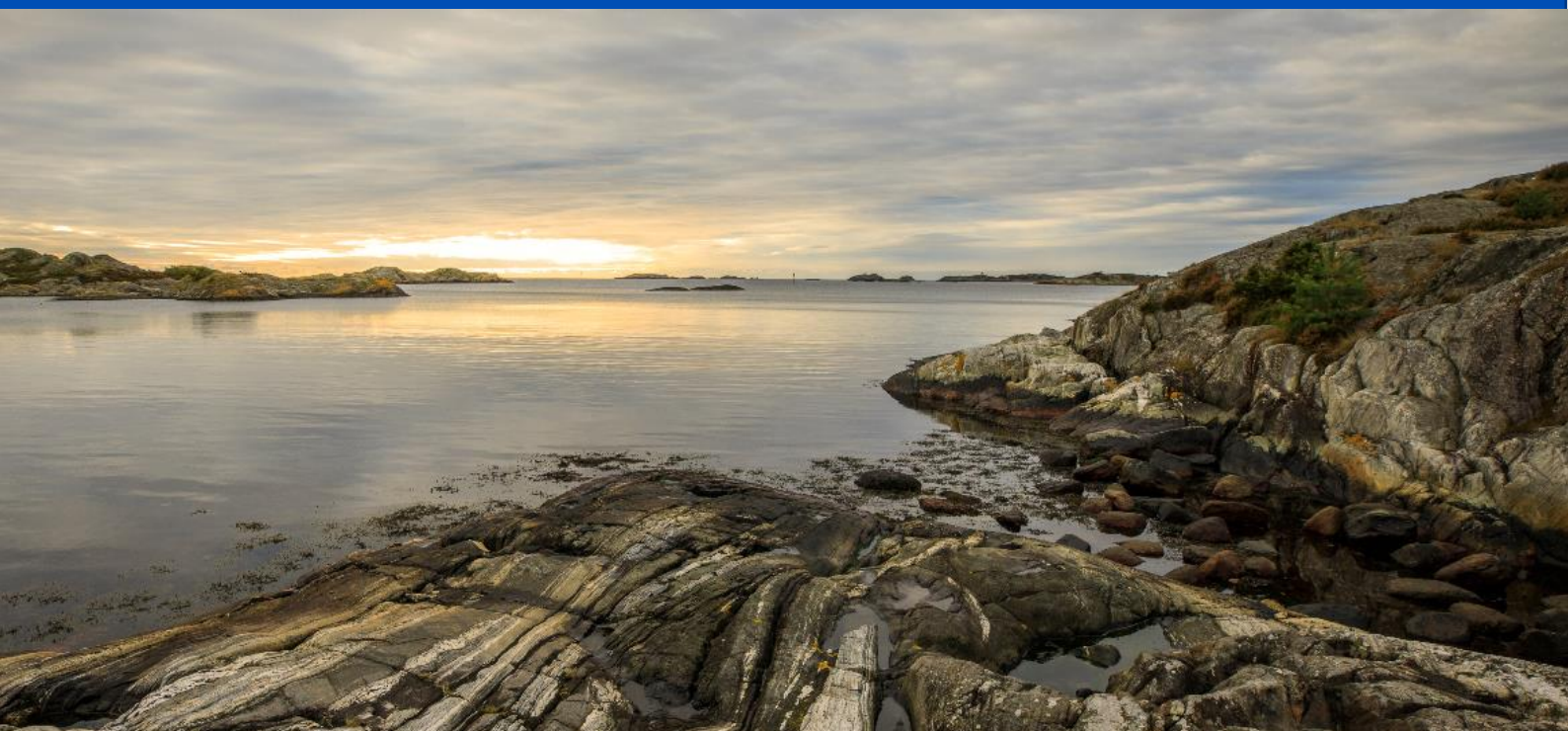




Grimstad



Plan for legetjenesten 2023 - 2026

Temaplan

Innhold

Innledning	3
Fakta.....	3
Høy arbeidsbelastning og mindre lønnsomhet	4
Kompetanse og utdanning	5
Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020 - 2024	6
Tall, kapasitet og behov for legetjenesten i Grimstad:.....	7
Prosess:.....	7
Forslag til tiltak fra legetjenesten	8
Rekruttere og beholde	8
Videre- og etterutdanning.....	9
Legeoppgaver i helse- og omsorgtjenesten	9
Mål og tiltak.....	12
Økonomi	14
Om fastlegeøkonomi:	14
Privat praksis:	14
Fastlønnsalternativet.....	15
8.2-avtaler.....	15

Innledning

Dagens og morgendagens helse- og omsorgstjeneste byr både på utfordringer og muligheter. For å møte utfordringene trenger vi faglig sterke allmennlegetjenester og en attraktiv og robust fastlegeordning.

I henhold til Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-1 skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten.

For å ivareta denne plikten har Grimstad kommune laget en plan for legetjenester i kommunen.

Plikten til å ha en plan for legetjenesten er fastsatt i punkt 6.2 i ASA 4310 – Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene.

Plan for legetjenesten beskriver anbefalte tiltak for utvikling av kvalitet, kapasitet, tverrfaglig samhandling og ledelse av de ulike deler av legetjenesten, med utvidelse av kapasitet i takt med befolkningsvekst og tilfang av oppgaver. Tiltak som kan sikre nødvendig rekruttering, og gi anbefaling om alternative tilsettingsformer beskrives. Planen beskriver hvilke økonomiske konsekvenser de ulike tiltakene vil medføre.

Planen skal ta utgangspunkt i de lokale behov, ønskede forbedringer og utviklingstiltak som anses tjenlige, regjeringens handlingsplan for allmennlegetjenesten fra april 2020, og de tiltak som ny regjering har gitt signaler om for å styrke fastlegeordningen.

Endelig planforslag fremlegges for politisk behandling i august 2022.

Fakta

Det er kommunene som har det overordnede ansvaret for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til dem som oppholder seg i kommunen, og fastlegeordningen inngår i dette ansvaret. Antallet fastlegeavtaler er ikke regulert ved lov eller av sentrale myndigheter. Den enkelte kommune må ansette personell eller inngå det antall driftsavtaler som er nødvendig.

Fastlegene utgjør det største volumet av kommunale legetjenester. De møter hele befolkningen, også de som ikke har andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Fastlegene kan pålegges å arbeide for kommunen i inntil 7,5 timer per uke, med offentlige allmennlegeoppgaver som helsestasjon, skolehelsetjeneste, sykehjem eller fengselshelsetjeneste. Ut over dette har fastlegene plikt til å delta i legevaktarbeid på kveld og helg/høytider. Det er mye nasjonal oppmerksomhet om fastlegeordningen. Det er igangsatt en rekke prosesser for å gjennomgå dagens fastlegeordning og vurdere hvilke endringer som bør gjennomføres for å sikre en bærekraftig fastlegeordning i framtiden.

De øvrige kommunale legeårverkene finnes i sykehjem, legevakt, helsestasjon og blant kommuneoverlegene. Kommunens fastleger har en sentral rolle for pasientene i mange av de kommunale tjenesteområdene som de hjemmebaserte tjenestene, tjenester for personer med utviklingshemming og legevakt, og for samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. For disse pasientene er det behov for et enda bedre og tettere samarbeid mellom de ulike profesjonene.

Legetjenesten har en viktig rolle i alle deler av den kommunale innsatstrappen. En velfungerende legetjeneste er en forutsetning for god helse og bidrar til at innbyggerne kan bo hjemme og få tjenester på de nederste trinnene i den kommunale innsatstrappen.

Høy arbeidsbelastning og mindre lønnsomhet

Fastlegeordningen er inne i en vanskelig periode, med økende slitasje på fastleger på grunn av vedvarende økt arbeidsbelastning over tid, og store problemer med å rekruttere til ledige stillinger fordi helheten av oppgaver, ansvar, autonomi og økonomi ikke er i samsvar med de forventninger både leger, og folk flest, har til jobben sin.

Gjennom samhandlingsreformen har fastlegene fått økt ansvar for oppfølgingen av kronisk syke og skrøpelige pasienter som i større grad ble håndtert av spesialisthelsetjenesten tidligere. Samtidig bor de eldre og syke lenger hjemme enn tidligere, noe som stiller nye krav til tjenester fra fastlegene i hjemmet. Presset er også stort på fastlegene med tanke på dokumentasjon av helseopplysninger til NAV, forsikringsselskaper og andre instanser i samfunnet. I tillegg krever administrasjon og ledelse av legekantorene mye av fastlegene. Kravene til profesjonell drift av legekantorene som bedrifter oppleves tidkrevende av flere fastleger og bidrar til den høye arbeidsbelastningen.

Fastlegene beskriver at de økonomiske betingelsene har endret seg betydelig de siste årene. Driftsutgifter som husleiekostnader, lønnskostnader og utgifter til IKT har økt mer enn inntektene hvert år. Dette begrenser legenes mulighet til å styre egen arbeidsbelastning. Basistilskudd er kommunens grunnfinansiering av legetjenesten. Basistilskuddet per pasient fra kommunen til legen er regulert i avtalen mellom Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Kommunenes sentralforbund (KS) og Regionalt helseforetak (RHF) og Den norske legeforening (DNLF) (Statsavtalen)¹. Fastlegeordningen ble innført i 2001 og da ble basistilskuddet beregnet til å dekke de faktiske driftsutgifter for en gjennomsnittlig legepraksis, beregnet etter listelengde på 1500 personer. I 2022 er gjennomsnittlig listelengde 1130 og gjennomsnittlig arbeidsuke 55,6 timer per uke. Basistilskuddet har ikke økt i takt med lønns og prisvekst, og den henger etter med ca. 20%. Arbeidsmengden for fastlegene har økt betydelig mer.

Arbeidsforholdene for fastleger har vært kartlagt flere ganger, både av Legeforeningen² og av Helsedirektoratet³ på oppdrag fra Regjeringen, med sammenfallende resultat.

- 9 av 10 fastleger jobber mer enn normalarbeidstiden på 37,5 timer
- Gjennomsnittlig arbeidstid på landsbasis er 55,6 timer
- Dette tilsvarer ca. 150% stilling
- Situasjonen forverres år for år

Mange fastleger opplever arbeidsbelastningen som stor. Fastlegene har i alle år jobbet lange dager. Nå synes mange at dagene har blitt for lange. Flere innbyggere har flere kroniske sykdommer, der fastlegene har en sentral rolle i oppfølgingen og den medisinskfaglige koordineringen. Mer av oppfølgingen skal skje i kommunen. Legevaksarbeid er også en årsak til den samlede belastningen for fastlegene. Brukernes forventninger og behov har endret seg og spiller inn. Legens rolle i sykemeldingsarbeidet krever mer tid enn før. Kravene til dokumentasjon økes, nye elektroniske kommunikasjonskanaler etableres, kravene til rapporteringer og andre oppgaver av administrativ natur øker. Flere etterspør også attester eller erklæringer fra fastlegene for mange ulike formål. Som illustrasjon kan nevnes at bestemmelsene om fraværsgrense for elever i videregående skole alene kan anslås å generere opp mot 1000 legekonsultasjoner årlig i Grimstad.

Summen av dette har økt arbeidsbyrden og utfordringer med rekruttering av leger til kommunene.

I tillegg til at det er store utfordringer med å få rekruttert leger til ledige stillinger, så har Grimstad kommunen over år ikke opprettet tilstrekkelig med nye stillinger til å dekke behovet, i tråd med

¹ [Basistilskot for fastlegeordninga i kommunane - Helfo - for helseaktører](#)

² [fastlegeordningen-i-krise-hva-sier-tallene-endelig-rapport.pdf \(legeforeningen.no\)](#)

³ [Møte 2 - Referansegruppe - 10.01.2019_KK.PPTX \(regjeringen.no\)](#)

befolkningsveksten og økende oppgavetilfang. Det er derfor et etterslep som i lengre tid har skapt problemer for innbyggere med behov for å bytte fastlege, og for tilflyttende, studenter og besøkende i kommunen å få nødvendig legehjelp når de har behov. Det er derfor udekkede behov i befolkningen som bør ivaretas så raskt som mulig. Situasjonen i dag er alvorlig og kan raskt forverres.

Hva slags tilsettingsform legene bør tilbys er et viktig tema. Fortsatt er den nasjonale politikken basert på at privat næringsdrift skal være den grunnleggende tilsettingsform, fordi det gir god effektivitet for samfunnet, og for legene gir det både autonomi og inntektsmuligheter. De senere årene har vist at før det gjøres omfattende forbedringer av betingelsene så er det svært vanskelig å rekruttere til ordinær privat praksis. Dels ser vi at mange fastleger opplever, og gir offentlig uttrykk for, at økende arbeidsbelastning er et problem, og at det bidrar til at leger kan kvie seg for å søke slike jobber. Dels opplever vi et generasjonsskifte der yngre leger har helt andre forventninger til sitt yrkesliv enn hva som har vært vanlig tidligere. Yngre leger ønsker å ha kontroll over arbeidstiden og ønsker samme mulighet til fritid og privatliv som de fleste andre yrkesgrupper har. Ordningen med at en ny påtroppende fastlege skal kjøpe praksisen fra avtroppende lege, med et prisnivå oftest rundt 1 million, er også noe som de senere årene i økende grad er et hinder for å få søkere til ledige fastlegehemler.

De fleste kommuner har derfor blitt nødt til å lage egne lokale løsninger, med betydelig merkostnad for kommunen, for å klare å rekruttere. Alternativer er ordinær ansettelse i fastlønn, eventuelt med ulike insentivordninger der merarbeid gir mer inntekt, eller såkalte «8.2-avtaler» der kommunen overtar eierskapet til legekontoet og dekker alle driftsutgifter mens legen beholder alle egengenererte inntekter, og ulike hybride løsninger som kan tilpasses den enkelte leges ønsker.

Det er behov for å vurdere helheten i arbeidsoppgaver for fastlegen og legge til rette for oppgavefordelinger etter den enkeltes styrker og preferanser.

Med økende oppgavetilfang øker behovet for planlegging og daglig ledelse av legetjenesten, både på overordnet nivå i kommunen, og på det enkelte legekonto. Det er avgjørende at fastlegene selv bidrar til at vi finner løsninger som fungerer på legenes premisser og oppleves som en støtte og hjelp for legene.

Legetjenesten ønsker i større grad å bli involvert i prioriteringsbeslutninger og kunne bidra til valg av løsninger i helse- og omsorgstjenestene.

Helsehus/helsesenter har vært diskutert politisk i flere tidligere saker; fortsatt er det både faglig og praktisk gode grunner til å arbeide videre med tanken om å samlokalisere et større legesenter med flest mulig andre helsetjenester, som blant annet helsestasjon, jordmortjeneste, rus- og psykisk helsetjeneste, ergo- og fysioterapi - og omsorgstjenester. Det kan være aktuelt å lokalisere dette etter helsehus-modellen i tilslutning til et nytt sykehjem og/eller omsorgsboliger.

Det nasjonale pilotprosjekt med primærhelseteam avsluttes i 2023; dersom dette innføres som en nasjonal ordning vil det kunne bli aktuelt for flere legesentre, og vi må planlegge for denne muligheten.

Kompetanse og utdanning

Med ny ordning for spesialisering, der spesialistforskriften og forskrift om kompetansekrav for leger stiller detaljerte krav både til legene og til kommunen, så er kommunen forpliktet til å sikre og ta ansvar for legenes etter- og videreutdanning. Dette krever både planlegging, kunnskap og kapasitet.

Fra høsten 2018 har betegnelsen turnuslege falt bort, og blitt erstattet av betegnelsen lege i spesialisering 1 (LIS1). For tjeneste i kommune helsetjenesten er det en rekke læringsmål med tilhørende læringsaktiviteter og vurderingsformer som skal godkjennes i en elektronisk portal. Grimstad kommune har for tiden to nye LIS1 hvert halvår. Kommunen erfarer at LIS1-tjeneste er en

god måte å rekruttere fastleger til kommunen på, og det er aktuelt å vurdere flere slike stillinger i framtiden.

Kravene til å bli spesialist i allmennmedisin er beskrevet på Helsedirektoratet sin side for spesialistutdanning for leger. Ny forskrift om spesialistutdanningen i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin trådte i kraft 1. mars 2019. De nye reglene medfører betydelig merarbeid for kommunen, som nå må registreres som utdanningsvirksomhet. Utdanningsvirksomheten har ansvar for å lage utdanningsplan for den enkelte spesialitet og en individuell plan for den enkelte lege i spesialisering (LIS3) for hele forløpet i spesialistutdanningen. LIS skal vurderes etter oppnådde læringsmål. Læringsmålene definerer hva en legespesialist skal forstå, kunne eller være i stand til å utføre etter endt læringsprosess. Kommunen som utdanningsvirksomhet har ansvaret for at legen får løpende vurdering og dokumentasjon på oppnådde læringsmål. Forskriften stiller tydelige krav til systematisk og tydelig veiledning og supervisjon og krav til veilederkompetanse. Alt dette er nye oppgaver for kommunene, og gjelder både for fastleger og kommunalt ansatte leger. Ny organisering av spesialistutdanningen gir en fin mulighet til å inkludere fastlegene bedre i den kommunale helse og omsorgstjenesten, selv om det også utfordrer administrative og merkantile ressurser. Kommunen må sikre kapasitet til administrasjon og oppfølging av legetjenesten tilpasset nye krav.

Kommunen har allerede opprettet egne utdanningsstillinger – ALIS-stillinger – etter kommunestyrets vedtak 22/6-2021 i sak 21/77. Flere slike er helt nødvendig for å rekruttere yngre leger til ledige stillinger. Kommunen er i ferd med å utdanne veiledere for disse utdanningsstillingene.

Kommunene på Agder samarbeider med UiA og SSHF, i prosjektet UiO Campus Sør. Intensjonen er å gjennomføre den kliniske del av utdanningen av medisinerstudenter fra Universitetet i Oslo fra høsten 2023 – med etablering av praksisplasser i kommunene fra våren 2024. Grimstad bør «kjenne sin besøkelsestid» og opprette praksisplasser for studenter. Det kan antas å være et virkningsfullt tiltak for å rekruttere og beholde leger, og det vil bidra til å utvikle kommunen som kompetansevirksomhet, med ringvirkninger både for kommunens tjenester, for kommunens attraktivitet for næringsetablering, for UiA Campus Grimstad, og for høykompetansevirksomhetene i det lokale næringsliv. Kommunestyret vil få mer informasjon om dette, og i nær fremtid få seg fremmet en sak om kommunens deltakelse.

Grimstad er en kommune med fokus på innovasjon og utvikling. Kommunen har i mange år hatt rollen som vertskommune for USHT – Utviklingssenter for hjemmetjenester og sykehjem i Agder (øst). I dette arbeidet utviklingsarbeidet er det i større grad behov for å ha med fastlegene i arbeidet.

Samarbeidet med Universitetet i Agder – og den helt unike situasjon vi har etter etableringen av I4Helse – gir helt spesielle muligheter for at legene kan delta i utviklingen av nye tjenester og tjenesteinnovasjon, særlig innen området velferdsteknologi og e-helse. Denne muligheten bør utnyttes bedre.

Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020 - 2024

I mai 2020 lanserte Regjeringen Solberg II en handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024⁴. Handlingsplanen er en forpliktende opptrappingsplan, som har som mål å ruste opp allmennlegetjenesten for framtiden ved å sikre rekruttering, styrke kvalitet og legge til rette for en teambasert tjeneste. Dette gjøres gjennom 17 tiltak, fordelt på tre målområder:

- En trygg og sikker karrierevei
- God kvalitet til alle

⁴ [Handlingsplan for allmennlegetjenesten \(regjeringen.no\)](#)

- Fremtiden er teambasert

Handlingsplanen er evaluert av OsloEconomics i mai 2022 ⁵, de oppsummerer: «Vår vurdering er at tiltakene i handlingsplanen synes å være relevante, men at flere av tiltakene ikke er kraftfulle nok, ikke er iverksatt eller ikke har vært iverksatt lenge nok».

Tall, kapasitet og behov for legetjenesten i Grimstad:

Grimstad kommune har 24 089 innbyggere per 31. mars 2022.

Kommunen har listeavtale med legene for i alt 22 600 innbyggere, mens det står 23 631 innbyggere tilmeldt. Forklaringen på dette er at flere fastleger har måttet be om redusert listelengde, og når reduksjonen skjer ved «naturlig avgang» tar endringen tid.

Så står det 1 922 innbyggere på venteliste hos kommunens leger. Det betyr ikke at så mange står uten fastlege, men det er så mange som har satt seg på liste for å velge seg en konkret lege. Det er grunn til å tro at dette tallet ville vært svært mye høyere om innbyggerne hadde tro på at det nyttet å stå på venteliste. Mange innbyggere har måttet velge seg fastleger i annen kommune, og det er grunn til å tro at en del av disse ville foretrukket å ha lege i egen kommune om det var tilgjengelig.

Universitetet i Agder (UiA), Campus Grimstad, har ca. 3 500 studenter, som har rett til fastlege i kommunen, men ikke har muligheten.

Kommunen har mange hytteturister, båtturister og andre tilreisende med behov for legetjeneste

Listeavtalene med fastlegene bør som minimum dekke antall innbyggere og antall studenter, det vil si minimum 27 000.

Kommunen er en vekstkommune, og har behov for, og ønske om, etablering av nye virksomheter og arbeidsplasser.

Nytilflyttede innbyggere har ikke mulighet til å velge seg lege. Dette gir utfordringer som ikke er bra for kommunens anseelse. Legemangelen bidrar heller ikke positivt til næringslivets eller kommunens mulighet for å rekruttere nøkkelpersonell.

En særlig utfordring er det relativt store antall arbeidsinnvandrere fra andre land som jobber i kommunen i kortere eller lengre tidsrom og der det i praksis ofte oppstår situasjoner hvor det kan være vanskelig å sikre et forsvarlig legetilbud.

Prosess:

For å sikre en god plan for legetjenesten er involvering av legene i kommunen viktig. Kommunene er ut fra Rammeavtale⁶ mellom KS og Den norske legeforening pliktig å ha et Allmenlegeutvalg (ALU) og samarbeidsutvalg (LSU). Våren 2022 har det vært avholdt flere møter med legene. Prosess med plan for legetjenesten ble først presentert i LSU, deretter i ALU, før alle legene har vært kalt inn til tre ulike work-shops med tema;

1. Rekrutterer og beholde
2. Videre- og etterutdanning
3. Legeoppgaver i kommunale helse og omsorgstjenester

Det var god deltakelse fra legene på work-shopene. Alle legekantorene var representert med flere leger. Legene var takknemlige over å få være med på å komme med forslag til tiltak og beskrive utfordringsbildet. Legene sier at de trives med å jobbe som leger i kommunen og alle ønsker det

⁵ [Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten | Oslo Economics](#)

⁶ [asa4310-rundskriv-4-2012.PDF \(ks.no\)](#)

beste for pasientene og innbyggerne i kommunen. Det kommer likevel frem flere utfordringer som det er viktig å finne løsninger på for å sikre en bærekraftig legetjeneste.

Utkast til plan for legetjenesten vil bli presentert for ALU igjen for innspill og forankring før planforslaget legges frem for kommunens ledelse og til slutt godkjennes politisk i september 2022.

Forslag til tiltak fra legetjenesten

I møtene med legene våren 2022 kom det frem mange innspill og anbefalinger til kommunen som presenteres under.

Rekruttere og beholde

Det har over flere år vært utfordrende å få besatt ledige stillinger ved legekantorene i kommunen. Det er satt i gang flere tiltak og situasjonen har bedret seg noe det siste året. For å sikre rekruttering og beholde leger i kommunen ble det påpekt flere områder det bør satses på.

1. Det anbefales å ansette flere LIS 1 leger. Dette vil si leger i turnustjeneste. Forslaget som legges frem er å legge til rette for 4 LIS1 leger. Samarbeid med Campus sør og legge til rette for studenter i praksis legges også frem som et forslag. Det å ha studenter i praksis og sikre god opplæring kan bidra til at studenter ønsker å bosette seg og jobbe i kommunen når de er ferdig utdannet.
2. For å rekruttere og beholde leger blir det også viktig å tilrettelegge for fleksible ansattformer. Fastlønnavtale, 8.2. avtaler eller annen medfinansiering av næringsvirksomhet ble fremhevet. Det vil være en fordel med lik avlønningsform for legene ved samme legekantor.
3. Flere leger ønsker å kunne kjøpe egen praksis, men det å kunne ha en garanti for å unngå tap gjennom en gjenkjøpsavtale er fremhevet.
4. Det er fortsatt behov for å øke antall legestillinger. Det anbefales å planlegge for ett legeårsverk per 750 innbyggere dersom legen skal kunne klare å ivareta alle oppgavene som medfølger ordinær arbeidstid på 37,5 timers uke. Dette vil si et behov for 32 i dag og økning med en lege hvert annet år gitt fortsatt vekst rundt 400 innbyggere per år
5. Systemkvalitet trekkes frem som viktig. Kommunen bør ha et overordnet system for oppfølging av legetjenesten som kjenner legetjenestens behov. Gode forventningsavklaringer mellom kommune og leger er avgjørende.
6. Det må satses på opplæring av nye leger for å sikre rekruttering. Alle fastlegestillinger må kunne tilbys som ALIS. Det må sikres tilstrekkelig antall veiledere for LIS1 og ALIS stillinger.
7. Fastlegene opplever at timelønna har gått ned de siste årene på bakgrunn av økte krav til administrative oppgaver. Fastlegene har kompensert med dette med å jobbe flere timer. Legene bør sikres lønn ved kurs og sykdom. Det blir viktig å se alle legeoppgaver i en sammenheng. Normal arbeidstid, inkl. legevakt, bør være normen.
8. Basistilskuddene har ikke fulgt den generelle lønns- og prisvekst og dekker ikke de reelle driftsutgiftene. Dette må primært håndteres i nasjonalbudsjettet. Flere kommuner, deriblant Tromsø, har påtatt seg å utbetale basistilskudd som ivaretar driftsutgiftene, slik intensjonen var da fastlegeordningen ble innført. Et økt basistilskudd vil gjøre det mulig for fastlegen å ivareta sine driftsutgifter innenfor en normal arbeidstid.
9. Kommunen bør være i forkant av å ta i bruk nye tekniske og elektroniske løsninger, eks håndholdt ultralyd, v-scan. Det bør være mulighet for kompetanse ved legekantorene innen spesielle områder som legen har interesse for som eksempel ultralyd og annen teknologisk utstyr. Det ønskes støtte til kurs i bruk av nytt utstyr.

10. Bruk av e-konsultasjoner/telefonkonsultasjoner kan være en måte å hjelpe ventelistene på. I planleggingen av arbeidsdagen må e-konsultasjoner erstatte ordinære timer, ikke komme i tillegg.
11. Et godt fungerende journalsystem er viktig og det må legges til rette for at legekantorene til enhver tid har godt utstyr. Kommunen skal sørge for å ha det beste tilgjengelige journalsystemet for de kommunale legekantorene. Det foregår en prosess i IKT-Agder samarbeidet om anskaffelse av nytt journalsystem for kommunale legekantor og legevakten. Grimstad vil være en pådriver for dette. Kommunen skal være ledende innen bruk av IKT og e-helse slik at kommunens legekantor er i forkant av teknologisk utvikling og benytter nytt utstyr. Private legekantor inviteres til å delta.

Videre- og etterutdanning

Videre- og etterutdanning er et formalisert krav både for legene og kommunen. Det er behov for god informasjon om hva som skal til for å bli spesialist og rutiner for oppfølging og veiledning.

1. Det foreligger mange krav og kommunen bør være en pådriver til helsedirektoratet for å gjøre det lettere for leger og kommunen å sette seg inn i kravene som gjelder.
2. Veiledning av studenter må ses i sammenheng med den totale kapasiteten. Ressurser til å veilede tett studenter og LIS1 leger er viktig. Kompensasjon for veiledning av studenter er viktig og det vises til utredningsarbeid for Campus sør. Kommunen vil inngå avtale med Universitetet om praksis for legestudenter.
3. Det bør legges til rette for praksisbesøk for å lære av hverandre.
4. Det bør legges til rette for kompetanse ved alle legekantorene. Kommunen vil videreføre samarbeide med Senter for kvalitetsutvikling og pasientsikkerhet i legetjenester (SKIL) ⁷ og jobbe med fortsatt bruk av systematisk kvalitetsarbeid i egen praksis ved hjelp av verktøy og metoder anbefalt av SKIL.
5. Det kan være arbeidsbesparende om legekantorene deler på sin kompetanse. Har et legekantor laget gode prosedyrer for ett område kan disse deles med andre legekantor. Dersom det ene legesenteret har kompetanse på sårstell, kognitiv terapi, indremedisin osv. kan det andre dra nytte av dette - enten gjennom at vi tar konsultasjoner rettet mot dette for hverandre eller ved ordninger som internundervisning.
6. Kommunen bør legges til rette for kommunal PhD stilling. Praksisnær forskning bør være i fokus. Forskning kan bidra til rekruttering og utvikling av et godt fagmiljø.
7. Det oppfordres til felles kurs for hele legekantoret der leger og medhjelpere deltar sammen. Samling for alle leger i kommunen 2-3 ganger i året med faglig og sosialt innhold bør gjennomføres. Det oppfordres til uformelt sosialt treff for leger i kommunen utenfor arbeidstid.

Legeoppgaver i helse- og omsorgstjenesten

I tillegg til fastlegefunksjonen er det flere oppgaver som må dekkes av legekompetanse.

1. Det bør være attraktivt å ha en kommunal bistilling og avlønning for dette bør vurderes, slik at inntekten av slikt arbeid står i forhold til inntekten fra øvrig fastlegearbeid.
2. Kommunen har to faste sykehjemsleger av 1,8 årsverk. Det anbefales at kommunen har tre hele stillinger for sykehjemsleger – i tråd med legeföreningens forslag til bemanningsnorm.⁸
3. Det bør vurderes faste leger også for beboere i omsorgsboliger og boliger innen habilitering, særlig for de som har behov for mye hjelp. Det er vanskelig for fastlegene å gi god oppfølging av disse, og samarbeidet med personalet som har oppfølgingsansvaret vil også styrkes ved

⁷ [SKIL](#)

⁸ [utkast-bemanningsnorm-sykehjem-v4.pdf \(legeforeningen.no\)](#)

- å ha egne legestillinger for dette. Det foreslås å sette av en legestilling – 100% - til dette arbeidet, fortrinnsvis fordelt på 5 fastleger med 20% stilling hver.
4. Helsestasjonen kan klare seg med 80% legestilling som i dag, dersom det aldri er fravær. I de senere årene har imidlertid sykefravær blant leger gått fra å være nærmest ikke-eksisterende til i 2022 ligge på rundt 5% - og siden legen har en nøkkelfunksjon vil alt fravær være vanskelig. Vi bør derfor etablere en liten overkapasitet som kan klare å håndtere slike svingninger. Det foreslås å øke kapasiteten til 100% fordelt på 5 leger med 20% hver.
 5. Skolehelsetjenesten har i dag ingen egen legetjeneste utover faglig bistand fra kommuneoverlegen. Flere kommuner, blant annet Arendal, har med stort hell styrket både helsestasjons- og skolelegetjenesten med engasjerte leger med kompetanse på barn. En slik legefunksjon kan ha et medisinskfaglig ansvar for alt helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot barn og unge, i tett samarbeid med enhet for barn, unge og familier i oppvekstsektoren.
 6. Gode samarbeidsrelasjoner mellom fastleger og hjemmetjenesten er viktig. Det bør arbeides med å etablere et system for at alvorlig syke pasienter kan få hjelp til blodprøvetaking fra hjemmetjenesten. Dette vil være ressurssparende og mindre belastende for pasientene.
 7. Legene er forpliktet til å skrive elektroniske resepter til den nasjonale reseptformidleren. Det sikrer at all reseptforskrivning er registrert/dokumentert og medisinen kan hentes ut på et hvilket som helst apotek. Det er en alvorlig mangel ved Gerica, det journalsystem som brukes av kommunens omsorgstjenester, at det fortsatt ikke kan brukes til å skrive resepter. Sykehjemslegene må skrive resepter selv og det må lages et system for dette.
 8. Det er viktig å sikre informasjon fra kommunen til fastlegene, slik at de har lett tilgang til den informasjon de trenger om de øvrige kommunale tjenester. I lokalt samarbeidsutvalg arbeides det med å lage gode løsninger for hvordan dette best kan utformes og vedlikeholdes.
 9. En rekke fastlegekonsultasjoner skyldes pasienter som har behov for oppfølging, men der andre faggrupper med fordel kunne bidratt. Mange personer med psykiske utfordringer kunne hatt vel så stor nytte av psykologtjeneste, og personer med fysiske rehabiliteringsbehov eller ulike smerteplager og funksjonshindre kunne fått vel så god hjelp hos fysioterapeut. Når psykologtjeneste ikke er et reelt tilbud for de aller fleste, og fysioterapitjenesten har begrenset kapasitet og lang ventetid, så må fastlegen gjøre sitt beste for å ivareta dem.
 - a. Kommunen bør ansette en eller to psykologer som kan etablere et lavterskeltilbud, der aktuelle innbyggere raskt kan få et begrenset antall samtaler for kartlegging og hjelp til å håndtere sine problemer. Det vil gi en bedre kvalitet på tjenesten for innbyggerne, en god avlastning av fastlegene, og kommunen kan igjen ivareta sin forpliktelse til å ha en psykologtjeneste. Denne må ses i sammenheng med det gode tilbud til rask psykisk helsehjelp som er etablert ved innsatsteamet i enhet for psykisk helse og rus, med familiesenteret, og med samarbeidet med DPS som må videreutvikles og styrkes.
 - b. Økt antall fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen vil bedre tilgjengeligheten på tjenesten. Det kan gjøres avtale om lavterskeltilbud med rask avklaring og bistand til å håndtere primært smertetilstander og rask rehabilitering etter sykdom/skade
 10. Økt tverrfaglighet ved legekantorene er ønskelig. I primærhelsemeldingen har det vært jobbet nasjonalt med løsninger for primærhelseteam⁹ ¹⁰. Finansiering av andre helsefaglige ansatte og ressurser for å ivareta disse funksjonene må ses på. Primærhelseteam kan bli vedtatt som nasjonal ordning i nasjonalbudsjett for 2023, men om det ikke skjer bør kommunen vurdere å innføre en lokal modell. Et godt alternativ kan være å ansette sykepleiere med

⁹ [Primærhelseteam - pilotprosjekt - Helsedirektoratet](#)

¹⁰ [evaluerings-pht-sluttrapport.pdf \(regjeringen.no\)](#)

videreutdanning innen avansert klinisk allmennsykepleie (AKS) på legekantoret, som kan følge opp pasienter med stort behov, og ved det gi bedre kvalitet på oppfølgingen fra legekantoret og avlaste fastlegen for oppgaver.

11. For at legetjenesten skal fungere bra er det viktig med oppfølging fra kommunen. Det er behov for 1,5 stilling som kommuneoverlege for å ivareta miljørettet helsevern, smittevern, beredskap og medisinsk faglig rådgivning. Det er også viktig med administrative stillinger for administrasjon av legekantorene og merkantil støtte for kommuneoverlegen. Pandemiarbeidet har vist hvor sårbar denne tjenesten er når den bare er ivaretatt av en person, og det er helt nødvendig å ha minimum 2 leger med kommuneoverlegeansvar.

KS og legeforeningen kom i mai 2022 til enighet om å arbeide for å sikre kommuneoverlegenes arbeidsbelastning, og uttaler følgende:

«..I lys av en rekke erfaringer, blant annet fra pandemien, er det enighet om å se på deres arbeidstidsbetingelser. Partene skal utarbeide felles informasjon og veiledning til kommunene og legene, for at kommuneoverlegene skal sikres en forsvarlig arbeidsbelastning, også i langvarige krisesituasjoner.

Partene nedsetter et utvalg som skal ferdigstille grunnlaget for denne informasjonen.»

Kommunen bør derfor avvente dette arbeidet.

Legevakt

Grimstad kommune har, som sin andel av den interkommunale legevakten i Arendal, ansvar for å dekke ca. 5040 arbeidstimer per år av den interkommunale legevakten. Dette tilsvarer ca. 2.6 årsverk.

Alle fastleger har plikt til å delta i kommunens legevaktordning utenom arbeidstid. Legene opplever at legevakttjeneste i tillegg til praksis på legekantoret er det som oppleves mest belastende. I den senere tid har legevakten hatt tiltagende utfordringer med å få dekket vaktene, og det har ikke rent sjelden medført at fastlegen blir beordret på vakt.

Kommunen bør gå i dialog med samarbeidskommunene for å utrede en bedre organisering av legevakten, med bedre forutsigbarhet og tryggere rammer for fastlegene. Egne stillinger for leger ansatt på legevakten må vurderes.

Hvis en lege har vært på nattevakt ved legevakten har legen fortsatt ansvar for de løpende lønns- og driftsutgifter ved kantoret dagen etter. Kommunen bør innføre høy nok praksiskompensasjon til å dekke dette så legen kan ta fri etter nattevakt uten kostnad. Den sentralt fremforhandlede kompensasjonen for dette dekker bare en liten andel av utgiften.

Kommunen er forpliktet til å sikre at nødnettradio kan besvares av lege døgnet rundt. På dagtid går dette ansvaret på omgang mellom fastlegene etter en vaktliste. Dette må ses i sammenheng med legevakt og det må etableres en kompensasjon for dette arbeidet som gjør det mulig for legen å sette av tid til denne beredskapen.

Den 23/5-2022 kom KS og Dnlf, i de årlige sentrale forhandlingene om særavtalen for leger i kommunehelsetjenesten (SFS 2305), til enighet om en felles intensjon om at «... legevaktarbeidet ikke må komme på toppen av en allerede svært presset fastlegehverdag. Partene vil jobbe for at legevakt skal regnes som en offentlig allmennmedisinsk oppgave. Det vil kreve flere leger i kommunene og at staten går inn med nødvendig forskriftsendring og finansiering ...». ¹¹

¹¹ [Enighet om kommunelegeavtalen - KS](#)

Dersom staten og KS/Dnlf ikke klarer finne gode løsninger sentralt vil kommunen måtte se på behovet for å håndtere dette lokalt.

Mål og tiltak

Mål	Foreslåtte tiltak	Tidsplan	Kostnader
Alle kommunens innbyggere har tilgang til gode allmennlegetjeneste, tilpasset sitt behov	1. Opprettet nok legehjemler slik at fastlegene har kapasitet til å ivareta innbygger på listen. Det tilstrebes å endre listelengde fra dagens gjennomsnitt på ca. 1100 til 750 for de leger som ønsker det. Antall legehjemler må da økes fra dagens 26 til 32 2. Opprette nye legehjemler i tråd med befolkningsveksten 3. Tilby fastlegestillinger i ulike ansettelsesformer med privat praksis, fast lønn og ulike kombinasjoner 4. Vurdere økonomiske støtteordninger for kjøp av legehjemler	Innfases i løpet av planperioden Innarbeides i budsjett 2023	1. Forutsetter økt basistilskudd. Om dette ikke økes tilstrekkelig i statsbudsjett, må det finansieres kommunalt 2. Ca. 500.000 hvert annet år som kompenseres gjennom rammetilskudd 3. For 8.2 avtale merutgift på ca. 300.000. For fastlønn ca. 800.000. 4. Forslag 300.000 per hjemmel
Alle fastleger har en god arbeidssituasjon og kan ivareta sine forpliktelser innen rammen for normal arbeidstid på 37,5 timer i uka	1. Opprette nok legehjemler til at dette er mulig 2. Økning av basistilskudd, dersom dette ikke blir økt tilstrekkelig i statsbudsjettet, for å gjøre det mulig å redusere arbeidstid/dekke driftsutgifter 3. Alle legeoppgaver sees i sammenheng; fastlegearbeid, offentlige allmennlegeoppgaver og legevakt skal samlet ikke overstige normalarbeidstid	Innfases i løpet av handlingsplanperioden	1. I prinsippet uten kostnad 2. Ved økning av basistilskudd til kr. 1000 - samlet merutgift ca. 5. mill.
Kommunen har nok legestillinger til å ivareta alle legeoppgaver; sykehjemslege kommuneoverlege, helsestasjonslege og annet	1. Sykehjemskapasiteten økes fra dagens 1,8 årsverk til 3 som inkluderer beboere i omsorgsboliger med behov for denne tjenesten 2. Det vurderes å opprette legetjeneste for boliger innen habilitering. 1 årsverk 3. Vurdere å opprette en skolelegestilling	Innarbeides i budsjett 2023 og planperiode	1. Ca. 1.8 mill. 2. ca. 1.5 mill.
Fastlegene avlastes for oppgaver som kan ivareta av annet personell	1. Etablere lavterskel psykologtilbud for rask avklaring og rådgivning ved psykisk lidelser	Budsjett 2023 – ett årsverk psykolog.	1. ca. 1.3 mill. per årsverk 2. ca. 500.000 per driftstilskudd

	2. Vurdere kapasitet og tilgjengelighet for fysioterapi 3. Vurdere ansettelse av sykepleier ved legekantoret/primærhelseteam	Ytterligere ett psykologårverk innføres i løpet av handlingsplanperioden Primærhelseteam ses i sammenheng med nasjonalbudsjett	3. ca. 900.000 per årsverk, (primærhelseteam kan innføres som nasjonal ordning)
Kommunen har en bærekraftig legevakt, som ivaretar god kvalitet, forsvarlig arbeidsbelastning og hensiktsmessig organisering	1. Tilby praksiskompensasjon etter legevakt og ansvar for nødnettradio 2. Vurdere legevakt som egen virksomhet med egne leger	Vurderes i budsjett 2023 Følges opp i samarbeid med Østre Agder kommunene	1. Ca. 10.000 per døgn/500.000 per år 2. Kostnad må utredes i samarbeid med Østre Agder
Kompetente leger rekrutteres og beholdes gjennom å legge til rette for utdanning og kompetanseutvikling	1. Kommunen øker fra to til fire LIS 1 stillinger; oppretter to nye LIS1 stillinger 2. Kommunen har gode rutiner for oppfølging av leger i utdanning 3. Alle nye leger som ansettes og som ikke har spesialistkompetanse ansettes som ALIS leger 4. Kommunen samarbeider med Campus sør	Innarbeides i budsjett 2023 Innfases i løpet av handlingsplanperioden Innarbeides i budsjett 2024	1. Ca. 1. mill. per år 2. 0,2 årsverk administrativt legearbeid. Ca. 300.000 per år 3. Finansiert av tilskudd 4. Kostnad, usikker
Kommunen har gode rutiner for samarbeidet med fastlegene	1. Kommunen har god kapasitet på kommuneoverlegefunksjon og merkantile ressurser 2. Kommunen har faste møtepunkter med fastlegene og sikrer informasjonsflyt 3. Kommunen tilrettelegger for god elektronisk samhandling 4. Godt samarbeid med hjemmetjenesten og det tilrettelegges for at hjemmetjenesten kan ta blodprøver av skrøpelige pasienter	Innarbeides i budsjett 2023 Innfases i løpet av planperioden Innføres i 2023 Innføres i 2023	0,3 årsverk administrativt legearbeid, 0,5 årsverk merkantil støtte; ca. 900.000 per år
Kommunen er ledende innen e-helse og bruk av moderne IKT utstyr	1. Kommunen skal sørge for å ha det beste tilgjengelige journalsystemet for de kommunale legekantorene og tilbys nytt utstyr 2. Legekantorene skal tilby avansert utstyr og ha	Innfases i løpet av handlingsplanperioden	500.000 årlig til investering

	kompetanse for bruk av slikt utstyr, eks. ultralyd, digitale konsultasjoner og digital hjemmeoppfølging		
Kommunen legger til rette for forskning i praksis	1. Praktisk og økonomisk støtte til forskning i legepraksis 2. Opprette stilling for kommunal Phd	Innfases i løpet av handlingsplanperioden	1. 300.000 per år til prosjektarbeid 2. ca. 750.000 per år

Økonomi

Om fastlegeøkonomi:

Kommunen kan ansette fastlegene i privat praksis, ansette med fast lønn, eller – som har vært nødvendig de siste par år – lage egne løsninger som kombinerer ulike elementer.

Privat praksis:

- dette har siden innføringen av fastlegeordningen vært definert som den ansettelsesform som normalt skal benyttes
- legen eier da sin egen virksomhet, anskaffer kontorlokale, inventar og utstyr og ansetter egne medhjelpere
- legen har ansvar for alle utgifter
- legen har rett til å selge praksisen til neste lege når legen slutter, og ny lege må kjøpe praksisen. Denne overdragelsen er en sak mellom de to legene, og kommunen er ikke part i saken. Blir legene ikke enige om salgssum har legeforeningen opprettet en nemnd som avgjør verdifastsettelsen
- legen har 3 inntektskilder i praksisen:
 - basistilskudd fra kommunen, et fast månedlig beløp per innbygger som står på legens fastlegeliste. Basistilskuddet var ved ordningens innføring beregnet til å dekke gjennomsnittlig driftskostnad for en gjennomsnittlig legepraksis
 - egenandeler og andre egenbetalinger fra pasientene
 - takstrefusjoner fra folketrygden/Helfo etter «Normaltariffen»¹², honorarer og andre godtgjørelser
- basistilskuddet er delt i to;
 - hver person på listen opp til 1000 gir et basistilskudd på kr 675 per år
 - hver person over 1000 gir et basistilskudd på kr 544
- videre plikter legen å la seg ansette i inntil 20% stilling for offentlige allmennlegeoppgaver, slik som sykehjemslegetjeneste, helsestasjon og annet. For dette arbeidet mottar legen fast lønn, og en praksiskompensasjon etter sentral avtale SFS 2305¹³ som skal dekke legens driftsutgifter i praksis mens legen utfører dette arbeidet for kommunen.
- legen plikter å delta i legevakten utenom arbeidstid. På legevakt dekker legen ingen utgifter og mottar ingen tilskudd, men mottar alle pasientegenandeler og Helfo-refusjoner etter Normaltariffen. Nattevaktene godtgjøres med en fast lønn.

¹² [Normaltariffen \(legeforeningen.no\)](http://Normaltariffen.legeforeningen.no)

¹³ [Økonomiske satser i kommunelegeavtalen SFS 2305 - KS](#)

- For kommunen er økonomien i dette forutsigelig og oversiktlig, og den er grunnlaget for beregning av kommunens økonomiske behov for rammefinansieringen i statsbudsjettet («grønt hefte»). Kommunen utbetaler et basistilskudd per person på listen til alle legene kommunen har avtale med. Innbyggerne velger lege uavhengig av kommunetilhørighet, men ved årsskiftet lager Helfo et utjevningsoppgjør slik at kommunen ender med å kun dekke kostnaden for de som er folkeregisterført i kommunen. Forskjellen på basistilskudd over og under 1000 personer på listen gjør det litt mer komplisert å regne ut totalkostnaden, men dersom alle legene hadde mindre enn 1000 på sin liste vil Grimstads utgift for basistilskudd være kr 675 x 24 100 innbyggere, dvs kr 16 267 500. Utgiften blir noe lavere fordi 8 av våre fastleger har lister som er lengre enn 1000. Kostnaden for lønnet legearbeid i offentlige allmennlegetjenester samt praksiskompensasjon for dette kommer i tillegg.

Fastlønnsalternativet

- Kommunen eier og driver legesenteret, ansetter medhjelperne og har ansvar for alle kostnader, slik som kommunen har for alle andre virksomheter i kommunens regi
- Kommunen utbetaler intet basistilskudd, dvs beholder basistilskuddet selv
- Alle inntekter som genereres av legen, dvs pasientegenbetalinger, Helfo-refusjoner og honorarer, tilfaller kommunen
- Legene ansettes på lik linje med alle andre ansatte, og med samme plikter og rettigheter – med et viktig unntak:
 - Legen har fortsatt plikt til å delta i legevakten, og legevaktarbeidet er ikke innregnet i legens ordinære arbeidstid. På legevakt er også den fastlønnede legen «næringsdrivende» og inntekten er pasientegenbetalinger og Helfo-refusjoner etter Normaltariffen
- Kostnaden for kommunen er vesentlig større, det er vanlig å beregne en merkostnad per legeårsverk på 800 000 – 1 000 000. Dette skyldes særlig 3 forhold:
 1. fastlønnede leger ønsker ikke å jobbe 150% stilling, som gjennomsnittet er for øvrige fastleger, og det gir lavere aktivitetsbasert inntekt
 2. basistilskuddet som kommunen sparer (beholder selv) er ikke tilstrekkelig til å dekke de faktiske driftsutgifter
 3. med samme sosiale rettigheter som alle andre ansatte, til sykefravær og permisjoner, taper kommunen inntekter for det legen måtte ha av sykefravær og annet rettmessig fravær

8.2-avtaler

- Dette er betegnelse på en avtale der legen er ansatt i en avtale for privat praksis, men der kommunen dekker alle utgiftene mot selv å beholde basistilskuddet.
- «8.2» sikter til pkt 8.2 «*avtale om at kommunen stiller med kontor, utstyr, hjelpepersonell mv.*» i rammeavtalen for fastlegeordningen ASA 4310¹⁴. Slike avtaler inngås vanligvis med en tidsbegrensning på 4 år av gangen
- Legen har ansvar for sin pasientliste, og legens inntekt er alle pasientegenbetalinger, Helfo-refusjoner og honorarer.
- Kommunen ansetter medhjelpere og eier praksisen
- Legen kan starte i stillingen uten å måtte kjøpe praksisen eller gjøre andre investeringer
- Legen har ikke rett på noen godtgjørelse ved overdragelse av praksis til annen lege
- For kommunen er dette et alternativ med en merkostnad som er noe lavere enn for fast lønn. Kommunen dekker alle løpende driftsutgifter, men legen er næringsdrivende og kommunen

¹⁴ [Rammeavtalen om fastlegeordningen \(ASA 4310\) - KS](#)

taper ingen inntekt og dekker ingen kostnader forbundet med legens sykefravær eller annet rettmessig fravær

Fastlønn med aktivitetsbasert insentivlønn

- Kommunen har ved de siste fastlønnsansettelsene måtte tilby aktivitetsbasert insentivlønn. Dette betyr at lege er fast ansatt, mottar sin faste lønn, og kommunen dekker alle utgifter og mottar alle inntekter, som beskrevet over.
- Legen får en insentivlønn som beregnes som en prosentsats av legens egengenererte inntekter fra pasientbetalinger og Helfo-refusjoner.
- Det gir legen et insentiv til å jobbe mer og treffe flere pasienter, men gir kommunen noe lavere inntekt. Dersom legen faktisk arbeider mer på grunn av et slikt insentiv vil kommunen også få en større inntekt, og så langt er erfaringen at det for kommunen synes være omtrent likeverdig økonomi i dette som for fastlønn alene

Gjenkjøpsavtale, kommunalt eierskap og investeringstilskudd

- Enkelte kommuner, som Vennesla, har rekruttert leger til privat praksis ved å gi dem en «gjenkjøpsavtale». Det betyr at kommunen i en av flere varianter stiller med en garanti for at legen ikke vil tape penger på å kjøpe seg en fastlegeavtale, og vil dekke prisforskjellen dersom legen slutter i stillingen innen et visst antall år og ikke får solgt sin praksis for et tilsvarende beløp som legen selv betalte for den.
- I Grimstad har vi med hell benyttet investeringstilskudd for 2 stillinger, der legen har fått 300 000 i tilskudd fra kommunen som bidrag til å kjøpe hjemmelen, og dette tilskuddet er gitt med en bindingstid på 2 år.
- Kommunen kan påta seg rollen som «eier» av praksisen og kjøpe praksis av avtroppende lege. Ny lege kan da gå inn i stillingen, og for øvrig drive ordinær privat praksis, men uten selv å måtte investere i et slikt kjøp, men kommunen vil da ha retten til å selge praksisen ved senere overdragelse.
- For kommunen vil slike ordninger utløse kostnader. Gjenkjøpsavtaler gir ingen utgift før det eventuelt foreligger et salg med tap, et investeringstilskudd er et tilskudd som utbetales der og da, et kjøp gir en investeringskostnad, som kan fås tilbake ved et eventuelt senere salg.