FNs tredje bærekraftsmål er «Sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder». Det beskrives at «God helse er en grunnleggende forutsetning for menneskers mulighet til å nå sitt fulle potensial og for å bidra til utvikling i samfunnet. Hvordan helsen vår er, påvirkes av miljø, økonomi og sosiale forhold.»

#### Demografi



Figur 2.12 Befolkningen fordelt på aldergrupper, observert før 2022) og fremskrevet deretter. 1945–2040

Fremskrivningene bruker SSBs hovedalternativ for befolkningsutvikling, med middels fruktbarhet, levealder og innvandring (MMM).

Kilde: SSB statistikkbank tabell 10211 og 13599.



## Demografi og skrøpelige eldre

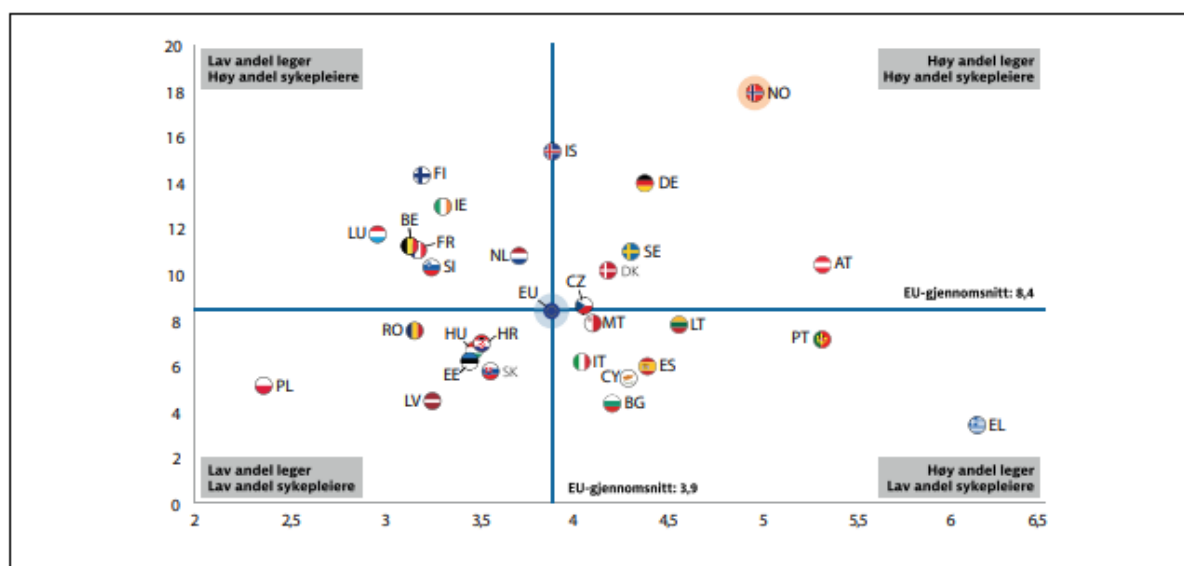
Aldersgruppen 80 år og eldre økte med 40 000 personer fra 2000 til 2020. I 2020 var det rundt 230 000 personer over 80 år i Norge. Fra 2020 til 2040 forventes denne gruppen å øke med ytterligere over 250 000 personer til 480 000 personer. Samtidig vil veksten i tilgjengelig arbeidskraft reduseres kraftig, og fra midten av 2030-tallet vil antallet personer i yrkesaktiv alder falle i absolutte tall. Det vil være et stort behov for arbeidskraft i andre deler av samfunnet enn helsetjenesten, ikke minst knyttet til omstillingen til et sosialt bærekraftig lavutslipp-samfunn.

Skrøpeligheit er karakterisert med redusert styrke, utholdenhet og redusert fysiologisk funksjon som øker individets risiko for avhengighet av hjelp og/eller død. Med sterk økning i andelen eldre vil antall skrøpelige eldre med stort behov for helsetjenester forventes å øke sterkt. Faggruppe for analyse og styringsdata i Helsefelleskapet Agder har beregnet antall skrøpelige eldre i Agder til ca. 7500 personer i Agder i 2019. Disse er i kontakt med fastlege 6-7 ganger årlig, og de fleste mottar også kommunale pleie- og omsorgstjenester. En økning av denne befolkningsgruppen vil derfor medføre en betydelig merbelastning for den kommunale helsetjenesten.

## Tilgang på helsepersonell

Norge har en svært høy andel leger og sykepleiere i forhold til andre land det er naturlig å sammenlikne seg med jf. figuren under. Demografiendringer gjør at det i fremtiden må bli færre helsepersonell pr pasient.

Figur fra helsepersonellkommissjonen.



Figur 2.6 Praktiserende leger og sykepleiere pr. 1 000 innbyggere i EU/EØS-landene. 2019



Andelen av alle sysselsatte i Norge som jobber i helse- og omsorgstjenesten er tredoblet fra tidlig på 1970-tallet til over 15 prosent av alle sysselsatte i Norge (2021). For leger har det vært en vekst på 35% fra 2011 til 2021. Veksten har vært stor både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Med forestående store endringer i demografi og mangel på arbeidskraft er det verken realistisk eller økonomisk forsvarlig med samme veksttakt. Norge er blant OECD-landene med høyest legedekning, og nesten halvparten av legene utdannes i land som i minst like stor grad som Norge vil oppleve store demografiendringer. Helsepersonellkommisjonen påpeker at Norge også ut fra etiske betraktninger i mye større grad enn tidligere selv bør utdanne de legene landet har behov for.

Vi har hatt økende behov eller opplevd behov for bruk av helsepersonell

- Behandlingsmulighetene har ekspandert kraftig
- Befolkningen har økende forventninger til omfang og kvalitet på helsetjenester
- Nasjonale faglige retningslinjer har satt høye krav til helsetjenestene
- Stadig flere helsetjenester er rettighetsfestet

Endringene som er vist over gir et økende misforhold mellom tilgang på helsepersonell og befolkningens opplevde behov.

### **Private helsetjenester**

750.000 nordmenn har tegnet behandlingsforsikring. I 90% av tilfellene er forsikringen finansiert av arbeidsgiver, i hovedsak i privat sektor med en overvekt av mannlige ansatte. Utviklingen bidrar til en skjevfordeling i tilgang til helsetjenester. Det er foreløpig en liten andel av landets helsepersonell som arbeider i helprivat helsetjeneste, men vi må forvente at denne andelen vil øke.

### **«Overforbruk» - overdiagnostikk og overbehandling**

Helsepersonellkommisjonen har påpekt nødvendigheten av å prioritere helsetjenester basert på

- forventet nytte
- ressurs tjenesten krever (helsepersonell og økonomi)
- grad av alvorlighet

Det er dokumentert omfattende bruk av behandling som ikke har sikker nytteverdi, og det er neppe alltid samsvar mellom befolkningens uttrykte og opplevde behov for legetjenester og dokumenterbar nytteverdi. Fremveksten av private helsetjenester kan også bidra til overforbruk.

Nasjonal faglige retningslinjer er omfattende og har i for liten grad tatt hensyn til den totale ressursbruken i helsetjenesten. Vi oppfatter ikke at den samlede effekten av retningslinjene er bærekraftig. Vår oppfatning er også at spesialisthelsetjenesten i for stor grad har påvirket faglige føringer for kommunehelsetjenesten i arbeidet med retningslinjene. Dette medfører stor ressursbruk i kommunene med svært usikker helsegevinst. Det er ønskelig at nye retningslinjer i større grad tar hensyn til dette.



Kontinuerlig kvalitetsarbeid med mål om å gjøre kloke valg inngår i legers grunnutdanning og bør være en integrert del av livslang læring i helsetjenesten.

## **Helsefremming for befolkningen eller behandling av individets sykdom?**

Helsepersonellkommisjonens rapport beskriver;

*«Samlet vil det kunne være store helse-, økonomiske og personellmessige gevinster i et godt folkehelsearbeid, blant annet gjennom tiltak som fremmer befolkningens helsekompetanse, forebygging og annet helsefremmende arbeid. Forebygging og tidlig innsats kan bidra til at problemer ikke utvikler seg og blir omfattende og langvarige, få folk raskere tilbake og hjelpe dem til å mestre egne utfordringer, samt avverge eller utsette behov for tjenester fra helse- og omsorgstjenestene. Helsepersonellkommisjonen mener at en styrket satsing på folkehelse og forebyggingsarbeid vil kunne bidra til å redusere behovet for helse- og omsorgstjenester, og dermed også bidra til å redusere behovet for innsats fra helsepersonell.»*

I dag brukes i all hovedsak ressursene til behandling av enkeltindividers sykdom. Dette er neppe bærekraftig i fremtiden der helsefremming og folkehelsearbeid for hele befolkningen må få større plass.

## **Kvalitet**

### **Variasjon og kvalitetsmål**

Vårt inntrykk er at det kan være en uheldig variasjon i legetjenestene som kommunen tilbyr. Det foreligger mye data om produksjon i legetjenesten i kommunen fordi dette rapporteres inn til sentrale aktører som f.eks. Nav og nasjonale registre. Dette er i det alt vesentlige prosessindikatorer som ikke uttrykker kvaliteten på tjenesten eller opplevd nytteverdi for pasientene. I tillegg har kommunen begrenset tilgang på denne informasjonen.

Det er behov for samstemte kvalitetsmål og indikatorer på kvalitet. Vi må så få tilgang på disse dataene dersom vi skal bruke de aktivt inn i vårt forbedringsarbeid. Inntil nylig har det vært begrenset omfang av forskning på legetjenester i kommunene og på hvordan disse best kan organiseres (helsetjenesteforskning).

### **Kommunens ansvar for kvalitet i fastlegetjenesten**

Kommunen har ansvar for å tilby forsvarlige helsetjenester til befolkningen (helse- og omsorgstjenesteloven). Fastlegene er selvstendig næringsdrivende som får økonomisk tilskudd fra stat/kommune, og selv må sørge for forsvarlig økonomisk drift. De er dermed også selvstendige virksomheter med ansvar for å oppfylle alle krav definert i lov og forskrifter. I dette ligger det også



tydelige krav knyttet til kvalitet på tjenestene jf forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Kommunen har begrensede muligheter til å styre kvalitetsarbeidet hos fastlegene, men kan være en viktig bidragsyter. Det er grunn til å forvente at kommunens ansvar for dette kvalitetsarbeidet tydeliggjøres i nær fremtid. Forarbeidene til lovendringer i helselovgivningen sommeren 2022 peker på dette.

## Organisering og samhandling

### Feil bruk av legetjenester

Fastlegetjenesten i Kristiansand har over lang tid vært utsatt for betydelig press. Dette har medført for noen en manglende kapasitet til å håndtere problemstillinger som krever hurtige vurderinger. Innbyggere har da oppsøkt legevakten med ikke-akutte problemstillinger som burde blitt håndtert av fastlegen. En viktig faktor i dette bildet er at fastlegene er blitt tildelt stadig nye oppgaver og må bruke mye tid på administrasjon. Det er helt sentralt at fastlegenes oppgaver spisses for å møte økte behov fra en stadig eldre befolkning. Kommunen har i dag utfordringer med å gi innbyggerne rett type legetjeneste på rett nivå til rett tid.

### Samhandling

Kristiansand kommune ønsker å være en samhandlingskommune. Vi ønsker økt samhandling med innbyggere, organisasjoner og andre helsetjenester. Digitale løsninger som fremmer informasjonsutveksling, identifiserer behov og tilbyr selvhjelps løsninger vil derfor være viktig i fremtiden. Helsetjenesten har klare utfordringer knyttet til samhandling både med samarbeidspartnere og internt i kommunen.

Det er en nødvendig utvikling at helsetjenester gis med god kvalitet ved bruk av mindre spesialisert helsepersonell. Dette medfører en oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Det er kontinuerlig behov for å drøfte ansvarsfordeling mellom sykehuset og kommunen. Sykehuset har begrenset antall døgnplasser og flere pasientgrupper blir skrevet ut tidligere. Det har vært utfordringer rundt plan og kommunikasjon når pasienter skrives ut.

Kommunen har utfordringer med å få tilstrekkelige legeopplysninger ved tildeling av tjenester (forvaltning). Nav har kartlagt informasjonsutveksling mellom fastlegene og Nav. I samarbeid med legeföreningen arbeider Nav med forbedringstiltak sentralt, men det er også behov for lokale tiltak.

Kommunen har mange digitale programmer som ivaretar helseopplysninger. Ulike journalsystemer kommuniserer i varierende grad. Informasjonsutveksling mellom ulike aktører for barn og unge fungerer dårlig digitalt. For legetjenesten gjør dette at legene ofte verken kan motta eller formidle opplysninger på en effektiv måte digitalt.



Det er avdekket behov for interkommunalt samarbeid omkring samfunnsmedisinsk beredskap og miljørettet helsevern. Et slikt samarbeid sikrer kommunen gode tjenester også utover ordinær arbeidstid. Kommunene i region Kristiansand vil da også kunne gi gode tilbud til sin befolkning.

## Finansiering av legetjenestene

Utgangspunktet for fastlegeordningen er at denne skal finansieres ved statlige midler gjennom basistilskudd og takstkompensasjon. Rapporten fra KS juli 2021 og forutgående undersøkelser viser at staten ikke har økt basistilskuddene i takt med legenes utgifter. Dette har vært medvirkende årsak til at kommunene i økende grad selv har måtte subsidiere ordningen. I 2021 subsidierte 75% av landets 356 kommuner fastlegeordningen utover den ordinære fastlegeordningen. Tidligere har det vært små kommuner som har sett seg nødt til å subsidiere, men de siste årene har også flere av de mest folkerike kommunene i Norge gjort det samme. Hovedhensikten med subsidieringen er å rekruttere og beholde fastleger. Innsatsen utgjør en betydelig kostnad for kommune-Norge.

Her er noen eksempler som viser merkostnader for kommunene:

- Ved opprettelse av ny fastlegehjemmel får legen betaling som om det hadde vært 500 pasienter selv om det i starten er null pasienter. Kommunene må finansiere dette selv inntil antall pasienter har kommet over 500.
- Kommunens økte ansvar for opplæring jf. spesialistforskriften. Alle leger skal ha veiledning og oppfølging i hele utdanningsløpet, gjerne 5 år. Dette medfører økt bruk av legeressurser til veiledning og behov for administrasjon fra kommunens side.
- En statlig initiert oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten.
- Manglende kompensering for demografiendringer med økende antall eldre innbyggere.

Nye leger ønsker seg trygge rammer, regulert arbeidstid og fast lønn. Mange vil ikke påta seg risikoen ved kjøp av legehjemler og drift av legesentre. En eventuell overgang til fast ansatte fastleger vil gi en betydelig merkostnad for kommunene som ikke er finansiert via statlige tilskudd.

Statsforvalteren i Agder har i sin rapport om fastlegeordningen fra 2022 vist at det haster med nasjonale tiltak for å imøtegå dagens utfordringsbilde. Det har over tid vært uro omkring fastlegeordningen i Kristiansand kommune. Kommunen har måttet etablere særlige stimuleringsordninger for å rekruttere og beholde fastleger. Fra 2016 har kommunen ansatt flere leger i kommunale faste stillinger på helsestasjoner, sykehjem og legevakt.

Samlet sett har alle disse tiltakene for å sikre gode legetjenester medført betydelige ekstra kostnader for kommunen.